



ASOCIACION ARGENTINA
DE ECONOMIA POLITICA

LIV REUNIÓN ANUAL | NOVIEMBRE DE 2019

Programas e Acompañamiento Familiar en la Primera Infancia: Motivación y Diseño: El Caso del Programa Mil Días

Santos, Maria Emma
González, María Sol
Santos, Maria Emma

Programas de acompañamiento familiar en la primera infancia: motivación y diseño: El Caso del Programa Mil Dias.

María Sol González¹
María Emma Santos²

Resumen

Durante la infancia el cerebro se desarrolla rápidamente para construir las bases de las habilidades cognitivas y conductuales necesarias para el futuro. El presente trabajo hace una revisión sobre la importancia de invertir en los primeros años de vida; realiza una revisión de políticas de acompañamiento familiar implementadas en países de América Latina como medio para promover el desarrollo del bienestar infantil, y por último se concentra en una experiencia de acompañamiento familiar implementada en el municipio de San Miguel, provincia de Buenos Aires. Se analizan similitudes y diferencias en el diseño del programa con respecto a los otros programas de la región. Se realiza una primera aproximación, con datos estadísticos secundarios, de sus efectos sobre el bienestar infantil.

1. Introducción

La infancia constituye una etapa fundamental, caracterizada por el crecimiento y desarrollo de las capacidades físicas, psíquicas, emocionales y de aprendizaje. La exposición durante la infancia, y en particular durante los primeros años de vida a entornos adversos caracterizados por privación alimentaria, exposición a un ambiente poco saludable, y carencia de estímulos emocionales, entre otros factores, atentan contra el pleno desarrollo del niño, limitando a su vez, el ejercicio de otros derechos fundamentales. En tal sentido, el cuidado de la infancia no sólo corresponde a las familias y a la sociedad, sino también al Estado, el cual, a través de sus políticas educativas, de salud y crianza, puede incidir en la formación de la infancia, con el fin último de mejorar el bienestar nacional futuro.

La niñez y adolescencia son tema central dentro de la agenda internacional, impulsado tanto por la evidencia empírica sobre la relevancia de las experiencias de la infancia para el desarrollo humano, como también por el avance del enfoque de derechos. Algunos hitos en materia de derechos de los niños son la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño en 1924, la creación del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en 1946, la Declaración de los Derechos del Niño en 1959, y la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas en 1989. Este último constituye el tratado de derechos humanos más ampliamente ratificado, que ha sido firmado por 194 países. El Estado Argentino adoptó la Convención sobre los Derechos del Niño por medio de la Ley N° 23.849 en 1990, y en 1994 le otorgó rango constitucional (en virtud del art. 75 inc. 22).

Se reconoce un amplio consenso en torno a la necesidad de garantizar una ciudadanía plena para la infancia debido a los altos retornos que genera. Las marcas que

¹ Becaria Doctoral en la Universidad Nacional del Sur. (ICF-UA, CONICET).

² Investigadora adjunta del Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur, Universidad Nacional del Sur, CONICETy OPHI

dejan los déficits en la niñez y adolescencia son difíciles de revertir en la adultez, y en tal sentido comprometen el futuro de las sociedades. Esto, sumado al avance del enfoque de derechos, el cual remarca los derechos del niño, motiva el estudio de programas de inversión en la primera infancia realizados en la región y el caso particular del programa de acompañamiento familiar “1000 días”, del municipio de San Miguel, provincia de Buenos Aires.

A lo largo del trabajo se realiza en una primera etapa, una revisión crítica del efecto de las experiencias en la infancia en el desarrollo humano, evaluando la importancia de las inversiones en los primeros años. En una segunda etapa, se analizan las políticas de acompañamiento familiar como medio para promover el bienestar infantil, evaluando ventajas y desventajas, y focalizando en las principales políticas implementadas en América Latina. Por último, se presenta el programa 1000 días, como una experiencia de acompañamiento familiar a nivel local, y se realiza una primera aproximación con indicadores secundarios, de sus posibles efectos.

2. Revisión de la literatura: el rol crítico de las experiencias de la infancia en el desarrollo humano

El concepto de bienestar infantil desarrollado recientemente en economía (Sen, A., 1999; Cunha F. y Heckman J.J., 2007; Heckman, J.J., 2007; Conti, G. y Heckman, J.J., 2012) considera al niño en su totalidad como un ser humano *in fieri*, es decir, en constante progreso y formación. Esta noción está inserta en el marco de ciclo de vida del desarrollo humano, que distingue los determinantes del bienestar del niño que pueden ser manipulados por la política, las medidas que representan los rasgos subyacentes que generan resultados, y los resultados en sí mismos. Además, este enfoque incorpora procesos dinámicos como la autorrealización y el grado en que una persona está funcionando plenamente en la sociedad (Ryff y Singer 1998, citado en Conti, G. y Heckman, J.J., 2012).

Las bases para el desarrollo del bienestar infantil se inician antes del nacimiento. Se trata de un proceso dinámico que abarca cuatro grandes esferas: desarrollo físico, lenguaje/comunicación, destrezas cognitivas y habilidades socioemocionales (Berlinski S. y N. Schady, 2015). Durante este proceso, las capacidades interactúan para crear quiénes somos y en qué nos convertiremos. Durante este período de desarrollo no lineal, los resultados se alteran rápidamente, siendo acumulativos en el tiempo (Conti, y Heckman, 2012; Berlinski y Schady, 2015). El punto central durante este proceso es que la falta de desarrollo en ciertos aspectos puede tener consecuencias permanentes y afectar el bienestar de una persona a lo largo de toda su vida, por lo que se puede decir que las bases para el éxito o el fracaso de los adultos se establecen desde etapas muy tempranas.

Asimismo, el desarrollo infantil se encuentra afectado por las experiencias que los niños acumulan a lo largo del tiempo en los distintos espacios en los que se desarrollan habitualmente, como lo son el hogar, los centros de cuidado infantil y la escuela, entre otros. Por ello, la familia, la sociedad y el estado inciden en el modo en que esas experiencias se van configurando. De igual modo, las políticas públicas desempeñan un rol fundamental en tanto pueden —o no— contribuir al crecimiento de los niños.

Como se señaló, las experiencias en los primeros años de vida tienen efectos persistentes, duraderos y significativos en diversos aspectos de la juventud y la edad adulta. Al respecto, Cunha y Heckman (2007) presentan un modelo de formación de habilidades, que demuestra que las habilidades adquiridas en etapas tempranas facilitan la acumulación de habilidades más avanzadas en el futuro, y a su vez, estos niveles más altos de habilidades hacen que la inversión adicional a lo largo del ciclo de vida sea más productiva. En economía, esta relación entre acumulación temprana y resultados posteriores se ha definido mediante el concepto de complementariedades dinámicas (Cunha y Heckman 2007; Heckman 2008), las cuales constituyen la base teórica de por qué la inversión temprana genera altos retornos en la vida adulta.

La importancia de los primeros años para el éxito de las personas durante el resto de sus vidas se encuentra ampliamente documentada en la literatura. Durante la primera infancia, el desarrollo físico del niño se refleja a través de distintas variables antropométricas que se utilizan como valores aproximados del bienestar: estatura y peso por edad, y circunferencia de la cabeza (Berlinski S. y N. Schady, 2015). Diversos estudios como el de Victora et al. (2008) han demostrado que el peso, la estatura, la circunferencia de la cabeza y el patrón de crecimiento desde el período intrauterino hasta los dos primeros años, resultan buenos predictores de resultados posteriores a lo largo de la vida.

Albino, A. (2017), señala que es durante el primer año de vida donde el cerebro más crece: al nacer, el cerebro pesa entre 1 y 2% de su peso definitivo, a los 14 meses alcanza el 80% de este (1200 gr). Asimismo, durante el primer año de vida, el cráneo crece 1 cm. por mes, mientras que en el segundo año crece solo 2 cm. A su vez, al nacer, cada neurona emite entre 5.000 y 15.000 conexiones y a los 2 años alcanza el número de conexiones que se desarrollarán en la vida adulta. La cantidad de conexiones depende principalmente de dos factores: alimentación y estimulación. Debido a ello, los niños en entornos más favorables tienen mayores posibilidades de desarrollo neurológico. En esta línea, Berlinski S. y N. Schady (2015), presentan distintas investigaciones neurológicas (Weaver et al. 2004; Rommeck et al. 2009, 2011; Nelson, Fox y Zeanah 2014) que sugieren que los cuidados cálidos y estimulantes que se proporcionan a un niño tienen un profundo impacto en el desarrollo del cerebro por la vía del incremento de las conexiones y de los patrones neuronales.

Diversos estudios longitudinales efectuados en países en desarrollo muestran como los déficits en los dos primeros años de vida traen aparejados resultados negativos en las áreas cognitivas y educativas de por vida (Hoddinott et al., 2013). En esta misma línea, Behrman et al (2009) analizan los impactos potenciales en esta etapa sobre el bienestar a lo largo de todo el ciclo vital, y concluyen que los primeros años son decisivos para el logro de buenos resultados educativos, los que actuarían reforzando los desempeños en salud.

El desarrollo del lenguaje del niño comienza antes de que pronuncie su primera palabra (Bloom 1998), y avanza lentamente hasta que, a los 2 años, comienza a armar oraciones simples (Woodward y Markman 1998). Asimismo, los niños comienzan a desarrollar sus capacidades cognitivas cuando responden a su nombre —12 meses—, o aprenden a apilar o encajar objetos —15 y 18 meses—. Por último, durante los dos primeros años de vida, el niño comienza a lidiar efectivamente con la frustración, el miedo, la agresión y otras emociones negativas (Thompson y Raikes 2007).

