

SALUD MATERNO : INFANTO JUVENIL EN CIFRAS



CON EL APOYO DE



Sociedad Argentina de Pediatría (SAP)

Comisión directiva 2017-2019

Presidente

Dra. Stella Maris Gil

Vicepresidente 1º

Dr. Omar L. Tabacco

Vicepresidente 2º

Dra. María Eugenia Cobas

Secretario General

Dr. Rodolfo Pablo Moreno

Tesorero

Dr. Miguel Javier Indart de Arza

Protesorero

Dr. Gastón Pablo Pérez

Secretaria de Comités y Grupos de Trabajo

Dra. Verónica Sabrina Giubergia

Secretario de Relaciones Institucionales

Dr. Carlos Gustavo Wahren

Secretaria de Educación Continua

Dra. Lucrecia Georgina Arpí

Secretaria de Filiales y Delegaciones

Dra. Laura Beatriz Moreno

Secretario de Actas

Dr. Alejandro Eugenio Pace

Secretaria de Medios y Relaciones Comunitarias

Dra. Rosa Inés Pappolla

Vocal 1ª

Dra. Fabiana Gabriela Molina

Vocal 2ª

Dr. Juan Bautista Dartiguelongue

Vocal 3ª

Dra. María Ernestina Reig

Coordinadora Técnica

Dra. Alicia Nora Luis

Elaboración del documento

Comité Nacional de Pediatría Social

Dra. Virginia López Casariego

Dra. Graciela Muñecas

Subcomisión de Epidemiología

Dr. Juan Degiuseppe

Dra. María del Valle Juárez

Dra. María Eugenia Sevilla

Índice

Prólogo	4
Introducción	7

1

Estructura etaria de la población y natalidad	9
1.1 Distribución por edad	11
1.2 Natalidad	12
1.2.1 Recién nacidos con bajo peso	14
1.2.2 Recién nacidos con muy bajo peso	15
1.3 Maternidad adolescente	16

2

Mortalidad infantil de 1 a 4 años, de 5 a 9 años, de adolescentes y materna	19
2.1 Mortalidad infantil y de niños y niñas de 1 a 4 años	21
2.1.1 Mortalidad infantil	21
2.1.2 Mortalidad de niños de 1 a 4 años	29
2.2 Mortalidad de niños y niñas de 5 a 9 años	30
2.3 Mortalidad de adolescentes	31
2.4 Mortalidad materna	34
2.4.1 Razón de mortalidad materna: serie histórica	34
2.4.2 Mortalidad materna por grupos de causas	35
2.4.3 Mortalidad materna por jurisdicción	36

3

Morbilidad	37
3.1 Transmisión vertical de VIH	39
3.2.1 Sífilis congénita	40

3.2.2 Sífilis en embarazadas	41
3.3 Dengue	42
3.4 Diarreas prevenibles por vacuna	43
3.5 Síndrome Urémico Hemolítico	44
3.6 Coqueluche	46
3.7 Tuberculosis	47
3.8 Influenza	48
3.9 Cáncer	50
3.10 Cardiopatías congénitas	51
3.11 Procuración e implante de órganos y tejidos	53
3.12 Cobertura de vacunación	55

Situación nutricional	57
4.1 Análisis nutricional	60

Educación	63
5.1 Nivel Inicial	66
5.2 Nivel Primario y Nivel Secundario	67

Trabajo infantil y adolescente	71
6.1 Niños y niñas de 5 a 15 años	73
6.2 Adolescentes de 16 y 17 años	76

Conclusiones	79
Bibliografía	81

3

4

5

6

Prólogo

Una vez más presentamos el boletín *Salud materno-infanto-juvenil en cifras 2019*, que se distribuye en todo el país y desde 1991 viene publicando la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) con el apoyo financiero del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Para esta publicación se conformó un sólido equipo con integrantes de la Subcomisión de Epidemiología y el Comité de Pediatría Social, que con gran compromiso elaboró un meticuloso análisis de distintos indicadores que afectan la salud de la infancia y la adolescencia en la Argentina, proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, y otros organismos oficiales nacionales.

Además de considerar las características demográficas poblacionales y las cifras de natalidad y mortalidad, se contemplaron algunos indicadores que revelan la creciente morbilidad de algunas patologías, el estado nutricional, la escolaridad y el trabajo infantil y adolescente, todos factores que pueden poner en riesgo el desarrollo humano. Esta información es relevante para medir el desarrollo social, la situación de la infancia y el sistema de salud del país.

Esta nueva edición contiene datos del año 2017 (últimas cifras oficiales disponibles) e incorpora el análisis de las tendencias de los principales indicadores de salud materno-infanto-juvenil durante el decenio iniciado en el año 2000, comparando las distintas tasas del total del país y por jurisdicciones.

La Argentina se halla en una fase avanzada de transición demográfica, con tasas de mortalidad decrecientes y bajas tasas de fecundidad, lo que conlleva a un envejecimiento poblacional. Un tercio de la población nacional corresponde al grupo etario de niños, niñas y adolescentes, distribuidos en forma irregular en las distintas jurisdicciones. La tasa de natalidad muestra una tendencia decreciente y no es homogénea en todo el país. Misiones presenta la población más joven (casi el 40% de sus habitantes son menores de 19 años) con la mayor tasa de natalidad, versus la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que tiene la población más envejecida (solo el 24% es menor de 19 años), con una menor tasa de natalidad.

Una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Organización de las Naciones Unidas consiste en poner fin, de aquí al 2030, a las muertes evitables de recién nacidos, y de niños y niñas menores de 5 años.

Si bien desde el año 1980 se observa un descenso sostenido de la tasa de mortalidad infantil (TMI), nuestro país sigue teniendo grandes brechas en su distribución y las probabilidades de subsistencia están enmarcadas por el lugar geográfico de nacimiento.

En el 2017, la TMI alcanzó su menor valor: fallecieron 6579 niños y niñas (9,3%) antes de cumplir 1 año; el 70%, antes de cumplir el primer mes, manteniéndose con un dígito desde el 2015.

A pesar de los avances, estas cifras muestran que para alcanzar la meta será necesario intensificar políticas, especialmente en la atención neonatal, dado que la mortalidad neonatal demuestra una curva descendente mucho menor que la posneonatal.

La tendencia de las causas reducibles de mortalidad infantil posnatal sigue siendo alarmante: el 55% de las muertes neonatales y el 68% de las posneonatales son evitables. Asimismo, la mortalidad materna también se cobra muchas vidas, siendo un reflejo de lo que ocurre en América Latina. La mayoría de las muertes ocurridas en el embarazo o el parto responde a causas evitables que se podrían prevenir con un adecuado programa de educación para la salud, mayor accesibilidad a los servicios sanitarios, mejoramiento de las condiciones socioambientales y una atención de calidad que priorice la seguridad de las pacientes.

Dentro del sector salud, se deberán consolidar los esfuerzos para mejorar la cobertura y la calidad de los controles prenatales y pediátricos, así como mejorar la atención perinatal. La capacitación del personal, las tecnologías apropiadas y la disponibilidad de insumos y recursos, junto con una adecuada organización del sistema de atención, resultan fundamentales para avanzar en este aspecto.

Con el enfoque de curso de vida y los cambios en la programación durante el desarrollo también se debe prestar primordial importancia a la prematuridad y a los recién nacidos con bajo peso. En el 2017, el 7,3% de los nacimientos correspondió a recién nacidos de peso menor a 2500 gramos, y 1 cada 100 niños nació con muy bajo peso (<1500 gramos). Este es uno de los indicadores más asociados a la mortalidad infantil y a los trastornos metabólicos y del desarrollo en el curso de la vida en los sobrevivientes.

Las cifras de embarazo adolescente demuestran la necesidad de reforzar la educación sexual en los y las jóvenes, la prevención del abuso sexual y fortalecer las políticas de salud sexual y reproductiva en todo el país. En el 2017, más de 90 mil niños nacieron de madres adolescentes y cerca de 2500 de niñas menores de 15 años. Las diferencias regionales muestran también una mayor vulnerabilidad en el NEA, superando Chaco y Formosa el 20% de los partos versus la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que presenta el 5,5%.

Estas son solo algunas de las cifras de la situación de la infancia y la adolescencia, y de las disparidades en nuestro país. Sobre algunas de ellas se desarrollaron los ejes de la gestión actual y se diseñaron herramientas de capacitación para el equipo de salud.

La Sociedad Argentina de Pediatría tiene un rol destacado y una responsabilidad innegable para complementar las políticas de salud en pos de la disminución de la mortalidad infantil, y lo forja centrando sus esfuerzos en la formación de recursos humanos, y en la certificación y la acreditación de servicios de atención pediátrica.

La distribución de este boletín en todas las filiales, y su acceso libre en las páginas web de la SAP y de UNICEF, pone a disposición una valiosa herramienta que puede ser utilizada por cualquier sector de la sociedad involucrado en la atención de niños, niñas y adolescentes, para implementar acciones que se acerquen a las metas de los Objetivos de la Agenda de Salud de las Américas para el 2030.

Agradecemos la colaboración de los integrantes de la Subcomisión de Epidemiología y el Comité de Pediatría Social por sus valiosos aportes a este documento y el apoyo que siempre nos brinda UNICEF para hacer posible la edición de este material.

Stella Maris Gil
Presidente SAP

Introducción

Conocer los indicadores que reflejan la situación de salud de los niños, niñas y adolescentes en la Argentina es primordial para contar con un marco de referencia en la práctica pediátrica y para la elaboración de políticas públicas que incluyan a la infancia. Con estos objetivos, la Subcomisión de Epidemiología y el Comité de Pediatría Social de la SAP, con el apoyo de UNICEF, elaboraron este documento que recopila y analiza los indicadores que nos acercan a la situación de salud de la infancia en nuestro país, la cual es el resultado de distintos factores como la región de nacimiento, la educación, el trabajo infantil, las enfermedades prevalentes, el estado nutricional y la situación socioeconómica, entre otros.

El documento presenta seis capítulos con información acerca de la estructura etaria de la población, natalidad, mortalidad, morbilidad, situación nutricional, escolaridad y trabajo infantil y adolescente. Los indicadores se elaboraron a partir de los datos más recientes disponibles, provenientes de fuentes oficiales.

- 1. Estructura etaria de la población y natalidad:** se describe el proceso de transición demográfica, natalidad, nacimientos según peso al nacer y maternidad adolescente. Estos datos fueron obtenidos del Instituto Nacional de Estadística y Censos y de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud.
- 2. Mortalidad:** incluye a la mortalidad infantil y por grupos etarios de niñas, niños y adolescentes. La mortalidad infantil se desglosa en sus tres componentes y se desarrolla la serie histórica 1990-2017, así como también su distribución según jurisdicciones. Se analizan las diferentes causas de muerte según las distintas edades pediátricas e incluye a la mortalidad materna según causas y jurisdicción. Se utilizaron datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud.
- 3. Morbilidad:** abarca a las enfermedades infecciosas, donde se incluyen las enfermedades de transmisión sexual, reemergentes, endémicas y prevenibles por vacunas. Se agregó un apartado correspondiente a enfermedades no transmisibles donde se presentan algunos de los indicadores para cánceres pediátricos y a cardiopatías congénitas, así como también un detalle de la procuración e implante de órganos y tejidos. Asimismo, se incluyen datos referentes a coberturas de vacunación. Se

utilizaron datos de la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC del ex Ministerio de Salud de la Nación y del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

- 4. Situación nutricional:** se analizan los datos aportados por el Programa SUMAR en población vulnerable de 0 a 19 años.
- 5. Escolaridad:** se describen la cobertura del Nivel Inicial según jurisdicción y las cifras de abandono interanual primario y secundario. Se utilizaron datos del Ministerio de Educación y Deportes de la Nación, Dirección Nacional de Información y Estadística Educativa y las Principales cifras del Sistema Educativo Nacional.
- 6. Trabajo infantil y adolescente:** se utilizaron datos provenientes de la Encuesta de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes (EANNA) que realizaron el ex Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación junto con el INDEC. Se detalla la participación de niños y niñas de 5 a 15 años en actividades productivas.

La información presentada se encuentra en muchos casos desagregada a nivel provincial. Esto permite dar cuenta de las diferencias en aspectos relevantes de las condiciones de salud hacia el interior del país.

Esperamos que este trabajo dé lugar a nuevas indagaciones que profundicen los contenidos presentados, y que pueda ser tomado como punto de partida para la discusión y el análisis de sus factores causales y consecuencias, y como insumo para la elaboración de acciones y políticas en materia sanitaria con foco en la niñez y la adolescencia.



1



:

... **Estructura etaria
de la población
y natalidad** ... ▶





1

Estructura etaria de la población y natalidad

Es importante describir las características y las tendencias de la población del país, con el objetivo de identificar y analizar sus implicancias en la salud.

La República Argentina es un país con baja densidad de población, muy concentrada en el aglomerado del Área Metropolitana de Buenos Aires, mayoritariamente urbana y con una gran proporción de personas mayores de 60 años. Tiene altas tasas de alfabetización y elevada esperanza de vida.

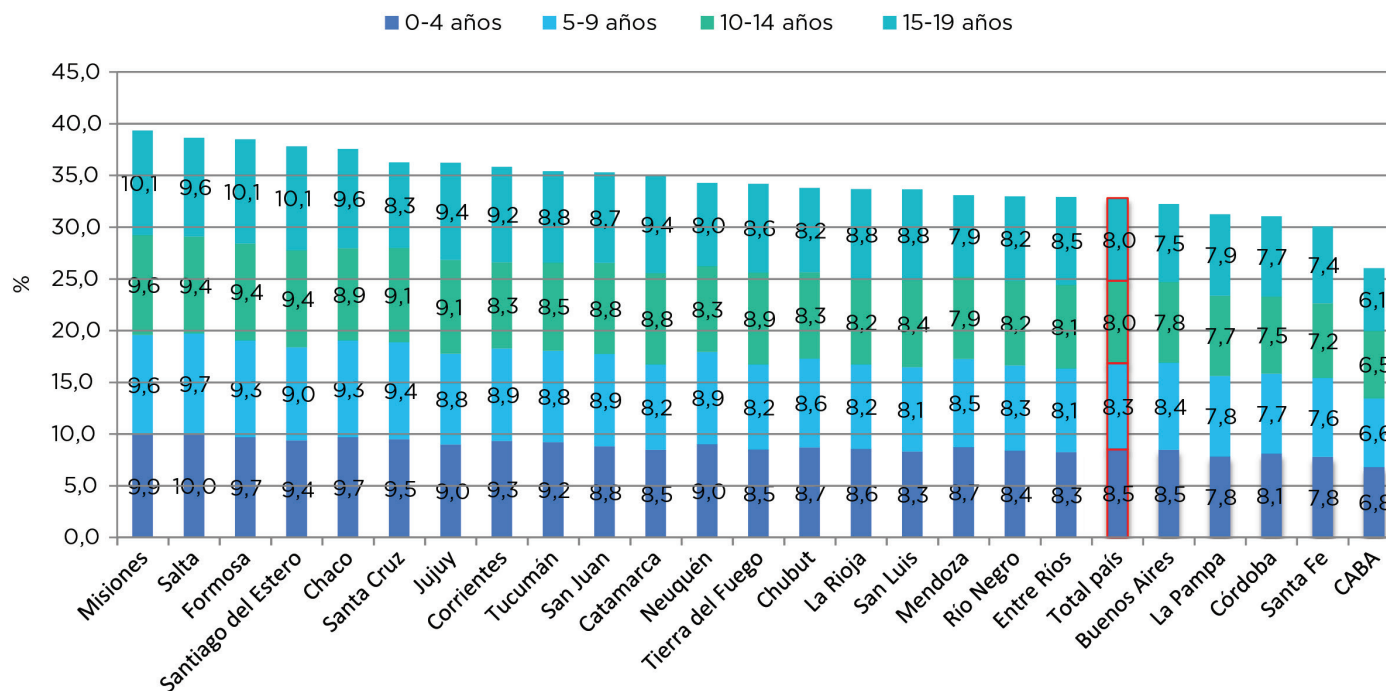
Para comprender estas características y tendencias es útil el concepto de *transición demográfica* que describe el proceso de pasar de **altos a bajos niveles de mortalidad primero y de fecundidad después**.

Aunque todos los países del mundo asisten al proceso de transición demográfica, lo hacen a diferentes ritmos. Para el año 2010 los países de América Latina ya estaban todos en etapa plena, avanzada o muy avanzada. La Argentina se halla en una **fase avanzada de transición demográfica**.

1.1 Distribución por edad

La distribución etaria de la población de la Argentina se mantuvo relativamente estable en los últimos 25 años.

Gráfico 1. Porcentaje de población menor a 20 años por grupos de edad. Total del país y por jurisdicción. Argentina, 2017



Los niños, niñas y adolescentes representaban, en el 2017, 1/3 de la población.

La población de CABA es la más envejecida: 26% de sus habitantes tiene entre 0-19 años.

La población de Misiones es la más joven: 39,2% de sus habitantes tiene entre 0-19 años.



Fuente

Instituto Nacional de Estadística y Censos. Proyecciones provinciales de población por sexo y grupo de edad. 2010-2040. Total del país. Serie Análisis Demográfico 36.

• • •
En el año 2017 se registraron 704.609 nacimientos.

En el año 2017 la tasa de natalidad alcanzó su valor más bajo de los últimos 37 años, con 16 nacimientos cada 1000 habitantes.

• • •

Fuente

Dirección de Estadísticas e Información de Salud.
Estadísticas vitales.

1.2 Natalidad

Entre los años 1980 y 2017 la tasa de natalidad mostró una tendencia descendente sin variaciones significativas.

Gráfico 2. Tendencia de la tasa de natalidad por 1000 habitantes. Argentina, 1980 a 2017

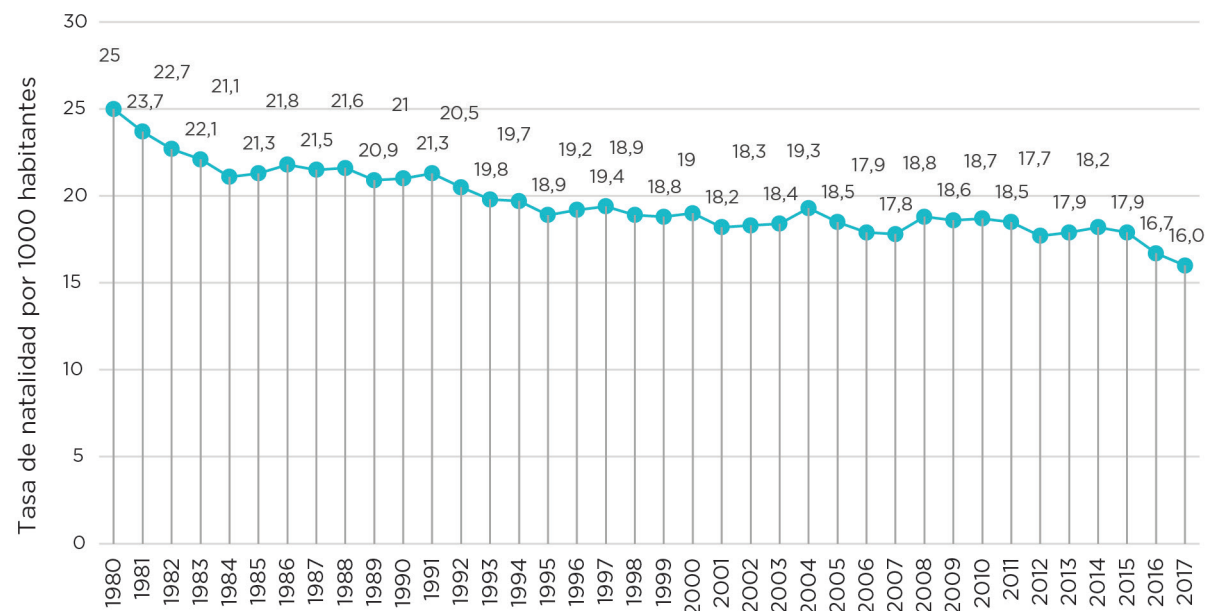
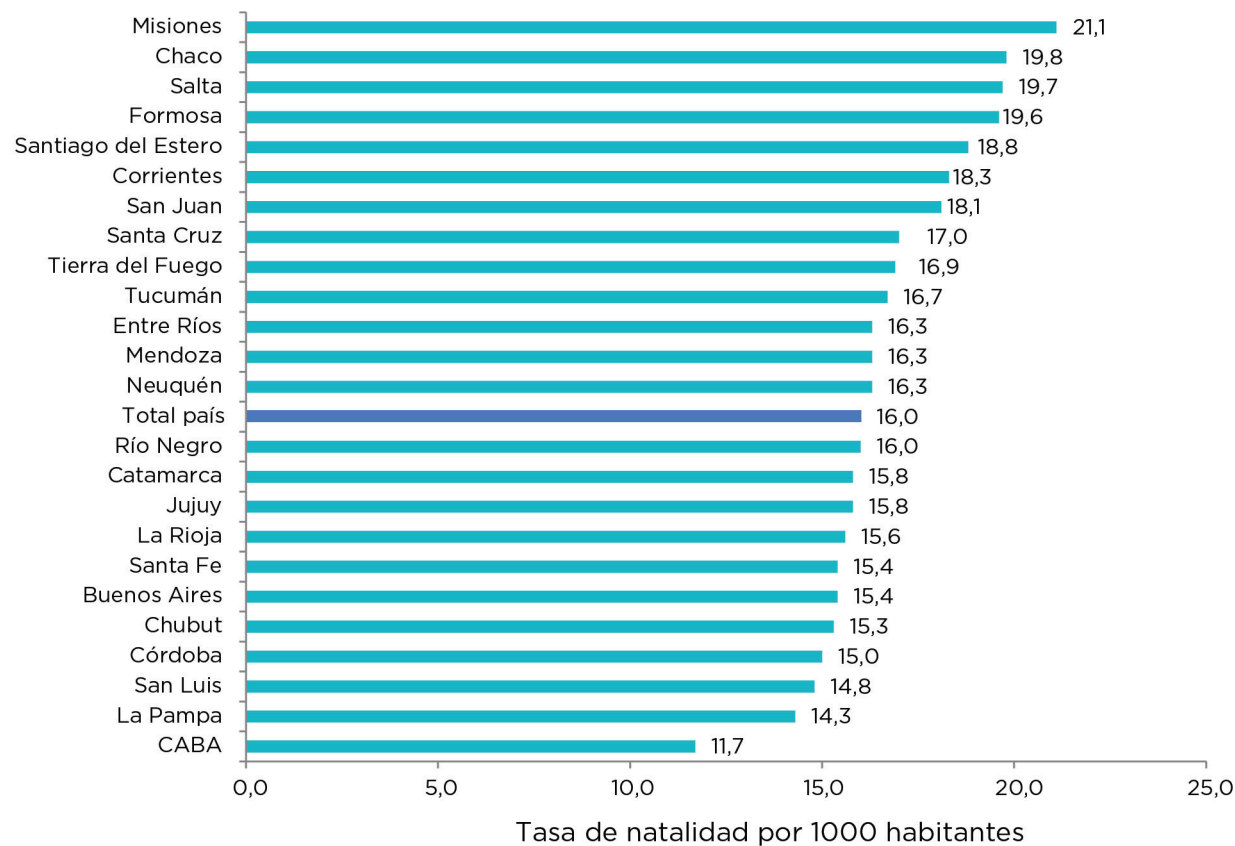


Gráfico 3. Tasa de natalidad por 1000 habitantes según jurisdicción. Argentina, 2017



CABA muestra la tasa de natalidad más baja (11,7) y Misiones, la más alta (21,1).



Fuente

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica. Año 2017. Serie 5. N° 61.



