

El principio de autonomía en pediatría en el marco del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación. Una comunicación de la Subcomisión de Ética Clínica

The principle of autonomy in pediatrics under the new Civil and Commercial Code of the Nation. A communication of the Subcommittee on Clinical Ethics

Subcomisión de Ética Clínica. Sociedad Argentina de Pediatría

Subcomisión de Ética Clínica: Dr. Miguel A. Del Valle, Dra. Lidia Albano, Abg. Alejandro Barceló, Dra. Diana Cohen Agrest, Dra. Patricia Cudeiro, Dra. María M. Cuneo, Dra. Fernanda Ledesma, Dra. María del Carmen Martínez Perea, Dra. María C. Orsi, Dr. Gonzalo Pérez Marc, Dr. Santiago Repetto y Dr. Jorge Selandari

RESUMEN

Desde los orígenes de la Bioética, la autonomía, o sea, la capacidad de decidir por sí mismo luego de contar con el grado de madurez, la información adecuada y la ausencia de coerción, ha sido uno de sus pilares. El nuevo *Código Civil y Comercial de la Nación* trae importantes modificaciones, actualizaciones e incorporaciones de normas que influyen directamente en temas relacionados con el derecho a la salud y que reafirman el concepto de los niños/as y adolescentes como sujetos de derecho y ponen énfasis en el de autonomía progresiva. Es por ello por lo que consideramos importante el conocimiento de estos aspectos para los pediatras, ya que tienen implicancias en la práctica ante la toma de decisiones.

Palabras clave: bioética, autonomía personal, Código Civil, derechos del niño.

ABSTRACT

Autonomy, understood as the power of self-decision by having full acknowledgement and free will, has been one of the pillars of Bioethics since its beginnings. The new National Civil and Commercial Code brings major changes and updates as well as additions, all of which have great implications in the practice of health rights. This whole makes a strong mark in the participation of children and adolescents as subjects of law. It is important to bring this new understanding to our attention as pediatricians, as it will involve the resolution of the daily medical practice.

Key words: bioethics, personal autonomy, Civil Code, children rights.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.485>

Correspondencia:

Dr. Miguel A. Del Valle, mdelvalle@intramed.net

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 9-5-2016

Aceptado: 6-6-2016

ANTECEDENTES

La autonomía ha sido uno de los pilares de la bioética desde sus orígenes. Es el derecho que tiene todo ser humano a decidir acerca de las acciones que se realicen sobre su propio cuerpo, sobre la base de sus valores. Para ejercer este derecho, es necesario haber alcanzado el grado de madurez suficiente para tomar decisiones por sí mismo, sin estar bajo ningún tipo de coerción y contando con la información adecuada. Este principio, fundamental y claramente comprendido en los adultos, reviste, sin embargo, aspectos no tan claros durante la edad pediátrica. De allí que puedan surgir diversos dilemas e interrogantes: ¿desde cuándo, cómo y hasta dónde un niño/a y/o adolescente se encuentra en condiciones de decidir por sí mismo? ¿Cuál es el rol de los padres y/o tutores frente a estas tomas de decisiones? ¿Cómo debería ser el accionar médico ante ellas?

Estas son las preguntas que, habitualmente, generan, en el ámbito de la pediatría, dudas de cómo debería ser nuestro accionar, ya no solo ante situaciones límites, sino también en situaciones de la práctica diaria.

Hay que reconocer, sin embargo, que la Declaración de los Derechos del Niño (1959),¹ la Carta Europea de los Derechos de los Niños y las Niñas Hospitalizados (1989)² y, recientemente en Argentina, la Ley Nacional 26061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (2005)³ han ido delineando pautas basadas en una concepción actualizada del tema. Progresivamente, fue tomando mayor relevancia la atención al derecho que tiene el menor a ser escuchado, a tomar decisiones en cuanto a su persona y a que estas decisiones sean respetadas en función del grado de madurez alcanzado.

El nuevo *Código Civil y Comercial de la Nación*

(NCCN) trae importantes modificaciones, actualizaciones e incorporaciones de normas que influyen directamente en temas relacionados con el derecho a la salud y –más específicamente– en los referentes a la capacidad de los menores de edad respecto del cuidado de su propio cuerpo y de su salud.⁴

En esa línea, el NCCN⁵ (en vigencia desde el 1 de agosto de 2015) cuenta, entre sus artículos, algunos que, a criterio de esta Subcomisión, presentan una relevancia tal respecto a la capacidad y/o competencia en la toma de decisiones por parte de los niños/as y adolescentes que es necesario que los pediatras los conozcan.

La versión anterior del *Código Civil y Comercial de la Nación* (CCN), conocida como Código de Vélez Sarsfield, estuvo en vigencia desde 1871. No cabe duda de que, entre las ventajas de la versión nueva, está el haberla adaptado a los cambios ocurridos en nuestra sociedad durante estos últimos 145 años.

Qué es un código civil

Es un conjunto unitario, ordenado y sistematizado de normas de derecho privado, es decir, un cuerpo legal que tiene por objeto regular las relaciones civiles de las personas físicas y jurídicas, privadas o públicas.

Artículos del nuevo Código Civil y Comercial de la Nación involucrados con el principio de autonomía

A continuación, transcribimos los artículos que consideramos significativos:

ARTÍCULO 25.- Menor de edad y adolescente

Menor de edad es la persona que no ha cumplido dieciocho años. Este Código denomina adolescente a la persona menor de edad que cumplió trece años.

ARTÍCULO 26.- Ejercicio de los derechos por la persona menor de edad

La persona menor de edad ejerce sus derechos a través de sus representantes legales. No obstante, la que cuenta con edad y grado de madurez suficiente, puede ejercer por sí los actos que le son permitidos por el ordenamiento jurídico. En situaciones de conflicto de intereses con sus representantes legales, puede intervenir con asistencia letrada. La persona menor de edad tiene derecho a ser oída en todo proceso judicial que le concierne, así como a participar en las decisiones sobre su persona.

Se presume que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan

invasivos ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico.

A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.

