

# Informe del Observatorio

ACUERDO DE COOPERACIÓN SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA - UNICEF

COORDINADORA GENERAL: DRA. ÁNGELA GENTILE

COLABORADORES: DRA. MARÍA EUGENIA COBAS, DRA. STELLA MARIS GIL,  
DRA. NORA LUIS, DRA. CLAUDIA PALLADINO.

EPIDEMIÓLOGA: DRA. MARÍA DEL VALLE JUAREZ

# Contenido

---

1. Objetivos .....	6
a) Objetivo general .....	6
b) Objetivos específicos .....	6
2. Métodos .....	6
3.1 Plan operacional .....	6
3.2 Cumplimiento de Objetivos: .....	8
3.3 Metodología estadística .....	10
3.4 Indicadores seleccionados por área .....	12
1) Área Socioeconómico-ambiental .....	12
a) Hogares bajo la línea de la pobreza y Hogares bajo la línea de indigencia: .....	12
b) Población sin cobertura de obra social o sistema prepago .....	13
c) Población con acceso al agua potable .....	14
d) Población con acceso a cloacas .....	14
e) PBI destinado a salud: .....	14
2) Área Educación .....	15
a) Tasa de asistencia al sistema educativo de niños entre 6 y 11 años .....	15
b) Tasa de sobre edad en el nivel primario .....	15
c) Tasa de repitencia .....	16
d) Porcentaje de analfabetismo .....	17
e) Tasa Abandono Interanual .....	17
f) Población que asistió y completó el nivel primario .....	18
3) Área Salud .....	19
a) Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda Baja (IRAB) .....	19

b) Inmunizaciones.....	20
c) Tuberculosis .....	23
d) Chagas .....	25
e) VIH.....	27
f) Sífilis congénita.....	29
3. Resultados.....	31
4.1 Área Socioeconómico-ambiental.....	31
4.2 Área Educación.....	35
4.2 Área Salud .....	42
4. Conclusiones .....	51

## Antecedentes

---

El análisis de la situación de la niñez y la adolescencia en Argentina debe ser realizado con un agudo enfoque en el cumplimiento de los derechos enunciados en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), en los compromisos asumidos por el país a nivel internacional y en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

En los últimos años una nueva mirada en el concepto de la salud contempla la influencia de determinantes polifacéticos, lo cual claramente se refleja en su definición actual: es el “estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento para trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad” (OMS, 2000). La salud no sólo refleja la ausencia de enfermedad ni responde a dinámicas aisladas o a los aspectos biológicos de las personas, sino que es la resultante de múltiples variables como las sociales, ambientales, culturales enmarcadas en el cumplimiento efectivo de derechos sociales.

La probabilidad aumentada que un niño tiene de morir cuando su entorno socio ambiental está desprovisto de las necesidades básicas, del cuidado y atención de la salud o cuando existen fallas en la calidad de los servicios prestados, queda revelada en las últimas cifras de causas reducibles que aún superan el 60 % en nuestro país.

El impacto desigual del crecimiento económico de las últimas décadas en diversos grupos poblacionales generó nuevas formas de polarización social en los ámbitos urbanos y rurales. La realidad muestra que algunos segmentos poblacionales no tienen acceso a los servicios básicos de salud y educación, la movilidad social es escasa y el acceso a instancias de protección administrativas o jurídicas es desigual, circunstancias todas que impactan en la morbi-mortalidad infantil.

Situaciones de deserción escolar, violencia familiar, trabajo infantil y la presencia de familiares con enfermedades crónicas en núcleos de bajos recursos económicos generan un impacto negativo durante el crecimiento que impide el desarrollo del potencial integral del niño.

Este escenario conlleva a un aumento de la vulnerabilidad de la población adolescente. Dificultades para permanecer e integrarse al sistema educativo (26% a los 17 años no estudia ENH, INDEC, 2012), limitaciones en las oportunidades laborales y falta de proyección a futuro, ponen en evidencia la necesidad de respuestas holísticas innovadoras de las políticas públicas que combinen mayor calidad escolar y mejor conexión entre escuela, comunidad y mundo productivo.

En su informe anual Estado Mundial de la Infancia "Todos los niños y niñas cuentan" (EMI 2014), la agencia de la ONU para la infancia destaca la importancia de los datos estadísticos para generar acciones a favor de la infancia y exponer la inequidad en el acceso a los servicios y sistemas de protección.

Los datos estadísticos constituyen una herramienta fundamental a la hora de tomar decisiones, ya que posibilitan el cambio, ayudan a detectar las necesidades, impulsan las labores de promoción y evalúan los progresos en la prestación de servicios de inmunización, salud, agua y saneamiento.

Este informe tiene la misión de hacer visible las necesidades de la infancia y adolescencia y hacer posible la promoción de sus derechos en un marco de inclusión. La recopilación, el análisis y la difusión de los datos en forma desagregada teniendo en cuenta factores como la región geográfica, la situación económica y ambiental, el género, el origen étnico o una posible discapacidad, permitirán incluir a los niños que habían quedado excluidos.

Como parte interesada y participativa (*stakeholder*), la Sociedad Argentina de Pediatría comprometida con la salud y el bienestar de los niños y adolescentes, reconoce la necesidad de identificar y analizar, las diferentes realidades en salud, medio ambiente y educación, y las inequidades y brechas de desigualdad en todas las regiones del país. El análisis comparativo, la interrelación de diferentes indicadores, la fijación de prioridades y su difusión tienen el objetivo de sensibilizar a los sectores públicos y privado de la salud y movilizar a los decisores políticos para involucrarlos, como parte fundamental en la resolución de problemas.

Esta iniciativa se enmarca en el reciente acuerdo firmado entre UNICEF y Argentina y se ajusta a los enunciados de la Promesa Renovada para las Américas, acordando apoyar estrategias

e iniciativas para reducir la mortalidad infantil, la morbilidad y abordar las inequidades en las áreas donde más se necesite.

La Sociedad Argentina de Pediatría, en el marco de un acuerdo conjunto con UNICEF y con su apoyo financiero, publica desde hace más de una década el boletín de “Salud Materno Infante Juvenil en Cifras” que se distribuye en todo el país. Este material ha sido utilizado para discutir las realidades locales a nivel nacional en diversas actividades (talleres, jornadas y congresos) en el ámbito de la SAP.