En síntesis, el primer año de vida constituye la “primavera del sistema nervioso central” (Albino, A.,2017). Durante este período es necesario y se debe estimular el potencial de las personas en ámbitos cognitivos y no cognitivos. Para lograrlo, se necesitan generar entornos amigables de atención, estímulos e interacciones que le permitan al niño desarrollar su máximo potencial. No todos los déficits que se producen durante la primera infancia se pueden compensar en el futuro y hacerlo puede tener costos muy altos, siendo en oportunidades irreversibles (Mönckeberg, 1985; Araujo y López-Boo, 2010).

2.1. Invertir en la infancia

Existe evidencia empírica que indica que los niños criados en entornos desfavorables no solo comienzan rezagados con relación a sus pares en contextos favorables, sino que además suelen quedarse atrás a lo largo de toda su vida. Las brechas de desigualdad en los rasgos cognitivos y de comportamiento se advierten desde muy temprana edad. Asimismo, el riesgo de enfermedad en poblaciones desfavorecidas aumenta rápidamente conforme se incrementa la edad (Conti, G. y Heckman, J.J., 2012).

En particular, un bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos) se asocia con una salud deficitaria, trastornos de aprendizaje y un bajo desempeño escolar, así como también, con un aumento de patologías crónicas de salud en la edad adulta y en la vejez, y con peores resultados en el mercado laboral (Kramer 1987, 2003). Por su parte, Lacunza (2010), realiza un análisis de cómo el déficit nutricional en niños en contextos de pobreza afecta los procesos cognitivos. A lo largo de este, muestra distintos estudios como los de Lozoff, Jiménez, Hagen, Mollen y Wolf (2000) y Brown, Buchanan, Doepke y Cols. (1993), en donde los niños que presentan deficiencia de hierro en los primeros años de vida registran resultados más pobres en tareas cognitivas y en su desempeño académico en relación con quienes no tenían esta deficiencia.

Por este motivo, las inversiones en los primeros años de vida, tanto en salud como en educación, alimentación y bienestar emocional de los niños, tienen efectos directos y duraderos sobre el desarrollo cognitivo y no cognitivo, contribuyendo de esta forma a igualar las oportunidades, y, por lo tanto, a reducir las desigualdades preexistentes. Los niños de hoy son los adultos del futuro, y cuanto más temprano se invierta, mayores serán las tasas de retorno de dicha inversión. Por lo que destinar recursos a la primera infancia constituye una de las mejores inversiones que un gobierno puede hacer, ya que genera retornos a largo plazo e influye en la prosperidad y viabilidad de la sociedad en el futuro (Araujo, y López-Boo, 2010; Berlinski y Schady, 2015, Conti y Heckman, 2012).

Berlinski S. y N. Schady (2015), señalan que existen rangos de edad en donde los logros de determinadas competencias requieren menores recursos. En esta misma línea, Conti y Heckman, (2012), muestran como las inversiones en edades más avanzadas como la adolescencia, la juventud o la adultez tienen retornos menores.

En particular, Conti y Heckman (2012) señalan que la evidencia más confiable sobre la efectividad de las intervenciones tempranas proviene de experimentos que

enriquecen sustancialmente los entornos tempranos de niños nacidos en familias desfavorecidas: el Proyecto Preescolar Perry y el Proyecto Abecedarian. El primero consistía en un plan de estudios preescolar intensivo administrado a 58 niños negros de bajos ingresos con coeficientes intelectuales iniciales menores a 85, a los 3 años. Esta investigación se realizó en Michigan, entre 1962 y 1967. Utilizaba el plan de estudios High / Scope, que puede clasificarse como un enfoque que promueve la participación de los estudiantes y es altamente interactivo. Las actividades tuvieron lugar dentro de una rutina diaria estructurada, destinada a ayudar a los niños a desarrollar un sentido de responsabilidad. El tratamiento consistía en una sesión en el aula de 2,5 horas entre semana y una visita domiciliaria de 90 minutos realizada por el maestro entre semanas, para promover las interacciones entre padres e hijos. El personal alentó a los niños a participar en actividades en donde planificaban, realizaban y revisaban tareas todos los días. Las revisiones fueron colectivas y enseñaron a los niños habilidades sociales importantes. La duración de cada año preescolar fue de 30 semanas, y el programa terminó después de 2 años de inscripción. Los grupos de control y tratamiento fueron seguidos hasta los 40 años.

El proyecto Abecedarian, estudió a 111 niños nacidos entre 1972 y 1977 en contextos de pobreza y situaciones familiares complejas en Estados Unidos. La edad promedio de ingreso al programa era de 4,4 meses y se extendía hasta los 5 años. Tenía dos componentes de intervención, el primero centrado en la educación de la primera infancia y el segundo en el período inicial de edad escolar. Utilizó un plan de estudios sistemático especialmente desarrollado por Sparling y Lewis (1979, 1984) que consistía en una serie de juegos educativos, que enfatizaban el lenguaje, el desarrollo emocional y las habilidades cognitivas. Los niños fueron seguidos hasta los 30 años, y recientemente se completó una recopilación de datos de seguimiento hasta los 34. Abecedarian fue más intenso que Perry. Durante los primeros tres años de la escuela primaria, un maestro domiciliario se reunía con los padres de los niños que estaban en el grupo de tratamiento y los ayudaban a proporcionar actividades educativas complementarias en el hogar. La maestra proporcionaba un plan de estudios individualizado para cada niño. Esta maestra domiciliaria también actuaba como nexo entre los maestros comunes y la familia. También ayudaba a mejorar la capacidad de los padres para criar a sus hijos.

Ambos estudios demuestran efectos positivos del enriquecimiento ambiental temprano en una variedad de habilidades cognitivas y rasgos de comportamiento, rendimiento escolar, desempeño laboral y comportamientos sociales, efectos que persisten mucho después de que las intervenciones hayan finalizado. Finalmente, la evidencia sobre las intervenciones de la infancia tardía, en cambio, revelan que han tenido menos éxito en la promoción del bienestar infantil (Cunha et al., 2006, Capítulo 10 en Heckman, Humphries y Kautz, 2012, citado en Conti, G. y Heckman, J.J., 2012). En ausencia de intervenciones para alterar sus trayectorias, los niños que crecen en desventaja están en mayor riesgo, tanto socioeconómicos como biológicos. Asimismo, las desigualdades presentes al nacer pueden afectar la biología del niño, propagarse durante la infancia y persistir hasta la edad adulta (Conti y Heckman, 2012).

2.2. El rol de la Familia en el desarrollo infantil

Los padres o los tutores, toman un conjunto de decisiones que afectan las experiencias de los niños en sus primeros años de vida, tanto a nivel físico como psíquico. Tales decisiones se encuentran sujetas a dos grandes restricciones. Por una parte, los costos de satisfacer las necesidades, tanto de los padres como de sus hijos las

cuales están condicionadas por la restricción presupuestaria. Por otra parte, los padres o tutores están restringidos por la manera en que los recursos que gastan (tiempo y dinero) se traducen en lo que efectivamente quieren para sus hijos (Becker 1981; 1993, citado en Berlinski S. y N. Schady, 2015).

En este marco, es importante destacar que las decisiones de los padres en materia de crianza, y los costos y beneficios asociados, en muchas ocasiones, no son asumidos exclusivamente por ellos y sus hijos. Los efectos benéficos de niños más saludables y con mayores capacidades cognitivas, así como los costos del contrafáctico, generan externalidades positivas y negativas respectivamente, las cuales constituyen un fundamento para las intervenciones de las políticas públicas.

Al respecto, los responsables de las políticas no deben considerar a la familia como una realidad ajena al dominio de las políticas públicas. Si bien la crianza de los niños corresponde principalmente a los padres, en tanto son los actores centrales que modelan las vidas de sus hijos, podrían llegar a tomar decisiones que no sean óptimas para el desarrollo del niño. Modelar el entorno en el que los padres toman decisiones acerca de las inversiones en los niños, con el fin de mejorar la vida de esos niños y por ende de la sociedad futura, es un rol necesario de las políticas públicas (Berlinski S. y N. Schady, 2015). Como señala Ignacio Socías “La mejor manera de llegar a la sociedad es a través de las familias. Cuando se pone el foco en las familias, se llega a todos” (Jornada sobre Objetivos de Desarrollo Sostenible y Familia, Lesgilatura porteña, 30 de mayo de 2019)

3. Programas de acompañamiento familiar en la primera infancia

En los últimos años ha aumentado la existencia de políticas destinadas a animar a las familias a invertir más en los niños. Estas intervenciones abarcan desde programas destinados a relajar las restricciones económicas mediante transferencias monetarias a las familias, hasta programas que han intentado directamente cambiar el comportamiento y las prácticas de los padres a través de visitas domiciliarias, con el objetivo de incrementar el bienestar infantil presente y futuro.

Cabe señalar que las transferencias de ingreso a los hogares pobres pueden mejorar el bienestar de los niños. Los programas de transferencias tradicionalmente han sido de tipo condicionadas, aunque este aspecto ha entrado en discusión recientemente (Baird, McIntosch, Ozler, 2011). Sin embargo, si bien las transferencias aliviarían el estrés generado por la pobreza, tener mayores ingresos no garantiza el bienestar infantil por sí solo.

Las políticas centradas en el trabajo con los padres en particular y la familia en general, para impactar en el desarrollo infantil, se han vuelto cada vez más populares. Esto se debe a la fuerte creencia de que los padres cumplen una función mediadora en el desarrollo infantil (Brooks-Gunn et al. 2000), a pesar de que, como afirman Shonkoff y Phillips (2000), cambiar el comportamiento de los padres puede ser difícil.