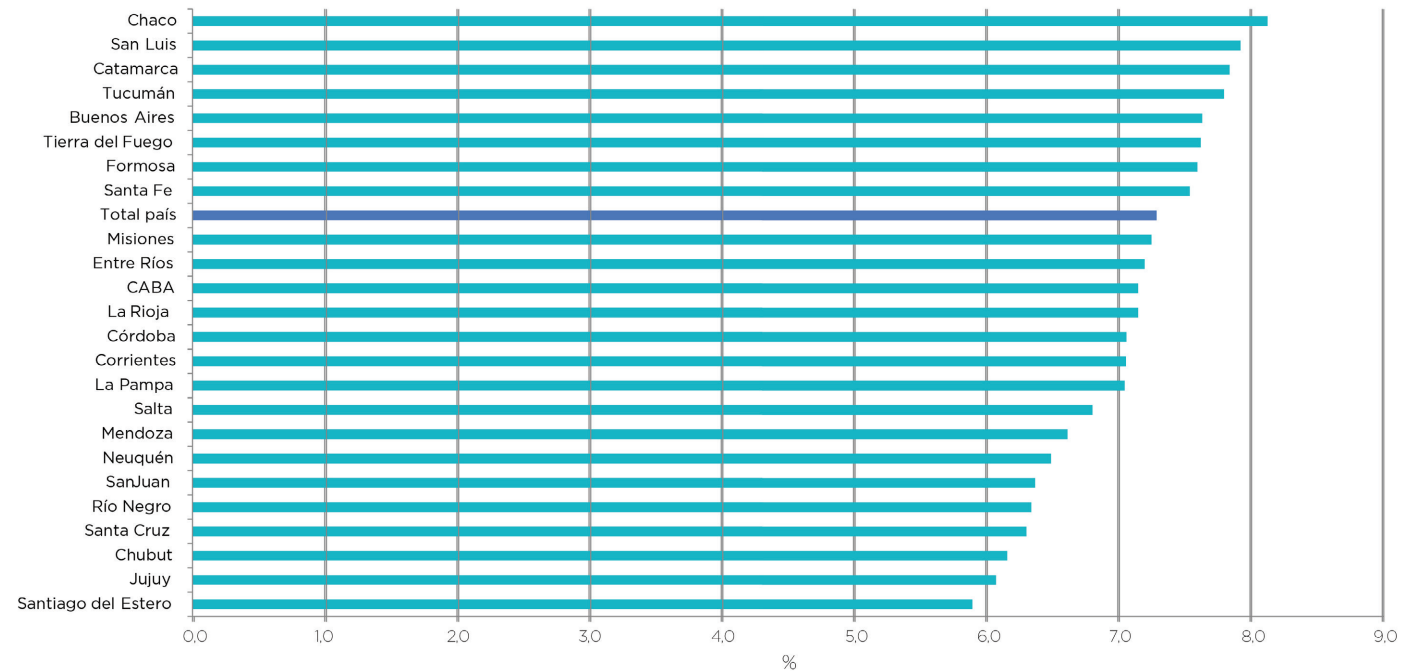
**7 de cada 100
niños nacen con un
peso menor a 2500
gramos.**



1.2.1. Recién nacidos con bajo peso

La proporción de nacidos vivos con bajo peso al momento del nacimiento (menor a 2500 gramos) se ha mantenido relativamente estable en la última década. En el 2017, el 7,3% de los nacimientos correspondió a recién nacidos de peso menor a 2500 gramos. Dos tercios de estos son recién nacidos pretérmino.

Gráfico 4. Porcentaje de recién nacidos con peso menor a 2500 gramos. Total del país y por jurisdicción de residencia materna. Argentina, 2017



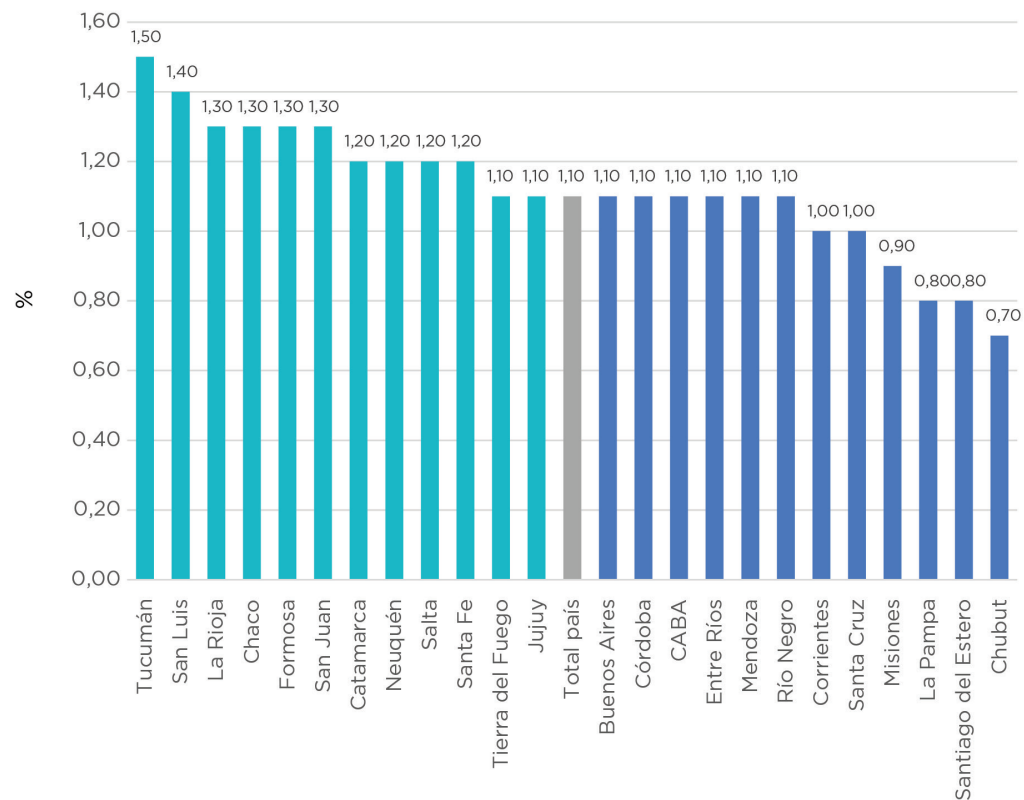
Fuente

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica. Año 2017. Serie 5. N° 61.

1.2.2 Recién nacidos con muy bajo peso

En el año 2017, en la Argentina nacieron 7781 niños con muy bajo peso (< 1500 gramos), lo que representa el 1,1% de los nacimientos. En la mayoría de las jurisdicciones se observó una proporción semejante.

Gráfico 5. Porcentaje de recién nacidos con peso menor a 1500 gramos. Total del país y por jurisdicción de residencia materna. Argentina, 2017



1 de cada 100 niños nace con muy bajo peso, y este es uno de los indicadores más asociados a la mortalidad infantil.



Fuente

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica. Año 2017. Serie 5. N° 61.

• • •

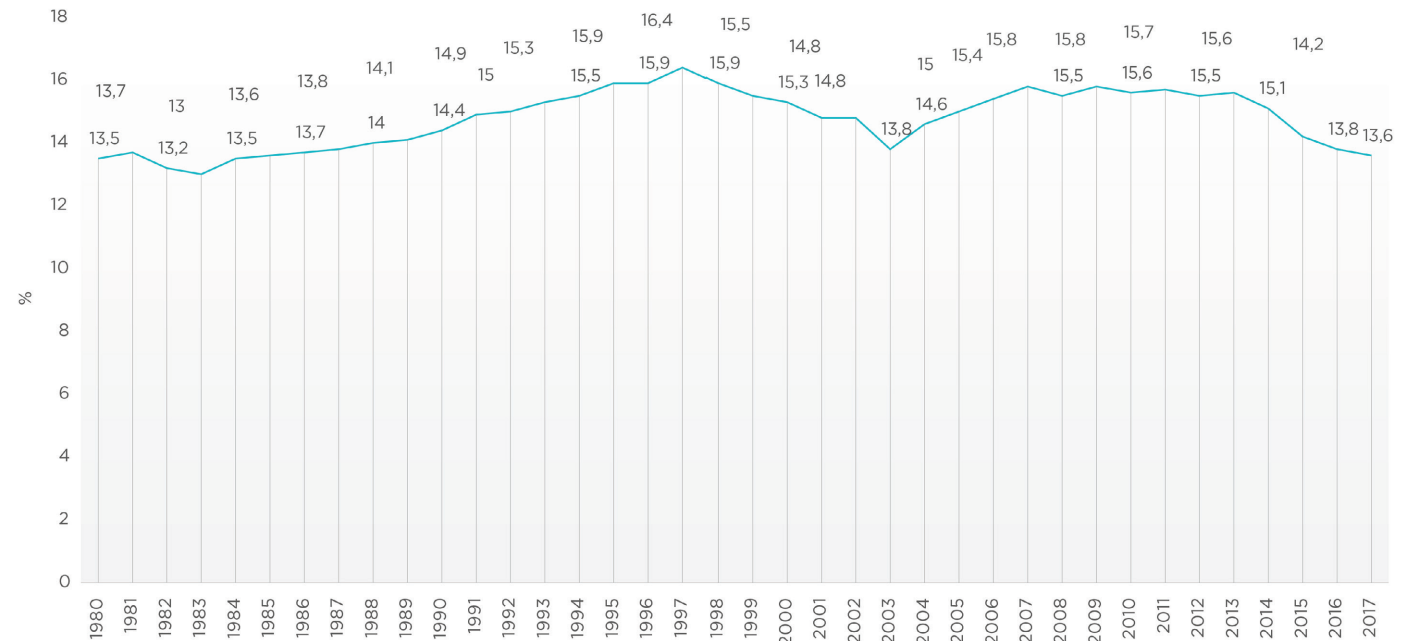
En 2017, 13 de cada 100 niños nacieron de madres adolescentes. La complejidad que este dato debería promover abordajes que puedan contemplarla.

• • •

1.3 Maternidad adolescente

El porcentaje de madres menores de 20 años osciló entre el 13% y 16% desde la década de 1980.

Gráfico 6. Porcentaje de madres menores de 20 años. Argentina, 1980 a 2017

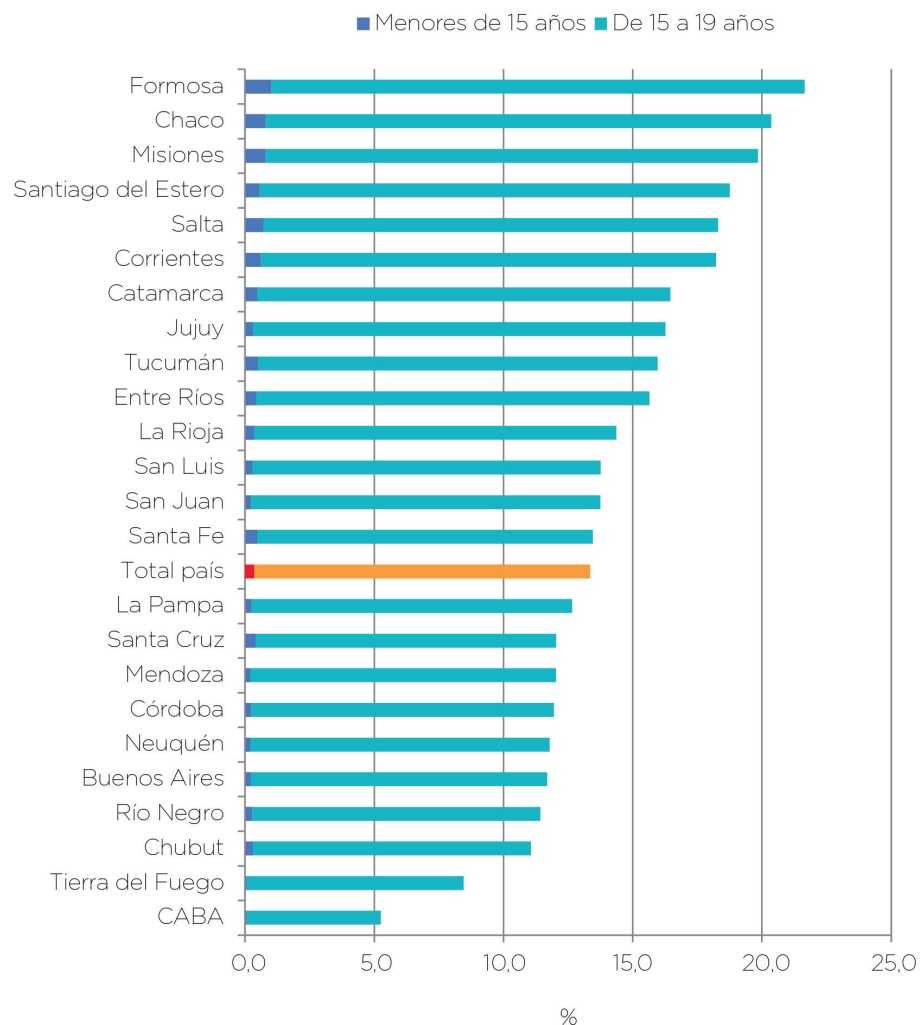


En 2017, el 13,4% de los niños nacieron de madres menores de 20 años. En las provincias de Formosa y Chaco superan el 20% de los partos, mientras que en CABA estos partos representan el 5,5%.

Fuente

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales.

Gráfico 7. Porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 15 años, y entre 15 y 19 años. Total del país y por jurisdicción de residencia materna. Argentina, 2017



En 2017, 91.586 niños y niñas nacieron de madres adolescentes entre 15 y 19 años, y 2493 de niñas/ adolescentes menores de 15 años.



Fuente

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica. Año 2017. Serie 5. N° 61.



2

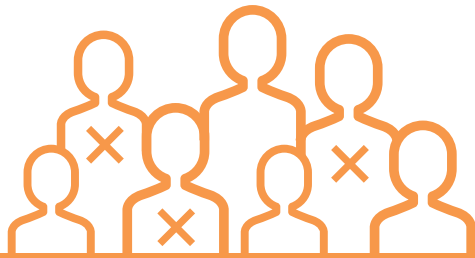


:

**... Mortalidad infantil
de 1 a 4 años,
de 5 a 9 años,
de adolescentes
y materna**

...





2

Mortalidad infantil de 1 a 4 años, de 5 a 9 años, de adolescentes y materna

Desde 1990, el mundo progresó considerablemente en lo que se refiere a la supervivencia infantil. Una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Organización de Naciones Unidas consiste en **poner fin, de aquí a 2030, a las muertes evitables de recién nacidos y de niños y niñas menores de 5 años**. Las cifras muestran que, para alcanzar esta meta, será necesario acelerar los progresos.

Se denomina tasa de mortalidad infantil al número de niños menores de un año fallecidos por cada 1000 nacidos vivos en un determinado año. Esta tasa, a su vez, se desglosa en mortalidad neonatal (niños fallecidos antes de los 28 días de vida, con sus componentes neonatal precoz y tardío) y en posneonatal. Es un indicador de accesibilidad y monitoreo de la salud de una población.

Los niños y niñas entre los 5 y 9 años y los adolescentes entre los 10 y los 19 años representan aproximadamente un 25% de la población de la República Argentina. La mayoría de ellos goza de buena salud, pero la mortalidad prematura, la morbilidad y las lesiones siguen siendo considerables.

La mortalidad de niños menores de 5 años es un indicador más sensible para valorar las condiciones socioeconómicas de una población, de salud y de calidad de vida.

A partir de los 5 años las causas de muerte se asemejan a los adolescentes donde las causas externas son la principal causa de muerte.

Por otra parte, la mortalidad materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o el puerperio, sin incluir las causas incidentales o accidentales. Que un embarazo o parto tenga como consecuencia la muerte de la mujer refleja problemas estructurales, tanto de acceso al control de natalidad como de atención a la salud. La mayoría de estas muertes son prevenibles. A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas se deben a causas directas y entre ellas, las complicaciones del aborto peligroso son la causa de un 13% de esas muertes.

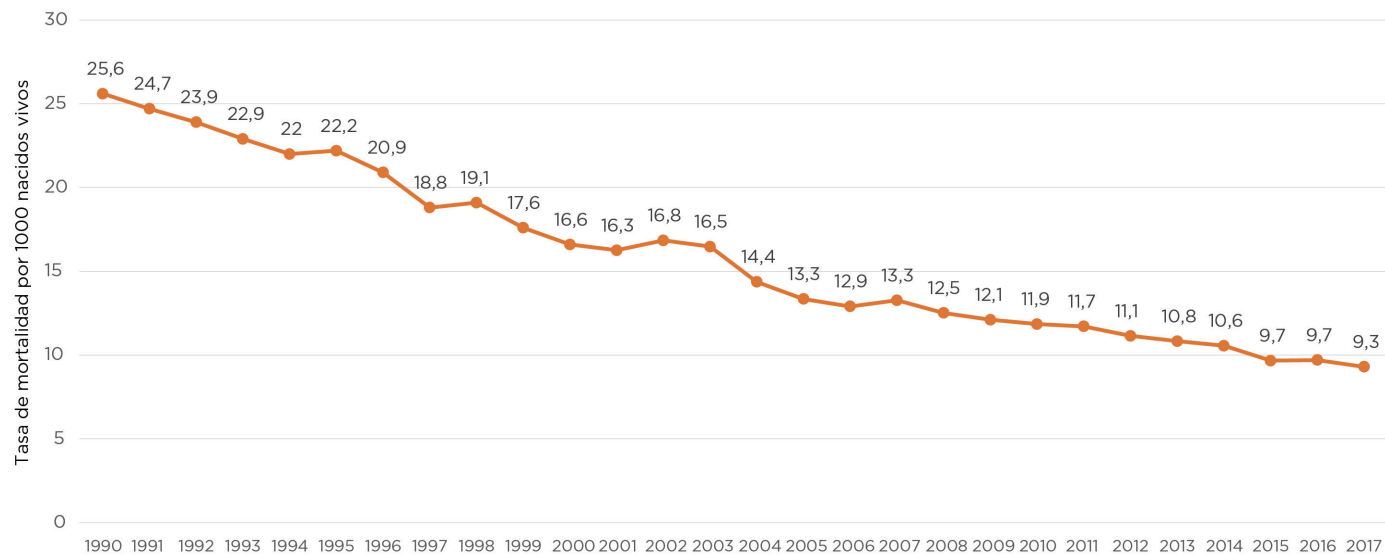
2.1 Mortalidad infantil y de niños/as de 1 a 4 años

2.1.1 Mortalidad infantil

A. Tendencia de mortalidad infantil: serie histórica

La serie histórica de la tasa de mortalidad infantil muestra una tendencia decreciente, alcanzando en el 2017 su menor valor (9,3/1000 nacidos vivos). Desde el año 2015, esta presenta una tasa de un dígito.

Gráfico 8. Tendencia de la tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos. Argentina, 1990 a 2017



En la Argentina, en 2017 fallecieron 6579 niños y niñas antes de cumplir 1 año.



Fuente

Dirección de Estadísticas e Información de Salud.
Estadísticas vitales.



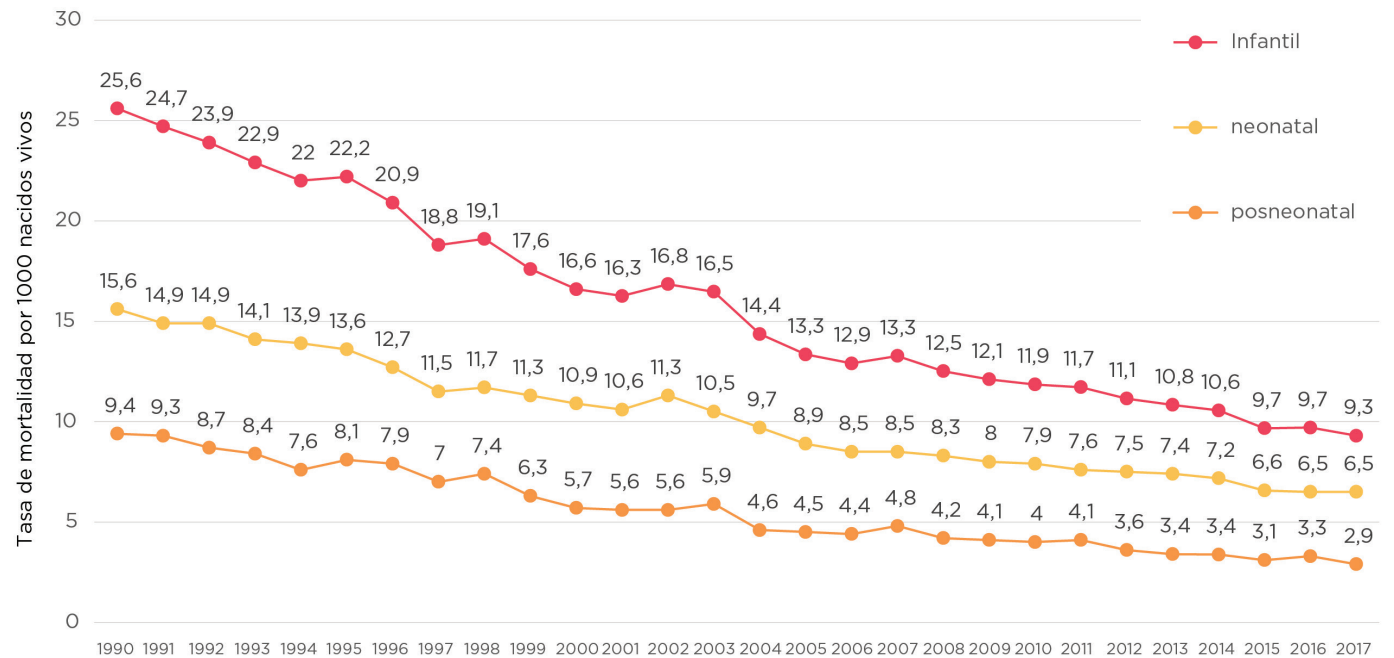
La mortalidad posneonatal mostró desde 1990 un descenso del 70%, mientras que la neonatal, un descenso del 58%.



B. Tendencia de mortalidad infantil, neonatal y posneonatal: serie histórica

La mortalidad infantil incluye tres componentes según el momento de defunción: neonatal precoz o temprana (0 a 6 días), neonatal tardía (7 a 27 días) y posneonatal (28 días a 11 meses y 29 días).

Gráfico 9. Tendencia de mortalidad infantil, neonatal y posneonatal por 1000 nacidos vivos. Argentina, 1990 a 2017



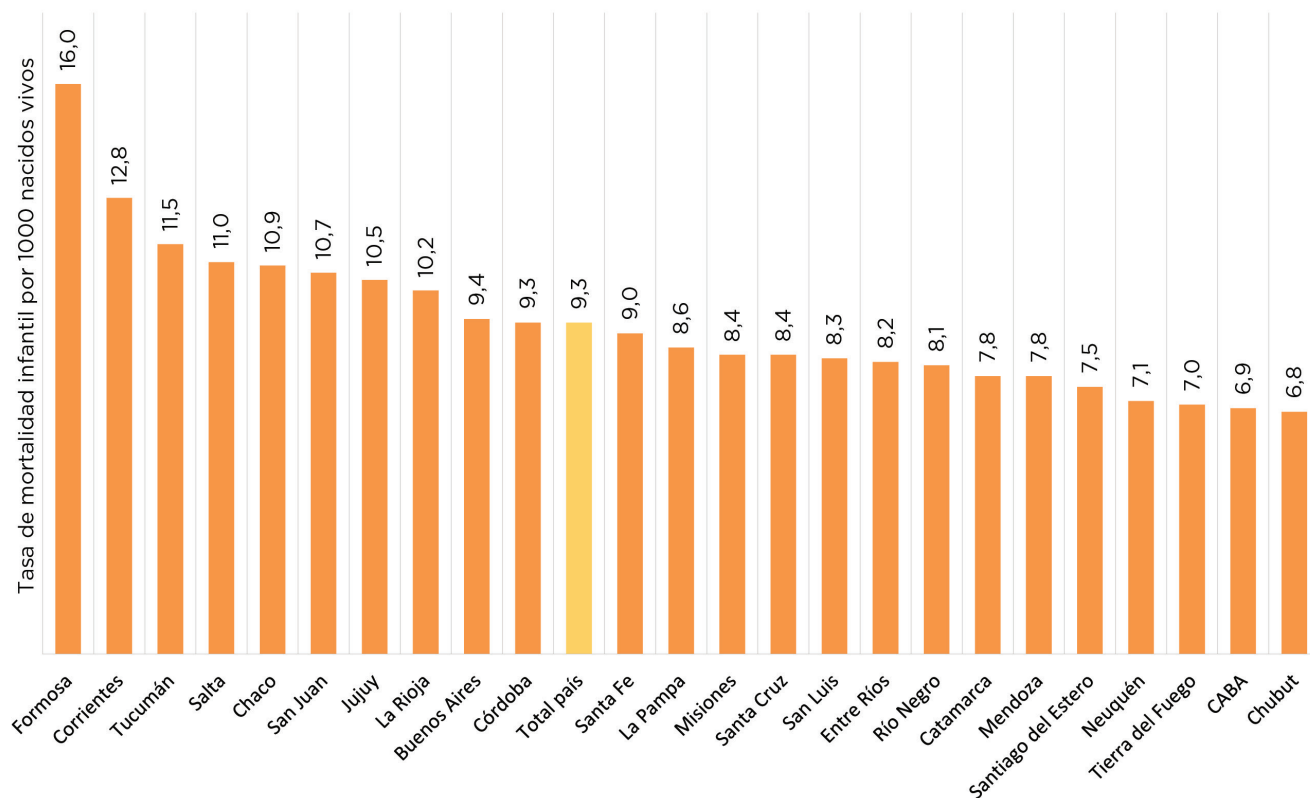
Fuente

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales.