En el año 2009 se puso en marcha con el respaldo de UNICEF, los talleres de “Salud Materno Infantil Más Allá De La Cifras” en el marco del Proyecto Estratégico de la Sociedad Argentina de Pediatría con el propósito de crear conciencia, conocer y analizar la situación de la mortalidad materno-infantil en la comunidad. Dichos talleres se realizaron en las nueve Regiones de la SAP con la asistencia de representantes de todas sus filiales con una amplia convocatoria, en la que participaron diversos actores de distintos sectores y disciplinas.

La experiencia se volcó en el Foro Plenario en el 35° CONARPE en la Ciudad de Rosario. Estas actividades involucraron la participación de más de 500 personas de todo el país. (Documento disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/SMI2012.pdf>)

El análisis reflexivo de cada taller permitió identificar distintos obstáculos y debilidades en el sistema de salud y las políticas públicas, las diferencias históricas entre el subsistema público y privado y las dificultades en la distribución del recurso humano debido a las diversas situaciones del ejercicio profesional.

La SAP tiene la fortaleza de ser una sociedad federal que congrega a la pediatría argentina a través de sus diversas actividades y documentos. La participación intersectorial en este tipo de talleres, proporciona una mejor comunicación, análisis reflexivo y una mirada integral sobre la calidad de atención en pediatría, permitiendo un mejor diagnóstico y evaluación de la vulnerabilidad del sistema. La identificación de obstáculos locales facilita la búsqueda de propuestas superadoras. Esta experiencia sostenida en el tiempo con reuniones regulares para evaluar la gestión de dichas propuestas, favorece la concreción de las mismas, refuerza las relaciones de los principales actores, facilita los procesos de gestión y estimula la participación.

Se pretende que el informe que resulte del observatorio, permita el análisis y la elaboración de estrategias en el marco de la defensa de los derechos de niños, niñas y adolescentes y sea una herramienta para que los decisores políticos puedan dar soluciones.

## **1. Objetivos**

### **a) Objetivo general**

Conocer la situación de la Salud de la infancia y adolescencia en la República Argentina y sus regiones teniendo en cuenta los determinantes intervinientes.

### **b) Objetivos específicos**

- i) Identificar y priorizar indicadores de salud, sociales, educativos y ambientales ya existentes a nivel nacional
- ii) Armar un mapa de riesgo
- iii) Realizar diagnóstico de situación local y regional: Establecer una agenda de prioridades
- iv) Socializar de la información
- v) Fomentar líneas de investigación
- vi) Definir estrategias para sustentar el monitoreo de los indicadores priorizados en el marco del observatorio

## **2. Métodos**

### **3.1 Plan operacional.**

- a) Segundo semestre 2014:
  - Se realizaron dos talleres de capacitación de 8 horas de trabajo cada uno sobre la herramienta de búsqueda de datos (InfoArgentina) con integrantes del grupo de trabajo mencionado (SAP) y por parte de UNICEF el Lic. Martin De Paula y la Dra.

Adriana Duran. Se trabajaron diversos indicadores y escenarios a los fines de ajustar el instrumento a usar en el proyecto.

b) Primer semestre 2015:

- Abril/Mayo: se realizaron dos reuniones tipo taller para determinar la metodología de trabajo y el rol de cada miembro del grupo. Posteriormente se definieron los objetivos del Observatorio y los indicadores que iban a ser utilizados en las áreas elegidas (socioeconómico-ambiental, educación y salud).

c) Segundo semestre 2015:

- Junio: ejecución de reuniones semanales a los fines de analizar los indicadores seleccionados con la definición, fuente, disponibilidad, nivel de desagregación e intervalo de tiempo considerado. Cada integrante del grupo trabajo sobre un grupo de indicadores a analizar.
- Julio/Agosto: se realizaron seis reuniones (semanales) durante las cuales se analizaron los resultados de la estratificación de cada indicador de acuerdo a la metodología definida desagregados por jurisdicción, agrupando las jurisdicciones en tres grupos según tasa de mortalidad infantil. La encargada de filiales de la gestión 2013-2015 junto con la Secretaria general de la misma gestión recabo datos de las Filiales a los fines de completar el mapa de riesgo Se discutieron dificultades (por ejemplo no contar con datos de prevalencia de lactancia materna oficiales, datos nutricionales del año 2005 y no actualizados a nivel nacional, etc.).
- Septiembre: se realizaron dos reuniones de equipo para elaborar la presentación en el Congreso Nacional de Pediatría de la SAP y definir líneas de trabajo.

- Octubre/Diciembre: Elaboración del informe técnico para Unicef con aportes surgidos de la presentación de los datos del Observatorio en el CONARPE de Mendoza. Disponible en:  
[http://www.sap.org.ar/docs/congresos\\_2015/37%20CONARPE/gentile.observatorio.pdf](http://www.sap.org.ar/docs/congresos_2015/37%20CONARPE/gentile.observatorio.pdf)

### 3.2 Cumplimiento de Objetivos:

*i) Identificar y priorizar indicadores de salud, sociales, educativos y ambientales ya existentes a nivel nacional*

Se realizaron reuniones de trabajo del equipo coordinador del Observatorio y se seleccionaron los indicadores a tener en cuenta de ámbito de la salud, social, ambiental y educación relacionados con los derechos de los niños, niñas y las/los adolescentes, identificando y priorizando los problemas de salud que afectan a los niños y niñas y a los y las adolescentes con énfasis en los determinantes sociales, ambientales y enfoque de derecho, de género y equidad. Se utilizaron para la selección el programa DevInfo Argentina –Unicef, DEIS, ENH. Se realizó ficha técnica de cada indicador.

*ii) Armar un mapa de riesgo*

Se desagregó la información por jurisdicción y luego por región. Se construyó el mapa de riesgo nacional desagregado por región definiendo zonas más vulnerables e inequidades. Se trabajó con la media nacional y regional, con el fin de detectar estas áreas y determinar prioridades.

*iii) Realizar diagnóstico de situación local y regional*

Se estableció una agenda de prioridades. Conjuntamente con el Director de Región y las filiales pertenecientes a la misma se organizarán talleres (uno para cada región) con participación de diferentes actores locales (salud, educación, desarrollo social, comunidad), donde se puedan implementar diálogos deliberativos. En una primera etapa se realizarán en 2 regiones (NOA y NEA). Durante su desarrollo, en una primera instancia

se presentará el mapa y se tratará de realizar un análisis de causa raíz de los indicadores más adversos buscando las probables causas, clasificándolas. Diagnóstico de situación.