Doyle O., C. Harmon, J. Heckman, C. Logue y S. Moon (2013) muestran que los programas de visitas domiciliarias pueden ser un medio eficaz para mejorar los déficits en las habilidades de la primera infancia, y el entorno familiar, en un plazo relativamente corto. En su investigación presentan un programa realizado en Irlanda,

destinado a familias pobres, *Preparing for Life*, en donde muestran que las visitas domiciliarias inciden positivamente en la formación de habilidades. El programa comienza desde el embarazo y continúa hasta los 5 años de edad del niño; por lo tanto, tiene el potencial de influir en la formación de habilidades durante el período en que el desarrollo del cerebro es más maleable. Los autores señalan que, en este tipo de programas, los padres son el principal motor de cambio, y, por lo tanto, la principal vía de desarrollo de las habilidades de los niños. Sin embargo, este tipo de programas pueden tomar tiempo para tener un impacto en el comportamiento y el desarrollo infantil. De hecho, la mayoría de los estudios que calculan altos retornos a la inversión en la primera infancia se basan en análisis realizados una vez que los niños participantes alcanzaron la adolescencia o la edad adulta (Olds et al., 1997; Heckman et al., 2010).

Por otra parte, Marroig, A, Perazzo, I, Salas, G., y Vigorito, A, (2017) presentan distintas investigaciones sobre el impacto de programas de acompañamiento familiar en la infancia, como por ejemplo el de Araujo et al. (2015), Attanasio et al. (2014) y Gardner et al. (2003); Powell y Grantham-McGregor, (1989). En su investigación se advierte cómo las visitas domiciliarias aumentan el desarrollo cognitivo y del lenguaje, y mejoran la calidad del entorno familiar. No obstante, los efectos disminuyen conforme se reduce la frecuencia de las visitas domiciliarias.

Asimismo, Araujo, M.C y López-Boo, F. (2010), presentan el estudio de Nores y Barnett (2009), en el cual se analizan distintas evaluaciones en veintitrés países en desarrollo —nueve de América Latina—, destinadas a niños de entre cero y cinco años. El estudio consideró diversos tipos de intervenciones, como, por ejemplo, programas de estimulación temprana, visitas a los hogares para educar a los padres en temas relacionados con la crianza de sus hijos, transferencias monetarias o una combinación de estos. Al respecto, se advirtió que las intervenciones que benefician a niños menores de tres años, que duran entre uno a tres años, y/o combinan varios componentes, tienen mayores efectos sobre el desarrollo cognitivo.

Por último, es importante señalar que los programas de visitas domiciliarias pueden tener un impacto significativo en el desarrollo de los niños, pero que, para lograrlo, es necesario que respeten el currículo estipulado y la calidad de las intervenciones. Un estudio cualitativo sobre la calidad de seis programas de visitas domiciliarias en América Latina y el Caribe (López Boo y Pérez Expósito 2014, citado en Berlinski S. y N. Schady, 2015) señala que, si bien los visitantes domiciliarios logran establecer un vínculo adecuado con las familias y los niños, no suelen implementar de forma óptima el currículo, la ejecución de las actividades y el logro de las conductas establecidas en el programa, lo que afecta su resultado final esperado.

3.1 Programas de acompañamiento familiar destinados a la primera infancia en América Latina

En la Tabla 1 se listan 5 programas sociales que tienen como punto en común haber sido implementados en países de América Latina, estar dirigidos a la primera infancia y/o tener un componente significativo de acompañamiento familiar como instrumento de intervención. Además, unos programas han influenciado a los otros. Estos son: Chile Crece contigo (Chile), Uruguay Crece contigo (Uruguay), Programa Unidos- ex Juntos (Colombia.), Programa Contigo vamos (México), y programa “Familia Paranaense” (Brasil).

Estos programas coinciden en la importancia de promover las habilidades y capacidades de los principales cuidadores de los niños, así como también en fortalecer y sostener la red vincular, pero se diferencian por ejemplo en la frecuencia y duración del acompañamiento. En efecto, mientras que en Uruguay Crece Contigo el acompañamiento se realiza sólo por 10 meses con una frecuencia semanal, en Contigo Vamos por Más las visitas se realizan cada 15 días por un período promedio de 18 meses, y en otros programas como Chile Crece Contigo, Unidos y Familia Paranaense las mismas son más frecuentes al comienzo y disminuyen gradualmente a lo largo del tiempo.

De todos estos programas, el pionero fue Chile Crece Contigo, que fue creado en octubre de 2006, comenzó a implementarse –gradualmente- en 2007³, pero su existencia se formalizó recién en 2009 a través de la Ley N° 20.379. El principal antecedente es el Sistema Chile Solidario (2002). Este último programa inspira la creación de Unidos, que surge en 2011 en Colombia.

En 2008, el estado de Guanajuato, México, implementa la estrategia Contigo vamos por más (CVM). Este guarda gran similitud con el programa Puente de Chile, integrado al Sistema Chile Solidario, en tanto busca pasar de una política asistencialista a una política en la que las familias busquen su auto superación.

Años más tarde, surge Uruguay Crece Contigo -2012-. Entre sus principales antecedentes se encuentra Chile Crece Contigo, Contigo vamos por Más, y, aunque con un diseño menos próximo, Brasil sem miseria. Mientras que a nivel nacional se consideró la experiencia del programa “Canelones Crece Contigo” como política de trabajo de cercanía local. Cabe señalar que Uruguay Crece Contigo, se crea en el marco de una profunda reforma social que estableció los lineamientos en materia de niñez y adolescencia, los cuales contribuyeron a delimitar la nueva matriz de protección social (UCC, 2012).

En ese mismo año, se crea el Programa Familia Paranaense en Brasil, en el marco de Brasil sin miseria, y es el principal programa del Gobierno de Paraná para reducir la pobreza.

³ El proceso de instalación de Chile Crece Contigo fue gradual. Se inicia el año 2007 en 159 comunas y al año siguiente se extiende a las 345 comunas del país (Ministerio de Planificación, mayo 2011).

Tabla I: programas de acompañamiento familiar en países de América Latina

País	Chile	Uruguay	México	Colombia	Brasil
Programa	Chile Crece Contigo	Uruguay Crece contigo	Programa Contigo vamos por más	Programa Unidos- ex Juntos	Programa “Familia Paranaense”
Año de inicio	Se crea en octubre de 2006, pero comienza a implementarse en 2007	oct-12	2008	2011	2012
Alcance	Alcance nacional, focalizado y prestaciones diferenciadas, con cobertura rural y urbana	Alcance nacional con acciones focalizadas y cobertura rural y urbana	El programa se implementa únicamente en el estado de Guanajuato, México	Nacional, con cobertura rural y urbana	Estado de Paraná, Brasil
Objetivo	Atender las necesidades y apoyar el desarrollo integral de los niños (desde la gestación hasta los 4 años), a través de la promoción de la salud, el bienestar y la seguridad, articulando diversos programas e intervenciones a nivel local	Consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia a través de una política que garantice los cuidados y protección adecuados de las mujeres embarazadas y el desarrollo integral de niños desde una perspectiva de derechos	Contribuir a que las familias del estado de Guanajuato superen su condición de pobreza extrema	Abordar las restricciones monetarias y no monetarias de las familias más pobres, con el fin de mejorar su economía y bienestar general	Promover la mejora de las condiciones de vida de las familias con un mayor grado de vulnerabilidad social, ofreciendo un conjunto de acciones intersectoriales planificadas, de acuerdo con las necesidades de cada familia.
Población objetivo	Familias con mujeres embarazadas y/o niños <=4 años	Mujeres embarazadas, niños <= 4 años y sus familias presenten vulnerabilidad social y/o sanitaria.	Familias en situación de vulnerabilidad y riesgo	Familias en situación de vulnerabilidad y riesgo	Familias en situación de vulnerabilidad y riesgo
Financiamiento	Presupuesto corriente del Estado. En algunos casos , aportes de los municipios.	El financiamiento es con cargo al Presupuesto Público Nacional	Sin información	Cofinanciación Nación (PGN), Departamentos y Municipios	Cofinanciamiento entre el Estado Nacional, departamento de Paraná Brasil y municipios. Se recibió un préstamo del BID (2013- US\$60 millone).
Duración	24 meses	10 meses	18 meses promedio	Máximo 5 años	24 meses
Frecuencias de las visitas	21 visitas a domicilio de 40 a 45 minutos cada uno. Estas visitas son más frecuentes al comienzo y su frecuencia disminuye gradualmente con el tiempo.	Visitas semanales (Promedio: 46 visitas o contactos por familia)	Visitas cada 15 días. Promedio de visitas: 34	Las visitas tienen lugar durante cinco años, y su frecuencia disminuye con el tiempo.	En el primer año las visitas son mensuales con una duración aproximada de una 90 minutos, mientras que en el segundo año los encuentros se hacen cada dos meses.
Evaluaciones de impacto	Diseño cuasi-experimental	Diseño experimental	Diseño cuasi experimental	Diseño experimental	No se encontraron

Fuente: Elaboración propia, en base a: <https://plataformacelac.org>; Asesorías para el desarrollo CCC, 2012; Berlinski S. y N. Schady, 2015; Carneiro, Galasso y Ginja, 2018; UCC, 2012, 2013; Marroig, A, Perazzo, I, Salas, G., y Vigorito, A, 2017; Calderón F. y C. Velázquez, 2011; BID 2013.

En cuanto al alcance, Chile Crece Contigo, Unidos y Uruguay Crece Contigo tienen cobertura nacional, alcanzando tanto al ámbito urbano como rural, con prestaciones focalizadas y diferenciadas. Por su parte, Contigo Vamos por Más y Familias Paranaenses, tienen alcance estatal/departamental. La primera estrategia se aplica en el estado de Guanajuato, México, mientras la segunda en el estado de Paraná, Brasil.

Una diferencia importante entre los programas refiere a la fuente de financiamiento. En Chile Crece Contigo, el presupuesto es nacional y corresponde específicamente al presupuesto del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. A esto se agrega, en algunos casos, aportes de los municipios. En Uruguay Crece Contigo, el financiamiento también es con cargo al Presupuesto Público Nacional. Sin embargo, el Programa Unidos, está cofinanciado entre Nación (PGN), Departamentos y Municipios. Situación similar se advierte en el programa Familia Paranaense, que está cofinanciado entre el Estado Nacional, departamento de Paraná Brasil y municipios. Asimismo, este programa recibió financiamiento del BID (2013- US\$60 millones).