ARTÍCULO 639.- La responsabilidad parental se rige por los siguientes principios:

- a) el interés superior del niño;
- b) la autonomía progresiva del hijo conforme a sus características psicofísicas, aptitudes y desarrollo. A mayor autonomía, disminuye la representación de los progenitores en el ejercicio de los derechos de los hijos;
- c) el derecho del niño a ser oído y a que su opinión sea tenida en cuenta según su edad y grado de madurez.

Análisis del contenido de los artículos precedentes

Se considera, en el art. 25, al igual que en el Código anterior, *que son menores de edad todas aquellas personas que no han cumplido los 18 años*. Lo nuevo es que incorpora el concepto de *adolescente* y considera como tal a *todo niño que supere los 13 años y hasta los 18*.

El art. 26 del NCCN hace referencia a que la persona menor ejerce sus derechos a través de sus representantes (por ejemplo, sus padres). Sin embargo, incorpora el concepto de la "autonomía progresiva" al hacer referencia a que aquel menor que cuente con edad y grado de madurez suficiente puede ejercer por sí mismo los actos que le son permitidos por el ordenamiento. Igualmente, puede contar con su propia asistencia letrada en caso de conflicto de intereses con sus representantes.

Sobre la base de los Derechos del Niño, así como de la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, se reconoce a los niños/as y adolescentes –en forma expresa– el derecho a ser oídos en juicio y a participar en las decisiones sobre su persona.

Se podría afirmar que al adolescente se le reconocen ciertas aptitudes, en particular las relacionadas con los derechos personalísimos (derechos que están unidos íntimamente a la persona: a la salud, intimidad, imagen, honor,

etc.), ya que, a partir de esa condición, se presumen ciertas competencias relacionadas con decisiones privativas de su persona.

El NCCN, a diferencia del anterior (que fijaba la edad de discernimiento a los 14 años y en el que solo las personas mayores de edad podían dar su consentimiento para actos médicos), presume que el adolescente entre los 13 y los 16 años estaría en situación de poder decidir sobre determinados actos médicos y lo equipara, a partir de los 16 años, a un adulto en cuanto a *las decisiones sobre su propio cuerpo*. Se presume que el adolescente de entre 13 y 16 años es apto para decidir por sí mismo respecto de aquellos tratamientos que no resulten invasivos ni comprometan su estado de salud o provoquen un riesgo grave para su vida o su integridad física. Si se tratara de tratamientos invasivos que comprometieran su estado de salud o pusieran en riesgo su integridad o su vida misma, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores. El conflicto entre ambos se resolvería teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto de las consecuencias de la realización o no del acto médico.

A partir de los 16 años, el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo. Con respecto al concepto de responsabilidad parental, se entiende que *los niños no deben ser considerados objeto de protección, sino sujetos de pleno derecho; deben recibir protección integral y gozar de todos los derechos que tienen las personas adultas, además de un grupo de derechos específicos que se les otorga por la particularidad de que los niños se encuentran en desarrollo. Así, la responsabilidad parental se entiende como una función y acompañamiento que los progenitores ejercen en interés de los hijos y deben asistirlos en la incorporación de competencias propias de las distintas etapas de desarrollo.*⁶ Esta debe ser ejercida en el marco del respeto por el interés superior del niño, la autonomía progresiva del hijo conforme a sus características psicofísicas, aptitudes y desarrollo, y el derecho del niño a ser oído y a que su opinión sea tenida en cuenta según su edad y grado de madurez.

En resumen, debería considerarse que la representación de los padres en el ejercicio de los derechos de sus hijos, en el caso de derechos personalísimos, va disminuyendo en función de la autonomía progresiva que estos pueden ir adquiriendo.

Aplicación del Código en la práctica

1. Al igual que en el Código anterior, para la Ley, se deja de ser menor a partir de los

18 años, momento en que se adquieren todas las capacidades del adulto.

2. Se incorpora el concepto de adolescente a partir de los 13 años, basado en el *principio de autonomía progresiva*.
3. Antes de esa edad (menor de 13 años), para cualquier toma de decisiones médicas, es necesario el consentimiento de padres y/o tutores, de acuerdo con cada caso.
4. Independientemente de la edad, es necesario que el niño/a reciba la información necesaria de acuerdo con su grado de entendimiento.
5. Se deberá considerar, desde un enfoque bioético, que la competencia o grado de madurez no depende solamente de aspectos cronológicos. Esto significa que no siempre la capacidad (visión jurídica) coincide con la competencia (madurez), por lo que la competencia para tomar decisiones podría adquirirse aún por debajo de los 13 años de edad. En ese caso, y de acuerdo con las circunstancias, la opinión del menor de edad deberá ser tenida en cuenta en relación con su racionalidad y aún en diferencia con la de sus padres. En caso de disenso, una vez agotadas todas las instancias de negociación entre el niño/a y sus padres/tutor/es, deberá considerarse la intervención del Comité de Bioética y –como último y no deseable recurso– la intervención legal.^{7,8}
6. Al evaluar cada caso, se deberá considerar, respecto de las presunciones, *que las mismas pueden verse desvirtuadas por la realidad que se presenta al tratar al paciente en cuestión; por otro lado, la evaluación que debe realizarse para determinar la competencia desde el punto de vista bioético no resulta tan estricta como aquella que debe emplearse a los fines de determinar la capacidad civil.*⁷
7. A partir de los 13 años, se presume la capacidad de toma de decisiones, por lo que **es el adolescente el que consiente**, con o sin el acompañamiento de los padres y de acuerdo con las circunstancias. Es aquí cuando comienzan las distintas interpretaciones y controversias. Como otros, advertimos claras dificultades prácticas al materializar tal distinción:
 - a) Se hace referencia a los tratamientos y se interpreta que se ha querido hacer referencia a todo acto médico. Si no fuese así, quedarían excluidos, por ejemplo, todos los métodos diagnósticos.
 - b) La contraposición del concepto de tratamiento “no invasivo o no riesgoso” al de “invasivo o riesgoso” amerita distintas interpretaciones, ya que algo que puede

parecer inofensivo (o no invasivo) para ciertas personas puede no serlo para otras.