Por la tarde, con los resultados del análisis realizado deberán construir colectivamente estrategias de abordaje para la resolución del / los problema/s detectado/s; a las que el director de región, les dará seguimiento para evaluar su cumplimiento y resultados. Los talleres durarán 8 hs, la primera instancia se trabajará a la mañana y la segunda a la tarde. Para la organización de los mismos se realizará una primera reunión con el Director de Región y presidentes de filial buscando la motivación y el compromiso con el proyecto.

*iv) Socializar de la información*

De cada taller surgirá un documento regional que luego el equipo coordinador compilará para elaborar un documento único que exprese lo producido. Este documento será editado y publicado como herramienta de comunicación y socialización. Los avances del mapa de riesgo que surja de la actividad referida al objetivo 2 serán presentados en el Congreso Nacional de Pediatría 2015 y difundido a través de la página web de la sociedad como Observatorio de la Infancia y Adolescencia.

*v) Fomentar líneas de investigación*

Según lo expresado en el documento, la SAP fomentará la investigación operativa en esas líneas dentro de las Becas anuales que otorga la institución. El proceso de desarrollar una investigación sobre una situación detectada, contribuirá en la construcción de evidencia y en la orientación y corrección de estrategias o intervenciones.

*vi) Definir estrategias para sustentar el monitoreo de los indicadores priorizados en el marco del observatorio*

Para sustentar el monitoreo de los indicadores priorizados en el marco del observatorio se generará un proceso dinámico de vigilancia, análisis y acción a nivel del equipo central del observatorio. Asimismo, cada filial realizará el relevamiento de las dificultades planteadas en los talleres y el monitoreo de las acciones propuestas para la resolución de las mismas, articulando con autoridades locales.

El Director de Región compilará los informes de cada filial y los elevará a la Comisión Directiva de la SAP para conformar el informe anual y el monitoreo general conjuntamente con el equipo del observatorio.

Cada filial contará con una grilla de dificultades, propuestas, acciones, metas y plazos surgido de los talleres regionales para poder organizar el relevamiento anual.

El informe anual será difundido en la página web de la SAP para la divulgación general y se realizarán copias impresas para ser distribuidas en todas las filiales.

Nota: los objetivos cuatro, cinco y seis están pendientes.

### 3.3 Metodología estadística

Se estratificaron los datos del país según las tasas de mortalidad infantil del trienio 2011-2013. Seleccionamos la tasa de mortalidad infantil dado que es uno de los indicadores más importantes para la planificación y programación de actividades en salud que muestra la condición de la salud de los niños y adolescentes y como el eje principal sobre el que se analizan los otros indicadores que reflejan las condiciones socioeconómicas y ambientales en las que viven. La tasa de mortalidad infantil es un indicador sensible de la disponibilidad, utilización y efectividad de la atención de la salud, particularmente, la atención perinatal.

La TMI no solo refleja la magnitud de los problemas de salud directamente responsables de la muerte de los niños, como diarrea, infecciones respiratorias y malnutrición, junto con otras enfermedades infecciosas y condiciones perinatales, sino que también refleja el nivel de salud de las madres, la política de planificación familiar, las condiciones de salud ambiental y, en general, el desarrollo socioeconómico de una sociedad.

Si bien desde el año 1980 en nuestro país se observa un descenso sostenido de la TMI, los resultados de la salud materna, infantil, de adolescentes y de mujeres no son aún satisfactorios, teniendo en cuenta las tasas de mortalidad de otras naciones de la región. Casi 9.000 niños mueren antes de cumplir el año de edad, la mayoría durante la primera semana de vida. Así como existen grandes diferencias en las TMI entre los países menos desarrollados y los más

desarrollados, la distribución de la mortalidad en Argentina también es muy desigual: un recién nacido o una mujer embarazada tienen mayores probabilidades de vivir en la Región Patagónica o en la Ciudad de Buenos Aires que en las regiones del Noroeste Argentino (NOA) y Noreste Argentino (NEA).

Se calcularon los cuartiles:

- Cuartil 1: 0-9,76
- Cuartil 2: 9,77-10-71
- Cuartil 3: 10,72-12,06
- Cuartil 4: 12,07-17,6

Con el objetivo de simplificar el análisis se determinaron tres regiones sumando el último cuartil al tercero.

<i>Jurisdicción de residencia materna</i>	<i>Tasa de mortalidad infantil del trienio 2011-2013</i>
Tierra del Fuego	7,4
Neuquén	8,2
Ciud. Aut. de Buenos Aires	8,7
Mendoza	9,2
Santa Cruz	9,4
La Pampa	9,8
Chubut	9,8
Córdoba	10,0
Río Negro	10,2
Santa Fe	10,3
Entre Ríos	10,4
San Luis	10,6
San Juan	10,7
Catamarca	10,9
Argentina	11,2
Buenos Aires	11,4
Santiago del Estero	11,6
Misiones	11,7
Chaco	12,1
Jujuy	12,3
Salta	13,7
Tucumán	13,8
La Rioja	14,1
Corrientes	15,0
Formosa	17,6

### 3.4 Indicadores seleccionados por área

#### 1) Área Socioeconómico-ambiental <sup>1</sup>

##### Hogares bajo la línea de la pobreza

- proporción de hogares cuyo ingreso no supera el valor de la CBT

##### Hogares bajo la línea de indigencia

- Proporción cuyo ingreso no superan la CBA

##### Población sin cobertura de obra social o sistema prepago

- Relación entre la población con cobertura pública de salud únicamente y población total

##### Población con acceso al agua potable

- Viviendas que disponen de agua corriente de red por provincia

##### Población con acceso a cloacas

- Tipo de desagüe del inodoro a red pública (cloaca)

##### PBI destinado a salud

- El gasto total en salud es la suma del gasto público y privado en salud. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios.