Uruguay Crece Contigo y Unidos fueron implementados de manera aleatoria por lo que es posible encontrar evaluaciones de impacto experimentales. En el caso de Chile Crece Contigo y Contigo Vamos por Más, la metodología de evaluación fue cuasi experimental. No se encontraron evaluaciones del programa Familia Paranaense.

En cuanto a los resultados de las evaluaciones, para el caso de Uruguay Crece Contigo, se encuentra una mejora significativa en el estado nutricional de los niños, así como en algunos aspectos vinculados al desarrollo infantil, específicamente el componente de motricidad gruesa y en el acceso a la transferencia en especie Tarjeta Uruguay Social. Estos resultados podrían vincularse al acompañamiento a los hogares, al mayor acceso a recursos, así como a cambios en la asistencia a centros educativos y en las prácticas de crianza, y a menores niveles de depresión materna (Marroig, et al 2017). En lo que respecta al Programa Unidos, se observa la falta de efectos relevantes en la construcción de capacidades psicosociales, en el conocimiento y asimilación de los programas sociales, como consecuencia de los problemas de implementación (Abramovsky et al., 2015). En el caso de Chile Crece Contigo se advierte un efecto positivo sobre las habilidades de desarrollo de los niños. Pero este resultado se observa solo en las comunas con buena implementación del programa, y no así en las que tuvieron una implementación pobre (Marroig, A, Perazzo, I, Salas, G., y Vigorito, A, 2017). Por último, cabe señalar que en la evaluación de impacto de Contigo Vamos por Más, realizada por Calderón y Velázquez (2011), se advierten efectos positivos en el consumo de alimentos y en la esfera educativa.

4. Programa de acompañamiento familiar 1000 días, San Miguel, Buenos Aires

Argentina ha avanzado intensamente en el reconocimiento de los derechos de la niñez; adoptando la Convención sobre los Derechos del Niño y otorgándole rango constitucional en 1994. Asimismo, sancionó numerosas leyes de protección de derechos que se constituyen en un conjunto amplio de parámetros a partir de los cuales definir dimensiones e indicadores de necesidades, capacidades y funcionamientos valiosos para el desarrollo humano de la infancia. En este sentido, cabe señalar la

sanción de la ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, la ley 26.206 de Educación Nacional y la ley 26.233 sobre Centros de Desarrollo Infantil, la ley 26.390 de Prohibición del Trabajo Infantil y Protección del Trabajo Adolescente.

De igual modo, el carácter de protección y fomento al desarrollo integral de la infancia ha sido reconocido por el Estado nacional a través de numerosos instrumentos en los últimos años, entre los cuales se destacan los compromisos asumidos por el Estado argentino frente a los Objetivos de Desarrollo para el Milenio para el año 2015 y posteriormente con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030, y la presentación del Plan Nacional de Acción por los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

Estos avances en el reconocimiento del niño como sujeto de derecho fueron acompañados de la institucionalidad necesaria para el cumplimiento de las normas vigentes y metas trazadas a través la creación de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENNAF); el Consejo Federal de Niñez, Adolescencia y Familia; y el Plan Nacional de Acción por la Niñez y la Adolescencia.

Sin embargo, si bien se han realizado grandes avances en materia de infancia, aún queda mucho camino por recorrer en lo que respecta a los programas de acompañamiento familiar. Un ejemplo de esta política es el programa de acompañamiento familiar 1000 días, implementado en el municipio de San Miguel, provincia de Buenos Aires, el cual se describe a continuación⁴.

El programa

El municipio de San Miguel se ubica en el noroeste del Gran Buenos Aires, provincia de Buenos Aires y fue creado en 1994 por la división del ex partido General Sarmiento. Está integrado por las localidades de San Miguel, Muñiz, Bella Vista y Santa María, y tiene un total de 43 barrios (Datos Abiertos, 2019). Cuenta con una población de 276.190 habitantes (Censo 2010) y 80.640 hogares (Censo 2010). Del total de la población 10.7% presenta necesidades básicas insatisfechas, este porcentaje se reduce a 8% en términos de hogares (y 6% en hogares con niños).

En este marco, el municipio advierte la necesidad de trabajar sobre la infancia, de una manera profunda e integral. Por este motivo, en 2014, crea a través de la ordenanza 47/2014, la Coordinación de Primera Infancia, Niñez y Familia, de la Secretaría de Salud y Bienestar Familiar, con enfoque integral. Esta Coordinación desarrolló, en agosto de 2015, el programa de Acompañamiento Familiar 1000 Días, que se encuentra a su vez bajo la órbita de la Dirección de Promoción y Bienestar Familiar. Este tiene como objetivo analizar, crear e implementar políticas de cuidado y acciones de protección social, a fin de fortalecer el rol de la familia en el desarrollo de los niños y adolescentes. Bajo esta dirección se encuentran, además, los programas: Más Vida, UMI, Al fin en casa, Acunar, Camino al embarazada y Proyecto de vida (Coordinación de Primera Infancia, Niñez y Familia, 2017).

El programa de “Acompañamiento Familiar 100 días”, busca acompañar y trabajar sobre la infancia durante los primeros “1000 días” de vida. Este período abarca

⁴ Otros programas que realizan acompañamiento familiar a hogares con niños en Argentina son: “Primeros Años” y “Plan Nacional de Protección Social”.

desde la gestación (270 días), hasta los dos primeros años (730 días), ya que, como se ha mencionado en los párrafos anteriores, es durante este tiempo que el cerebro se desarrolla rápidamente para construir las bases de las habilidades cognitivas y conductuales necesarias para el futuro (Heckman y Masterov 2007, Walker et al 2011, Coordinación de Primera Infancia, Niñez y Familia, 2017).

El programa está destinado a mujeres embarazadas, madres con niños menores a dos años y niños hasta los dos años, en situación de vulnerabilidad, que residen en el Municipio de San Miguel. El diseño del programa prevé la atención conjunta de las necesidades de salud, nutrición, vivienda, y cuidado de cada familia con niños menores de 2 años, a través de visitas domiciliarias. Es así que el programa pone en el centro a los niños desde su nacimiento hasta los dos años de edad, así como también a la mujer gestante, buscando garantizar y proteger sus derechos para su desarrollo pleno. Asimismo, los principios que guían la generación de esta política son el interés superior del niño, la efectividad, la igualdad y no discriminación, y el fortalecimiento del vínculo socio-familiar.

El principal objetivo consiste en identificar tempranamente, acompañar y atender a las familias en situación de extrema vulnerabilidad, que por diversos motivos tienen dificultades para acceder al sistema de salud y alcanzar un piso mínimo de bienestar familiar. Adicionalmente, busca promover habilidades y capacidades en los cuidadores (madre/tutor), potenciar los recursos de las familias, y fortalecer vínculos y redes. El objetivo último del programa es la reducción de la morbilidad y la mortalidad en embarazadas y niños.

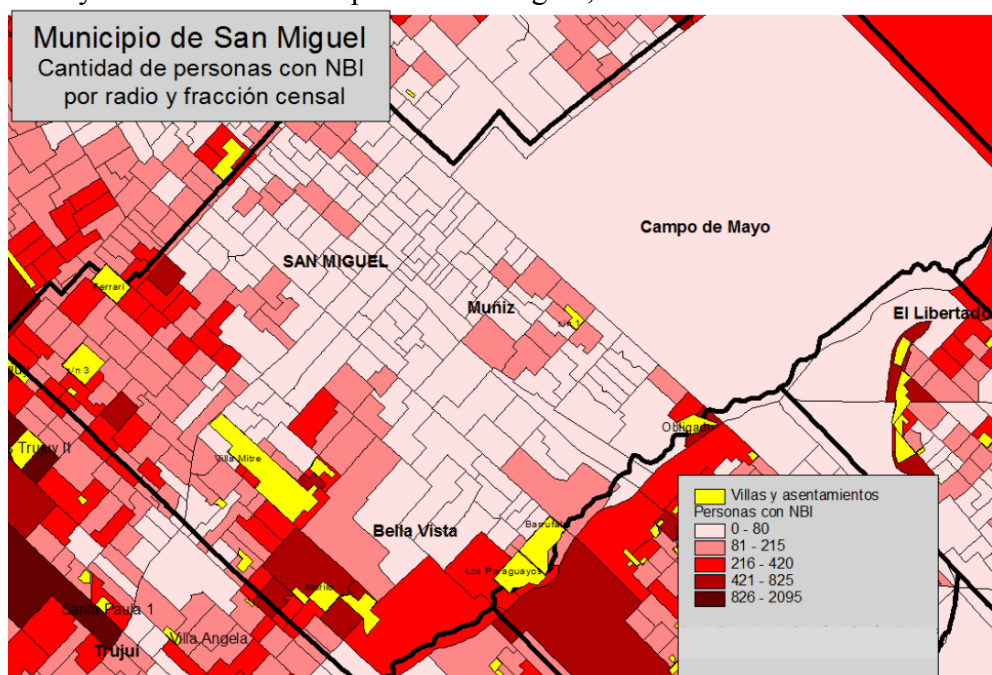
Por otra parte, entre los principales antecedentes del programa se encuentran las experiencias de Chile Crece contigo, Uruguay Crece contigo, Programa Unidos de Colombia, y “Familia Paranaense” de Brasil. Asimismo, las leyes sobre las cuales se apoya el programa son: la Convención de los Derechos del Niño; la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, N° 26.061, artículo 3, 4, 6 y 7.; la Ley Nacional de Promoción y Regulación de Centros de Desarrollo Infantil, N° 26.233, que reconoce las experiencias que se venían desarrollando en distintas comunidades de Argentina en materia de cuidado de niños; la Ley Provincial de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños N° 13.298; la Ley Provincial N° 12.569 sobre violencia Familiar y su Decreto Reglamentario 2875/05 (año 2000); y la Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral para prevenir y sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollan sus relaciones interpersonales y su Decreto Reglamentario N°1011/10. (año 2009).