- c) Se deberá tener en cuenta que, así como existen tratamientos no invasivos cuyo rechazo podría afectar la salud (como, por ejemplo, el uso de anteojos), existen, a su vez, actos médicos invasivos que no necesariamente la comprometen (ej.: sondaje vesical).

Por lo tanto, se deberá observar con cautela la distinción entre los conceptos de tratamiento médico invasivo o riesgoso y aquellos que no lo son.⁹ En este sentido, hay quienes, incluso, consideran que no debería hacerse referencia a tratamientos invasivos o no invasivos, sino considerar *la gravedad de la decisión y no de diferencias en la toma de decisiones, conforme el método sea invasivo o no invasivo*.¹⁰

8. A partir de los 16 años, el adolescente *es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo*, lo que significa que puede decidir por sí mismo, independientemente de la decisión de sus padres. Este punto es uno de los que más controversia han generado, tanto en el ámbito jurídico como en el médico. Tal es la controversia que algunos han planteado que *se ha legislado en forma confusa y peligrosa, y se ha habilitado a adolescentes mayores de 16 años a asumir decisiones autónomamente al considerarlos como adultos para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo. En este aspecto, quizás hubiera resultado más prolijo decir que gozaban de capacidad de ejercicio para dichos actos, si lo que se pretendía era liberarlos de la categoría de incapaces con la que los inviste el art. 24 del NCCN*.⁹

En la misma línea de pensamiento, otros han considerado lo siguiente: *el adolescente de la edad referida será considerado un adulto y, por lo tanto, con plena capacidad para el cuidado de su propio cuerpo, pero, ante decisiones que impliquen un sesgo de riesgo y, por lo tanto, salgan de la pauta de razonabilidad del planteo, los progenitores responsables deberán ser consultados. El profesional de la salud o quien afecte de alguna manera el cuerpo del adolescente deberá propiciar que las decisiones del joven de 16 años sean tomadas con el acompañamiento de los progenitores, pues consideramos que es en el contexto familiar donde se debería encontrar la debida orientación y contención para operar responsablemente en el cuidado del cuerpo del hijo*.¹¹

En contraposición con estas posturas, y haciendo, fundamentalmente, hincapié en la **autonomía progresiva** y en la capacidad de decidir de los adolescentes, algunos

autores intentan *presentar los posibles cruces entre el principio de autonomía progresiva y la nueva legislación civil y comercial; es decir, enumerar, sin pretensiones de agotar todas las situaciones posibles, qué actos pueden realizar las personas menores de edad: a) por sí solas, b) con el asentimiento de uno de sus progenitores, c) con el de ambos y d) en su defecto, dada la subsidiariedad de la injerencia estatal, con la intervención del Ministerio Público, de conformidad con las facultades otorgadas en el ámbito extrajudicial o judicial por el art. 103 del NCCN*.¹²

En el citado trabajo, se plantean una serie de situaciones médicas, basándose en *que tan contrario al ansiado interés superior del niño es restringir el ejercicio de ciertos derechos cuando los niños o jóvenes están en condiciones de hacerlo como permitirlos cuando todavía no lo están*.¹² Estas se encuentran divididas por edad y pueden ser incluidas –o no– en el marco conceptual del “cuidado de su propio cuerpo”, a fin de definir aquellas que pueden ser decididas por sí mismo y aquellas que necesitan el acompañamiento de los padres y/o tutores.

En resumen, consideramos que, enfrentados a una situación médica y sin dejar de respetar el derecho que le asiste a un adolescente a partir de los 16 años para la toma de decisiones por sí mismo, se debería evaluar la gravedad de la situación, la razonabilidad de la decisión y sus implicancias, así como (de ser posible) contar con el acompañamiento de los padres. Según esto, no debería ser considerado en igual plano el rechazo a un tratamiento con escasas o nulas posibilidades de éxito o una toma de decisión respecto de la salud reproductiva que el negarse a recibir un tratamiento por parte de una adolescente afectada por un trastorno de la alimentación.

CONCLUSIÓN

A pesar de las críticas recibidas, no caben dudas de que el NCCN, sobre todo en el área de la pediatría, ha reafirmado *principios elementales como el reconocimiento de los niño/as y adolescentes como sujetos de derechos, así como el concepto de autonomía progresiva en la toma de decisiones sobre el cuerpo*.

En relación con el escaso tiempo de su entrada en vigencia, creemos que, a medida que vayan surgiendo los diversos dilemas, se podrán ir clarificando aquellos puntos que han generado y que aún generan dudas para su aplicación. Mientras tanto, y teniendo en cuenta que el NCCN permite interpretaciones disímiles respecto de ciertas cuestiones, creemos que se

debería analizar cada situación en particular, así como asumir y/o acompañar aquellas decisiones que estén encuadradas tanto en el respeto por la opinión del actor como en lo que se considere el mejor interés. En este sentido, avalamos la doctrina que sostiene *que una categorización como la prevista en el art. 26 del Código no debe interpretarse en forma rígida ni aplicarse a rajatabla*.⁸

A su vez, coincidimos con lo expresado por otros en relación con la posibilidad de *decidir por sí mismo: que la pauta fijada por la norma debe ser razonablemente interpretada, pues lo que no es razonable no es ajustado a derecho*.¹¹ Podríamos agregar que tampoco estaría encuadrado dentro de los principios fundantes de la bioética. ■