C. Mortalidad infantil según jurisdicción

En el año 2017, la tasa de mortalidad infantil más elevada correspondió a la provincia de Formosa (16/1000 nacidos vivos), que superó en más de dos veces a la tasa más baja, registrada en Chubut (6,8/1000 nacidos vivos).

Gráfico 10. Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos. Total del país y por jurisdicción de residencia materna. Argentina, 2017



La brecha de la mortalidad infantil entre las jurisdicciones de la Argentina refleja una inequidad preocupante en la distribución del riesgo de morir antes.

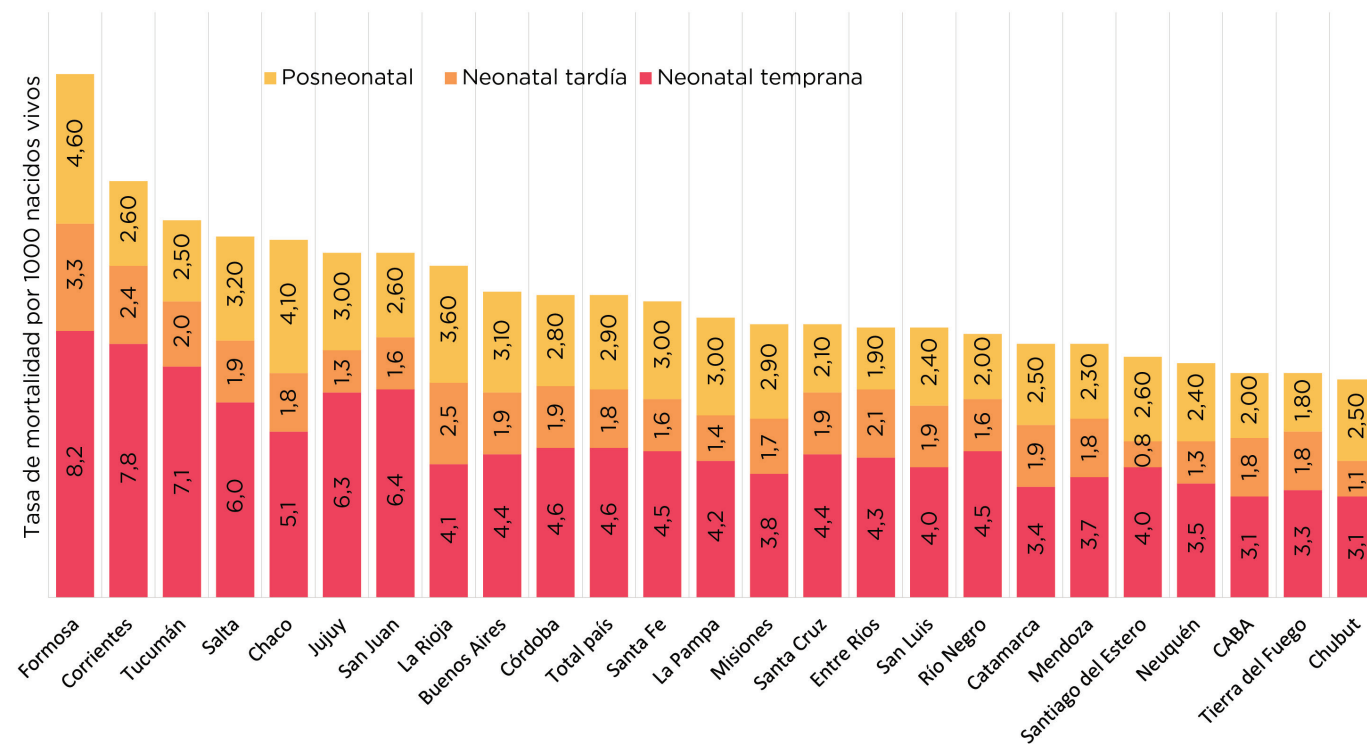


Fuente

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica. Año 2017. Serie 5. N° 61.

D. Mortalidad infantil, neonatal y posneonatal según jurisdicción

Gráfico 11. Mortalidad infantil: neonatal y posneonatal. Total del país y por jurisdicción de residencia materna. Argentina, 2017



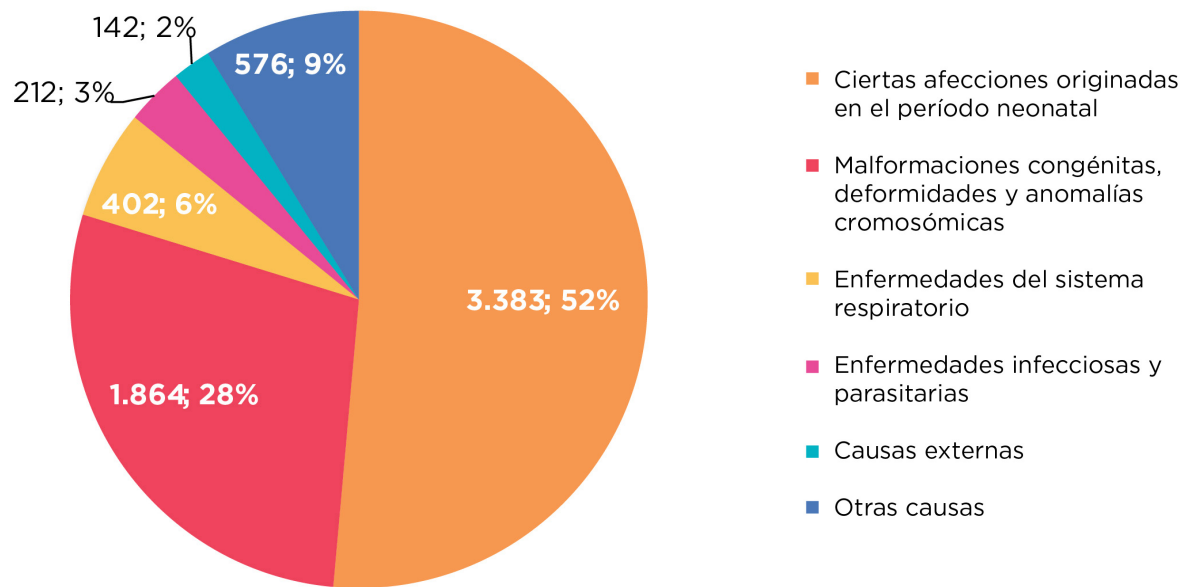
Fuente

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica. Año 2017. Serie 5. N° 61.

E. Mortalidad infantil: principales causas

Una de cada 2 muertes en el primer año de vida se asocia a ciertas afecciones originadas en el período neonatal. El 80% de las defunciones en este grupo etario están asociadas a la suma de estas afecciones y a malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.

Gráfico 12. Principales causas de muerte en el primer año de vida. Argentina, 2017



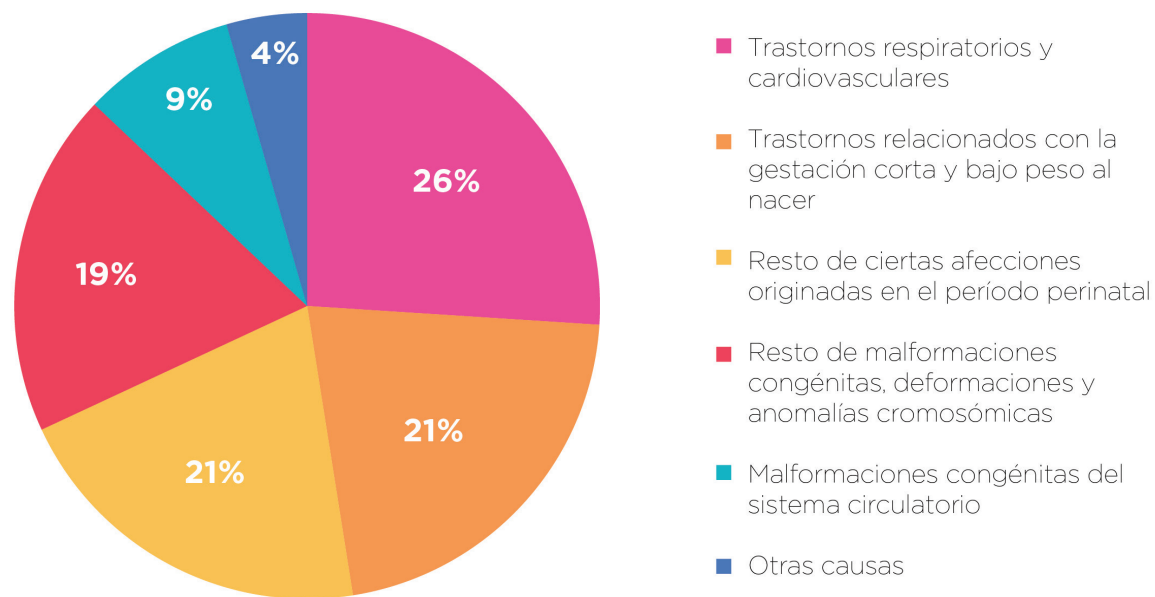
Fuente

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica. Año 2017. Serie 5. N° 61.

F. Mortalidad neonatal: principales causas

Las principales condiciones asociadas a la muerte durante el período neonatal fueron los trastornos respiratorios y cardiovasculares, el bajo peso al nacer y la prematuridad, las malformaciones congénitas y las anomalías cromosómicas.

Gráfico 13. Principales causas de muerte en el período neonatal. Argentina, 2017



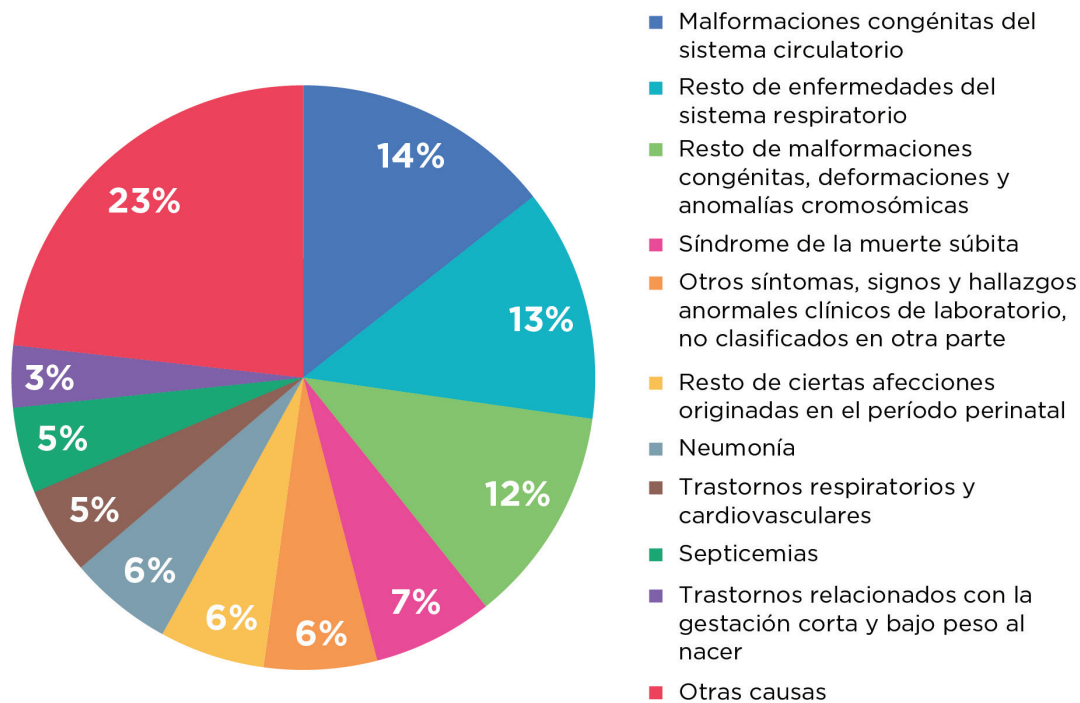
Fuente

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica. Año 2017. Serie 5. N° 61.

G. Mortalidad posneonatal: principales causas

En el año 2017 se produjeron 2029 muertes de niños y niñas entre 29 y 365 días de vida (posneonatal). Las principales condiciones asociadas a la muerte durante este período fueron las malformaciones congénitas del sistema circulatorio, las enfermedades del sistema respiratorio y otras malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas.

Gráfico 14. Principales causas de muerte en el período posneonatal. Argentina, 2017



Las principales patologías asociadas a la muerte posneonatal son las malformaciones congénitas y las enfermedades respiratorias.



Fuente

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica. Año 2017. Serie 5. N° 61.

• • •

El concepto de reducibilidad de tasas de mortalidad infantil debería considerarse en conjunto con la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, desarrollada por la OMS para el diseño de políticas públicas y el análisis de la práctica cotidiana de los equipos de salud.

• • •

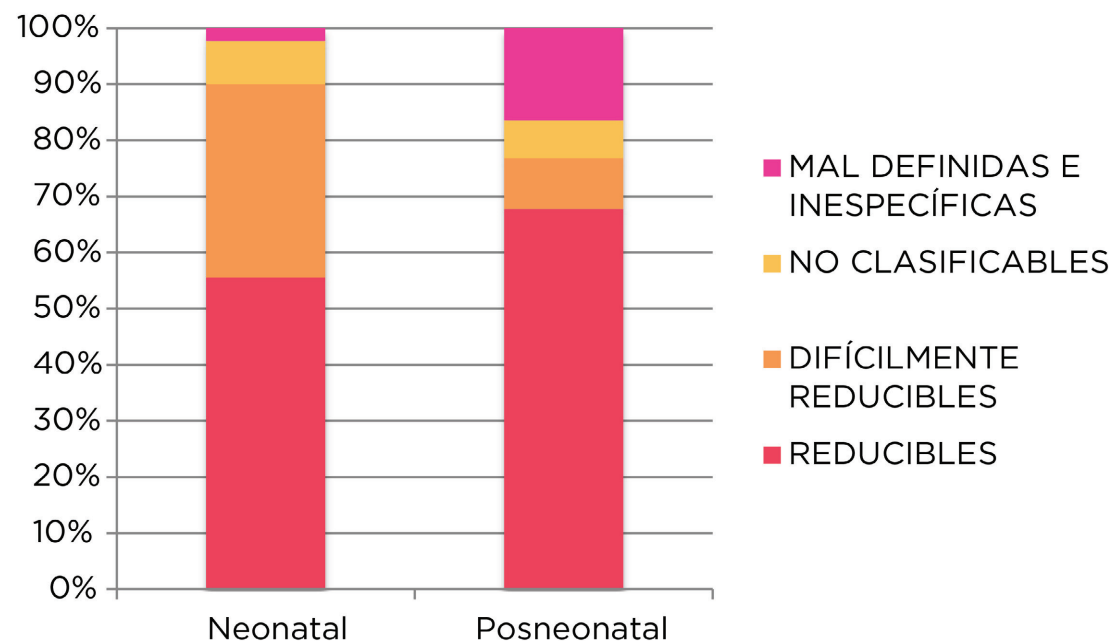
Fuente

Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica. Año 2017. Serie 5. N° 61.

H. Mortalidad neonatal y posneonatal según criterios de reducibilidad

Según el criterio clásico de reducibilidad, el 55% de las muertes neonatales y el 68% de las posneonatales se podrían evitar.

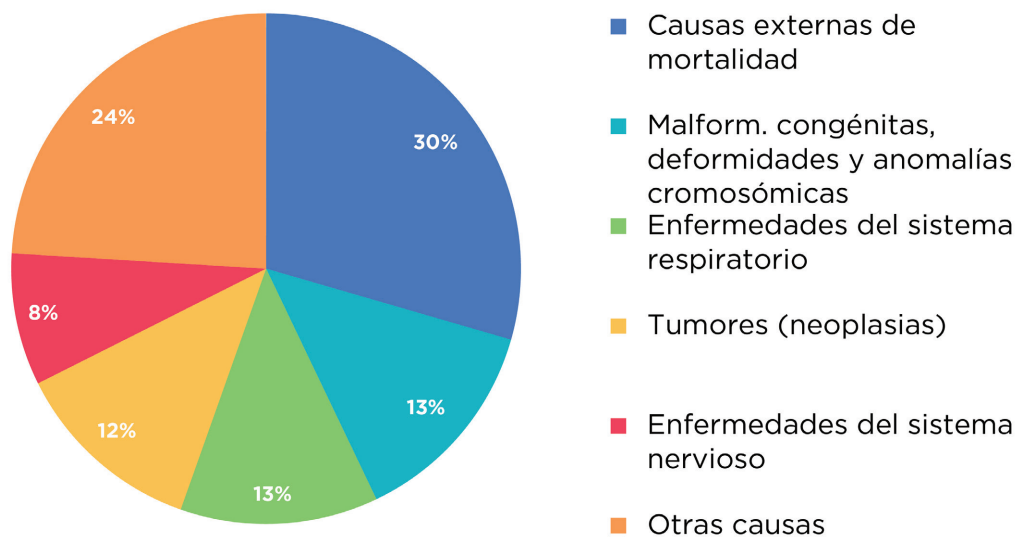
Gráfico 15. Distribución de la mortalidad neonatal y posneonatal según criterios de reducibilidad. Argentina, 2017



2.1.2 Mortalidad de niños de 1 a 4 años

En el 2017, en la Argentina se produjeron 1194 muertes de niños y niñas de entre 1 y 4 años de edad. Las principales causas asociadas a estas muertes fueron externas, las malformaciones congénitas y las anomalías cromosómicas, y las enfermedades del sistema respiratorio. Los tumores representan el 12% de las muertes de los niños y las niñas de esta edad.

Gráfico 16. Cinco principales causas de muerte en niños y niñas de 1 a 4 años. Argentina, 2017



Un tercio de las muertes de niños y niñas de 1 a 4 años se deben a causas externas.



Fuente

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica. Año 2017. Serie 5. N° 61.

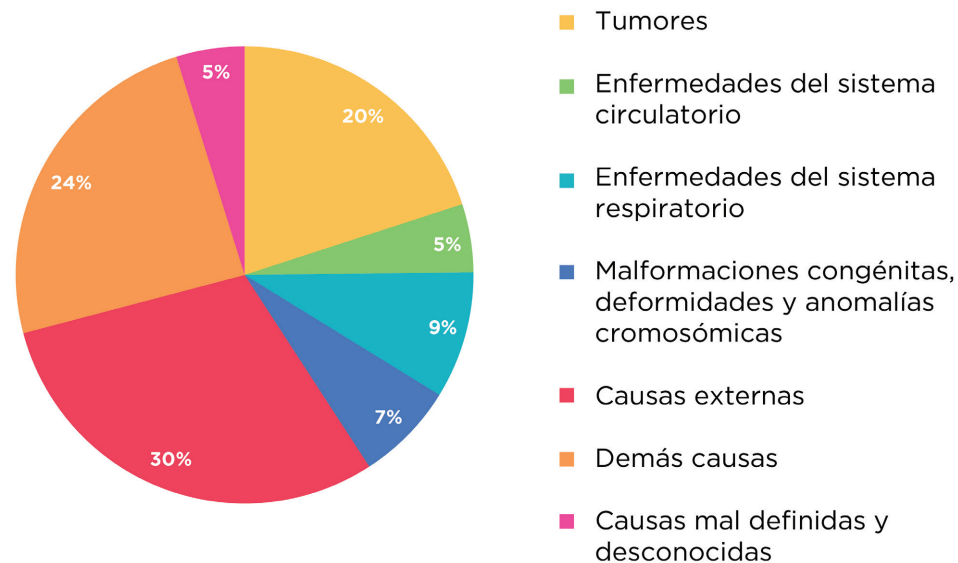
• • •
**3 de cada 10
muertes en niños
y niñas de 5 a 9
años se asocian con
causas externas,
principalmente
accidentes o
lesiones no
intencionales.**

• • •

2.2 Mortalidad de niños y niñas de 5 a 9 años

En el 2017, en la Argentina se produjeron 725 muertes de niños y niñas de entre 5 y 9 años de edad. Las principales causas asociadas a estas muertes fueron externas (30%) y los tumores (20%). Dentro de las causas externas se destacaron la proporción asociada a accidentes vinculados al tránsito y transporte (29%), otros traumatismos accidentales (29%) y ahogamiento (8%). Por otra parte, de las 128 muertes por tumores malignos en este grupo etario la leucemia representa el 46%.

Gráfico 17. Principales causas de muerte en niños y niñas de 5 a 9 años. Argentina, 2017



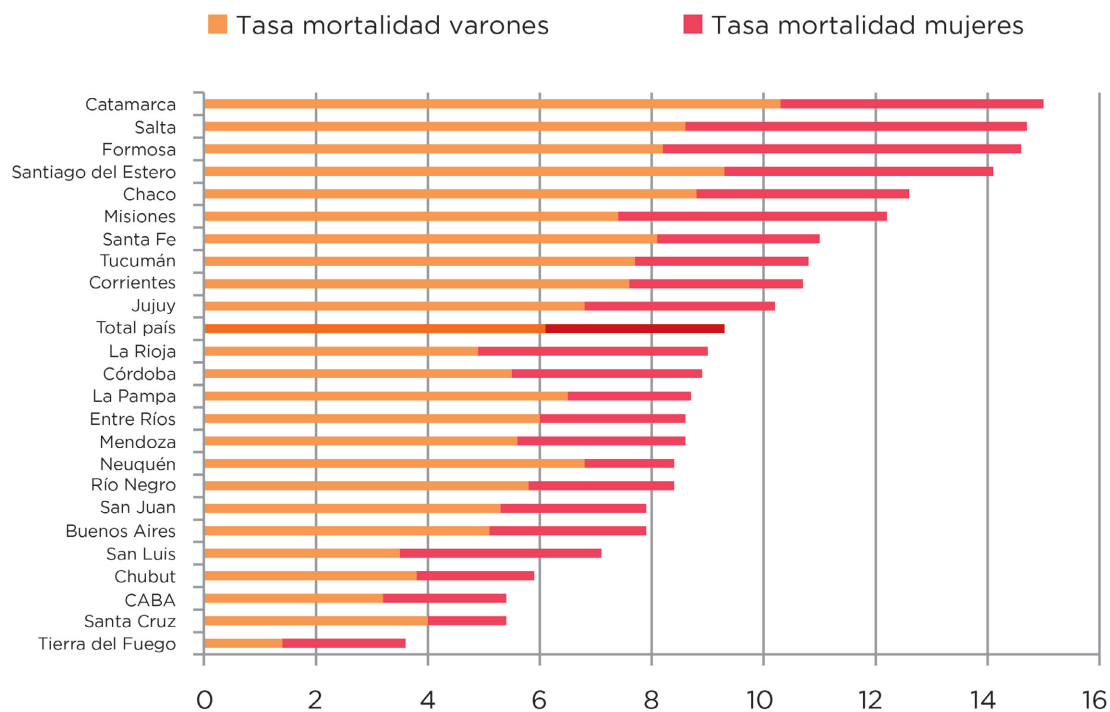
Fuente

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica. Año 2017. Serie 5. N° 61.