Cobertura

Para realizar la selección de barrios vulnerables, el programa realizó en 2014 un análisis de los datos del Censo 2010. La información fue complementada con las encuestas de maternidad realizadas por la coordinación, que, a partir de 2015, pasaron a realizarse bajo la órbita de la UMI. Las variables que se consideraron para definir la vulnerabilidad fueron: hogares con NBI, promedio de cantidad de hijos por hogar, hogares monoparentales con jefatura femenina, jefes de hogar privados de su libertad, cantidad de comedores comunitarios por barrio y las variables de salud incluidas en los 51 criterios de vulnerabilidad (los cuales serán definidos en los párrafos precedentes). A

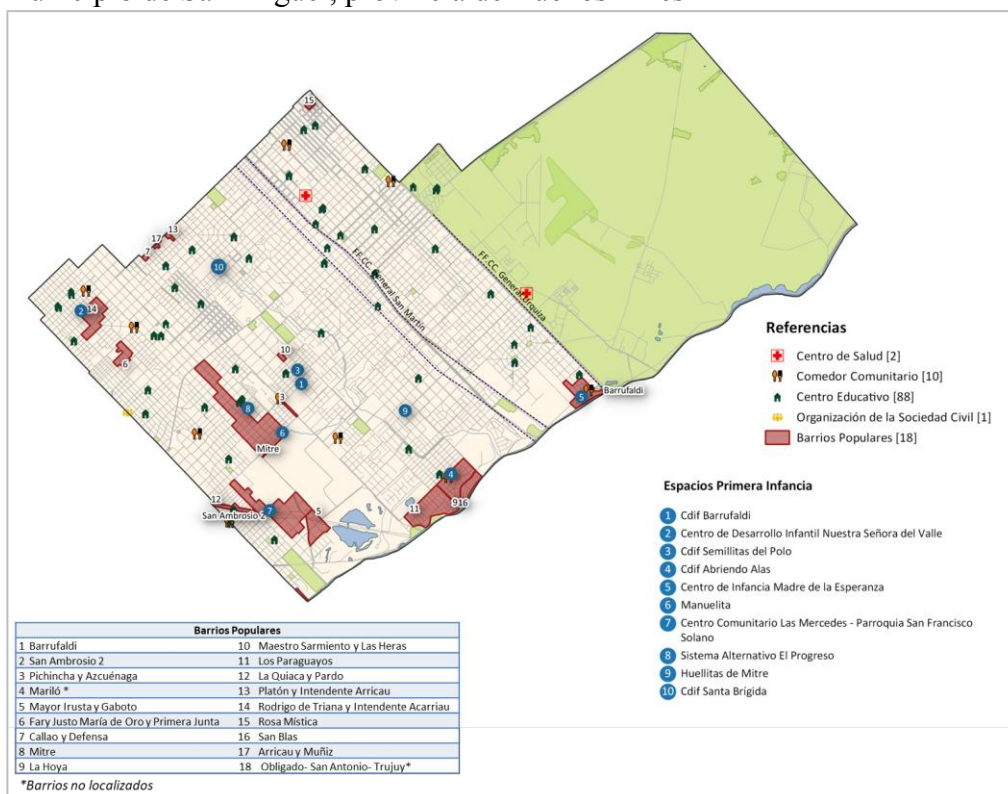
partir de la información analizada se armó un índice que ranqueaba los barrios del más al menos vulnerable. En base a ese ranking, se seleccionaron inicialmente 5 barrios vulnerados con el objetivo de aumentar la presencia del estado: Santa Brigida, Mitre, San Miguel Centro, Obligado y Trujuy. En 2016 se amplía el programa a los barrios Barrufaldi y Don Alfonso, y en 2017, se termina de incorporar el último barrio vulnerado: Sarmiento. En la Figura I se presenta la cantidad de personas con NBI por radio censal, y en la Figura II están indicados todos los barrios populares del municipio, entre los cuales se encuentran los seis en donde se implementa el programa.

Figura I: Cantidad de personas con Necesidades Básicas Insatisfechas por radio y fracción del municipio de San Miguel, Buenos Aires



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo 2010, en base a software ArcGIS

Figura II: Georreferenciación de barrios populares y efectores locales del municipio de San Miguel, provincia de Buenos Aires



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Barrios populares y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, en base a software ArcGIS

La cantidad de personas que pasaron (madres y/o niños) por el programa desde el inicio del programa hasta abril 2019 fueron 1.086, es decir 653 familias (madres con

sus hijos menores de 2 años y embarazadas). Asimismo, del total de personas que ingresaron al programa (1086 -madres o niños-), hay 352, cancelados (por distintos motivos)⁵, 291 cerrados y 443 abiertos. En la Tabla II se presenta la distribución de las personas por Barrio.

Tabla II: Programa 1000 días. Distribución de familias por barrio. 2015-2019. En cantidad absoluta

Barrio	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Barrufaldi		46	21	44	19	130
Don Alfonso		28	40	30	12	110
Mariló/San Ambrosio/Trujuy	4	58	46	26	19	153
Mitre	40	54	49	44	13	200
Obligado	16	40	30	46	16	148
San Miguel Centro		24	42	48	11	125
Santa Brígida	27	38	39	43	16	163
Sarmiento			16	36	5	57
Total	87	288	283	317	111	1.086

Fuente: Elaboración propia en base a los datos suministrados por la Municipalidad de San Miguel, abril 2019

Como puede advertirse en la Tabla III y IV, la cantidad de ingresos y egresos ha ido aumentando a lo largo del programa. En efecto, los ingresos al programa pasaron de 87 en 2015 a 317 en 2019. Situación similar se observa con los egresos, los cuales pasaron de 18 en 2015 a 216 en 2018.

Tabla III: Evolución de las altas (ingresos) por año. 2015-2019. En absolutos

Descripción	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Activas	1	29	84	223	106	443
Históricas*	86	259	199	94	5	643
Total general	87	288	283	317	111	1086

*Egresaron del programa

Fuente: Elaboración propia en base a los datos suministrados por la Municipalidad de San Miguel, abril 2019

Tabla IV: Evolución de egresos por año por estado de ejecución (cierre o cancelación). 2015-2019. En absolutos

Estado de Ejecución	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Cancelado	11	53	122	123	43	352
Egreso	7	62	85	93	44	291
Total	18	115	207	216	87	643

Fuente: Elaboración propia en base a los datos suministrados por la Municipalidad de San Miguel, abril 2019

⁵ Requiere intervención de otros efectores; Intervención servicio local. Medida de abrigo; No corresponde intervención; Está ingresado en otro programa de acompañamiento; Criterio de ingreso erróneo; No adherencia al programa; Fallecimiento; Datos del domicilio erróneos; Cambio de domicilio en barrios sin AF; Cambio de domicilio a otro municipio; Cambio de acompañante familiar.

Ingreso al programa

La principal fuente de derivación al programa es la Unidades Materno Infantil (UMI), del Hospital Raúl F. Larcade. Esta ofrece un servicio social y psicológico, coordinando las actividades de maternidad, neonatología, obstetricia, ginecología y pediatría.

Cuando una mujer ingresa a la UMI, se le realiza una encuesta multidisciplinaria. A partir de la misma, se identifica si la persona es candidata al programa. En tal caso, la postulan a través del Sistema de Monitoreo de Acompañamiento Familiar (SAF). Este sistema es un software que contiene un registro único de seguimiento a las familias vulnerables, y que permite, entre otras cosas, generar alarmas tempranas ante situaciones de riesgo. A partir de 2018, para ingresar al programa, la coordinación de 1000 días comenzó a realizar una segunda encuesta, para verificar los resultados de la UMI y de esta forma se garantizar un doble control.

Circuito del programa

Todos los candidatos al programa tienen que pasar por el mismo proceso de selección. En primer lugar, la UMI realiza una encuesta y postula al candidato. A partir del año 2018, la coordinación de 1000 días realiza una segunda encuesta para verificar los resultados de la encuesta de la UMI. Para ingresar al programa se analizan 51 criterios de vulnerabilidad que incluyen dimensiones de salud, socio-habitacionales, socio-económicas y de violencia familiar. En base a los mismos se decide el ingreso o no al programa. Tener déficit en al menos un indicador de salud, es condición suficiente para ingresar al mismo. No obstante, el ingreso definitivo depende de la disponibilidad de vacantes en el barrio de la familia. Si no hay disponibilidad, la familia pasa a una lista de espera. Estar en espera responde únicamente al orden de llegada. A partir de 2019, se empezó a aplicar un índice de vulnerabilidad que prioriza a los casos que registran mayor vulnerabilidad.

En caso de ingresar, el acompañante a cargo de ese barrio hará una visita a la familia y le consultará si quiere ser parte o no del programa. Una vez que una familia es admitida, se asignan las actividades a realizar en función de los criterios de ingreso, las cuales se trabajan a través del acompañamiento familiar. Asimismo, los titulares (madres y/o niñas/as) con baja talla y/o peso, anémicos o malnutridos o situaciones laborales crítica reciben cajas de alimentos.

Las familias son seguidas a través del sistema de seguimiento en línea (SAF) que refleja la historia social de las familias y registra el trabajo realizado por los acompañantes en territorio en cada uno de los casos. El equipo técnico, a su vez, supervisa el trabajo cargado por los acompañantes en el SAF y agrega o modifica tareas o criterios según la evolución de cada familia.

Por otra parte, toda embarazada, madre o niño que ingresa recibe una tarjeta de identificación del Programa, con la que tendrá prioridad al presentarse ante los distintos efectores municipales. Las familias acompañadas, son prioridad en la agenda de turnos de salud, en el otorgamiento de materiales, construcción de vivienda y vacantes en los Centros de Desarrollo Infanto-Familiar.