En el grupo de indicadores socioeconómicos se eligieron aquellos referidos a hogar, ya que nuestra población objetivo a describir son niños y adolescentes que en su mayoría están bajo la organización social de hogar; entendiendo como hogar “persona o grupo de personas que viven bajo el mismo techo y comparten los gastos de alimentación”

#### a) Hogares bajo la línea de la pobreza y Hogares bajo la línea de indigencia:

*Definición:* La estimación de la incidencia de indigencia se realiza comparando los totales de ingresos declarados por los miembros del hogar entrevistado con la línea de indigencia correspondiente, según características de sus componentes.

La línea de indigencia se establece a partir del valor monetario de la Canasta Básica Alimentaria, que representa a los productos requeridos para la cobertura de un umbral mínimo de necesidades energéticas y proteicas de cada miembro del hogar.

---

<sup>1</sup> Fuente INDEC.

La línea de pobreza representa el valor monetario de una Canasta Básica Total (CBT), canasta de bienes y servicios obtenida a través de la ampliación de la Canasta Básica Alimentaria. Los hogares cuyos ingresos sean menores a la CBT se caracterizan en el estudio como pobres.

Ambas canastas no son homogéneas para toda la población de referencia y se ajustan de acuerdo con algunas características de los hogares y sus componentes. A efectos de dar continuidad a la serie histórica de las estimaciones de pobreza e indigencia, para el total de los aglomerados urbanos, el INDEC y las Direcciones de Estadística y Censos Provinciales utilizaron la metodología de transición implementada a partir del año 2001, con el tratamiento de reponderación de la no respuesta de ingresos. La estimación de la incidencia de Pobreza e Indigencia se realiza a partir de la información obtenida por la Encuesta Permanente de Hogares.

*Justificación:* Teniendo en cuenta esta misma mirada del hogar se eligió línea de pobreza e indigencia. El método de Líneas de Pobreza e Indigencia se caracteriza por la comparación de los totales de los miembros del hogar, con los ingresos estimados requeridos para la satisfacción de las necesidades de las personas. Esto implica que no se identifican necesidades no satisfechas, sino que se asume que los hogares cuyos ingresos son inferiores a las correspondientes líneas, pueden ser caracterizados como pobres o como pobres indigentes.

#### **b) Población sin cobertura de obra social o sistema prepago**

*Definición:* Cobertura general de salud se refiere a la población que se encuentra cubierta ya sea por una obra social (incluyendo PAMI), una prepaga por derivación de aportes o por contratación voluntaria, o se encuentra percibiendo un programa o plan estatal de salud. Pueden existir algunas personas que tengan más de un tipo de cobertura, sin embargo, al momento de responder al censo, se debió escoger la que usaba más frecuentemente. Excluye la contratación de un servicio de emergencias médicas que solamente preste el servicio de traslado en ambulancia desde el domicilio particular a un centro de atención de salud.

En este indicador se excluyen los que son cubiertos mediante los programas o planes estatales de salud: Son los programas o planes de salud estatales nacionales -como el PROFE o el plan NACER-, provinciales, municipales entre otros, que otorgan derecho a atención médica mediante la inscripción en un padrón.

*Justificación:* La población sin cobertura de obra social o sistema prepago es la población objetivo del sistema público de la salud y la que se refleja en este indicador elegido.

### **c) Población con acceso al agua potable**

*Definición:* Tomamos en cuenta que la forma de acceder al agua de la vivienda es por corriente de red. No se consideraron las otras maneras de acceder al agua potable.

*Justificación:* Consideramos que la población que no accede a través de red tiene mayor riesgo ambiental en salud.

### **d) Población con acceso a cloacas**

*Definición:* En este indicador solo se tomó en cuenta la población que accede a la eliminación de las excretas del inodoro mediante red pública (cloaca).

*Justificación:* Consideramos que la población que no tiene acceso a cloacas tiene mayor riesgo ambiental en salud.

### **e) PBI destinado a salud:**

*Definición:* El gasto total en salud, es la suma del gasto público y privado en salud. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios.

*Justificación:* Es un indicador interesante a analizar ya que no siempre el aumento del PBI destinado a Salud se relaciona con mejores indicadores de salud. Es un indicador que indirectamente nos puede mostrar calidad en salud.

## 2) Área Educación

### Tasa de asistencia al sistema educativo de niños entre 6-11 años

- Cantidad de niños entre 6-11 años que asisten al sistema educativo

### Población que asistió y completó el nivel primario

### Analfabetismo

- Porcentaje de analfabetismo en la población

### Tasa de repitencia

- Porcentaje de alumnos que se matriculan como alumnos repitientes en el año lectivo siguiente.

### Tasa de abandono interanual

- Porcentaje de alumnos que no se matriculan en el año lectivo siguiente.

### Tasa de sobreedad (nivel primario)

- Porcentaje de alumnos con edad mayor a la edad teórica correspondiente al año de estudio en el cual están matriculados.

#### a) Tasa de asistencia al sistema educativo de niños entre 6 y 11 años

*Definición:* Las tasas de escolarización expresan el acceso de la población a la educación.

*Justificación:* Las tasas de escolarización expresan el acceso de la población a la educación, permitiendo identificar a los grupos poblacionales y ámbitos geográficos más postergados. Por ello, son ampliamente utilizadas para establecer líneas de política educativa, monitorear el desarrollo de las actividades surgidas de aquellas, y analizar los resultados alcanzados.

Los censos de población relevan ambos tipos de información en un mismo momento del tiempo. Por ello es más riguroso realizar las estimaciones a partir de una misma fuente y así adquiere especial relevancia la utilización de los resultados censales para el cálculo de los indicadores de escolarización.<sup>2</sup>

#### b) Tasa de sobre edad en el nivel primario

*Definición:* Es la cantidad de alumnos que asisten con un año de sobre edad.

*Justificación:* La sobre edad avanzada identifica a los alumnos que asisten con dos o más años de sobre edad. En el nivel primario, la sobre edad comienza a manifestarse desde el inicio,

---

<sup>2</sup> Metodología para el ajuste de las tasas de escolarización a partir de la información del censo nacional de población, hogares y vivienda de 2001. INDEC. <http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/7/sesd-metod-escolarizacion.pdf>

como consecuencia de los altos niveles de fracaso en el inicio del nivel, y se incrementa escalonadamente año a año.