2.3 Mortalidad de adolescentes

Durante el 2017, en la Argentina se registraron 3294 muertes de adolescentes. La tasa observada en los varones duplica a la tasa de mortalidad en mujeres para este grupo etario. Las mayores tasas se observaron en las provincias de Catamarca, Salta, Formosa y Santiago del Estero.

Gráfico 18. Tasas de mortalidad por 10.000 habitantes en adolescentes (10 a 19 años) según sexo. Total del país y por jurisdicción. Argentina, 2017



• • •

De los 3294 adolescentes de 10 a 19 años que fallecieron en el 2017, 2 de cada 3 eran varones.

• • •

Fuente

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica. Año 2017. Serie 5. N° 61.

• • •

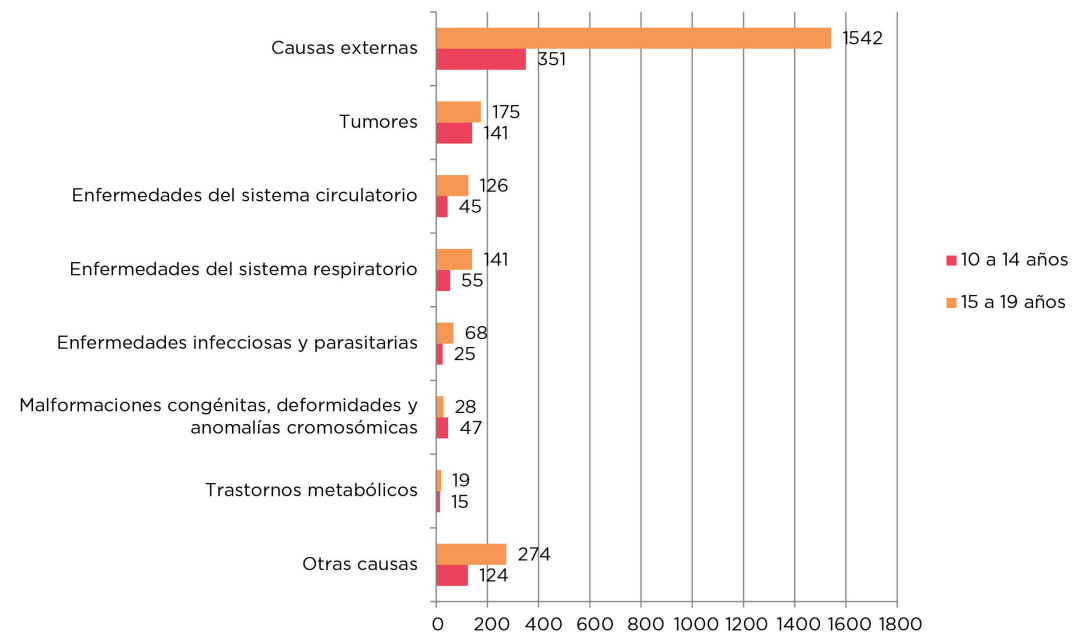
En 2017, el 75% de las muertes de adolescentes se produjeron entre los 15 y 19 años de edad.

• • •

A. Mortalidad de adolescentes: causas y número por grupo de edad

De las 3294 muertes que ocurrieron en 2017 entre los adolescentes de 10 a 19 años, el 75% se produjo entre los 15 y 19 años. Las causas externas representan el primer motivo de muerte tanto en el grupo de 10 a 14 años como en el de 15 a 19 años (57,5%). Los tumores representan alrededor del 10% de las causas asociadas a la muerte en los adolescentes entre 10 a 19 años, principalmente la leucemia.

Gráfico 19. Principales causas de muerte en adolescentes según grupos de edad. Argentina, 2017



Fuente

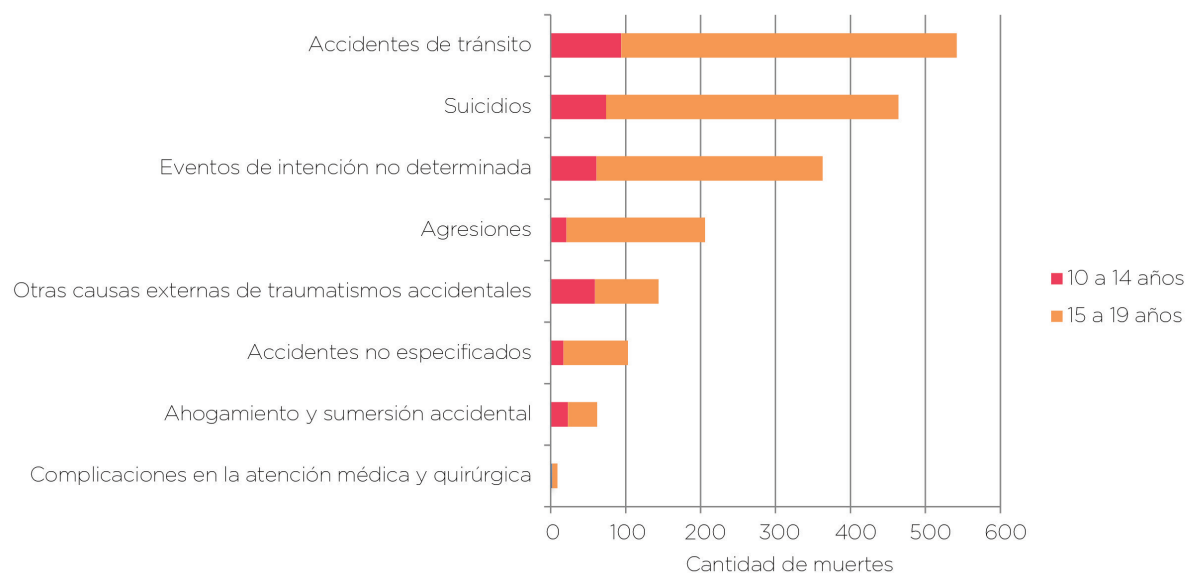
Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica. Año 2017. Serie 5. N° 61.

B. Mortalidad de adolescentes: causas externas

Los accidentes de tránsito constituyen la principal causa de muerte en los adolescentes (16,5%). Es importante destacar que el 11% de los fallecimientos se asocia a suicidios, principalmente en el grupo de entre 15 y 19 años, en el cual representa el 29% de las causas externas.

Asimismo, llama la atención la elevada proporción de las muertes asociadas a eventos de intención no determinada, que representó en el 2017 la tercera causa de las muertes externas. Se considera necesario fortalecer los procedimientos de establecimiento de las causas de mortalidad en los informes estadísticos de defunción y concientizar al personal de salud involucrado que una mejora en la calidad de este tipo de indicadores puede ser de valiosa utilidad para la toma de decisiones político-sanitarias.

Gráfico 20. Causas externas de muerte en adolescentes según grupo de edad. Argentina, 2017



Los suicidios representan un tercio de las muertes asociadas a causas externas en los adolescentes de 15 a 19 años.



Fuente

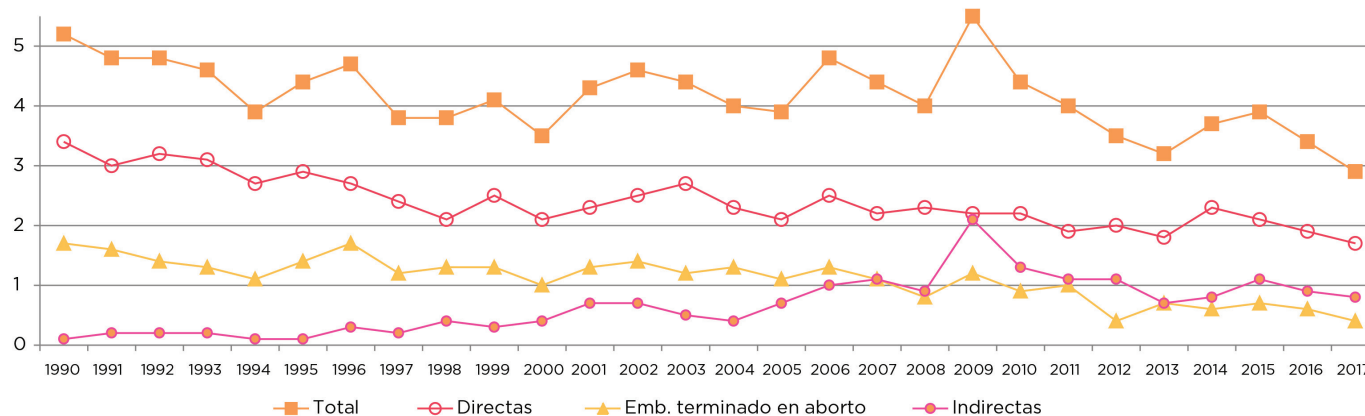
Dirección de Estadísticas e Información de Salud.
Estadísticas vitales.
Información básica. Año 2017.
Serie 5. N° 61.

2.4 Mortalidad materna

En nuestro país, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) desde 1990 al 2011 ha fluctuado entre 4 a 5 muertes cada 10.000 nacimientos. En el año 2009, se registró la RMM más elevada, en coincidencia con la pandemia de Influenza A H1N1 (considerada como una causa indirecta de muerte materna). A partir del año 2011, la RMM descendió hasta 2,9/10.000 nacidos vivos, lo que equivale a 202 muertes de mujeres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. A semejanza de lo que ocurre a nivel mundial, a lo largo de la serie se puede observar que el mayor componente de mortalidad materna se atribuye a causas directas.

2.4.1 Razón de mortalidad materna: serie histórica

Gráfico 21. Razón de mortalidad materna total y por grupo de causas por 10.000 nacidos vivos. Argentina, 1990 a 2017



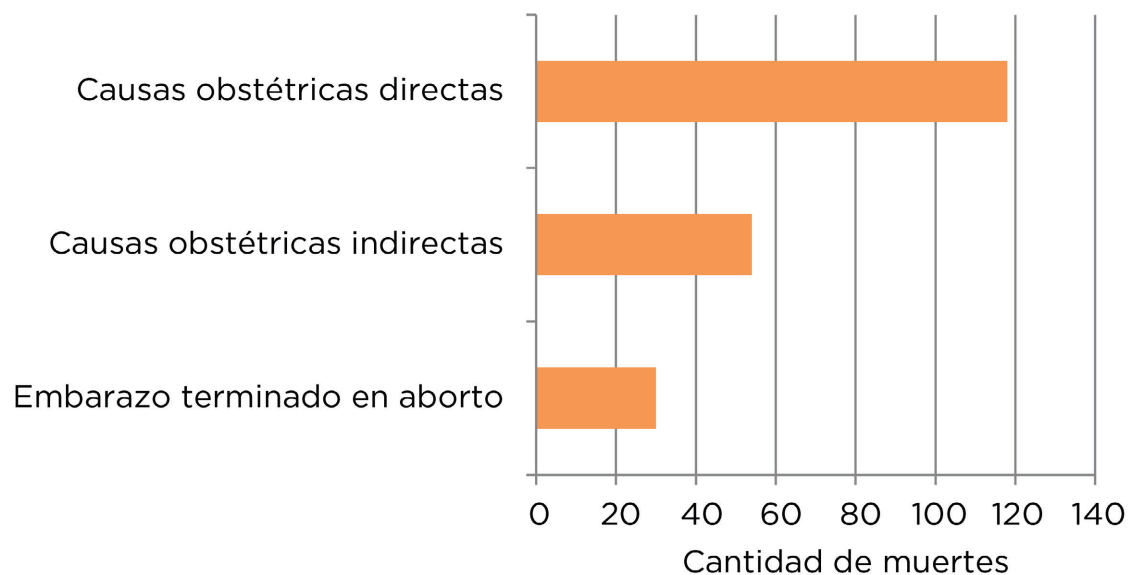
Fuente

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica. Año 2017. Serie 5. N° 61.

2.4.2 Mortalidad materna por grupos de causas

En el año 2017, se produjeron 202 muertes de mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio. El 58,4% de estas muertes se asoció con causas obstétricas directas, entre las cuales se destacan los trastornos hipertensivos (31,4%) y sepsis (17,8%). Una de cada 7 muertes maternas se asoció con el aborto.

Gráfico 22. Distribución de las muertes maternas según grupos de causas. Argentina, 2017



Las principales causas de muerte materna son las causas directas. En el 2017, 1 de cada 7 muertes maternas se asoció a un embarazo terminado en aborto.



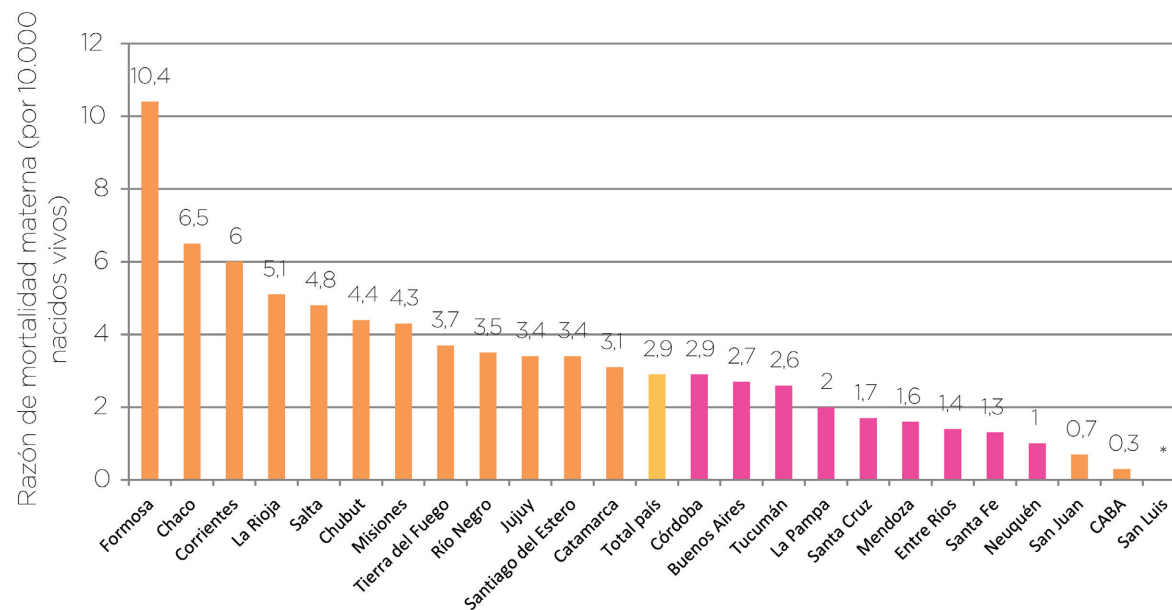
Fuente

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica. Año 2017. Serie 5. N° 61.

2.4.3 Mortalidad materna por jurisdicción

La razón de mortalidad materna más elevada corresponde a la provincia de Formosa (10,4/10.000 nacidos vivos) y supera en más de treinta veces a las tasas más bajas registradas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (0,3/10.000 nacidos vivos).

Gráfico 23. Razón de mortalidad materna por 10.000 nacidos vivos. Total del país y por jurisdicción. Argentina, 2017



Fuente

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica. Año 2017. Serie 5. N° 61.

* En la provincia de San Luis no se registraron muertes maternas en 2017.



... **Morbilidad**





3

Morbilidad

En este apartado se analizarán indicadores correspondientes a la prevalencia de enfermedades infecciosas y enfermedades no transmisibles.

Dentro de las infecciosas, se destacan las enfermedades de transmisión sexual transmitidas verticalmente, las reemergentes, las prevenibles por vacunas y las enfermedades de tratamiento médico de probada eficacia cuya transmisión persiste.

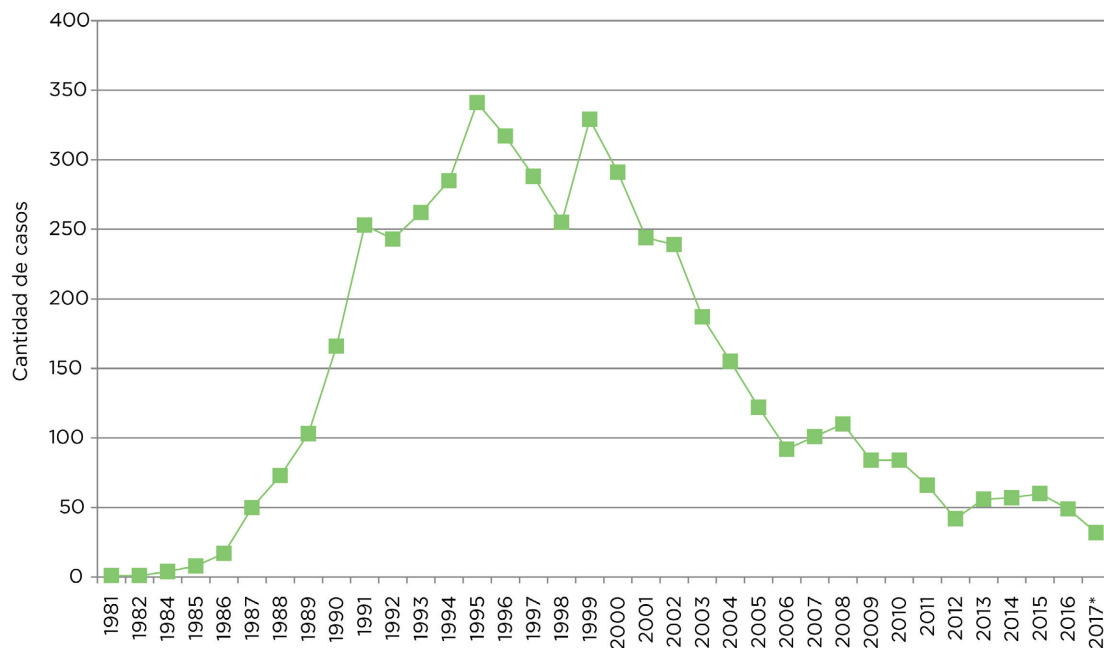
Dentro de las no transmisibles, se presentan algunos de los indicadores correspondientes a cánceres pediátricos y cardiopatías congénitas.

Se incluyen indicadores de acceso a prevención y tratamiento, en donde se describe la cobertura de vacunación y se detalla la procuración e implante de órganos y tejidos en menores de 19 años entre los años 2010-2018.

3.1 Transmisión vertical de VIH

En la Argentina, se observa que la tendencia de los casos de transmisión vertical de VIH es descendente desde el año 2000.

Gráfico 24. Casos de transmisión vertical de VIH según año de nacimiento. Argentina, 1981 a 2017



* Año no cerrado por retraso de notificación.



En el 2016 (último año con información cerrada) se registraron 49 casos de transmisión vertical de VIH.



Fuente

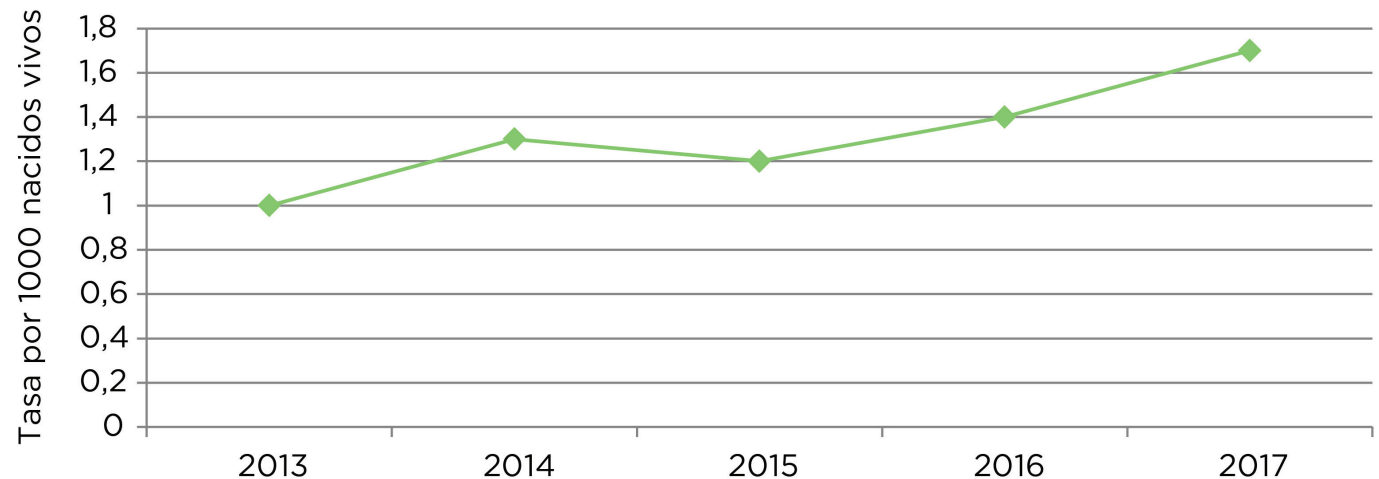
Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Boletín sobre VIH, sida e ITS en la Argentina. Año 2018. N° 35.

• • •
**En el año 2017,
1197 niños y niñas
nacieron con sífilis
congénita (tasa de
1,7/1000 nacidos
vivos).**
• • •

3.2.1 Sífilis congénita

En el año 2012, la Argentina se comprometió con la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe. En esta iniciativa, el objetivo era disminuir a menos del 0,5 por mil nacidos vivos los casos de sífilis congénita para el año 2015. Sin embargo, en el país se observa desde ese mismo año una tendencia ascendente de esta tasa. La mayoría de las jurisdicciones no alcanzó la meta de disminuir la tasa de sífilis congénita menos de 0,5 por mil nacidos vivos en el año 2017.

Gráfico 25. Tasa de sífilis congénita por 1000 nacidos vivos. Argentina, 2013 a 2017



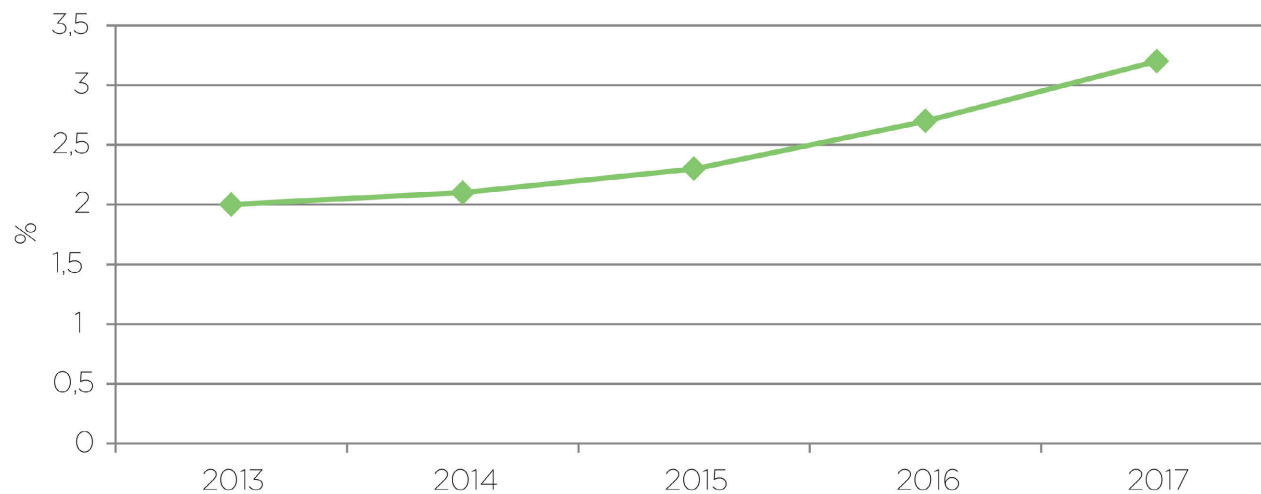
Fuente

Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Boletín sobre VIH, sida e ITS en la Argentina. Año 2018. N° 35.

3.2.2 Sífilis en embarazadas

La seroprevalencia de sífilis en embarazadas, en concordancia con el aumento de los casos de sífilis congénita, ha ido en aumento desde el 2013, con una tasa de 3,2 por mil nacidos vivos en el 2017.