REFERENCIAS

1. Declaración de los Derechos del Niño [Internet]. [Acceso: 31 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.humanium.org/es/declaracion-de-los-derechos-del-nino-texto-completo/>.
2. Carta Europea sobre los derechos de los niños y las niñas hospitalizados [Internet]. [Acceso: 31 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.neuquen.edu.ar/direcciones/modalidad%20hospitalaria/cartainfantshospitalizatscast.pdf>.
3. Ley N.º 26061. Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Buenos Aires, Argentina, 28 de septiembre de 2005. [Acceso: 31 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>.
4. Rodríguez MC. El impacto del Nuevo Código Civil y Comercial de la Nación en el ámbito de la Salud. *Rev Hosp Niños B Aires* 2015;57(256):9-12.
5. Argentina. Código Civil y Comercial de la Nación. Buenos Aires: Infojus; 2014. [Acceso: 31 de marzo de 2016]. Disponible en: http://www.saij.gob.ar/docs-f/codigo/Codigo_Civil_y_Comercial_de_la_Nacion.pdf.
6. Cataldi MM. La noción de coparentalidad y el derecho de los hijos a vivir en familia [Internet]. [Acceso: 31 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.nuevocodigocivil.com/wp-content/uploads/2015/06/La-noci%C3%B3n-de-coparentalidad-y-el-derecho-de-los-hijos-a-vivir-en-familia-por-Myriam-M.-Cataldi.pdf>.
7. Ciruzzi MS. El proceso de toma de decisiones médicas en pediatría: el rol paciente [Internet]. [Acceso: 31 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/TrabajosLibres-Bioetica/25.%20El%20Proceso%20de%20toma%20de%20decisiones.pdf>.
8. Chiapero SM, Oroná WR, Fernández AP. Capacidad progresiva en niños, niñas y adolescentes [Internet]. [Acceso: 31 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.pensamientocivil.com.ar/system/files/2015/10/Doctrina2102.pdf>.
9. Castro SB, Montalto AM. La capacidad de los adolescentes para disponer sobre actos en su propio cuerpo [Internet]. [Acceso: 31 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.pensamientocivil.com.ar/system/files/2015/10/Doctrina2099.pdf>.
10. Abud C. ¿Qué cambia en la Salud con el nuevo Código Civil? [Internet]. Buenos Aires: DocSalud; 2016. [Acceso: 31 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.docsalud.com/articulo/6196/qu%C3%A9-cambia-en-la-salud-con-el-nuevo-c%C3%B3digo-civil>.
11. Bertoldi de Fourcade MV, Stein P. Algunos aportes respecto a la capacidad del adolescente de 16 años para las decisiones relativas al cuidado de su propio cuerpo [Internet]. [Acceso: 31 de marzo de 2016]. Disponible en: http://jndcbahiablanca2015.com/wp-content/uploads/2015/09/Bertoldi-y-otro_ALGU.pdf.
12. Kemelmajer de Carlucci A, Herrera M, Lamm E, Fernández S. El principio de autonomía progresiva en el Código Civil y Comercial. Algunas reglas para su aplicación [Internet]. [Acceso: 31 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.saij.gob.ar/aida-kemelmajer-carlucci-principio-autonomia-progresiva-codigo-civil-comercial-algunas-reglas-para-su-aplicacion-dacf150461-2015-08-18/123456789-0abc-def1640-51fcanirtcod>.

El impacto de la educación inicial en el desarrollo infantil

Preschool education impact on child development

Documento conjunto de los Comités de Pediatría Ambulatoria, CIREDDNA y Crecimiento y Desarrollo de S.A.P. Córdoba

Coordinadores: Dra. Cecilia Cuestas, Dr. Mario Polacov y Dra. Cecilia Vaula

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.489>

Correspondencia:

Dra. Cecilia Cuestas: ceci_cuestas@hotmail.com

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 7-7-2016

Aceptado: 14-7-2016

INTRODUCCIÓN

Este documento surge ante la situación cada vez más frecuente de asistencia de niños menores de 4 años a salas de escolarización no formalizadas y el reciente anuncio del gobierno de la provincia de Córdoba (y del Ministerio de Educación de la Provincia) sobre la inminente reglamentación de una ley que promueve la escolarización obligatoria de los niños de 3 años (sala de 3).

A fin de analizar reflexivamente una situación tan compleja y ofrecer recomendaciones que aseguren la igualdad de oportunidades para todos los niños garantizando un crecimiento y desarrollo saludables, creímos conveniente abordar algunos aspectos fundamentales:

- Definir “educación inicial”, su importancia en el desarrollo de los niños, su influencia en el período escolar y en la adquisición de capacidades en el futuro. Un enfoque de derechos.
- ¿Qué alcances tiene la “obligatoriedad” respecto a la ley de educación? ¿Es la obligación de los padres enviar a sus hijos a salas de 3 años o se refiere a la obligación del Estado de garantizar la accesibilidad universal a las salas de 3 años?
- Si bien sabemos que ya existen espacios para contención de niños menores de 4 años en lugares como guarderías, jardines maternos, etc., ¿cuál es su accesibilidad en la actualidad, principalmente en los sectores vulnerables?
- El rol de la socialización primaria (familiar) y secundaria (institucional) en el desarrollo y aprendizaje infantil.
- Algunas recomendaciones para una implementación segura y saludable

Educación inicial: marco conceptual

Desde que un niño asoma a la vida, la familia constituye su espacio educativo por excelencia. Allí adquiere aprendizajes, valores y conductas que sientan los cimientos del desarrollo integral; en ese marco de amor, contención, estímulo, apoyo y acompañamiento irá forjando su personalidad. Para que ese proceso se concrete es indispensable que exista respeto y comprensión: los niños requieren entendimiento, paciencia, reforzamiento y firmeza, en un clima de afecto y motivación positiva. Esto sería lo necesario y deseable, aunque lamentablemente muchas veces y por distintos motivos no es la realidad que vivencian los chicos. Esta “educación informal” está determinada por la crianza que realizan los padres y cuidadores adultos marcando límites, mostrando ejemplos y dando mensajes que orientarán su camino. Pero cuando el niño crece se abren nuevos entornos que consolidan el rumbo y suman importantes aportes a esa construcción.

Surge la “educación formal”, extra-familiar, aquella que con ciencia y técnica apunta al crecimiento y logros. Es la llamada “educación inicial”, que abarca diferentes modalidades de enseñanza y aprendizaje destinadas a los niños desde las primeras semanas de vida hasta su ingreso en la escuela primaria. La educación

inicial incluye una mezcla de guarderías, preescolares, círculos infantiles, jardines de infantes, programas asistenciales, comedores infantiles, etc., presentes en buena parte de los países.

Consideramos la educación inicial como el período de cuidado y educación de los niños en los primeros años de su vida, fuera del ámbito familiar.