No sólo a los mayores niveles de fracaso en las escuelas de gestión pública, sino también por el pasaje de alumnos repitentes del sector privado al público. En el ámbito rural, la sobre edad es marcadamente más alta, especialmente en el nivel primario. La caída del porcentaje de sobre edad en los últimos años expresa que la mayor intensidad del abandono se hace presente en el grupo de alumnos que arrastra experiencias de fracaso.<sup>3</sup>

### **c) Tasa de repitencia**

*Definición:* Es el número de alumnos matriculados en el mismo grado (o nivel) que el año anterior, expresado en porcentaje de la matrícula total en dicho grado (o nivel).

*Justificación:* El propósito de este indicador es medir los patrones y la incidencia de la repetición por grados, como parte de la eficiencia interna del sistema educativo.

La repitencia escolar – práctica de retener a los estudiantes en el mismo grado por uno o más años- es señalada por estudios de todo el mundo como un importante indicador de ineficiencia educativa. La repitencia está vinculada al abandono y al aumento de la sobreedad (participa en la producción del fracaso escolar como un todo) provoca baja autoestima y desmotivación en los alumnos afectados, incrementa los costos del sistema educativo, y dificulta el manejo del aula (Brophy, 2006; Xia y Glennie, 2005; Patrinos y Psacharopoulos, 1992; Suh y Houston, 2007).

Asimismo, las investigaciones muestran que la posibilidad de repetir de grado es mayor para alumnos en condiciones de marginalidad social y económica, por lo que la repitencia tiende a reproducir desigualdades y a diferenciar trayectorias educativas (López y Gluz, 2002).<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Fuente: Procesamientos propios sobre datos de INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010

<sup>4</sup> Fuente: Instituto de Investigaciones Gino Germani VI Jornadas de Jóvenes Investigadores 10, 11 y 12 de noviembre de 2011 María Dolores Pasolini Universidad de San Andrés. Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa. Ministerio de Salud de la Nación. <http://portales.educacion.gov.ar/diniece/>

#### **d) Porcentaje de analfabetismo**

*Definición:* Una persona analfabeta no sabe leer ni escribir. Un analfabeto funcional, en cambio, lo puede hacer hasta un cierto punto (leer y escribir textos en su lenguaje nativo), con un grado variable de corrección y estilo.

*Justificación:* El analfabetismo es un problema para cualquier país en desarrollo. El no saber leer ni escribir puede colocar en situación de minusvalía a las personas que no han aprendido estas habilidades básicas. Se denomina analfabetismo funcional a la incapacidad de un individuo para utilizar su capacidad de lectura, escritura y cálculo de forma eficiente en las situaciones habituales de la vida. Se diferencia del analfabetismo en sentido estricto en que éste supone la incapacidad absoluta de leer o escribir frases sencillas en cualquier idioma.

El analfabetismo funcional también limita seriamente la interacción de la persona con las tecnologías de la información y la comunicación, puesto que tiene dificultades para usar un ordenador personal, trabajar con un procesador de texto o con una hoja de cálculo y utilizar un navegador web o un teléfono móvil de manera eficiente. Aquellos con analfabetismo funcional pueden ser sujeto de intimidación social, riesgos de salud, estrés, bajos salarios, y otras dificultades relacionadas con su inhabilidad. En algunos países, se utilizan definiciones y criterios de alfabetismo (analfabetismo) diferentes a los estándares internacionales definidos precedentemente, o bien se considera analfabetas a las personas no escolarizadas, o se modifican las definiciones entre un censo y el siguiente. Adicionalmente, se ha comprobado que las técnicas de identificación de las personas analfabetas y alfabetizadas utilizadas durante la etapa de contabilización de los registros obtenidos en la operación censal pueden variar. Por otra parte, los errores contenidos en las autodeclaraciones pueden incidir fuertemente en la confiabilidad de las estadísticas de alfabetismo.<sup>5</sup>

#### **e) Tasa Abandono Interanual**

*Definición:* Es el porcentaje de alumnos matriculados en un grado/año de estudio dado de un nivel de enseñanza en particular, que no se vuelve a matricular al año lectivo siguiente como alumno nuevo, repitiente o reinscripto.

---

<sup>5</sup> Fuente: Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa. Ministerio de Salud de la Nación. <http://portales.educacion.gov.ar/diniece/>

*Justificación:* El propósito de este indicador es medir el fenómeno caracterizado por alumnos que abandonan la escuela antes de finalizar sus estudios y su efecto en la eficiencia interna de los sistemas educativos. También representa uno de los indicadores clave para analizar y proyectar el flujo de alumnos de un grado a otro dentro del ciclo educativo. Al igual que otras tasas de flujo de alumnos (tasas de promoción y abandono escolar), la tasa de repetición se deriva del análisis de datos sobre matrícula y repetidores por grado obtenidos para dos años consecutivos. Por consiguiente, es necesario asegurar que dichos datos sean consistentes en términos de cobertura en el tiempo y entre los distintos grados. Adicionalmente, se debe intentar minimizar algunos errores comunes como son la notificación excesiva de matrículas o repetidores (particularmente en primer grado), la incorrecta distinción entre nuevos ingresos y repetidores, o las transferencias de alumnos entre grados y escuelas, que tienden a dar una visión distorsionada de estas tasas.<sup>6</sup>

#### **f) Población que asistió y completó el nivel primario**

*Definición:* es la población que asistió y completó el nivel primario.

*Justificación:* El alcance de la cobertura del sistema educativo formal no implica necesariamente la permanencia en el mismo, por eso es interesante considerar las tasas netas de escolarización, ya que reflejan el porcentaje de población de cada grupo de edad que asiste al nivel de enseñanza pertinente.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Fuente: Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa. Ministerio de Salud de la Nación. <http://portales.educacion.gov.ar/diniece/>. Programa de Difusión LA EDUCACIÓN ARGENTINA EN NÚMEROS Documento Nº 5 Actualización de datos estadísticos sobre la escolarización en Argentina. Enero de 2010.