Gráfico 26. Evolución del porcentaje de positividad de pruebas no treponémicas de sífilis en embarazadas. Argentina, 2013 a 2017



En 2017, 3 mujeres embarazadas presentaron serología positiva para sífilis por cada 1000 nacidos vivos en la Argentina.



Fuente

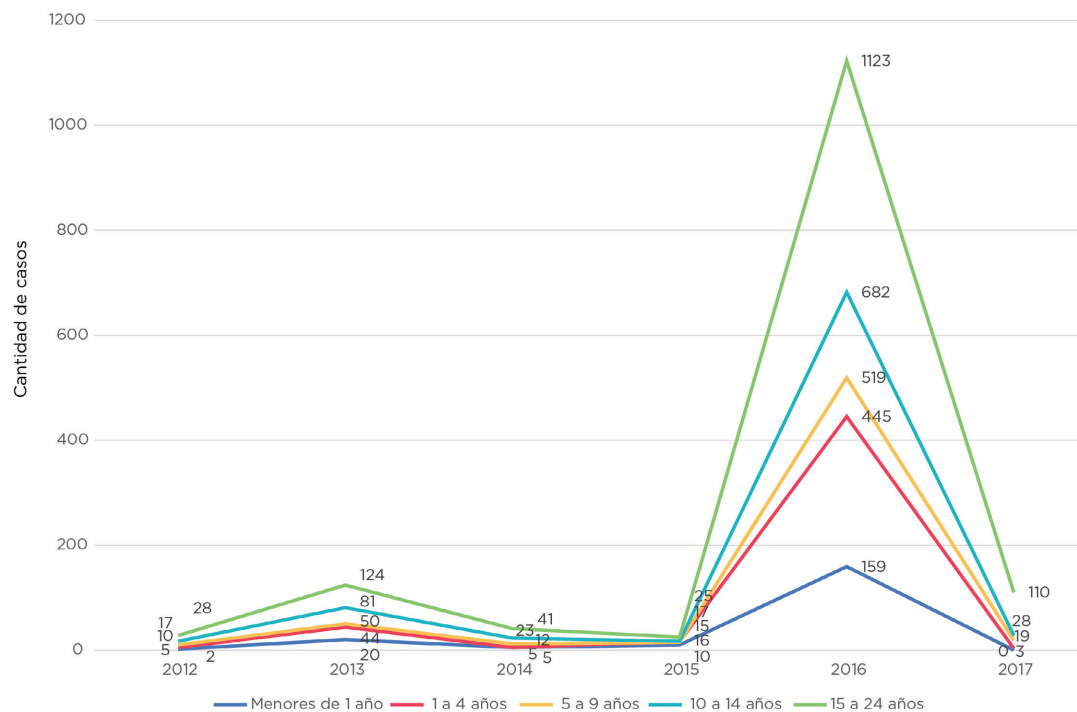
Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Boletín sobre VIH, sida e ITS en la Argentina. Año 2018. N° 35.

• • •
**En el año 2016,
 1805 menores de
 15 años tuvieron
 dengue en la
 Argentina.**
 • • •

3.3 Dengue

En el 2016 se produjo la epidemia de dengue de mayor magnitud en la Argentina desde la reemergencia de la enfermedad en 1998, con una tasa de 111 casos confirmados por cada 100.000 habitantes. La mayor cantidad de casos se registró en el grupo de adolescentes y adultos jóvenes (15 a 24 años). En el año 2017, la cantidad de casos se redujo en más del 90% con respecto al año anterior.

Gráfico 27. Casos de dengue según grupo de edad. Argentina, 2012 a 2017

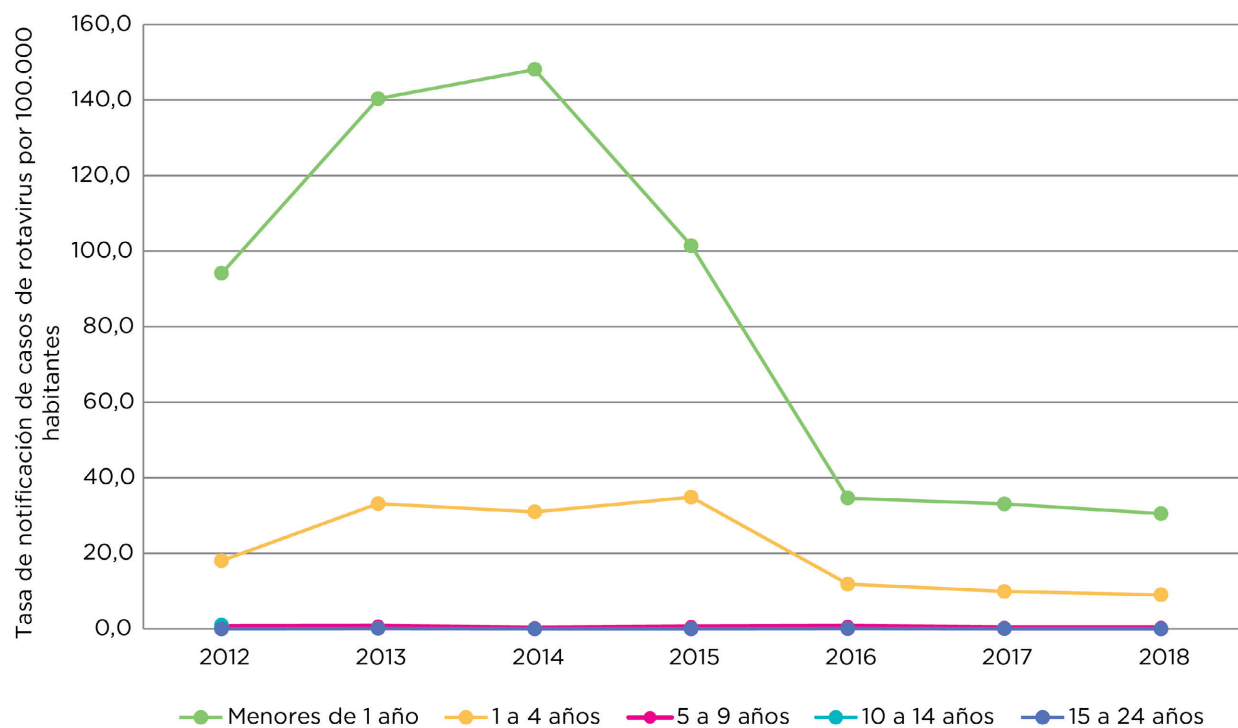


Fuente

Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Las tasas de diarrea aguda por rotavirus disminuyeron abruptamente a partir del 2016 en concordancia con la introducción de la vacuna contra el rotavirus al Calendario Nacional de Vacunación en el año 2015.

Gráfico 28. Tasas de diarreas agudas por rotavirus cada 100.000 habitantes según grupo de edad. Argentina, 2012 a 2017



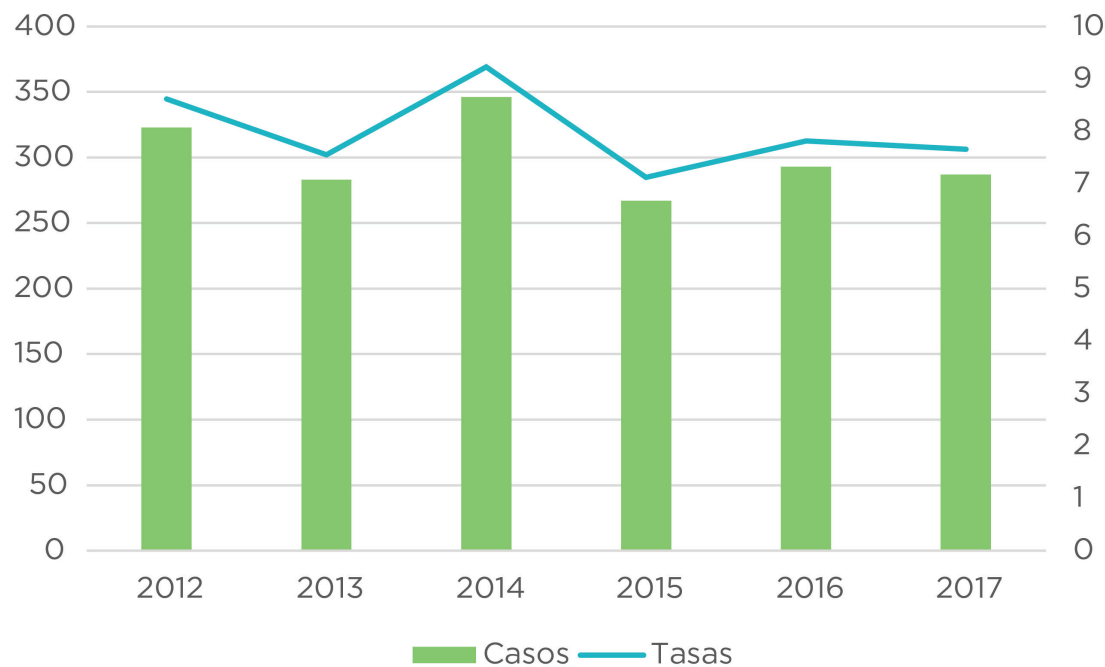
Fuente

Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SIVILA-SNVS2.0).
Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

3.5 Síndrome Urémico Hemolítico

El Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) es una enfermedad de comienzo agudo con anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia y daño renal que se presenta generalmente a continuación de un episodio de diarrea con o sin sangre. Se trata de una patología endémica en la Argentina que causa entre 300-400 casos por año. El grupo etario más afectado es el de niños y niñas menores de 5 años.

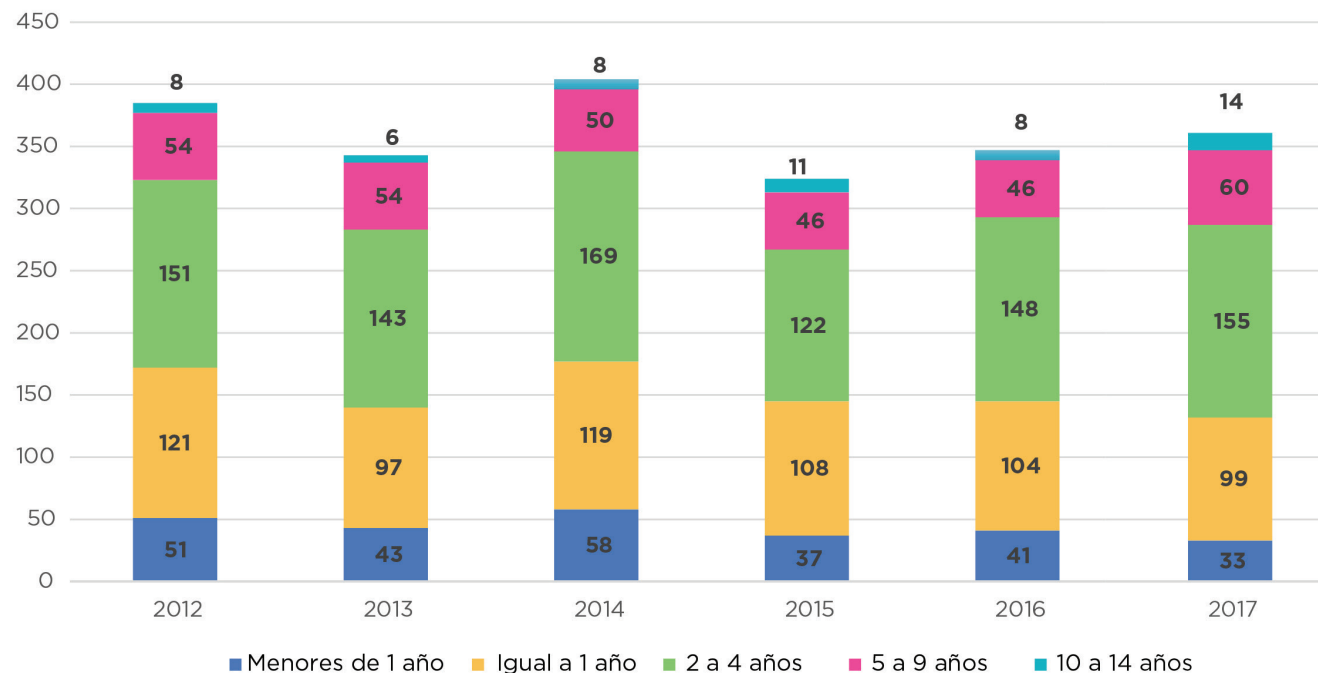
Gráfico 29. Casos y tasas de SUH por 100.000 niños y niñas menores de 5 años. Argentina, 2012 a 2017



Fuente

Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Gráfico 30. Casos de SUH por grupo de edad. Argentina, 2012 a 2017



En el 2017, 361 niños y niñas menores de 14 años padecieron Síndrome Urémico Hemolítico.



Fuente

Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Ministerio de Salud y Desarrollo Social.



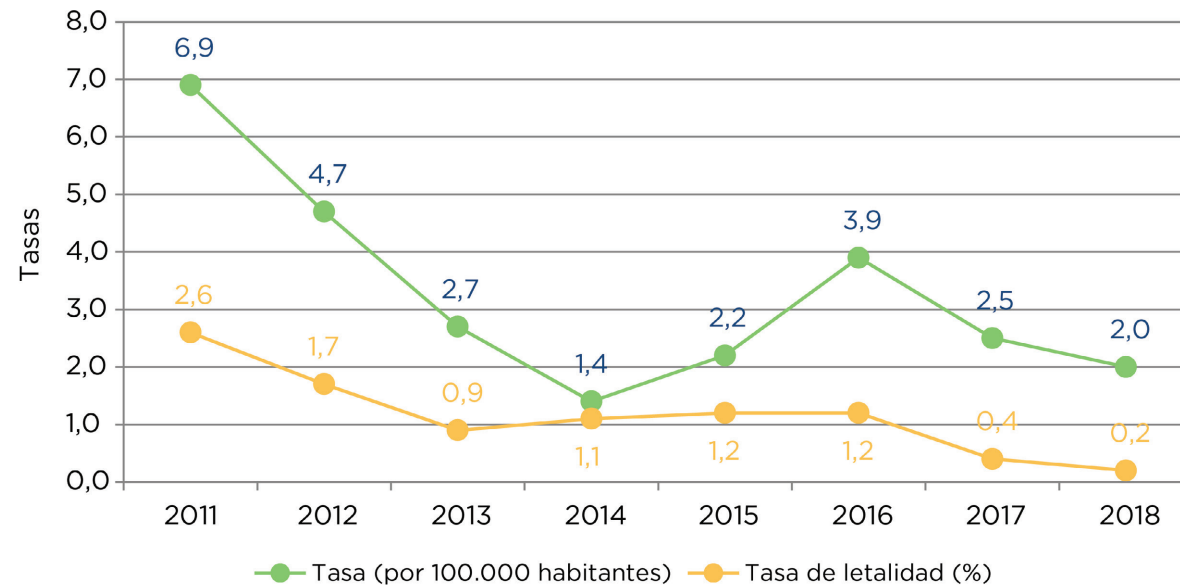
En 2018 se confirmaron 2 casos de coqueluche cada 100.000 habitantes en la Argentina.



3.6 Coqueluche

Después de la recomendación de la vacunación materna con triple bacteriana acelular en el año 2012 y su incorporación al Calendario Nacional de Vacunación en el 2013, las tasas de letalidad de coqueluche muestran una tendencia en descenso sostenida a pesar de los cambios en la incidencia de la enfermedad.

Gráfico 31. Tasas de coqueluche por 100.000 habitantes y porcentaje de letalidad. Argentina, 2011 a 2018



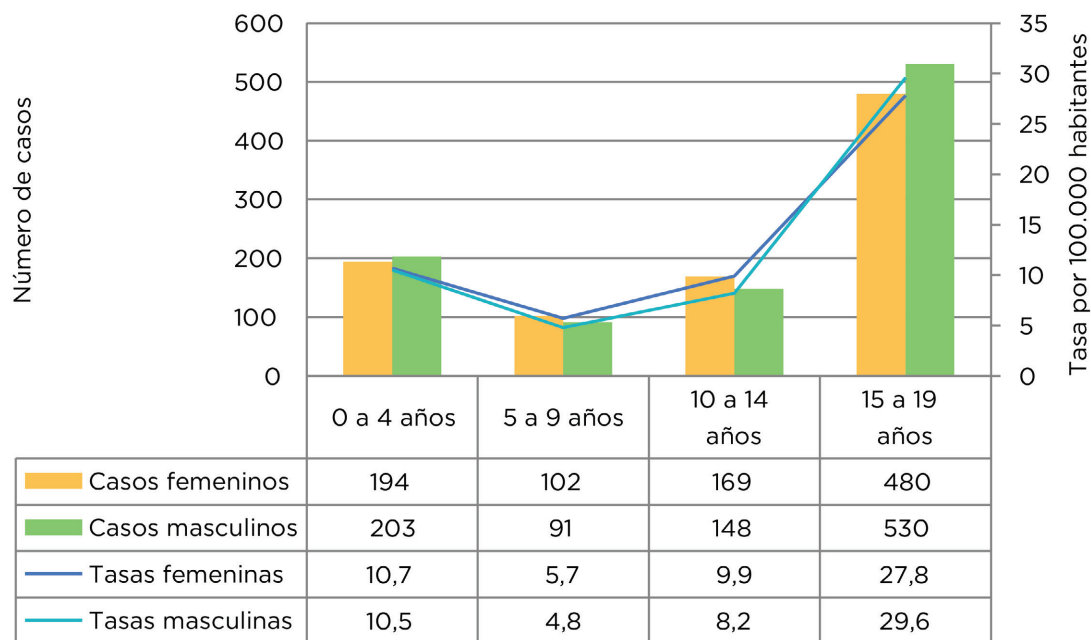
Fuente

Elaboración propia de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2, SIVILA, SNVS2.0), de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud y de los informes jurisdiccionales.

3.7 Tuberculosis

La distribución por edad de los casos de tuberculosis en 2017 presentó un comportamiento similar al de años anteriores. Las mayores tasas de notificación se observaron en los adolescentes de entre 15 y 19 años, mientras que la población de 5 a 9 años presentó las tasas más bajas.

Gráfico 32. Notificación de casos de tuberculosis (todas las formas, nuevos y recaídas y no nuevos) por grupos de edad y sexo. Argentina, 2017



En el 2017 se registraron 1917 casos de tuberculosis en niños, niñas y adolescentes menores de 19 años.



Fuente

Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Boletín sobre tuberculosis en la Argentina. Año 2019. N° 2.



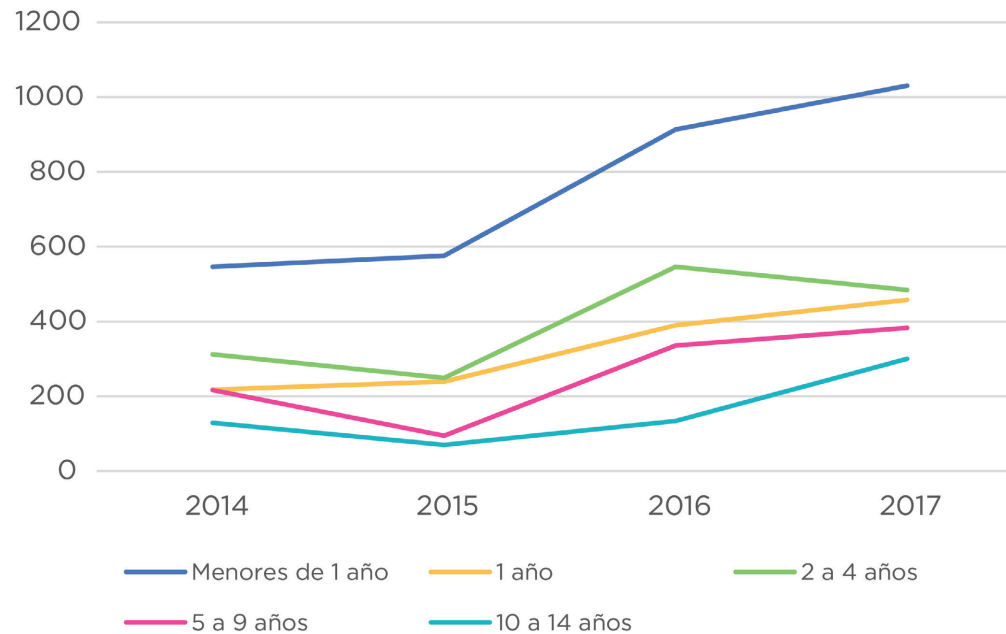
En 2017 se detectaron 1431 muestras positivas para influenza A en niños y niñas menores de 2 años.



3.8 Influenza

Las infecciones respiratorias continúan siendo una causa importante de morbimortalidad en la infancia, representando en el año 2017 el 6% de las muertes en niños y niñas menores de un año. Ese mismo año se detectaron 2656 muestras positivas para influenza A en menores de 15 años: 56% correspondió a menores de 2 años. Desde el 2011 el Calendario Nacional de Vacunación incluye la vacuna antigripal para niños y niñas de 6 a 24 meses y para mayores de 2 años con factores de riesgo.

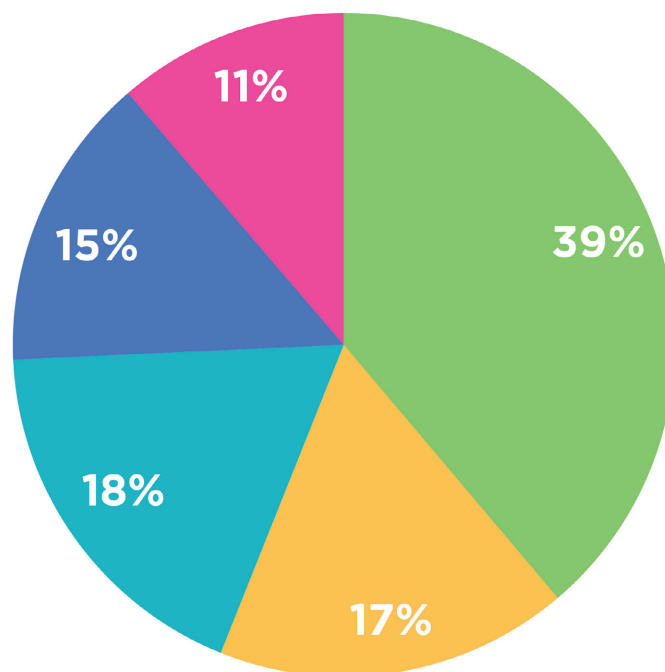
Gráfico 33. Muestras de laboratorio positivas para virus de influenza A según grupo de edad. Argentina, 2014 a 2017



Fuente

Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SIVILA-SNVS2.0).
Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Gráfico 34. Distribución de muestras positivas para virus de influenza A según grupo de edad. Argentina, 2017



■ Menores de 1 año ■ 1 año ■ 2 a 4 años ■ 5 a 9 años ■ 10 a 14 años

Fuente

Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SIVILA-SNVS2.0).
Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

• • •

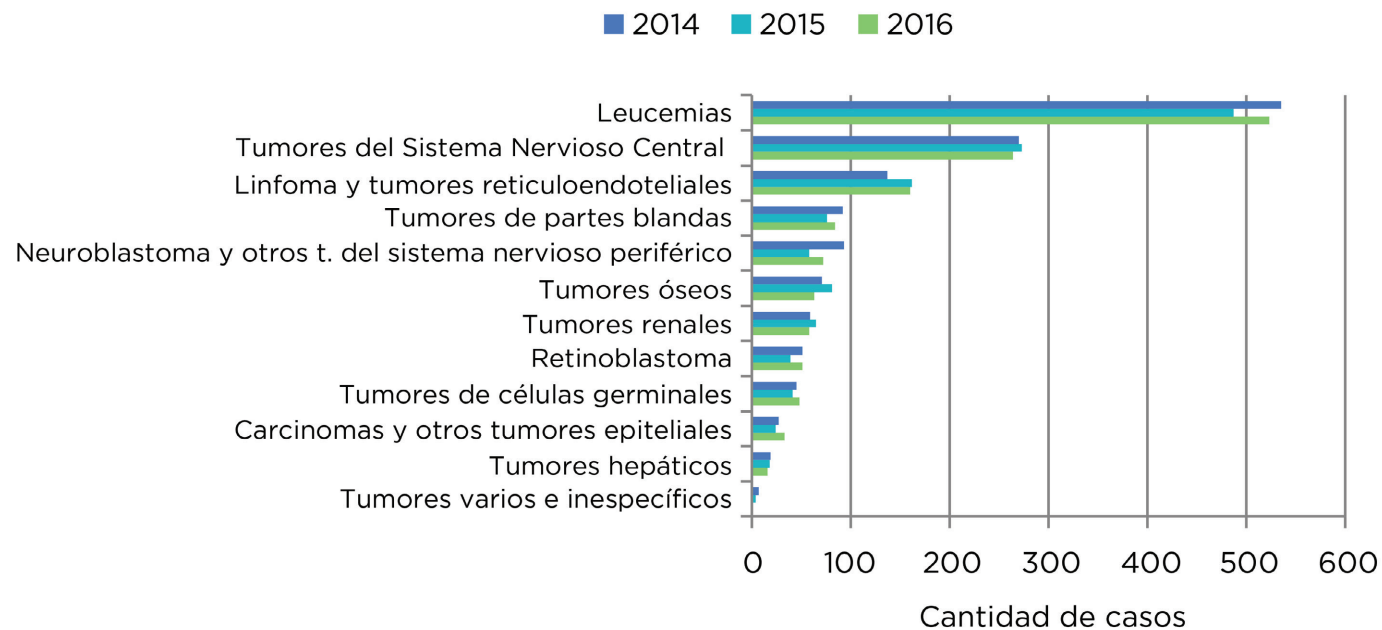
En el trienio 2014-2016, las leucemias fueron el principal tumor pediátrico en menores de 15 años, seguidas por los tumores del Sistema Nervioso Central.