Es importante tener en cuenta que ambos hitos educativos (familiar y extra-familiar) son coexistentes y complementarios, que no son estancos sino que interactúan de modo permanente y dinámico.

Algo de historia

El origen de este tipo de educación, al menos en su vertiente institucional, nace como respuesta al abandono infantil, por lo que durante mucho tiempo las instituciones dedicadas a los niños pequeños sirvieron para alejarlos de los peligros y tuvieron una función de custodia y cuidados de las clases populares. Era infrecuente hablar de una verdadera preocupación educativa.

No obstante, paralelamente al desarrollo de programas asistenciales, tomó impulso la atención educativa, entendida como potenciadora del desarrollo infantil y aumentaron las instituciones destinadas a otros sectores de la población. Este enfoque, influido por las ideas de Froebel, Montessori y Decroly (entre otros), condujo en la mayoría de los países a una importante aceptación de dos o tres años de escolarización previa a la edad de acceso a la educación obligatoria entre las clases más acomodadas. Aun así, la educación y el cuidado en los primeros años de vida siguió considerándose mayoritariamente como un asunto exclusivo del ámbito familiar, donde la intervención solo se justifica como respuesta a carencias o déficits.

Con el transcurso del tiempo la importancia de la atención educativa temprana, es ya un hecho ampliamente aceptado.

La función originaria de la educación inicial, de carácter asistencial, influyó notablemente en su desarrollo, y hoy podría afirmarse que está vigente en casi todos los sistemas escolares del mundo, junto con la otra función, más reciente, de orientación propiamente educativa.¹

La educación inicial: “Un derecho de los niños”

La Convención de los Derechos del Niño (Naciones Unidas, 1989) insta a los Estados partes a prestar la “asistencia apropiada a los padres y a los representante legales para el desempeño de sus

funciones en lo que respecta a la crianza del niño” y a velar “por la creación de instituciones, instalaciones y servicios para el cuidado de los niños”; y a adoptar “todas las medidas apropiadas para que los niños cuyos padres trabajan tengan derecho a beneficiarse de los servicios e instalaciones de guarda de niños para los que reúnan las condiciones requeridas” (Artículo 18, incisos 2 y 3). La Convención establece que los niños son sujetos de derechos y los Estados responsables de asistir a las familias en el cuidado y educación de ellos a través de creación de servicios integrales.

El Estado argentino reconoció el derecho de los niños al cuidado y la educación desde temprana edad. La Ley de Educación Nacional, Ley 26206, otorga identidad propia a la educación inicial como “una unidad pedagógica”, y compromete un conjunto de objetivos relevantes para el desarrollo humano y social de la niñez. Otro avance, fue la sanción de la Ley 26233 sobre Centros de Desarrollo Infantil que promueve la promoción y regulación de dichos centros.

Esta Ley entiende como Centro de Desarrollo Infantil, “a los espacios de atención integral de niños y niñas de hasta 4 años de edad, que además realicen acciones para instalar en los ámbitos familiar y comunitario, capacidades que favorezcan la promoción y protección de los derechos de niños (Artículo 2).

A través de los objetivos promovidos en la Ley de Educación 26206 y en la Ley 26233 sobre Centros de Desarrollo Infantil, se reconoce la importancia de los procesos de crianza, socialización y formación en los primeros años de vida. En el documento “Metas educativas 2021 La educación que queremos para la generación del Bicentenario”, de la Organización de Estados Iberoamericanos (OEI, 2009), se plantea como meta para los países miembros, “aumentar la oferta de educación inicial y potenciar el carácter educativo de esta etapa”, así como “garantizar una formación suficiente de los educadores que se responsabilizan de ella”. También, en la declaración de la XX Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno (Mar del Plata, 2010), ellos se comprometieron a “incrementar la oferta de atención integral a la primera infancia y garantizar la calidad de los mismos”. En estos preceptos se recoge el conocimiento construido sobre la importancia de las experiencias de aprendizaje inicial y su impacto en los trayectos educativos y de integración social en las siguientes etapas de la vida.

Con respecto a la “obligatoriedad para la Educación Preescolar, Mercedes Mayol Lassalle refiere que “establecer la obligatoriedad es una herramienta importante para exigir la creación de nuevas secciones en las instituciones, para nombrar maestros, para aplicar presupuestos

y para garantizar espacios y materiales dignos que permitan la enseñanza y el aprendizaje”. Asimismo permite la exigibilidad por parte de la familia del acceso universal a las salas de 3 años.

La educación inicial: una oportunidad para el desarrollo integral del niño

Sabemos que desde la gestación hasta los primeros 3 años de vida existe un acelerado proceso de crecimiento y desarrollo en todas las dimensiones del niño (física, motora, intelectual, socioemocional), bases que asentará todo el desarrollo posterior. Por esto y las características del SNC se ha dado en llamar a estos “períodos críticos” y así también “ventanas de oportunidades”.

El niño es un constructor activo de su desarrollo, que no logra solo sino rodeado por su familia y cultura. Es así que en los primeros años de vida, a partir de la madre u otra persona significativa, se consolidan las matrices de aprendizaje. En este escenario, el contexto puede promover u obstaculizar su desarrollo.

La humanización se da cuando las personas que rodean al niño no son sujetos pasivos o jueces de su desarrollo, sino compañeros que lo guían, ayudan a planificar y regular.

El niño autónomo construye su propio plan de acción desde su singular iniciativa a través del cuestionamiento, la sorpresa, el descubrimiento. No si está abrumado por el que debería ser, presente en el imaginario de los adultos, el intentar estimularlo para que utilice recursos o funciones que aún no tiene, obstaculiza su desarrollo obligándolo a utilizar esquemas no apropiados.

Veamos muy brevemente algunos aspectos básicos del desarrollo de un niño pequeño, con sus particulares necesidades y características psico-sociales:

Entre los dos y tres años culmina un proceso que va desde el nacimiento hasta la adquisición del “yo”, es decir hasta una relativa autonomía en el sentimiento de separación corporal y de identidad.