<sup>7</sup> <http://www.estadisticaneuquen.gob.ar/informes/Educaci%C3%B3n.pdf>

### 3) Área Salud

Mortalidad	<ul style="list-style-type: none"><li>•Mortalidad por IRAB &lt; 5 años</li><li>•Mortalidad por IRAB &lt;1 año</li></ul>
Vacunación	<ul style="list-style-type: none"><li>•Coberturas: DPT3, neumococo, triple viral, influenza</li></ul>
Tuberculosis	<ul style="list-style-type: none"><li>•Tasa de notificación en &lt;5 años/Mortalidad en &lt;15 años</li><li>•Resultados del tratamiento por grupo etario y sin información en &lt;15 años</li><li>•Abandono de tratamiento en &lt;15 años</li></ul>
Chagas	<ul style="list-style-type: none"><li>•Seroprevalencia de Chagas en embarazadas</li><li>•Prevalencia de Chagas en &lt;10 años</li><li>•Chagas congénito</li><li>•Chagas vectorial</li></ul>
Sífilis	<ul style="list-style-type: none"><li>•Sífilis temprana y sin especificar</li><li>•Sífilis congénita</li></ul>
HIV	<ul style="list-style-type: none"><li>•Incidencia de HIV en &lt;14 años</li><li>•Tasa de transmisión vertical</li></ul>

#### a) Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda Baja (IRAB)

*Definición:* es el cociente entre el número de fallecidos menores de 5 años por IRAB y la población de menores de 5 años por un factor de amplificación de 100.000.

*Justificación:* Seleccionamos la tasa de mortalidad por IRAB dado que representan una importante causa de morbimortalidad en nuestro medio. Constituye uno de los problemas de salud más importantes para la población infantil de 0 a 5 años y una de las principales causas de mortalidad infantil reducible. En la Argentina, la mortalidad por enfermedades respiratorias en los niños menores de 1 año es la tercera causa de muerte y en el grupo de edad de 1 a 4 años es la segunda causa de muerte.

En todo el mundo las IRAB están sujetas a la influencia de factores locales (geográficos, climáticos, socioeconómicos, culturales) lo que hace necesario que cada región tenga sus propios registros y evaluaciones. Son responsables del 50% de las internaciones y del 70% de las consultas ambulatorias siendo los virus respiratorios los principales agentes etiológicos relacionados tanto con bronquiolitis como con neumonía en menores de 2 años de edad, lo que ocasiona generalmente la saturación del sistema de salud en el período invernal.

Los menores de 2 años son los más vulnerables, ya que presentan mayor dificultad en el diagnóstico y tratamiento, así como en la valoración de la gravedad. En los menores de 1 año se produce la mayor mortalidad, el 40% de los cuales son menores de 3 meses.

A la hora de analizar los agentes etiológicos (virus, bacterias, virus emergentes y bacterias “atípicas”) implicados en la prevalencia de las IRABs, es fundamental la identificación de factores de riesgo asociados a dichas infecciones. Su importancia se basa en la posibilidad de implementar medidas efectivas de control y/o prevención. Se han identificado como factores principales relacionados con el huésped: Falta de lactancia materna, Vacunación incompleta, Prematurez/bajo peso al nacer y Desnutrición. No menos importantes son los relacionados con el medio tales como: Hacinamiento, Época invernal, Asistencia a guardería, Madre analfabeta funcional, Madre adolescente y Contaminación del aire exterior e intradomiciliario y (tabaco, consumo de biomasa para calefacción o cocina).<sup>8</sup>

Otros factores de riesgo que contribuyen al aumento de las tasas de IRAB son la edad (menor de 3 meses), prematurez/bajo peso al nacer y otras morbilidades como: Inmunodeficiencias, Cardiopatías congénitas, Enfermedades pulmonares crónicas, Desnutrición y Alteraciones del neurodesarrollo (parálisis cerebral, enfermedades neuromusculares).

La tasa de mortalidad por IRAB <5 años se define como: Menores de 5 años fallecidos por infección respiratoria aguda y se mide por la cantidad de menores de 5 años fallecidos por infección respiratoria aguda.

Para su análisis, hemos tomado como referencia las tasas de 24 jurisdicciones de nuestro país de 2000 a 2013 basándonos en las cifras de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

## **b) Inmunizaciones**

*Definición:* coberturas administrativas de vacunación por estrato.

---

<sup>8</sup> Recomendaciones para el manejo de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/Subcom.Abram.pdf>

*Justificación:* La estrategia de prevención primaria a través de las vacunas, medida de salud pública de alto impacto para la disminución de la morbimortalidad de la población, es una prioridad y constituye, por lo tanto, una política de estado.

Es importante destacar el crecimiento del Calendario Nacional de Vacunación en estos últimos años, siendo uno de los más completos y abarcativos de Latinoamérica. La incorporación de nuevas vacunas seguras y eficaces en forma gratuita y obligatoria es uno de los indicadores de inclusión social y equidad más robustos que puede tener un país ya que facilita el acceso a esta herramienta clave de prevención para todos los sectores de la población. Por otro lado, la jerarquización de las vacunas que están incluidas en el calendario regular desde hace años y que han sido pilares fundamentales para la eliminación de enfermedades como la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita es clave para sostener estos logros.

La Sociedad Argentina de Pediatría, a través del Observatorio de la Infancia, pretende actualizar la información científica disponible en relación a las vacunas antigripal, contra el neumococo, DPT y antisarampionosa; y así no estar ajena a las acciones que tengan impacto en lograr mayores coberturas de vacunación.

## **Influenza**

Los virus de la influenza habitualmente producen considerable morbimortalidad, especialmente en embarazadas, niños menores de dos años, pacientes con enfermedades de base como inmunodeficiencias, con enfermedades oncohematológicas, con cardiopatías, pacientes con enfermedades crónicas y adultos mayores de 65 años. El personal de salud actúa como reservorio de él y es potencial fuente de contagio para pacientes hospitalizados e inmunosuprimidos; como así también, tienen riesgo de complicaciones por influenza significativamente mayor que de la población en general.

En Argentina la intervención con esta vacuna ha tenido un gran impacto en la disminución de la circulación viral, la carga de enfermedad, las complicaciones.

## Neumococo

Las infecciones invasivas por neumococo en pediatría, son una causa importante de morbimortalidad, lo que conlleva altos costos en salud. El *Streptococcus pneumoniae* es la bacteria que más frecuentemente causa neumonía, sepsis, bacteriemia y meningitis en niños, siendo más vulnerables los niños entre 6 y 18 meses de edad. En nuestro país, incorporándose ya la vacuna Hib a Calendario Nacional, es el agente etiológico más frecuente de bacteriemias y meningitis bacteriana.