• • •

3.9 Cáncer

En el trienio 2014-2016 se registraron 4107 casos de cáncer en menores de 15 años, de los cuales el 37,6% se asoció con leucemia.

Gráfico 35. Cantidad de casos en menores de 15 años según la Clasificación Internacional de Cáncer Pediátrico por año. Argentina, 2014 a 2016



Fuente

Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino. Resultados 2006-2016. Instituto Nacional del Cáncer. Año 2018. Central de Reportes y Estadísticas del CRESI (Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina). INCUCAI. Año 2019.

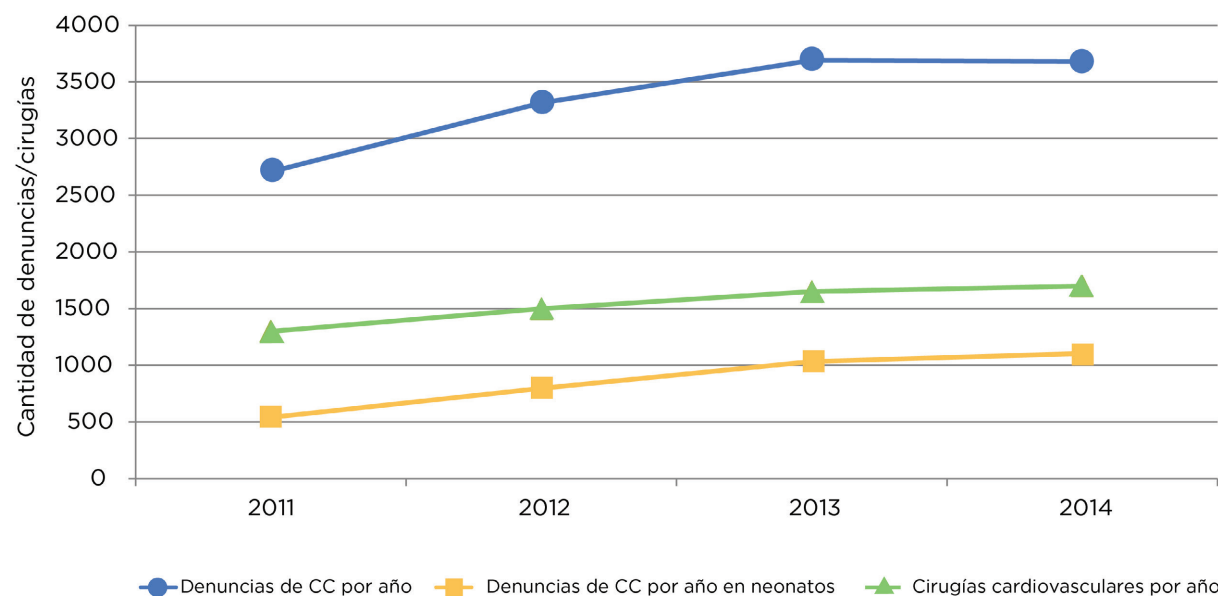
3.10 Cardiopatías congénitas

La Secretaria de Gobierno de Salud de la Nación (ex Ministerio de Salud) financia desde el año 2010, a través del Programa SUMAR, todas las intervenciones (quirúrgicas o hemodinámicas), estudios diagnósticos y traslados de niños y adolescentes hasta 19 años con malformaciones cardíacas congénitas que no cuentan con obra social, en el marco del Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas.

A partir de la incorporación del modelo de gestión del Programa SUMAR en el Programa Nacional se generó una optimización del circuito operativo de una red federal de atención que dio como resultado un aumento en la sensibilidad en el diagnóstico de las cardiopatías congénitas a edades tempranas, como también en la cantidad de cirugías realizadas y la consecuente disminución en la lista de espera.

Para el año 2014, las denuncias por cardiopatías congénitas se incrementaron un 36% y las cirugías realizadas un 31% con respecto al año 2011. Asimismo, durante el período 2012-2017 se realizaron 24.567 denuncias (58% de ellas en menores de 1 año) y 9887 intervenciones, con una mortalidad pre y posquirúrgica de aproximadamente 4,8% (Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas, comunicación personal).

Gráfico 36. Evolución de la cantidad de denuncias de cardiopatías congénitas y de las cirugías cardiovasculares realizadas. Argentina, 2011 a 2014



Fuente

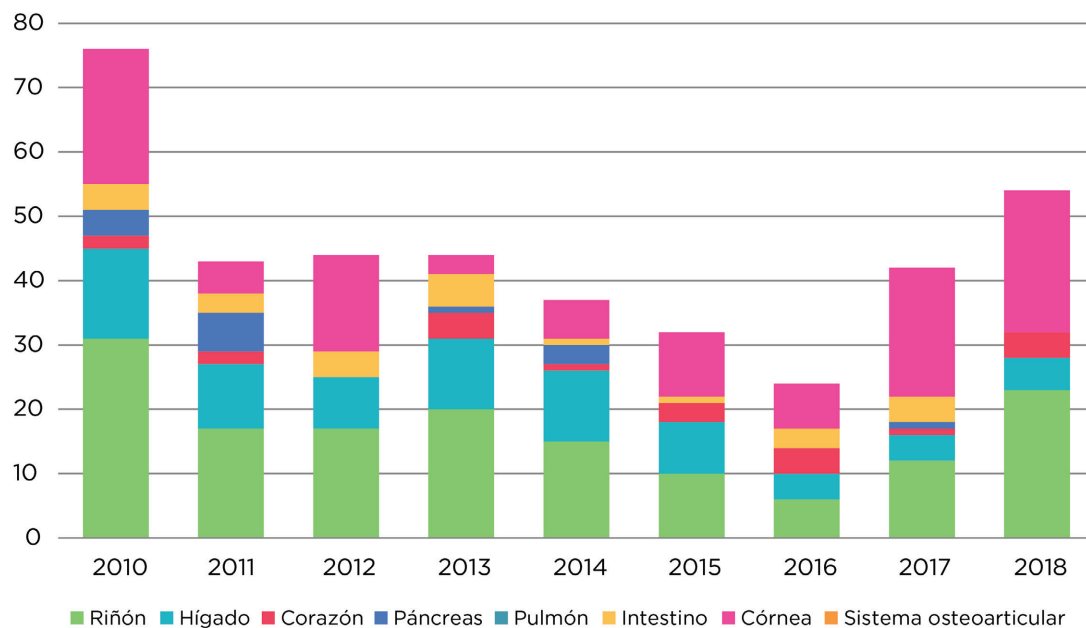
Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Villa, A., Olivetti, E. y H. Capelli (2015): "Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas: diseño, implementación y resultados a mediano plazo", en *Rev. Argent Salud Pública*, sept. 6(24):39-42.

CC: cardiopatías congénitas

3.11 Procuración e implante de órganos y tejidos

Desde el año 2010 se realizaron anualmente más de 300 trasplantes de órgano en menores de 19 años, siendo el trasplante renal el más frecuente. En los años 2012 y 2018 esta cifra superó los 400 trasplantes. Cabe destacar que en el año 2018 se sancionó la Ley N° 24.447 de trasplante de órganos, tejidos y células (“Ley Justina”).

Gráfico 37. Cantidad de procuración e implante de órganos y tejidos en menores de 10 años. Argentina, 2010 a 2018



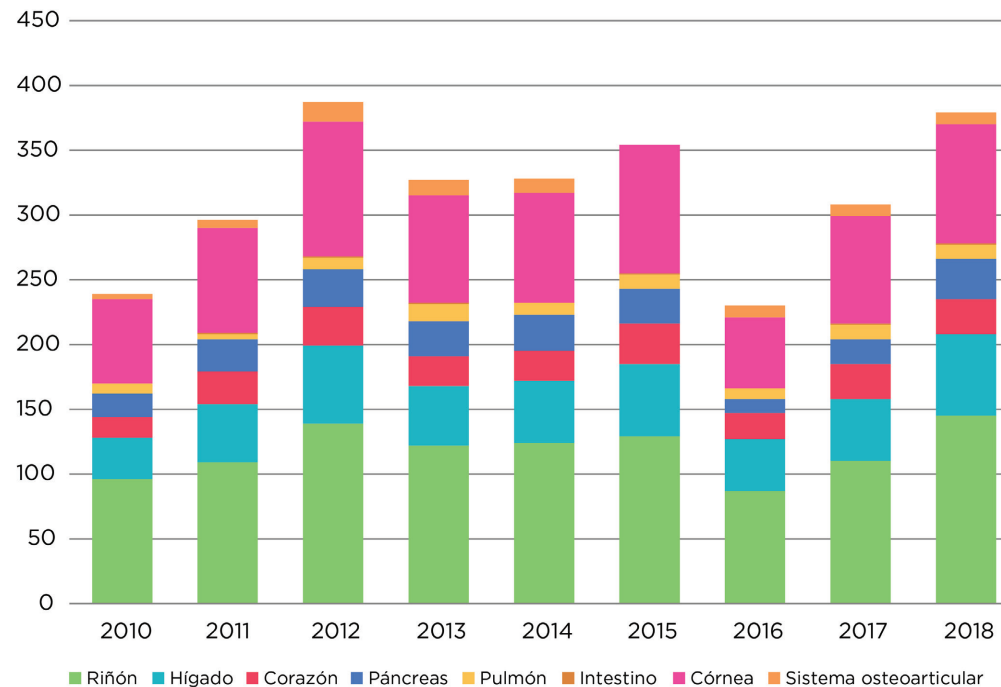
Fuente

Central de Reportes y Estadísticas del CRESI (Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina). INCUCAI. Año 2019.

• • •
En el año 2018 se realizaron 433 trasplantes, de los cuales casi el 40% fue de riñón.

• • •

Gráfico 38. Cantidad de procuración e implante de órganos y tejidos en niños, niñas y adolescentes de 10 a 19 años. Argentina, 2010 a 2018



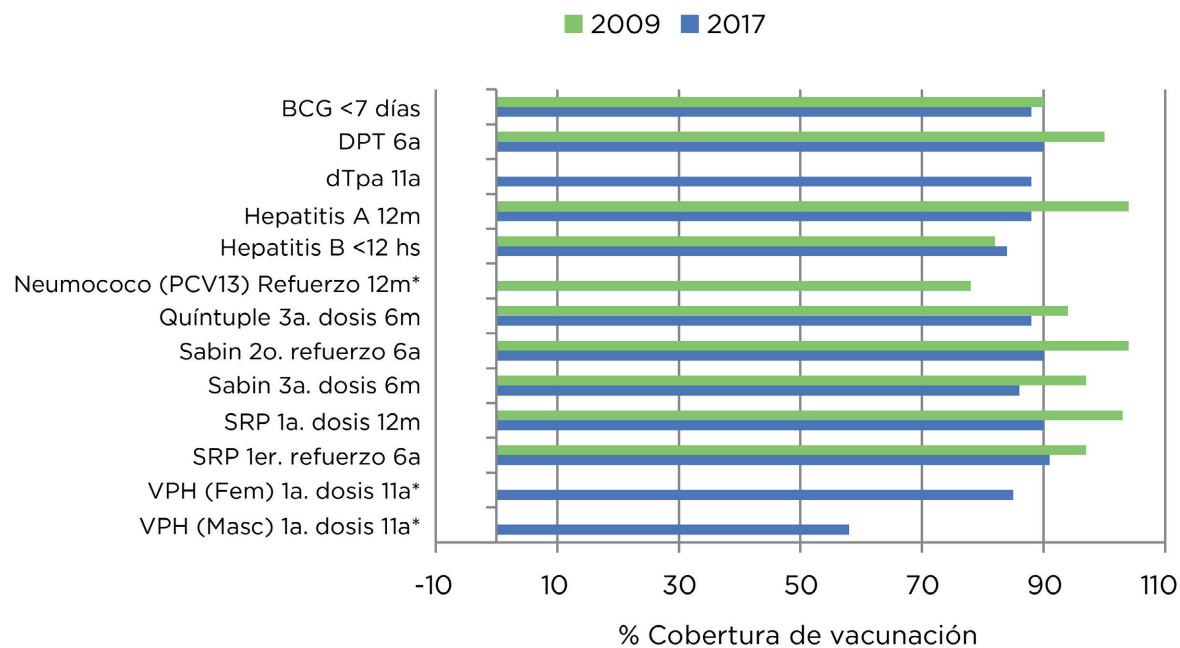
Fuente

Central de Reportes y Estadísticas del CRESI (Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina). INCUCAI. Año 2019.

3.12 Cobertura de vacunación

El Calendario Nacional de Vacunación cuenta con 18 vacunas para toda la población, que deben aplicarse entre las primeras horas de vida y la adultez, y dos más exclusivas para las personas que viven en zonas de riesgo (fiebre amarilla y fiebre hemorrágica argentina). En todos los casos, el Estado nacional las otorga en forma gratuita en centros de salud y hospitales públicos.

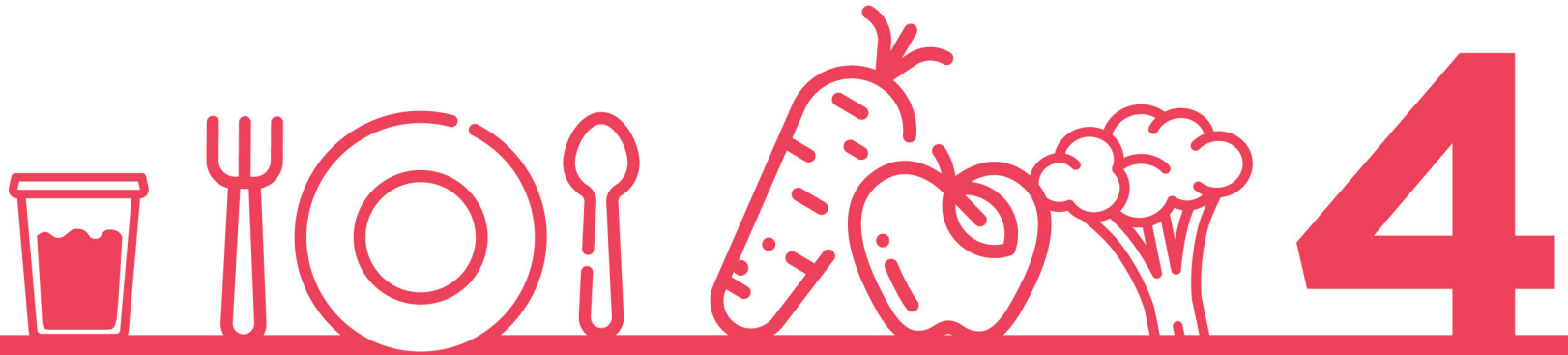
Gráfico 39. Comparativo de coberturas de vacunación. Argentina, 2009 y 2017



*No estaban incluidas en el Calendario Nacional de Vacunación del año 2009.

Fuente

Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud y Desarrollo Social.



... **Situación
nutricional**





4

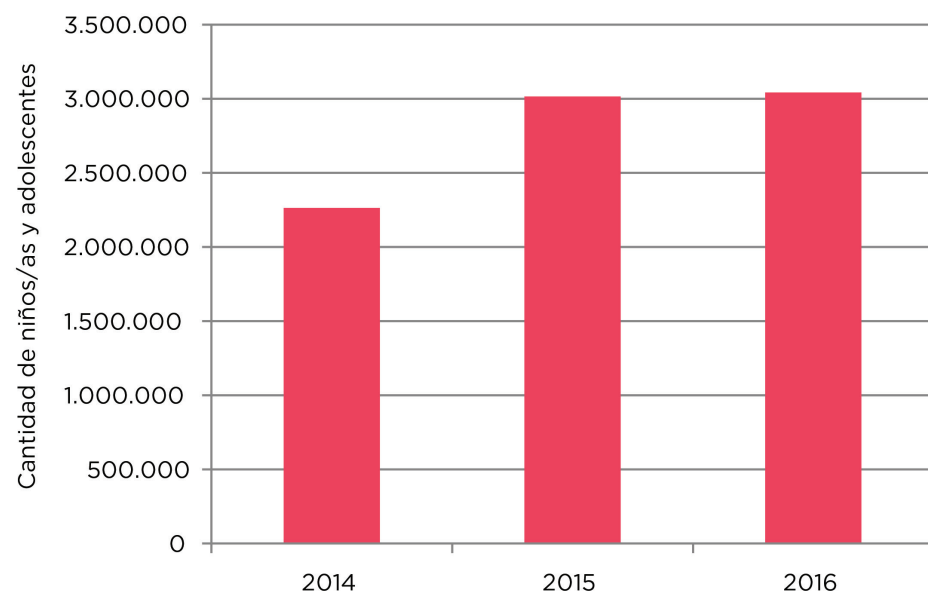
Situación nutricional

El objetivo 2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas propone “poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición, y promover la agricultura sostenible” e incluye entre sus metas para el año 2030 “erradicar el hambre” y “asegurar el acceso de todas las personas [...] a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año” (meta 2.1) así como “poner fin a todas las formas de malnutrición” (meta 2.2).

Para evaluar la situación nutricional de niños, niñas y adolescentes en nuestro país resulta muy relevante la información antropométrica (peso y talla) proveniente de los registros administrativos del Programa SUMAR que, si bien no es una muestra probabilística de la población total, aporta información sobre la población de 0 a 19 años socialmente vulnerable, que se atiende en el subsector público, es beneficiaria del Programa, cumple con controles de salud y es muy significativa por su magnitud.

El análisis de esta información fue realizado en la Secretaría de Gobierno de Salud con el apoyo de UNICEF a partir de los datos correspondientes a los años 2014, 2015 y 2016 provenientes de 2.263.346, 3.015.466 y 3.041.808 niños, niñas y adolescentes, respectivamente.

Gráfico 40. Evolución en la cantidad de niños, niñas y adolescentes beneficiarios del Programa SUMAR evaluados. Argentina, 2014 a 2016



Fuente

Ministerio de Salud y Desarrollo Social - UNICEF (2018): *Sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes según datos del Primer Nivel de Atención en Argentina.*

• • •

Entre 2014 y 2015, los niños, niñas y adolescentes eutróficos representaban menos de dos tercios de la población evaluada, descendiendo en 2016 a solo 6 de cada 10. Los malnutridos por carencia disminuyeron un 20% durante ese lapso, en tanto que los malnutridos por exceso aumentaron casi un 15%.

• • •

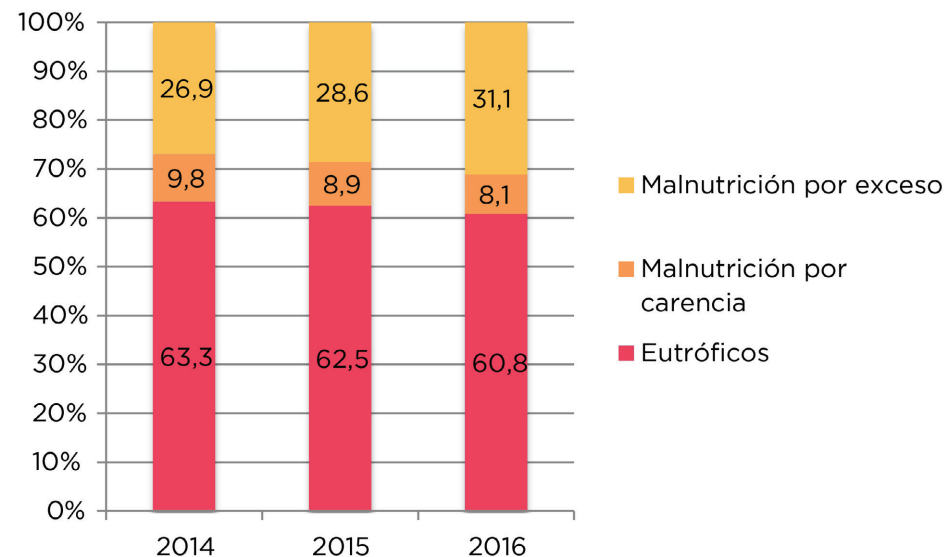
Fuente

Ministerio de Salud y Desarrollo Social - UNICEF (2018): *Sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes según datos del Primer Nivel de Atención en Argentina.*

4.1 Análisis nutricional

En una primera aproximación, la malnutrición puede clasificarse en dos grandes categorías: i) **por carencia**, que incluye la emaciación, el bajo peso y la baja talla; y ii) **por exceso**, que incluye el sobrepeso y la obesidad.

Gráfico 41. Distribución porcentual del estado nutricional de niños, niñas y adolescentes beneficiarios del Programa SUMAR evaluados. Argentina, 2014 a 2016

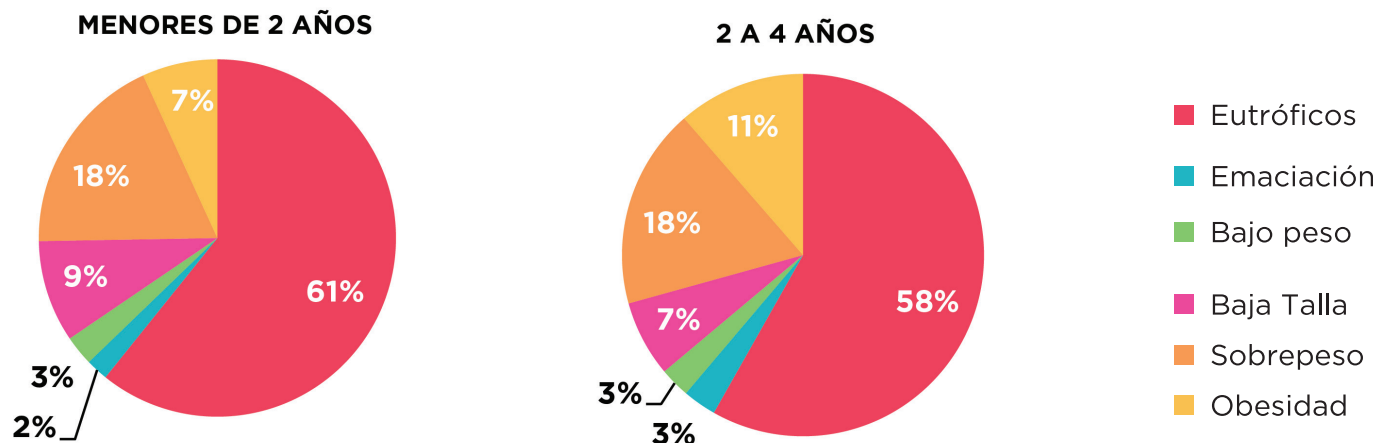


Durante el año 2016, se advierte que, a mayor edad, el porcentaje de niños y niñas eutróficos es menor: de 61% en menores de 2 años disminuye a 56% en niños, niñas y adolescentes de 10 a 19 años.