Entre los hitos más destacables de este período cabe mencionar:

- Las peculiaridades de sus ritmos vitales.
- El desarrollo del lenguaje: emerge intensamente en la adquisición del vocabulario y la organización gramatical.
- Se despliega la actividad motriz espontánea: tanto dirigida a lo externo (objetos o personas) como centrada en su propio cuerpo (balanceos, movimientos giratorios, caídas voluntarias, marcha, carrera, saltos). Aquí, el “sentir” predomina sobre el “hacer”, y tienen mucho

valor tanto por las sensaciones corporales como los estados tónico-emocionales, mayoritariamente placenteros.

- La adquisición del control de esfínteres.
- El desarrollo de juegos espontáneos de imaginación.
- El desarrollo del grafismo espontáneo.
- El control de la agresividad.
- La necesidad de crear su propia hoja de ruta ante los avatares inminentes de la tríada y de los sentimientos de exclusión.
- La crisis de identidad es revolución normal pasajera que se acompaña de crisis ansiosa, “la crisis de los dos años y medio” con exceso de agitación motriz, inestabilidad, irritabilidad, rabietas, agresiones, oposición sistemática.

Todos estos aspectos nos llevan a dos constataciones básicas:

- la importancia de la iniciativa espontánea de los niños a esta edad, y
- la importancia de las diferencias interindividuales.

A partir de 3-6 años parece más pertinente hablar de educación, en su doble vertiente: los aprendizajes y la socialización. Antes de los tres años, no se trataría de enseñar, de establecer hábitos, sino de ayudar al niño a consolidar una seguridad suficiente como para tener curiosidad por su entorno y ser capaz de disfrutar, desear y pensar.

Vastos documentos promueven la educación desde la infancia temprana (*proyecto de preescolar High/Scope Perry* y el programa *Early Head Start* en Estados Unidos, el *Programa Promesa en Colombia*, el estudio *Educación Preescolar y Primaria Efectiva (EPPE)* en el Reino Unido, el *Integrated Child Development Service (ICDS)* en la India, y el *Proyecto Integral de Desarrollo Infantil (PIDI)* (de Bolivia). Conocemos la importancia de intervenir en los primeros años de vida como también que el desarrollo del niño de 0 a 3 años es multidimensional, integral, holístico y oportuno.

Estimulamos una sana convivencia entre los programas no formales de asistencia al cuidado de los niños y las ofertas formales.

Hoy no puede cuestionarse la centralidad educativa que tiene el jardín de infantes y la importancia que adquiere en las trayectorias escolares futuras de los niños. A la escuela ingresa un niño pujante, dinámico y decidido, con el patrimonio intacto de la curiosidad y la capacidad de asombrarse frente a cada cosa y un potente deseo de aprender. En palabras de Inmaculada Egido Gálvez, “tanto desde el ámbito de la fisiología como desde las ciencias de la salud, la sociología, la psicología y la educación, ponen de manifiesto la importancia de los primeros años de

vida no sólo para formar la inteligencia, sino para el adecuado desarrollo cognitivo, psicomotor y social de las personas”.

Según la Comisión de las Comunidades Europeas, “se observa que los alumnos que disfrutaron de una educación preescolar superan mejor su escolaridad que los demás, siguen estudios más largos, y parecen insertarse más favorablemente”, (sin desconocer la discusión presente en los ámbitos académicos acerca de la identidad y especificidad del nivel inicial). “No es preescolar pues el niño de este nivel asiste a una escuela y ya está escolarizado”, plantea la especialista Ruth Harf (cabe aclarar que están tomados como sinónimos porque en muchos países, aunque está universalizado y cuenta con cobertura estatal, este tramo de la enseñanza, al no ser obligatorio recibe esa denominación). Creer que el jardín de infantes es únicamente un sitio para que los niños jueguen o permanezcan mientras sus padres trabajan supone ignorar lo más importante: es fundamentalmente el cimiento donde se apoya el futuro aprendizaje escolar.

Es ahí donde las habilidades y destrezas deben ser estimuladas. “Un niño que va al nivel inicial –afirma Ana Malajovich– tiene la oportunidad de conectarse con la palabra oral, escrita, con otros compañeros, desarrollar su lenguaje y conocer los productos culturales de su comunidad. Tiene contacto con las producciones artísticas, el mundo de la plástica, la literatura, la danza, la oportunidad de hacerse preguntas que nunca se haría fuera de la escuela y de ampliar su conocimiento del ambiente”.

En la misma línea, Diana Jarvis de Oteiza, directora del programa de mejora para el nivel inicial de la Universidad de San Andrés, constata que “los chicos que han asistido por los menos dos años al jardín de infantes tienen mejor rendimiento en la primaria, porque les aporta la relación con otros chicos y porque están con adultos dedicados a enriquecer sus experiencias. Un buen jardín debería ser siempre ventajoso”. Desde otra perspectiva, Flavia Terigi, especialista en Políticas Educativas (FLACSO), señala que resulta evidente la diferencia atencional que se verifica en 1^{er} grado entre niños escolarizados y los no escolarizados inicialmente.

Algunas evidencias de los estudios nombrados son:

1. Mayores progresos cognitivos, sociales y comportamentales de los niños que participaron de los programas respecto de sus pares que no lo hicieron.
2. Beneficios prolongados en el posterior rendimiento escolar que se reconocieron en una reducción de las deserciones escolares y la tasa de repetición.

3. La mayor propensión al desarrollo de capacidades de lectoescritura temprano.

La educación inicial se ha convertido en una piedra angular del Desarrollo Infantil, reportando beneficios de por vida a las personas y sus familias. (UNICEF).

DATOS DE NUESTRA REALIDAD

Situación en el país

Según el Observatorio de la Deuda Social Argentina, las oportunidades que tienen los niños de sostener la vida y desarrollar su máximo potencial suelen reducirse en hogares en situación de pobreza. No son pocas las investigaciones que han mostrado que un medio ambiente empobrecido (con bajo clima educativo, precariedad habitacional, etc.) representa un factor que vulnera el derecho de los niños a un pleno desarrollo. Las dificultades socioeconómicas, habitacionales, la inseguridad alimentaria, entre otros tantos problemas sociales, inciden en la calidad de los vínculos parentales y el entorno de crianza y socialización del niño. En la Argentina urbana, se estima que en 2011 el 23,7% de los niños menores de 6 años vivían en hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI).