En el estudio SIREVA, uno de cuyos objetivos es el conocimiento de los serotipos circulantes en los diferentes países de Latinoamérica, se hallaron 389 aislamientos bacterianos, la distribución fue la siguiente: serotipo 1 (16,9%), 7F (6,9%), 3 (5,9%), 12F (5,1%), 19A (3,8%), 5 (1,3%). Se observó disminución de los serotipos incluidos en la vacuna contra neumococo de 13 serotipos, lo que ratifica la importancia de fortalecer y sostener una vigilancia en forma permanente de los neumococos circulantes.<sup>9</sup>

La incorporación de esta vacuna al calendario entre otros objetivos, el de disminuir la morbimortalidad por enfermedad neumocócica invasiva y neumonía.

## Coqueluche

La tos convulsa o coqueluche, es una enfermedad bacteriana respiratoria altamente contagiosa, endemoepidémica, de distribución universal y de notificación obligatoria. Una de las diez enfermedades infecciosas más mortales del mundo. La enfermedad pertussis (coqueluche-tos convulsa-tos ferina) se caracteriza por presentarse en forma de ciclos epidémicos y los brotes se producen por acumulación de susceptibles. Desde que la vacunación se generalizó, la enfermedad pareció limitarse a la infancia; sin embargo, continúa habiendo casos en niños escolares aun con esquemas completos para la edad, adolescentes y adultos jóvenes quienes actúan como reservorio y fuente de infección presentándose en general con formas leves o atípicas. La inmunidad conferida por las vacunas es más corta y, luego de 6 años, la protección comienza a disminuir. Se estima que se producen 50 millones de casos y 350.000 muertes cada año, y que las

---

<sup>9</sup> Información sobre la vigilancia de las neumonías y meningitis bacterianas. SIREVA II. OPS. 2014 *Streptococcus pneumoniae*. Disponible en: <http://antimicrobianos.com.ar/ATB/wp-content/uploads/2015/09/Tablas-vigilancia-SIREVA-II-Spn-2014-Argentina1.pdf>

tasas de letalidad en los países en desarrollo pueden alcanzar hasta un 4% en los menores de un año. Hay evidencia de alta carga de enfermedad en los países en desarrollo en los cuales sigue siendo una de las principales causas de muertes prevenibles por vacunación. Por ello, el mantenimiento de altas coberturas de vacunación a nivel nacional y desagregado es uno de los pilares de la prevención.

## Sarampión

En la Región de las Américas, el sarampión fue eliminado en el 2002, debido a la ausencia de transmisión endémica. Sin embargo, la circulación en otras regiones del mundo, pone a nuestra Región en una situación de constante amenaza de importaciones, brotes y transmisión endémica. En Argentina los últimos casos endémicos fueron en el 2000 (Córdoba); desde entonces, el país ha reportado casos importados, relacionados a viajeros a zonas endémicas: 2009 (3 casos) 2010 (17 casos) 2011 (3 casos) 2012 (1 caso) y 2014 (1 caso). La mejor y más efectiva medida de prevención es la vacunación: la vacuna AS se ha utilizado durante más de 50 años y ha probado su seguridad y eficacia; con una dosis, un 2-5% de los vacunados no genera inmunidad (falla primaria), pero con la 2da dosis el 99% genera respuesta inmune adecuada.

Por todo lo anteriormente expuesto, estamos convencidos de la elección de estas vacunas y la medición de su cobertura como indicadores de salud; y con el diagnóstico de situación poder redoblar esfuerzos para lograr una cobertura mayor y homogénea en niños, niñas y adolescentes.<sup>10</sup>

## c) Tuberculosis

*Definición:* hemos seleccionado los siguientes indicadores provenientes del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y Programas provinciales de las 24 jurisdicciones del Ministerio de Salud de la Nación.

---

<sup>10</sup> *Vacunas Recomendaciones nacionales vacunación argentina 2012* [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000451cnt-2013-06\\_recomendaciones-vacunacion-argentina-2012.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000451cnt-2013-06_recomendaciones-vacunacion-argentina-2012.pdf)

*SITUACION ACTUAL DEL SARAMPION EN LAS AMÉRICAS Sociedad Argentina de Pediatría Comité de Infectología*  
[http://www.sap.org.ar/docs/sarampion\\_americas\\_2015.pdf](http://www.sap.org.ar/docs/sarampion_americas_2015.pdf)

Prioridades para la incorporación de vacunas al Calendario Nacional. Recomendaciones de la Sociedad Argentina de Pediatría. <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/ConsensoVacunas2011.pdf>

- **Tasa de notificación de casos de TBC pediátrica:** Expresa el % de casos notificados de TBC de <5 años/5 a 9 años/10 a 14años x 100000 habitantes
- **Mortalidad por TBC en pediatría: expresa el** Número de fallecidos <5 años/5 a 9 años/10 a 14años por año
- **Mortalidad por TBC < 15 años por jurisdicción:** Número de fallecidos por TBC < 15 años por jurisdicción
- **Resultados del tratamiento por grupo de edad:** Porcentaje de resultados de tratamiento en <5 años/5 a 9 años/10 a 14años según los siguientes resultados: sin información, éxito, abandono, fallecido, traslados, fracasos
- **Resultados de tratamiento para TBC sin información en <15 años:** Expresa el Porcentaje de resultados de tratamiento para TBC sin información en <15 años por jurisdicción
- **Abandono de tratamiento para TBC en <15 años:** Porcentaje de abandono de tratamiento para TBC en <15 años por jurisdicción

*Justificación:* La TB continúa siendo un grave problema en la salud pública en el mundo, tanto por el daño que provoca como causa de enfermedad como por causa de muerte. A nivel mundial constituye la segunda principal causa de muerte por enfermedades infecciosas después del VIH.

La OMS estima que 1 de cada 10 casos de TB en el mundo se produce en niños y este número podría ser mucho mayor, ya que a menudo en los niños no se diagnostica. Las manifestaciones de la enfermedad en edades pediátricas son diferentes a las del adulto, con mayor riesgo de infectarse y enfermar, diagnóstico más complejo y evolución que puede ser más grave, en especial en los niños más pequeños.