La prevalencia de la malnutrición por exceso se incrementa de 25% en menores de 2 años a 37% en el grupo de 10 a 19 años.

Dentro del grupo de malnutrición por carencia, la categoría “baja talla” es 3 veces superior en los lactantes y niños menores de 2 años comparado con los niños, niñas y adolescentes de 10 a 19 años.

Gráfico 42. Distribución porcentual del estado nutricional de niños, niñas y adolescentes beneficiarios del Programa SUMAR evaluados según grupos de edad. Argentina, 2014 a 2016



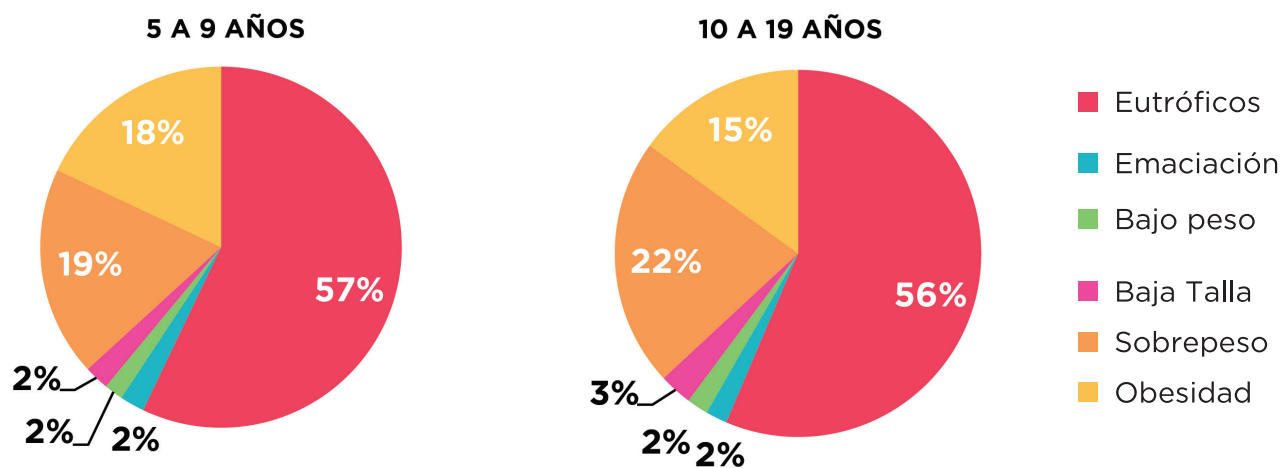
Este análisis se realizó en base a datos antropométricos recogidos durante los años 2014 a 2016; sin embargo, no podemos dejar de mencionar la variación del Índice de Precios al Consumidor que, de junio de 2018 a junio de 2019, mostró un incremento de 55,8% y en el rubro “Alimentos y bebidas no alcohólicas”, de 60,8% (INDEC, Dirección de Precios de Consumo). Consideramos que estos datos comprometen el acceso a la alimentación de las familias socialmente más vulnerables y cuyo impacto en el estado nutricional de niños, niñas y adolescentes no tenemos aún evidencia.

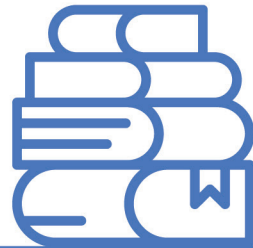


Fuente

Ministerio de Salud y Desarrollo Social - UNICEF (2018): *Sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes según datos del Primer Nivel de Atención en Argentina.*

Gráfico 42 (continuación). Distribución porcentual del estado nutricional de niños, niñas y adolescentes beneficiarios del Programa SUMAR evaluados según grupos de edad. Argentina, 2014 a 2016.





5



... Educación





5

Educación

La enorme dimensión del sistema educativo le da a “la escuela” una visibilidad y una trascendencia en la cotidianidad de las familias de nuestro país tal vez solo comparables con los asuntos relativos al sistema de salud.

En paralelo, la escolarización incide sustantivamente en la construcción individual y social de niños, niñas y adolescentes porque muchas veces implica, en una historia particular, una puerta de acceso a sectores seleccionados de la cultura; y en otras, sus “sentencias”, tanto de éxito como de fracaso, inciden en la trayectoria subjetiva y encauzan de modo particular el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes (Terigi, 2009).¹

El sistema educativo nacional se estructura en **4 niveles de enseñanza** (Inicial, Primario, Secundario y Superior).

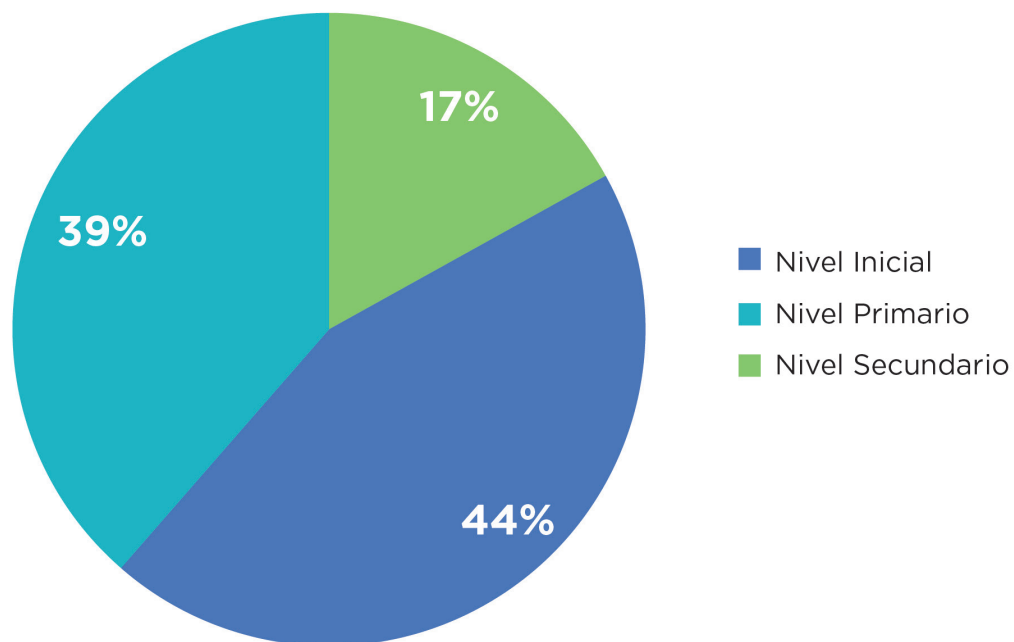
En el año 2015, **1.733.374 niños y niñas** eran alumnos de **Nivel Inicial**, el 6% de los cuales (101.009) asistía al ciclo maternal (educación común).

El **Nivel Primario** es el más voluminoso de todo el sistema ya que, con **4.550.365 alumnos** en el año 2015, representaba el 44% de todos los matriculados en la educación común. Esto muestra, a su vez, una virtual universalización de su cobertura en un contexto de estabilización en el volumen de población con la edad de asistir al nivel.

El **Nivel Secundario** es **obligatorio en su totalidad** desde el año 2006. En el 2015, asistieron **3.946.834 alumnos**.

1. Flavia Terigi: “Las trayectorias escolares. Del problema individual al desafío de política educativa”. Presentado en el Seminario Internacional “Dimensiones para el diseño de políticas de inclusión educativa”. Buenos Aires, marzo de 2009.

Gráfico 43. Distribución porcentual de alumnos del Nivel Inicial, Primario y Secundario. Argentina, 2015



Fuente

Ministerio de Educación y Deportes de la Nación. Dirección Nacional de Información y Estadística Educativa. Principales cifras del Sistema Educativo Nacional. Año 2017.

• • •

En la Argentina, la escolarización de niños de 5 años está cerca de considerarse universal, registrándose la menor tasa en Santa Fe (94,7%). Por el contrario, en la escolarización de niños de 3 años se observó un fenómeno muy diferente, ya que la tasa de CABA (69,6%) supera más de 11 veces a la de Mendoza (6,1).

• • •

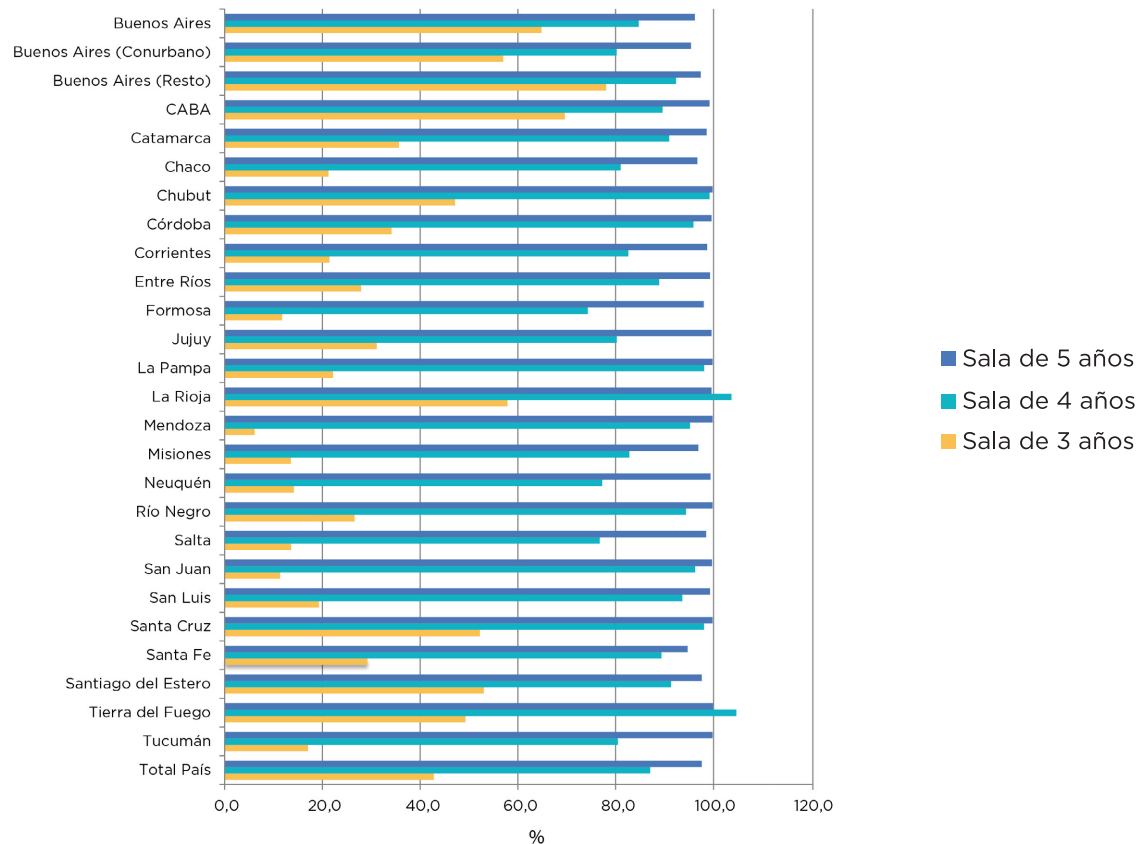
Fuente

Ministerio de Educación. Secretaría de Innovación y Calidad Educativa. Dirección de Información y Estadística Educativa. Red Federal de Información Educativa.

5.1. Nivel Inicial

Desde fines del 2014, el **Nivel Inicial** es **obligatorio** en el país para las salas de **4 y 5 años** de edad.

Gráfico 44. Porcentaje de cobertura en salas de 3, 4 y 5 años del Nivel Inicial. Total del país y jurisdicciones. Argentina, 2017



5.2 Nivel Primario y Nivel Secundario

Es necesario mencionar la evidencia nacional e internacional que coincide en señalar los efectos negativos de la repitencia (sobre la autoestima, al vivenciarse el evento como castigo y estigmatización, y sobre el rendimiento de los alumnos, que es peor a largo plazo). Por eso, progresivamente, los sistemas educativos del mundo, y junto a ellos algunas **jurisdicciones de nuestro país**, van adoptando la **promoción pedagógica o promoción social**, mediante la cual el alumno “pasa” de grado o año independientemente de sus logros académicos. Esta forma de promoción incluye la promoción automática o directa, si el pasaje es mecánico, y la promoción asistida o acompañada, si el alumno avanza con algún tipo de apoyo.

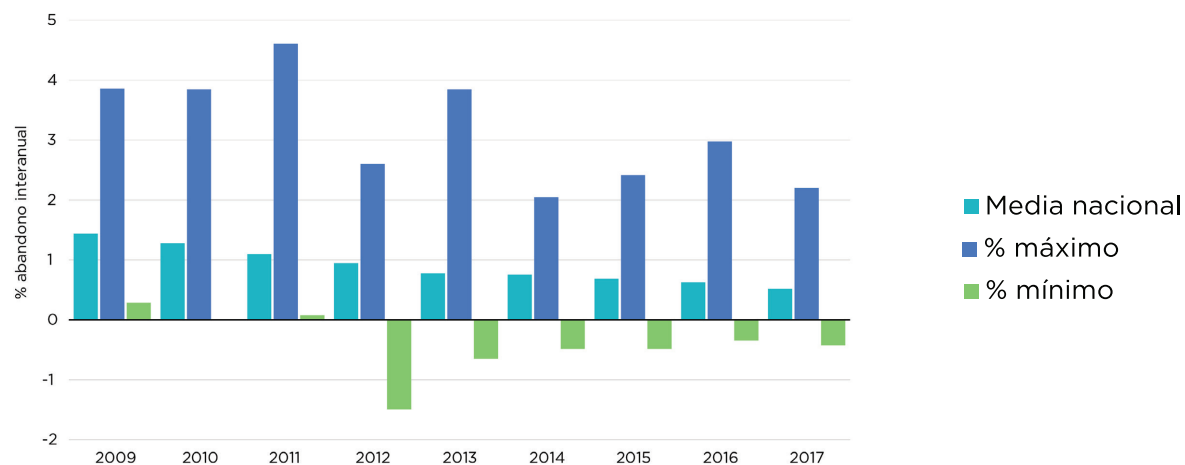
Esta realidad resulta en una heterogeneidad manifiesta a la hora de interpretar los indicadores clásicos de eficiencia educativa tales como repitencia, promoción efectiva y sobreedad. A los fines de este trabajo, se decidió limitarse a los indicadores de **abandono en los niveles primario y secundario** como una forma de introducirse en la vasta temática de la inclusión educativa, instando a los trabajadores de salud a hacer foco en su contracara: la exclusión.

• • •

Entre 2009 y 2017, en el promedio del país, el abandono interanual en el Nivel Primario descendió de 1,44 a 0,52%. Sin embargo, las provincias de la región norte triplicaron esta tasa.

• • •

Gráfico 45. Porcentaje de abandono interanual* en el Nivel Primario. Media nacional y jurisdicciones con mayor y menor porcentaje. Argentina, 2009 a 2017



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Media nacional (%)	1,44	1,28	1,1	0,95	0,78	0,76	0,69	0,63	0,52
Máximo (%)	3,86	3,85	4,61	2,6	3,85	2,05	2,42	2,98	2,2
Jurisdicción máx.	Corrientes	Sgo. del Estero	Corrientes	Formosa	Corrientes	Corrientes	Catamarca	Formosa	San Luis
Mínimo (%)	0,29	0	0,08	-1,49	-0,65	-0,48	-0,48	-0,34	-0,42
Jurisdicción mín.	Santa Cruz	Chubut	La Pampa	Tierra del Fuego	Tierra del Fuego	Chubut	Tierra del Fuego	San Luis	Río Negro

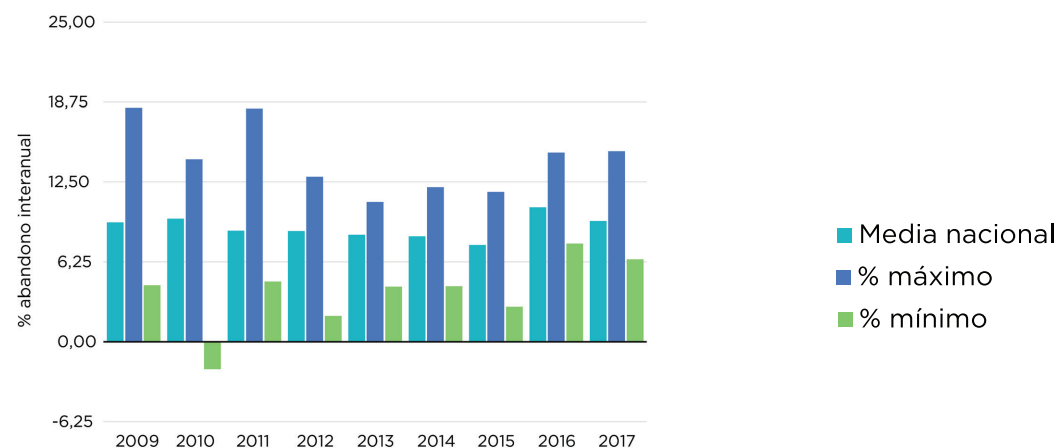
*Abandono interanual: porcentaje de alumnos que no se matriculan al año lectivo siguiente.

Nota: los indicadores de proceso contienen límites metodológicos que en universos pequeños pueden presentar un sesgo en su elaboración, como por ejemplo los resultantes de migraciones de población entre zonas urbanas y rurales, y entre distintas unidades territoriales, o la transferencia de matrícula entre los distintos sectores de gestión. Esto puede provocar valores incongruentes. Es posible que esas migraciones originen, en las unidades territoriales, receptores de estas, valores de promoción efectiva muy elevados inclusive superior al 100%, provocando tasas de abandono con valores negativos.

Fuente

Ministerio de Educación. Secretaría de Innovación y Calidad Educativa. Dirección Nacional de Planeamiento de Políticas Educativas. Dirección de Información y Estadística Educativa. Red Federal de Información Educativa.

Gráfico 46. Porcentaje de abandono interanual en el Ciclo Secundario Básico. Media nacional y jurisdicciones con mayor y menor porcentaje. Argentina, 2009 a 2017



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Media nacional (%)	9,34	9,64	8,69	8,66	8,37	8,24	7,56	10,53*	9,45
Máximo (%)	18,30	14,28	18,25	12,9	10,95	12,09	11,71	14,79*	14,89
Jurisdicción máx.	Corrientes	Chaco	Formosa	Sgo. del Estero	San Juan	San Juan	San Juan	Misiones	Misiones
Mínimo (%)	4,42	-2,13	4,71	2,03	4,32	4,35	2,75	7,67*	6,46
Jurisdicción mín.	CABA	Sta. Cruz	CABA	Catamarca	CABA	CABA	La Rioja	La Pampa	Tierra del Fuego

*Abandono interanual: porcentaje de alumnos que no se matriculan al año lectivo siguiente.

Nota: los indicadores de proceso contienen límites metodológicos que en universos pequeños pueden presentar un sesgo en su elaboración, como por ejemplo los resultantes de migraciones de población entre zonas urbanas y rurales, y entre distintas unidades territoriales, o la transferencia de matrícula entre los distintos sectores de gestión. Esto puede provocar valores incongruentes. Es posible que esas migraciones originen, en las unidades territoriales, receptores de estas, valores de promoción efectiva muy elevados inclusive superior al 100%, provocando tasas de abandono con valores negativos.



El abandono interanual en el Ciclo Secundario Básico se incrementó 9 veces respecto del primario y se mantuvo prácticamente constante entre 2009 y 2017 (9,34 y 9,45%, respectivamente). Una vez más las provincias del norte están por encima del promedio nacional, pero no llegaron a duplicar sus tasas (por ejemplo, 18,30% en Corrientes en 2009).



Fuente

Ministerio de Educación. Secretaría de Innovación y Calidad Educativa. Dirección Nacional de Planeamiento de Políticas Educativas. Dirección de Información y Estadística Educativa. Red Federal de Información Educativa.

• • •

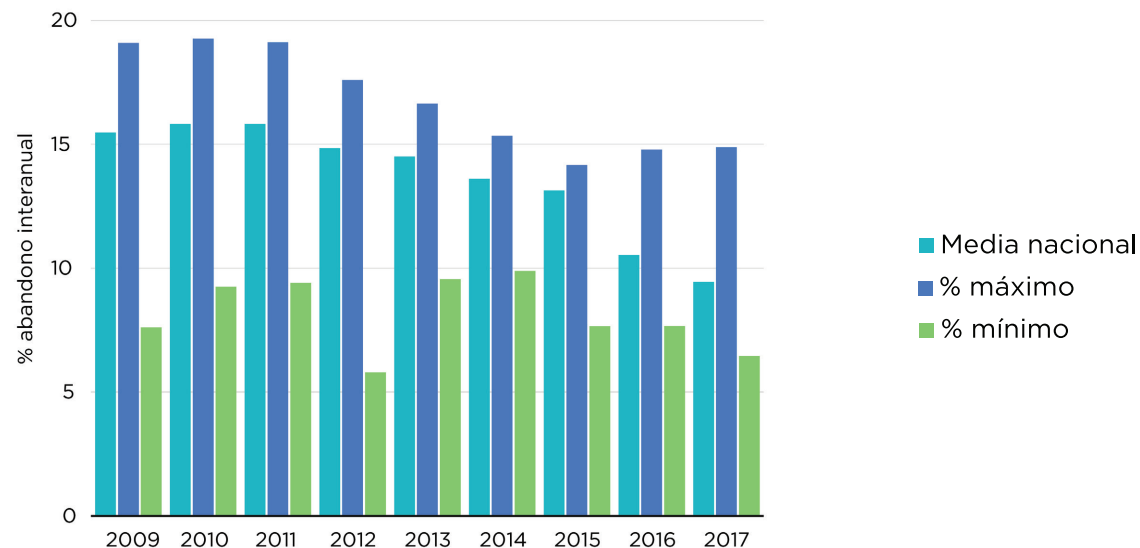
La tasa de abandono interanual durante el Ciclo Secundario Orientado es cercana a un 70% superior respecto del Ciclo Secundario Básico entre 2009 y 2015 (períodos en que se consignan en forma separada los ciclos básico y orientado). Las tasas más altas se distribuyen más homogéneamente en las regiones del país.

• • •

Fuente

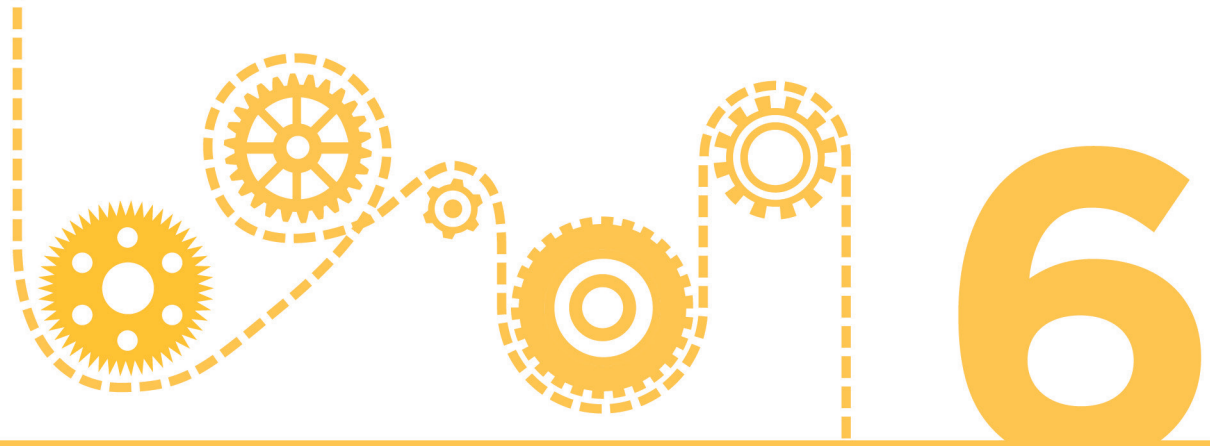
Ministerio de Educación. Secretaría de Innovación y Calidad Educativa. Dirección Nacional de Planeamiento de Políticas Educativas. Dirección de Información y Estadística Educativa. Red Federal de Información Educativa.