Entre 2007 y 2011 se estima que la población de niños/as en hogares con NBI pasó de un nivel de incidencia del 26,2% a un 23,7%, se registró un descenso de 2,5 puntos porcentuales. Es decir, que alrededor de 2 de cada 10 niños, en sus primeros años, en la Argentina urbana vivía en un entorno social y familiar vulnerable y condicionante de sus oportunidades de desarrollo. Para esta población, la inclusión temprana en centros educativos de calidad puede constituirse en un importante mecanismo de integración a procesos de formación y una relevante fuente de estimulación.

Según el Observatorio:

- El desafío de inclusión se encuentra en los niños menores de 5 años. La población de niños/as de 5 años registra niveles de inclusión casi plenos con brechas de desigualdad social menores.
- Entre los niños menores de 3 años la inclusión educativa es mayor en los hogares más aventajados en términos socioeconómicos y en los vecindarios de urbanización media formal. Sin embargo, se advierte con claridad que la propensión a asistir tempranamente a un centro educativo es mayor en el espacio socio-residencial informal (villas o asentamientos) que en los vecindarios formales de nivel bajo. Es decir, que los niños sin necesidades básicas insatisfechas en el espacio socio-residencial de la villa o asentamiento urbano tienen más

probabilidad de asistir a un centro educativo que pares en el espacio urbano formal de nivel bajo.

- La inclusión educativa entre los niños más pequeños/as es muy similar entre el Gran Buenos Aires y el interior urbano (7,6% y 5,5%, respectivamente).
- En el caso de los niños entre 3 y 4 años la propensión a la escolarización se incrementa a medida que mejoran las condiciones del espacio socio residencial y en los hogares sin necesidades básicas insatisfechas.
- Las chances de inclusión son significativamente mayores en el 25% del estrato social más aventajado que en el 25% inferior. Entre los primeros se registra 1,6 veces más chance de asistir a un centro educativo que entre los segundos.
- Asimismo, dicha propensión es mayor en el Gran Buenos Aires que en los aglomerados urbanos del interior del país.
- En las características de la madre, factor que se suele asociar a muchos indicadores de crianza y socialización de los niños, se advierte que los chicos más pequeños aumentan sus probabilidades de inclusión educativa cuando la edad de su madre supera los 24 años y a medida que aumenta el nivel educativo de la misma. En efecto, los niños/as menores de 3 años tienen 5 veces más chance de asistir a un centro educativo si su madre o cuidadores mujeres tienen estudios terciarios o universitarios

Por tanto: la inclusión educativa de niños en la educación inicial no obligatoria está fuertemente asociada a la estratificación social de los hogares y a la probabilidad de inclusión socio-laboral de las madres que guarda estrecha correlación con el nivel educativo alcanzado por las mismas.

En tal sentido, una política orientada a propiciar la inclusión temprana de niños menores de 5 años de edad debería incrementar la oferta educativa pública de calidad en los espacios socio-residenciales informales y formales de nivel bajo, y en particular en las ciudades del interior del país. Al mismo tiempo parece relevante trabajar sobre dispositivos de formación de las madres, padres y referentes adultos de los niños/as en recursos de crianza y socialización, y campañas de sensibilización sobre la importancia del aprendizaje y escolarización temprana de los mismos/as. En particular, a las madres y padres jóvenes, con menor nivel de instrucción formal que residen en espacios informales urbanos.

No se debe obviar, que desde fines del siglo último, cuando la Declaración de los Derechos del

Niño transforma la representación de la infancia reivindicando su carácter de sujeto de derecho, se ha avanzado en la impostergable reparación de las consecuencias de la pobreza sobre la infancia. Y en ese camino, la educación temprana juega un rol fundamental, irremplazable. Como acierta Patricia Redondo (FLACSO), “es en el campo de las políticas educativas dirigidas a la infancia donde se dirime la posibilidad de otros horizontes para la niñez en la Argentina”.

Situación de Córdoba

En este sentido, Córdoba adoptó la decisión política de fijar, en su Ley de Educación 9870, del 2010, la obligatoriedad de la sala de cuatro años y la universalización de la sala de tres años en contextos vulnerables. Decisión enmarcada en la voluntad de fomentar la inclusión y la calidad de los aprendizajes, lo que se expresa también en otras medidas como el nuevo diseño curricular del Nivel Inicial, los cambios en planes de estudio de los profesorados, la implementación de la Jornada Extendida (que hoy llega a 840 escuelas primarias provinciales) y la profundización y ampliación del Programa de Fortalecimiento en Lengua, Ciencias y Matemáticas.

Las estadísticas del año 2015 del Ministerio de Educación de la Provincia indican que, en la educación provincial de gestión estatal, existen 496 salas de 3 años, 1522 salas de 4 y 1636 de 5. A su vez, en la gestión privada, en la actualidad hay 220 salas de 3 años, 574 salas de 4 años y 596 de 5 años. La Provincia de Córdoba garantiza la inclusión en la educación inicial al 100% de los niños de 5 años, el 97,8% de los chicos de 4 años y el 25,5% de los de 3 años.

CONCLUSIONES

La evidencia examinada permite confirmar que la “educación inicial” es un factor vital para ampliar y mejorar las oportunidades de socialización y estimulación de los niños. Si bien ayuda a disminuir las inequidades sociales, debe ser acompañada de otras políticas de inclusión social que mejoran la calidad de vida de la población.