El alta o egreso del programa, se alcanza una vez que se hayan revertido el/los criterios por el cual el niño, madre o embarazada ingresó, y haya disminuido la situación de riesgo y vulnerabilidad biopsicosocial. Esta situación es evaluada por el equipo coordinador del Programa “1000 Días” en conjunto con los acompañantes familiares para asegurar el trabajo realizado y las condiciones que garanticen el bienestar de la embarazada, la madre y/o del niño. Si se evalúa que esto no ha sucedido, se podrán asignar más tareas para que la acompañante familiar continúe realizando el seguimiento. El tiempo de duración del acompañamiento a las familias en programa es de 12 meses, con la posibilidad de extenderse según el caso lo requiera.

Cabe señalar, que una familia puede ser cancelada del Programa cuando se muda fuera del partido o cuando hubo un error en el ingreso de la familia dado que no presenta ningún criterio de vulnerabilidad. Asimismo, puede suceder que no haya adherencia por parte de la familia al programa. En todos los casos se da aviso del estado de situación de la familia a la institución que realizó la postulación. En algunos casos si se ha avanzado en el acompañamiento puede redactarse un informe con las dificultades que se presentaron y los motivos de la cancelación. A partir de 2018 comenzó a realizarse una encuesta de egreso.

Criterios de vulnerabilidad

Se considera “candidatos” al programa a las mujeres embarazadas, madres con niños menores a dos años y/o niños hasta los dos años de edad que registren déficit en alguno de los criterios de vulnerabilidad vinculados a la dimensión de salud, ya que tener déficit en alguna otra dimensión (socio-habitacionales, socio-económica y violencia) es condición necesaria pero no suficientes para ingresar.

Los criterios de vulnerabilidad fueron identificados en conjunto con distintos equipos profesionales del Municipio, para poder asegurar una perspectiva interdisciplinaria al momento de evaluar cada situación y definir las prioridades para la incorporación al programa (Ver Anexo). Los criterios se concentran en cinco grandes grupos que se detallan a continuación⁶:

- Mujeres embarazadas (con anemia, cardiopatías, adolescentes, hipertensión arterial, conflictos con la ley, indocumentadas, consumo de sustancias, problemas psiquiátricos, sin controles obstétricos, capacidades diferentes etc).
- Familia (intervención en servicio local)
- Generales (Situación habitacional crítica, socioeconómica crítica, violencia familiar)
- Madres de niños < igual de 2 años (con anemia, cardiopatías, adolescentes, hipertensión arterial, conflictos con la ley, indocumentadas, consumo de sustancias, problemas psiquiátricos, sin controles obstétricos, capacidades diferentes etc).
- Niños menores a dos años (anemia, cardiopatía, sin controles en período de gestación, calendario de vacunación incompleto, indocumentado, bajo peso al nacer, etc)

⁶ En el anexo se detallan los criterios de vulnerabilidad junto con las tareas asignadas a cada uno.

Operacionalización

Para garantizar el correcto funcionamiento, el programa articula con distintos efectores de salud: Unidad Materno Infantil –UMI-, centros de Salud, centros CONIN, Dirección Municipal de Ayuda y Promoción de la Persona con Discapacidad (DIMAPAD), oficina de documentación, Desarrollo Social, Políticas de género, y Servicio Local.

El equipo de trabajo está integrado por una coordinadora general (psicóloga), una coordinadora médica pediatra, un equipo técnico y uno de acompañantes familiares. El equipo técnico, a su vez, está conformado por trabajadores sociales, nutricionistas, psicomotricistas y comunicadores sociales. En cuanto al equipo de acompañante, está integrado por 16 trabajadores distribuidos en ocho barrios del municipio de San Miguel. La coordinadora general y el equipo técnico trabajan de manera integrada y transversalmente dando soporte al trabajo territorial que realizan los acompañantes familiares con las familias del programa.

Para garantizar los controles pediátricos de los niños, hay una coordinadora médica pediatra, referente médica del programa, que realiza atención médica a través de operativos territoriales móviles a los niños que no asisten regularmente a los controles en los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS). Estos operativos reciben el nombre de “Programa de prevención materno infantil” (PPMI). Se realizan cada 15 días, y constan de dos tráileres equipados para hacer controles del niño sano (chequeo de la fecha del último control, peso, talla, IMC), screening y oídos (OEA). Asimismo, cuentan con servicios de vacunación, enfermería, oftalmología, ecografías, odontología y servicios de ANSES, además realizan entrega de leche en caso de ser necesario.

Por otra parte, el acompañante familiar es el encargado de crear y fortalecer el vínculo de confianza con el titular del programa. Para lograrlo, realiza visitas cada 15 días a los titulares del programa, y a medida que el acompañamiento avanza, se espacian a una frecuencia mensual. En los casos de mayor complejidad, las visitas pueden tener una modalidad de frecuencia semanal. Hasta mitad del acompañamiento (primeros 6 meses) las visitas se realizan en los domicilios de las familias, y posteriormente los encuentros son en los CAPS de referencia para ir logrando cierta adherencia por parte de la familia al centro. Las visitas son supervisadas mensualmente por la coordinadora general (psicóloga) y el equipo de trabajadores sociales.

Adicionalmente, cabe destacar que el acompañante es el intermediario entre las necesidades de la familia y los recursos del Estado. Para lo cual, articula con diferentes efectores locales, como son, la Dirección Municipal de Ayuda y Promoción de la Persona con Discapacidad (DIMAPAD), la oficina de documentación, centros de Salud, Desarrollo Social, Políticas de género, y el Servicio Local. Los acompañantes también se encargan de controlar la libreta sanitaria, garantizar la asistencia de las mujeres y niños a los controles periódicos a través de la revisión de las historias de salud, realizar reuniones con los médicos de los centros de salud y facilitar a las familias los turnos médicos para que tengan prioridad de atención.

Los acompañantes individualmente tienen a su cargo veinte familias, pero no trabajan solos sino en duplas. Por lo que, cada dupla tiene la tarea de acompañar de manera integral a cuarenta familias a lo largo del programa. Al respecto, cabe señalar

que los roles de la dupla en la visita varían según sean referentes directos o no de la familia. Cuando un miembro de la dupla es referente de la familia, tiene un rol activo y es quien lleva adelante el encuentro. Mientras tanto, el otro miembro de la dupla tiene un rol de escucha activa, de observador participante y es quien realiza anotaciones de lo observado en dicha visita. Ambos comparten sus percepciones y realizan reflexiones conjuntas cuando finalizan las visitas a las familias, como así también diseñan planes de acción a corto y mediano plazo que den respuesta a las demandas y necesidades de las familias.

Por otra parte, los titulares (madres y/o niñas/as) con baja talla y/o peso, anémicos o malnutridos o situaciones laborales crítica reciben cajas de alimentos (municipales). Asimismo, ante este tipo de situaciones, se realizan intervenciones de nutricionistas, que realizan visitas cada 3 meses. Durante las mismas se realiza una entrevista nutricional, se da pautas de alimentación y se enseña a cocinar. Las nutricionistas son las encargadas de articular con los centros de salud, de diseñar el contenido de las cajas de alimentos, y de armar la logística y circuito de entrega de alimentos en las delegaciones de los barrios. Asimismo, aquellos niños que presentan dificultades en su desarrollo psicomotor, en su crianza y/o en el vínculo de niño/as y madre o cuidador referente, son seguidos mensualmente por el psicomotricista del equipo técnico.

Hasta el 2018 inclusive, el programa organizaba “mateadas” cada 30 días en cada uno de los barrios. Las mismas se trataban de encuentros cuyo objetivo era formar una red social de contención entre los titulares y fomentar el sentido de comunidad. Las “mateadas” se organizaban en los centros de salud y sus delegaciones. Pero, a partir de 2019, las “mateadas” pasaron a organizarse semanalmente en el marco del “Plan proyecto de vida”, otro programa dentro de la coordinación que nace ese año. Cabe señalar que la asistencia a estas reuniones no era completa, y en algunos barrios la convocatoria era mayor. En particular, las mateadas eran exitosas en los siguientes barrios: Mitre, Barrufaldi, Don Alfonso y Santa Brígida. Mientras que no tenían impacto en Trujuy, San Miguel Centro, Obligado y Sarmiento. Entre las principales causas que identifica el programa sobre la falta de éxito de estos encuentros cabe mencionar: barrios extensos, gran distancia entre las familias y falla de comunicación por parte de los acompañantes familiares.

Las mateadas tenían una duración de dos horas. En las mismas se trataban distintas temáticas de interés en función a las necesidades del barrio identificadas por los acompañantes (crianza, socialización, nutrición). En los inicios no había un cronograma de trabajo y actividades definidos, pero a partir de 2018 las mateadas adaptaron la modalidad de talleres. (Ver anexo mateada).

Todas las actividades realizadas en el marco del programa buscan fortalecer y crear lazos entre los miembros de la comunidad, ya que, desde la coordinación de 1000 días, se entiende que la responsabilidad sobre el cuidado de la infancia es compartida entre los adultos que componen la familia, la comunidad y el Estado.

Por último, desde inicio de 2018, se están realizando capacitaciones a los acompañantes familiares. Las mismas las arma el equipo técnico en base al asesoramiento de las áreas de gobierno de políticas de género, salud, expertos en nutrición, y así como también en base a sus experiencias personales en el programa.

4.1 Mejoras en indicadores de salud en el municipio

A continuación, se presenta como una primera aproximación dos indicadores de datos secundarios relevantes en relación al diseño del programa 1000 Días: mortalidad infantil y mortalidad materna. Si bien sería de esperar mejoras en los indicadores de nutrición infantil y pruebas de desarrollo cognitivo apropiadas para la edad (1 año, 2 años), no se dispone de datos secundarios sobre estos indicadores.