Gráfico 47. Porcentaje de abandono interanual* en el Ciclo Secundario Orientado. Media nacional y jurisdicciones con mayor y menor porcentaje. Argentina, 2009 a 2017



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Media nacional (%)	15,48	15,83	15,83	14,85	14,51	13,61	13,14	10,53	9,45
Máximo (%)	19,09	19,26	19,12	17,59	16,65	15,34	14,17	14,79	14,89
Jurisdicción máx.	Mendoza	Chubut	Buenos Aires	Buenos Aires	Buenos Aires	Chubut	Buenos Aires	Misiones	Misiones
Mínimo (%)	7,61	9,25	9,41	5,79	9,56	9,89	7,66	7,67	6,46
Jurisdicción mín.	La Rioja	La Rioja	Sgo. del Estero	La Rioja	San Luis	Corrientes	La Rioja	La Pampa	Tierra del Fuego

*Abandono interanual: porcentaje de alumnos que no se matriculan al año lectivo siguiente.



... Trabajo infantil y adolescente





6

Trabajo infantil y adolescente

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define al trabajo infantil como “toda actividad económica y/o estrategia de supervivencia, remunerada o no, realizada por niños/as, por debajo de la edad mínima de admisión al empleo, que no han finalizado la escolaridad obligatoria o que no han cumplido los 18 años si se trata de trabajo peligroso”.

El trabajo infantil en nuestro país es ilegal. La normativa nacional (Ley 26.390) prohíbe el trabajo de los niños y las niñas por debajo de los 16 años, y protege el trabajo adolescente entre los 16 y 18 años.

En la Argentina, los niños y las niñas realizan diversas tareas, según la región geográfica y las condiciones de la población en la que se encuentran. En cualquiera de estas modalidades, los niños y las niñas que trabajan están expuestos, de manera directa o indirecta, a mayor riesgo de sufrir enfermedades, lesiones y abuso.

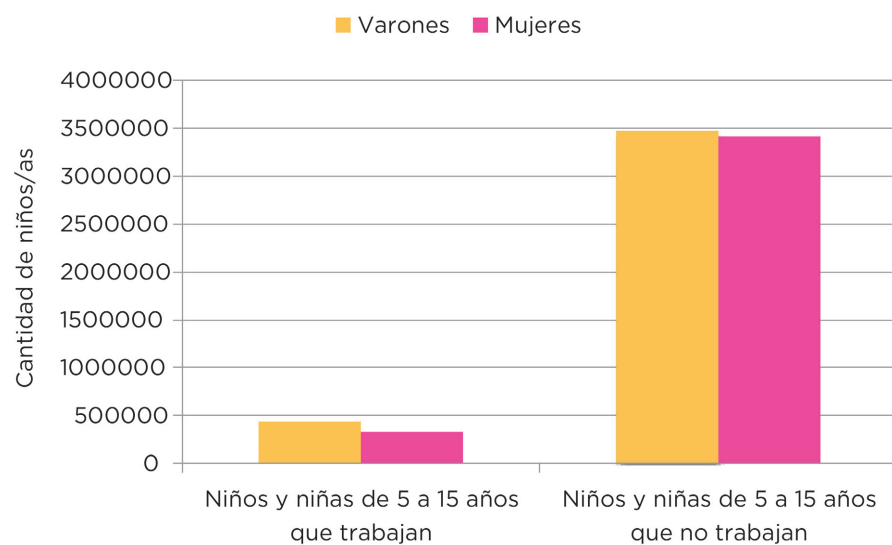
Los datos de este apartado provienen de la Encuesta de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes 2016-2017 (EANNA) realizada conjuntamente por el Ministerio de Producción y Trabajo y el INDEC. La EANNA es la segunda encuesta de este tipo hecha en el país (con su antecedente en el año 2004) y la primera cuya cobertura muestral abarca el total nacional urbano y rural.

La medición del trabajo infantil es compleja porque algunas actividades que lo requieren no son entendidas como trabajo ni por los niños y las niñas que las realizan ni por su entorno social, y se hallan naturalizadas. A su vez, en otros ámbitos, las actividades laborales desarrolladas por ellos quedan ocultas a la medición por estar penadas legal y socialmente. Atendiendo a esta complejidad, sobre la base de la experiencia de la EANNA 2004, se retomó el diseño conceptual y metodológico con estrategias de indagación especiales, en las que **los encuestados son los propios niños y niñas.**

6.1 Niños y niñas de 5 a 15 años

Según datos registrados entre el 2016 y 2017, de los 7.648.413 niños y niñas de 5 a 15 años que hay en el país, **763.544** realizan al menos una actividad productiva: 435.578 son niños y 327.965 son niñas.

Gráfico 48. Participación en actividades productivas de niños y niñas de 5 a 15 años según sexo. Argentina, 2016 y 2017



En la Argentina, la encuesta EANNA registró que entre los años 2016 y 2017 trabajaron 763.544 niños y niñas de entre 5 a 15 años.



Fuente

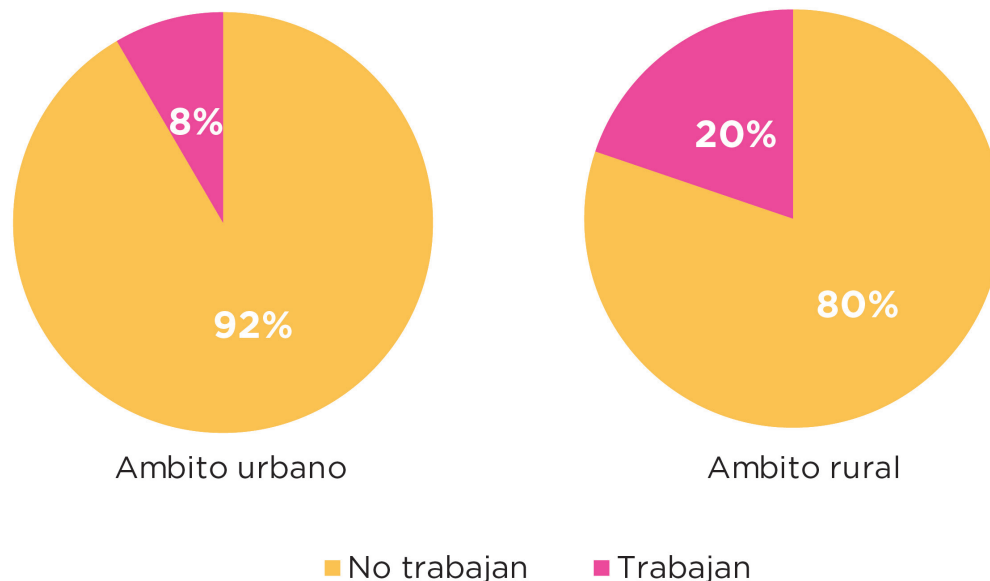
Encuesta de Actividades de Niñas, Niños y Adolescentes (EANNA). INDEC - Ministerio de Producción y Trabajo. Año 2018.



En la Argentina, la encuesta EANNA registró que entre 2016 y 2017, 1 de cada 5 niños de entre 5 a 15 años que viven en el ámbito rural trabajó.



Gráfico 49. Participación en actividades productivas de niños y niñas de 5 a 15 años según ámbito urbano o rural. Argentina, 2016 y 2017

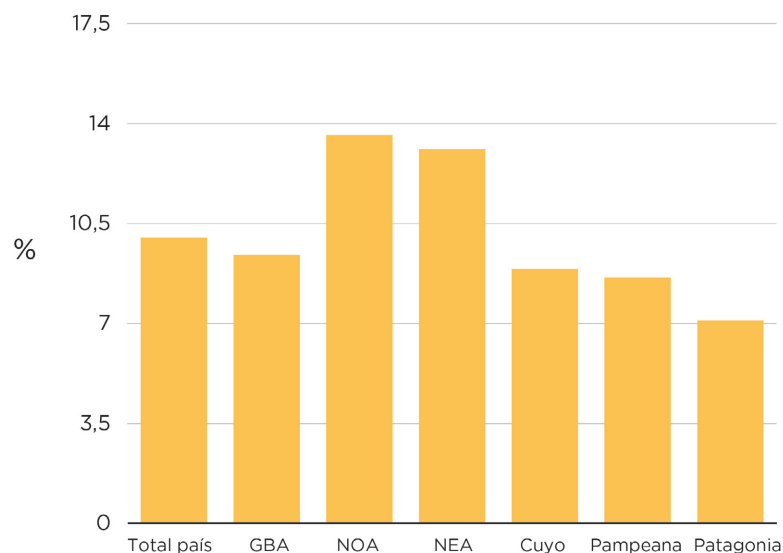


Fuente

Encuesta de Actividades de Niñas, Niños y Adolescentes (EANNA). INDEC - Ministerio de Producción y Trabajo. Año 2018.

Según los datos, de los 6.604.464 niños y niñas encuestados que viven en el ámbito urbano, 556.909 realizan alguna actividad productiva. De los 1.043.949 niños y niñas de 5 a 15 años encuestados que viven en el ámbito rural, 206.635 realizan alguna actividad productiva.

Gráfico 50. Porcentaje de participación en actividades productivas de niños y niñas de 5 a 15 años. Total país y regiones argentinas, 2016 y 2017



Al analizar regionalmente el fenómeno de niños y niñas de 5 a 15 años que trabajan, vemos que el NOA y el NEA mostraron porcentajes mayores o iguales al 15%, muy superiores al promedio nacional (11%). Por el contrario, en GBA, Región Pampeana y Cuyo, las tasas oscilaron entre 9,4 y 10,3 %; y en Patagonia se observaron tasas menores al 8%.



El NOA y el NEA registraron tasas de trabajo infantil de más del 10%.



Fuente

Encuesta de Actividades de Niñas, Niños y Adolescentes (EANNA). INDEC - Ministerio de Producción y Trabajo. Año 2018.

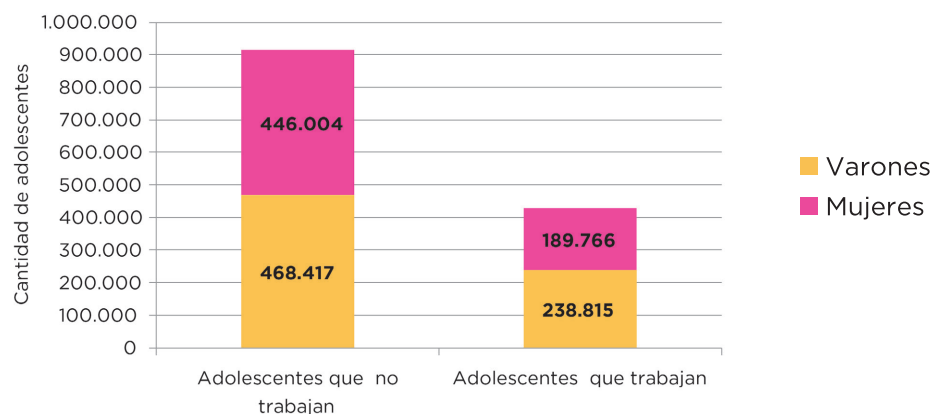
• • •
**En nuestro país,
trabaja alrededor
de 1 de cada 3
adolescentes de
16 y 17 años.**
• • •

6.2 Adolescentes de 16 y 17 años

La realización de actividades productivas se incrementa entre los adolescentes de 16 y 17 años: el 31,9% del total del país realiza al menos una.

Los y las adolescentes pueden trabajar solo con autorización de sus padres o tutores, salvo que no vivan con ellos. En trabajos urbanos, no pueden hacerlo por más de 6 horas diarias o 36 horas semanales; y en trabajos agrarios, por más de 32 horas a la semana. No pueden realizar horas extras, trabajo nocturno ni trabajos peligrosos, penosos o insalubres.

Gráfico 51. Participación en actividades productivas de adolescentes de 16 y 17 años según sexo. Argentina, 2016 y 2017



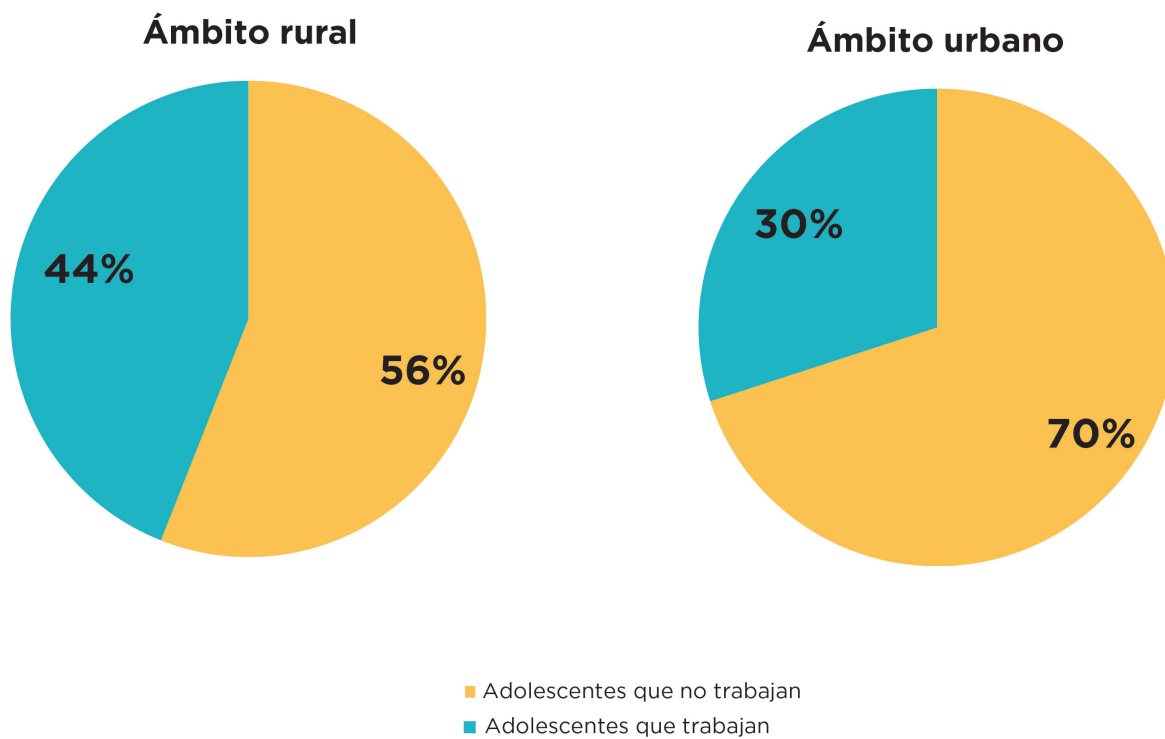
De un total de 1.343.003 adolescentes de 16 y 17 años, 428.581 trabajaban al momento de la encuesta: 238.815 varones y 189.766 mujeres.

La participación en actividades productivas es diferente según el sexo: los varones realizan más actividades mercantiles y de autoconsumo, mientras que las niñas y las adolescentes llevan más adelante actividades domésticas intensivas, lo que refleja pautas culturales de división sexual del trabajo que actúan replegándolas a ese ámbito en todas las regiones del país.

Fuente

Encuesta de Actividades de Niñas, Niños y Adolescentes (EANNA). INDEC - Ministerio de Producción y Trabajo. Año 2018.

Gráfico 52. Participación en actividades productivas de adolescentes de 16 y 17 años según ámbito urbano o rural. Argentina, 2016 y 2017



• • •

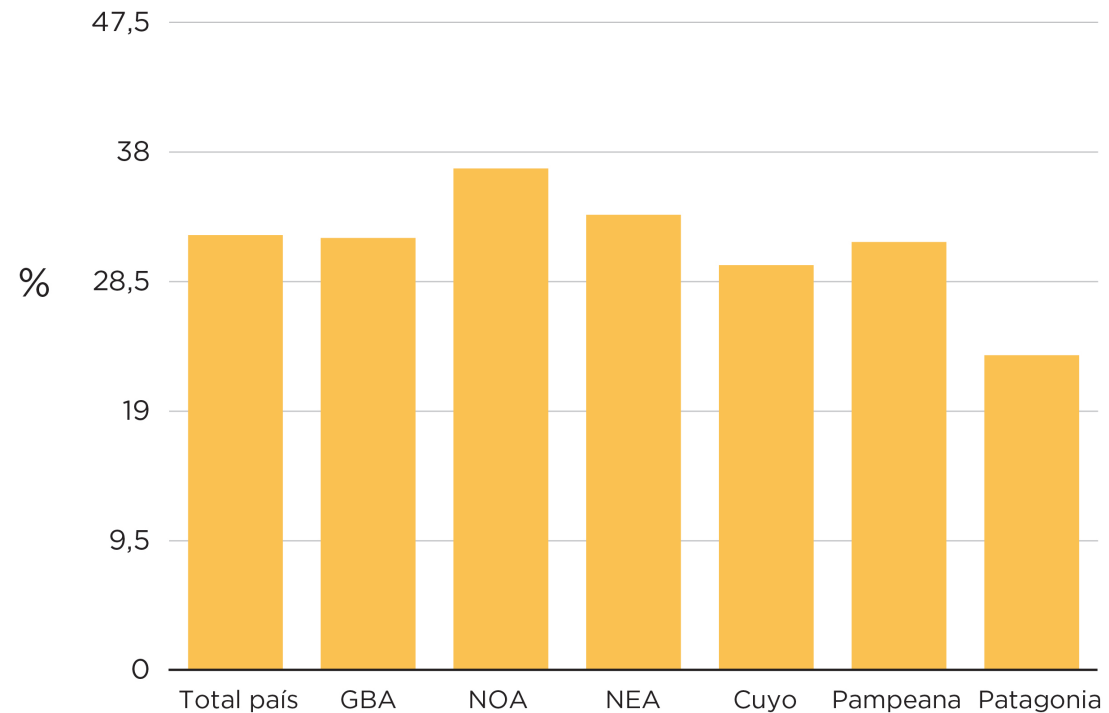
En el ámbito urbano, trabajan 3 de cada 10 adolescentes. En el ámbito rural, más de 4 de cada 10.

• • •

Fuente

Encuesta de Actividades de Niñas, Niños y Adolescentes (EANNA). INDEC - Ministerio de Producción y Trabajo. Año 2018.

Gráfico 53. Porcentaje de participación en actividades productivas de adolescentes de 16 y 17 años. Total país y regiones argentinas, 2016 y 2017



Fuente

Encuesta de Actividades de Niñas, Niños y Adolescentes (EANNA). INDEC - Ministerio de Producción y Trabajo. Año 2018.

Las diferencias entre regiones geográficas en la incidencia del trabajo adolescente fueron menores comparadas con las registradas para el trabajo infantil. No obstante, Patagonia mostró la tasa más baja, mientras que el NOA y el NEA presentaron más altas. GBA, Cuyo y la Región Pampeana mostraron valores similares al nivel general.

Conclusiones

El pediatra de hoy convive con cambios demográficos, sociales, culturales, migratorios y tecnológicos en la población que asiste. Todo esto condiciona las prioridades en la atención materno-infanto-juvenil, y determina su morbilidad y mortalidad.

Del análisis de los indicadores de salud materno-infanto-juveniles del año 2017 de la Argentina surgen las siguientes reflexiones:

El país se encuentra en una fase avanzada de transición demográfica; la población infanto-juvenil representa un tercio de la población y nacieron 16 niños cada 1000 habitantes.

En el 2015, la mortalidad infantil alcanzó la tasa de un dígito. Sin embargo, el riesgo de morir de los menores de un año en las distintas jurisdicciones refleja una inequidad preocupante, que suma indicadores como maternidad adolescente y porcentaje de recién nacidos de bajo peso.

La mitad de las muertes en el primer año de vida fueron por afecciones originadas en el período perinatal. A partir del año de edad, la principal causa de muerte es por causas externas. Una de cada 7 muertes maternas se asoció a un embarazo terminado en aborto.

Las enfermedades infecciosas continúan siendo una causa importante de morbilidad en la población de niños, niñas y jóvenes de la Argentina.

Nuestro país está lejos de alcanzar la tasa objetivo de sífilis congénita, motivo por el cual consideramos la necesidad de fortalecer las políticas públicas destinadas a educación sexual y prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Los cambios climáticos, los viajes internacionales y las condiciones de vida continúan exponiéndonos a enfermedades transmitidas por mosquitos y sus consecuencias para la salud, como fue el brote de dengue del 2016.

Desde la introducción de vacunas como la vacuna contra el rotavirus en el 2015 descendió drásticamente la tasa de notificación de diarreas por dicho germen. A su vez, la estrategia de vacunación en las

embarazadas en el año 2012 con la vacuna triple bacteriana acelular a partir de la vigésima semana de gestación redujo sostenidamente la tasa de letalidad de coqueluche en todo el territorio nacional.

Pese a que el país cuenta con uno de los calendarios de vacunación más completos de la región, las coberturas están lejos de alcanzar el 95% deseado. Por lo tanto, se considera necesario que el Estado nacional garantice el acceso a la totalidad de las vacunas del Calendario Nacional de Vacunación para preservar su impacto sanitario, asegurar la sostenibilidad de los logros en el tiempo y su consolidación.

En el 2017, 361 niños menores de 15 años padecieron Síndrome Urémico Hemolítico, patología endémica en el país y causa de insuficiencia renal crónica.

Conocer la distribución porcentual de los cánceres pediátricos, el número de intervenciones de cardiopatías congénitas y la cantidad de procuraciones e implantes de órganos y los respectivos programas a cargo dimensiona el peso de las patologías crónicas en la infancia.

Para el año 2016, el 39,2% de los niños, niñas y adolescentes evaluados beneficiarios del Programa SUMAR presentaban malnutrición, ya sea por carencia o por exceso.

Mientras que el abandono interanual en el Nivel Primario descendió entre los años 2009 y 2017, el abandono del Ciclo Secundario Básico se mantuvo constante en el mismo período. Las provincias del norte se ubican por encima de la media nacional en dicho indicador.

Los pediatras deben conocer que según la encuesta EANNA, durante el período 2016-2017, 763.544 niños y niñas de entre 5 a 15 años trabajaron en la Argentina, así como también que 1 de cada 5 niños y niñas de entre 5 a 15 años que viven en el ámbito rural trabajó en dicho período.

Confiamos en que la distribución de este documento genere interés y sea incentivo de nuevos abordajes, diseño de intervenciones y/o políticas públicas que orienten a mejorar la salud materno-infanto-juvenil.

Bibliografía

Dirección de Estadísticas e Información de Salud (2017): *Estadísticas vitales. Información básica*. Serie 5. N° 61.

Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2018): *Boletín sobre VIH, sida e ITS en la Argentina*. N° 35.

Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019): *Boletín sobre tuberculosis en la Argentina*. N° 2.

INCUCAI (2019): Central de Reportes y Estadísticas del CRESI (Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina).

INDEC: *Proyecciones provinciales de población por sexo y grupo de edad. 2010-2040. Total del país*. Serie Análisis Demográfico 36.

INDEC - Ministerio de Producción y Trabajo (2018): *Encuesta de Actividades de Niñas, Niños y Adolescentes (EANNA)*.

Ministerio de Educación y Deportes de la Nación. Dirección Nacional de Información y Estadística Educativa. Principales cifras del Sistema Educativo Nacional. Año 2017.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2015): Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas. Cinco años de implementación del Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas integrado en el modelo de gestión del Programa SUMAR.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social - UNICEF (2018): *Sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes según datos del Primer Nivel de Atención en Argentina*. Buenos Aires.

Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROA) (2018): *Resultados 2006-2016*.

Rigau, Juan (2016): *Los regímenes de promoción de grado. Resistencia y promoción pedagógica en la educación primaria*. Serie Apuntes de investigación. Dirección Nacional de Información y Estadística Educativa, Ministerio de Educación y Deportes.

Terigi, Flavia (2009): *Las trayectorias escolares. Del problema individual al desafío de política educativa*. Presentado en el Seminario Internacional Dimensiones para el diseño de políticas de inclusión educativa. Buenos Aires.

Villa, A., Olivetti, E. y H. Capelli (2015): “Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas: diseño, implementación y resultados a mediano plazo”, en *Rev. Argent. Salud Pública*, sept. 6(24):39-42.



Con apoyo de



para cada niño