Consideramos que las acciones educativas en los primeros años de vida deben tener en cuenta los principios de la atención a la primera infancia propuestos por Programas de Atención y Educación de la Primera Infancia (AEPI), algunos de los cuales son:

- **Oportunidad.** Parte de la base de que “la primera infancia es una etapa muy breve, crucial y crítica”.
- **Pertinencia.** Implica que “la crianza no sólo es el cuidado físico sino también la creación de un ambiente de estabilidad emocional y riqueza cultural”.
- **Centralidad del sujeto que aprende.** Esto obliga a “la atención y el diseño de propuestas ligadas al juego; la promoción de la autonomía; la interacción con otros; y la actividad por parte de los niños. El juego permite potenciar las otras tres ya que es el lenguaje por excelencia del niño”.
- **Atención de la dimensión emocional.** Atiende “la necesidad de garantizar la presencia de un adulto como referente o figura de apego con quien establecer un vínculo y un tiempo adecuado para sostener y fortalecer al niño. La familia, los jardines y otros espacios próximos se constituyen en lugares privilegiados en el que estos construyen su subjetividad”.
- **Interacción/complementariedad con la familia.** “Las oportunidades educativas requieren de una atención particular de las pautas de crianza y la transmisión de la cultura disponible, a partir de las interacciones y el cuidado de las familias y otros adultos”.
- **Atención a la diversidad cultural y comunitaria.** “Deben tenerse en cuenta las particularidades culturales de cada una de las comunidades de origen de los niños que representan tradiciones específicas, mixturadas, comunes y singulares”.
- **Adecuación al contexto social y demográfico específico de la población que se atiende.** “Las oportunidades educativas están ancladas en las particulares condiciones culturales, económicas, demográficas y sociales en las que se encuentran los niños y sus familias”.
- **Sustentabilidad y permanencia.** Alude a la “posibilidad de arraigo y continuidad de los programas o acciones”.
- **Formación e idoneidad de los agentes educadores.** “Existe una estrecha correlación entre el desarrollo infantil y la idoneidad y competencias de padres, cuidadores y/o docentes. Para que el trabajo con niños ofrezca oportunidades educativas requiere de saberes y actitudes específicas”. Entonces: ¿Qué tipo de adulto necesita ese niño en una Sala de tres años? ¿De qué forma creemos debe esto implementarse? Necesita un adulto que no resulte de ninguna manera un juez de su desarrollo, sino alguien que cree andamios en el mismo. Alguien que no convierta los hitos del desarrollo en contenidos a lograr, ya que los mismos se construyen en cada niño de acuerdo a un ritmo más o menos particular.
- **Calidad.** “Es un valor integrador de los otros principios y su consideración está fundamentada por el conocimiento científico

disponible acerca de la educación de la infancia”.

El jardín de infantes constituye un entorno seguro que brinda oportunidades, enseñanzas y disfrute, que los niños y niñas continúen su camino de desarrollo favoreciendo el juego, la creatividad, la imaginación y las relaciones con otros niños. El cerebro del niño requiere estímulos saludables que comienzan en el hogar para luego ampliarse en otros ámbitos; solo así serán capaces de aprender y crecer.

Pero el jardín ofrece otros beneficios no menores:

1. Hace posible la *detección de problemas* (tanto físicos como emocionales y sociales) que habían pasado inadvertidos para los padres y que a partir de su identificación pueden ser tratados y corregidos.
2. Define *factores de riesgo* que podrían comprometer al niño/a, para así trabajar sobre ellos y modificarlos.
3. Contribuye a la *educación familiar* para ayudar a los padres a comprender los momentos y las necesidades de los chicos en cada etapa.

Como contrapartida el jardín genera una exposición mayor a infecciones, resultando más frecuentes los catarras y enfermedades contagiosas. Por ello debe hacerse énfasis en el cumplimiento estricto del calendario de vacunas, en una alimentación completa y equilibrada, y en la consulta temprana ante problemas de salud. Si bien ésta es una dificultad, el contacto con gérmenes favorece el desarrollo de la inmunidad “despertando” las defensas naturales con lo cual, tras un tiempo inicial de patologías, se logrará una protección más efectiva.

Como sociedad científica inspirada en la defensa y promoción de los derechos de los niños, consideramos que toda medida que apoye, estimule y jerarquice la educación infantil a temprana edad es importante y necesaria.

Hay una diversidad de eslabones que se articulan hacia este objetivo. La familia es el eje central, que tiende puentes de enlace con

jardines maternos, la escuela, comedores barriales, equipo de salud, organizaciones religiosas, centros deportivos, entidades sociales, etc. Esta red de sostén merece ser fortalecida y consolidada, ya que incidirá directamente en la familia influyendo en su acción educativa.

La situación de la niñez es un rasgo de identidad de una comunidad. Una sociedad que se ocupa y privilegia a los niños está sembrando un mundo mejor, sentando las bases para una vida más digna y más justa. El compromiso con la educación de los chicos es una llave que abrirá puertas, un camino que debe involucrar a todos. La integración de los esfuerzos y la suma de voluntades nos conducirán hacia las metas buscadas; tengamos la decisión, la fuerza y la valentía para alcanzarlas.

El modo en que dichas acciones se implementen merecerá un debate amplio entre distintos sectores: gobierno, docentes, trabajadores sociales, equipo de salud (proponemos a nuestra Sociedad Argentina de Pediatría), representantes de la comunidad, etc. Del intercambio constructivo de opiniones surgirá la mejor manera de hacer realidad las ideas, plantear propuestas tradicionales o soluciones innovadoras; todo ello para concretar el sueño (tan largamente anhelado y tantas veces diferido) de ver a niños felices gozando plenamente su infancia. ■

REFERENCIAS

1. Egido Gálvez I. La educación inicial en el ámbito internacional: Situación y perspectivas en Iberoamérica y en Europa. *Rev Iberoam Educ* 2000;22:119-54.
2. Tuñón I. Educación inicial y desarrollo en la primera infancia. Serie del Bicentenario 2010-2016. Boletín N° 1. Buenos Aires: Pontificia Universidad Católica Argentina; 2012.
3. González Serrano F, Tapia Lizeaga X. Reflexiones en torno a la escolarización generalizada de los niños de dos años. *Cuad Psiquiatr Psicoter Niño Adolesc* 2009;48:177-86.
4. Madrigal Diez V. ¿A quién beneficia la escolarización precoz de los niños? *Bol Pediatr* 2003;43:265-66
5. Organización Panamericana de la Salud. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI. 2° ed. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2011.