Tabla V: Tasas de Mortalidad Infantil por año según partido

Partidos	2015	2016	2017
General Las Heras	11,6	16,5	4,7
Vicente López	4,1	5,5	4,8
San Isidro	7,3	6,2	6,4
Lanús	10,1	11,7	7,0
Tigre	8,9	9,6	7,0
San Vicente	6,1	5,5	7,2
Exaltación De La Cruz	5,8	4,7	7,7
San Miguel	12,3	9,5	7,7
Prov. Buenos Aires	9,9	9,9	9,4
Total País	9,7	9,7	9,3

Fuente: Observatorio de Conurbanos Bonaerense. Universidad Nacional de General Sarmiento (<http://observatorioconurbano.ungs.edu.ar>)

Como puede advertirse en la Tabla V, entre el año 2015 y 2017, el municipio de San Miguel, redujo el índice de mortalidad infantil casi dos puntos porcentuales debajo de la media nacional y provincial. En efecto, en 2017, la tasa de mortalidad del municipio fue 7,7, mientras que el promedio nacional y provincial fue 9,4 y 9,3, respectivamente. Asimismo, cabe señalar que San Miguel es el séptimo municipio con índice de mortalidad más bajo en toda la Provincia de Buenos Aires.

Tabla VI: Nacidos vivos, defunciones maternas y tasa de mortalidad materna. En absolutos

Partido	2015		2016		2017	
	Defunciones maternas	Tasa de mortalidad materna	Defunciones maternas	Tasa de mortalidad materna	Defunciones maternas	Tasa de mortalidad materna
San Miguel	1	1,7	2	3,5	2	3,6
Total 24 partidos	69	3,8	58	3,4	45	2,7
Prov. de Buenos Aires	74	3,9	93	3,4	74	2,8

Fuente: Observatorio de Conurbanos Bonaerense. Universidad Nacional de General Sarmiento (<http://observatorioconurbano.ungs.edu.ar>)

En lo que respecta a las defunciones maternas se observa en primer lugar, que la magnitud es muy pequeña. Sin embargo, ha registrado una evolución desfavorable entre 2015 y 2016 (pasando de 1 defunción a 2 defunciones) y se mantuvo en 2016. Esto podría reflejar deficiencias de implementación del programa, pero también cabe recordar que el mismo se implementa por el momento en sólo 6 de los 18 barrios populares del municipio.

5. Conclusiones

La prioridad en las inversiones y el cuidado de la primera infancia tiene en primer lugar una justificación ética, reflejada por el hoy consolidado marco de los derechos del niño. Pero además tiene una justificación funcional: la evidencia empírica remarca que las inversiones en la primera infancia tienen retornos mucho mayores que inversiones en etapas posteriores. En efecto, las experiencias en los primeros años de vida tienen efectos persistentes, duraderos y significativos en diversos aspectos de la juventud y la edad adulta, y no todos los déficits que se producen durante la primera infancia se pueden compensar en el futuro.

Las políticas de acompañamiento familiar parecen tener un gran potencial como instrumento de intervención en los primeros años de vida, en tanto pueden modificar conductas y mejorar el vínculo intra-familiar. Existe evidencia empírica internacional que apoya la efectividad de políticas de esta naturaleza y en este trabajo se han revisado varias intervenciones en este sentido en países de la región de América Latina. El programa 1000 Días, implementado en el municipio de San Miguel, ha sido precursor en Argentina en este tipo de programas, con sólo otros dos programas que son contemporáneos (Programa Nacional Primeros Años y Plan Nacional de Protección Social) y no gozan del mismo grado de articulación.

Al momento, el programa no ha sido evaluado de manera cuantitativa, sino sólo en forma cualitativa (Aquilino, 2018). Sin embargo, cabe destacar que el indicador de mortalidad infantil se ha ido reduciendo desde la implementación del programa, aunque el de mortalidad materna se incrementó (pero con niveles muy bajos). Lógicamente, con los datos disponibles, no es posible atribuir estos resultados al programa. Sólo se trata de indicadores de interés a considerar. Al respecto, es importante señalar que si bien la implementación del programa 1000 Días no permite una evaluación de impacto de tipo de experimento aleatorio controlado, se planifica realizar una evaluación de impacto cuasi-experimental como línea de investigación a continuar.

Bibliografía

- Abramovsky, L., O. Attanasio, K. Barron, P. Carneiro, y G. Stoye (2015). "Challenges to Promoting Social Inclusion of the Extreme Poor: Evidence from a Large Scale Experiment in Colombia". En línea <http://www.ucl.ac.uk/~uctppca/Abramovsky.pdf>
- Albino, A. (2017). Los cinco pasos para una gran nación. Conferencia en la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas, en sesión pública extraordinaria, 20 de setiembre de 2017.
- Aquilino, N., Nazarena, P., Laffaire, A., (2018) "Informe de Evaluación: Programa de Acompañamiento Familia Mil Días. Municipio de San Miguel". <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2018/10/CIPPEC-Informe-Final-Evaluaci%C3%B3n-Mil-D%C3%ADas-Municipio-de-San-Miguel.pdf>
- Araujo, M.C y López-Boo, F. (2010). Invertir en los primeros años de vida. Una prioridad para el BID y los países de América Latina y el Caribe. Notas técnicas # IDB TN-188.
- Asesorías para el desarrollo (2012). Evaluación de Impacto del Sistema de Protección Integral a la Infancia (Chile Crece Contigo). Santiago, 2012.
- Baird, S., McIntosh, C. and Ozler, B. (2011), "Cash or Condition? Evidence from a Cash Transfer Experiment". *The Quarterly Journal of Economics* 126(4): 1709-1753.
- Behrman, J., J. Hoddinott, J. Maluccio y R. Martorell (2009). "Brains versus Brawn: Labor Market Returns to Intellectual and Health Human Capital in a Poor Developing Country", WP 0907. Middlebury (EUA): Middlebury College, Department of Economics
- Berlinski, S. y Schady, N. (edits.).(2015). Los primeros años: el bienestar infantil y el papel de las políticas públicas. Washington D. C., Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Bloom, A., Allard, A., Zelko, F., Brill, W., Topinka, C. y Pfohl, W. (1988). Differential validity of the K-ABC for lower functioning preschool children versus those of higher ability. *American Journal of Mental Retardation*, 93(3), 273-277.
- Brooks-Gunn, J., L. Berlin, and A. Fuligni, "Early Childhood Intervention Programs: What About the Family?," in J.P. Shonkoff and S.J. Meisels, eds., *Handbook of Early Childhood Intervention*, 3rd ed., New York: Cambridge University Press, 2000.
- Calderón F. y C. Velázquez (2011). Evaluación de impacto de la estrategia Contigo Vamos por Más Estado de Guanajuato
- Carneiro, P.; Galasso, E. y Ginja, R. (2018) "Tackling Social Exclusion: Evidence from Chile". The World Bank.
- Conti, G. y Heckman, J.J. (2012), *The Economics of Child Well-Being*, No 18466, NBER Working Papers, National Bureau of Economic Research, Inc
- Coordinación de primera infancia niñez y familia. (2017) . San Miguel, Buenos Aires.
- Cunha, F. y Heckman, J.J. (2007). "The Technology of Skill Formation." *American Economics Review P&P*, 97(2), 31-47.
- Cunha, F., L. L. Lochner and D. Masterov (2006). "Interpreting the Evidence on Life Cycle Skill Formation." In E. Hanushek and F. Welch, eds., *Handbook of the Economics of Education*, (North Holland: Amsterdam), pp. 697–812.
- Dirección de Información Sistematizada, Dirección Provincial de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires e información elaborada por la Dirección Provincial de Estadística.

- Doyle O., C. Harmon, J. Heckman, C. Logue y S. Moon (2013) Measuring Investment in Human Capital Formation: An Experimental Analysis of Early Life Outcomes. National Bureau of Economic Research Working Papers 19316
- Heckman, J. y Masterov, D. (2007). The productivity argument for investing in young children. Recuperado de: http://jenni.uchicago.edu/humaninequality/papers/Heckman_final_all_wp_2007-03_22c_jsb.pdf on 1st September 2010.
- Heckman, J.J., S.H. Moon, R. Pinto, P.A. Savelyev, and A. Yavitz, (2010) “Analyzing social experiments as implemented: A reexamination of the evidence from the HighScope Perry Preschool Program,” *Quantitative Economics*, 1, 1-46.
- Heckman, J.J. (2007). “The economics, technology and neuroscience of human capability formation.” *PNAS*, August.
- Heckman, J.J. (2008). “Schools, skills, and synapses.” *Economic Inquiry*, 46(3): 289-324.
- Hoddinott, J., J. R. Behrman, J. A. Maluccio, P. Melgar, A. R. Quisumbing, M. Ramirez-Zea, A. D. Stein, K. M. Yount y R. Martorell. 2013. “Adult Consequences of Growth Failure in Early Childhood.” *American Journal of Clinical Nutrition* 98(5) (noviembre): 1170–78.
- INDEC, Censo 2010.
- INDEC, Proyecciones 2019
- Knudsen, E.I., J.J. Heckman, J.L. Cameron and J.P. Shonkoff (2006). “Economic, neurobiological, and behavioral perspectives on building America’s future workforce.” *PNAS*, 103(27): 10155-10162.
- Kramer, M. S. 1987. “Intrauterine Growth and Gestational Duration Determinants.” *Pediatrics* 80(4) (octubre): 502–11.
- Lacunza, B. (2010). Procesamiento cognitivo y déficit nutricional de niños en contextos de pobreza. *Psicología y Salud*, 20(1), 77-88.
- Maleš, PJ, Barriga,P., Villafuerte,A.C, y Gonzalez Acero, C. (2013) Modalidades de acompañamiento familiar en los servicios sociales Memoria del Diálogo Regional de Política de la Red de Protección Social y Salud –Quito 2013. BID. NOTA TÉCNICA # IDB-TN-647
- Marroig, Alejandra, Ivone Perazzo, Gonzalo Salas, and Andrea Vigorito. 2017. “Evaluación de impacto del programa de acompañamiento familiar de Uruguay Crece Contigo. Informe de resultados.” IECON Universidad de la República Convenio Oficina de Planeamiento y Presupuesto-Facultad de Ciencias Económicas y de Administración.
- Ministerio de Planificación de Chile, 2011. Evaluación y Monitoreo Sistema Integral de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo. Chile
- Mönckeberg, F. (1985), “Marasmo en el primer año de vida”, en *Pediatría*, Santiago de Chile, Mediterráneo.
- MSN- DEIS-2017
- Mullis, P. E. y P. Tonella. 2008. “Regulation of Fetal Growth: Consequences and Impact of Being Born Small.” *Best Practice and Research Clinical Endocrinology and Metabolism* 22(1) (febrero): 173–90
- Olds, D.L., J. Eckenrode, C.R Henderson Jr, H. Kitzman, J. Powers, R. Cole, K. Sidora, P. Morris, L.M. Pettitt, and D. Luckey, “Long-term Effects of Home Visitation on Maternal Life Course and Child Abuse and Neglect,” *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278 (8), 637-643.

- OMS (1989). Declaración Conjunta OMS/UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: WHO.
- ONU (1989), Convención sobre los Derechos del Niño. Disponible desde Internet en: <http://www.unicef.org/spanish/crc/>
- Sen, A.K. (1999). *Development as Freedom*. New York: Random House
- Shonkoff, J.; Boyce, WT. y McEwen, B. (2009). “Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: Building a new framework for health promotion and disease prevention” en *Journal of the American Medical Association*, 301, 2252-2259.
- Shonkoff, J.P. and D.A. Phillips, (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*, Washington, DC: National Academies Press.
- Thompson, R. A. y H. A. Raikes. 2007. “The Social and Emotional Foundations of School Readiness.” En D. F. Perry, R. K. Kaufmann y J. Knitzer, eds., *Social and Emotional Health in Early Childhood: Building Bridges between Services and Systems*. Baltimore, MD: Brookes Publishing Co.
- Unicef (1990) *Maxima prioridad para la infancia: Declaración Mundial y Plan de Acción de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia y la Convención sobre los Derechos del Niño*. Nueva York (NY): UNICEF, 1990
- UNICEF (1992). *Estado mundial de la Infancia 1992*.
- Uruguay Crece Contigo, 2012. *Hacia un sistema de protección integral a la Primera Infancia*. República Oriental Del Uruguay
- Uruguay Crece Contigo, 2013. *La primera infancia es para siempre*. República Oriental Del Uruguay
- Victora, C. G., L. Adair, C. Fall, P. C. Hallal, R. Martorell, L. Richter, H. S. Sachdev y el Maternal and Child Undernutrition Study Group. 2008. “Maternal and Child Undernutrition: Consequences for Adult Health and Human Capital.” *Lancet* 371(9609) (enero): 340–57.
- Walker, S.; Chang, S.; Vera-Hernández, M. y Grantham-McGregor, S. (2011) “Early Childhood Stimulation Benefits Adult Competence and Reduces Violent Behaviour” en *Pediatrics*, 127, 849-857; DOI: 10.1542/peds.2010-2231
- Woodward, A. L. y E. M. Markman. 1998. “Early Word Learning.” En D. Kuhn y R. S. Siegler, eds., *Handbook of Child Psychology: Volume 2: Cognition, Perception, and Language*. Quinta edición. Nueva York: John Wiley and Sons.

Anexo

Tabla A.1: Criterios de vulnerabilidad

Criterios	Tareas del SAF por criterio
Niños sin controles en período de gestación	Garantizar que tenga los controles pediátricos correspondientes. Articular con las instituciones correspondientes, facilitando el acceso a turnos, considerando la prioridad de las familias del programa. - Caps - Hospital - Derivaciones específicas
Niños con bajo peso/desnutrición, menores de dos años	Confirmar que haya recibido atención médica Confirmar que tenga y este tomando el hierro Turno con pediatría de CAPS más cercano al domicilio Derivación con Nutrición (Pautas alimentarias acorde a la edad y dx pediátrico)
Niños con calendario de vacunas incompleto	Confirmar que tenga el esquema de vacunación actualizado. Articular con salud para que se le den las vacunas correspondientes.
Niños menores de 2 años sin controles pediátricos	Garantiza los controles médicos. Articular con las instituciones correspondientes, facilitando el acceso a turnos, considerando la prioridad de las familias del programa: - Caps. - Hospital. - Derivaciones específicas.
Niños con anemia	Confirmar que haya recibido atención médica. Confirmar que tenga y este tomando el hierro. Observar que tenga los controles pediátricos al día (cada un mes hasta el año). Observar factores de riesgo personales y familiares (Vivienda, escolarización con comedor, ingresos familiares). Fomentar lactancia materna exclusiva. No incorporar alimentos complementarios antes de los 6 meses de edad.
Niños con problemas respiratorios crónicos	Solicitar a la TS un informe habitacional. Garantizar control médico, y profilaxis en aerosol. Garantizar control con neumonólogo, por lo menos dos veces al año.
Niños con Sífilis	Articular con la especialidad correspondiente Garantizar control pediátrico mensual. Con infectología y de laboratorio. Garantizar que este tomando la medicación.
Niños con HIV	Articular con la especialidad correspondiente. Garantizar controles médicos.
Niños con lesión cerebral	Articular con la especialidad correspondiente (estimulación, psicomotricidad, neurología). Garantizar controles pediátricos médicos mensuales. Garantizar que este tomando la medicación.
Niños con cardiopatías	Articular con la especialidad correspondiente. Garantizar control cardiológico. Garantizar que este tomando la medicación.
Niños con tuberculosis o familias con tuberculosis Madre con tuberculosis o familias con tuberculosis Embarazadas con tuberculosos o familias con tuberculosis	Confirmar que se haya realizado el despistaje de TBC de los convivientes. Ingresarlo al programa municipal de TBC. Garantizar controles médicos mensuales. Garantizar que este tomando la medicación.
Madres adolescentes	Garantizar controles médicos de ella y sus hijos.
Madre bajo peso	Realizar controles médicos y de laboratorio.

Madre con epilepsia	Articular con programa municipal. Chequear controles con médico especialista.
Madre multipara	Articular con Planificación Familiar.
Madre con cardiopatías	Coordinar visita con cardiólogo
Madres con Anemia	Confirmar que tenga y este tomando el hierro.
Madres con HIV	Articular con la especialidad correspondiente. Garantizar controles médicos. Garantizar que este tomando la medicación.
Madres con enfermedades de transmisión sexual	Garantizar que se este realizando los controles adecuados.
Madres con Sifilis	Articular con la especialidad correspondiente. Garantizar controles médicos. Garantizar que este tomando la medicación.
Madre con Chagas	Articular con la especialidad correspondiente. Garantizar controles médicos. Garantizar que este tomando la medicación.
Madres con problemas neurológicos	Garantizar controles médicos. Garantizar control neurológico.
Madres con diabétes crónica	Garantizar control médico. Garantizar que este tomando la medicación.
Madres que consumen sustancias	Articular con salud mental.
Madres con problemas psiquiátricos	Articular con salud mental.
Madres sin controles en período de gestación	Garantizar cierre de historia clínica. Articular con las instituciones correspondientes, facilitando el acceso a turnos, considerando la prioridad de las familias del programa. - Caps. - Hospital. - Derivaciones específicas.
Madres con capacidades diferentes	Garantizar controles médicos de ella y su hijo. Articular con salud mental.
Madres con hijo/a indocumentado Hijo/a con madre indocumentada Hijo/a de madre embarazada indocumentada	Articular con instituciones correspondientes: - Estado en tu barrio. - Registro Civil.
Familia con intervención en servicio local Madre en conflicto con la ley	Consultar expediente y equipo interviniente del servicio local. Articular con las instituciones correspondientes: - Trabajadora Social del Caps. - Presentar informe de admisión al Servicio Local. - Realizar reuniones con el equipo interviniente para trabajar conjuntamente.
Embarazada con anemia	Confirmar que tenga y este tomando el hierro.
Embarazada con problemas neurológicos	Garantizar que este tomando la medicación. Garantizar control neurológico. Seguimiento de estudios médicos, indagar diagnóstico y certificado de discapacidad.
Embarazo adolescente	Garantizar control obstetrico. Garantizar entrevista con la trabajadora social.
Embarazadas sin controles en periodos de gestación	Garantizar control obstétrico. Articular con las instituciones correspondientes, facilitando el acceso a turnos, considerando la prioridad de las familias del programa. - Caps. - Hospital. - Derivaciones específicas.
Embarazo de riesgo	Garantizar que se realicen los controles prenatales.
Embarazadas con diabetes	Garantizar control médico.

		Garantizar que este tomando la medicación.
Embarazadas con cardiopatías	con	Garantizar control médico. Garantizar que este tomando la medicación.
Embarazadas con hipertensión arterial	con	Garantizar control médico. Garantizar que este tomando la medicación.
Embarazada que consume sustancias		Garantizar controles médicos . Articular con salud mental (repitencia 3 veces).
Embarazada con problemas psiquiatricos		Garantizar controles médicos . Articular con salud mental (repitencia 3 veces).
Embarazadas con capacidades diferentes	con	Articular con DIMAPAD.
Embarazada en conflicto con la ley		
Situación habitacional crítica		Solicitar informe habitacional a la/el Trabajador social. Garantizar que el informe habitacional sea recibido por la dirección de asistencia crítica. Garantizar que tenga los controles pediátricos correspondientes.
Situación socio economica crítica		Articular con dirección de empleo, ANSES, Desarrollo Social. Garantizar que tenga los controles pediátricos correspondientes.
Violencia familiar		Articular con la dirección de políticas de género Sedes: - CAPS 29 de septiembre. - Casa de la Mujer (Obligado). - Sede Vicentinos. Dispositivo para varones con comportamiento violento CAPS Camila Rolón.
Abuso infantil		Evaluar y articular con servicio local.