A pesar de que el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado lograría la curación en la mayoría de los pacientes con la consiguiente disminución de las fuentes de infección y el riesgo de contraer la enfermedad en la población, la falta de detección de casos, los abandonos del tratamiento y, más recientemente, la aparición de resistencia a los fármacos antituberculosos tradicionales, hacen que hoy más que nunca, tengamos que hacer una estrecha vigilancia de la enfermedad. La ocurrencia de casos de tuberculosis pediátricos y adolescentes evidencia la

transmisión activa de la enfermedad en la población y las muertes en dicho grupo etario, expresan fallas en el control de la tuberculosis en la población.

En Argentina aproximadamente 4 de cada 100 personas que consultan por síntomas respiratorios tienen tuberculosis. Este porcentaje varía entre 1,1% y 8% según zonas de menor o mayor incidencia. Todos los años se notifican más de 900 casos nuevos de TB en menores de 15 años y más de 10 muertes a causa de la enfermedad, con grandes contrastes entre las jurisdicciones.

De los casos notificados todavía un alto porcentaje abandona el tratamiento y la tasa de los que completan el tratamiento sigue siendo baja.

Debido a la baja sospecha de diagnóstico y el riesgo de infección en la población menor de 15 años, la SAP junto a la OMS y UNICEF se ha sumado a la iniciativa “Plan de trabajo de TB infantil: hacia cero muertes” con el objetivo de crear conciencia sobre la necesidad urgente de redoblar esfuerzos para evitar que los niños mueran de enfermedades que pueden prevenirse como la TB. El plan se orienta a mejorar la detección de niños enfermos de tuberculosis, asegurar el cumplimiento del tratamiento y de la curación de los niños enfermos y a fortalecer las herramientas de prevención de la tuberculosis pediátrica.

#### **d) Chagas**

*Definición:* Seroprevalencia de Chagas en embarazadas. Incidencia de Chagas congénito: menores de un año con diagnóstico de Chagas agudo congénito sobre población de nacidos vivos.

*Justificación:* La enfermedad de Chagas se ha entendido como un problema integral, vinculado a una geografía particularmente desfavorable, estrechamente relacionada con la pobreza, la falta de desarrollo, la privación de educación, las distintas realidades culturales, consecuentes de procesos históricos, políticos y sociales particulares. El carácter complejo de la problemática del Chagas: condiciones de vida, creencias, culturas, hace necesario una comunicación integral. Lo difícil del diagnóstico del Chagas y la precariedad de la situación socioeconómica en la que está sumergida la población mayoritariamente afectada, hace que sea complicado realizar estimaciones acertadas sobre su impacto.

Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud señalan que entre 16 y 18 millones de personas presentan serología positiva, que 50 mil individuos mueren cada año a causa de este mal y que existen aproximadamente 100 millones de personas que viven en situación de alto riesgo de contraer la enfermedad. Además, al panorama de la realidad de las zonas rurales, se debe agregar la migración interna de individuos que proveniente de zonas endémicas, habitan las áreas periféricas de las grandes ciudades, dando lugar así al proceso de urbanización del Chagas, convirtiéndolo en uno de los problemas de salud pública más crítico de América Latina.

Este proceso de urbanización, se ve favorecido principalmente por las vías no vectoriales de transmisión, como la vía connatal y la transfusional. En Argentina, se estima que al menos un millón y medio de personas tienen Chagas, lo que representa el 4% de la población total del país. Esta cifra se calcula a partir de los datos obtenidos en bancos de sangre y embarazadas y si bien no refleja de forma completa la magnitud del problema, es la aproximación más representativa con la que se cuenta hasta el momento para caracterizar la situación en el país.

El porcentaje de personas infectadas no es igual en todas las provincias, sino que varía entre el 1,1% de personas con Chagas en Río Negro (área no endémica) y un 35,5% en Santiago del Estero (área endémica). Argentina es el tercer país en el mundo con prevalencia serológica de Chagas, después de Bolivia (18%) y Paraguay (9,2%). La casuística nacional se ve aumentada gracias a la fuerte migración de los países de mayor endemidad. Se estima que el 86% de la superficie territorial del país, no escapa a la contaminación vectorial. El centro y el NOA, son las regiones más afectadas.

En Argentina, la cantidad de niños menores de 15 años con Chagas se estima en 306.000, es decir, un 3,4% de la población total de ese grupo etario. Esta cifra tiene particular importancia dado que el 98% de los casos nuevos de Chagas ocurren en menores de 15 años siendo en este rango de edad cuando el tratamiento específico resulta más efectivo. El índice de prevalencia de la infección chagásica en mujeres gestantes que se asisten en hospitales públicos varía entre un 3 al 17%, de acuerdo a la región geográfica y a las condiciones socio-económicas de los grupos estudiados. La tasa de transmisión congénita oscila entre un 0,7% al 10% con un promedio del 3%.

En los servicios de medicina transfusional, la prevalencia de infección en donantes va de un 2 al 10% con un promedio del 4,4%.

La Argentina decidió incorporar dentro de la Estrategia de Eliminación de VIH y SC la eliminación del Chagas Congénito, que, si bien no comparten la vía de transmisión sexual, es una infección transmisible madre-niño con una carga de enfermedad importante en nuestro país. El diagnóstico oportuno durante el control prenatal permite el acceso al tratamiento precoz del recién nacido con un impacto de curación de prácticamente un 100%. Se estima que la vía congénita de infección es la vía más frecuente en la generación de nuevos casos. El Chagas Congénito es la forma aguda de infección más frecuente en la Argentina.

Por tales motivos, es que se ha seleccionado la incidencia de Chagas congénito y en embarazadas como uno de los indicadores de salud, teniendo en cuenta la seropositividad de Chagas en embarazadas, la prevalencia en niños mayores de 10 años, el Chagas agudo congénito y el Chagas agudo vectorial. Conociendo la realidad de este indicador, la sociedad puede poner en agenda política el diagnóstico de situación, puede asesorar con sus equipos técnicos, puede fortalecer a equipos de pediatras para trabajar en red, planificar y aplicar estrategias y recursos que direccionen a abordar integralmente al Chagas en el ámbito de la educación continua de sus pediatras, capacitar a los profesionales en el primer nivel de atención para un diagnóstico y tratamiento precoz y oportuno, entre otras acciones.<sup>11</sup>

#### e) VIH

*Definición:* Incidencia de VIH en <14 años. Se calcula el % de niños menores de 14 años diagnosticados. Se tomó el período 2005-2013 en todo el país. La tasa de transmisión vertical, es la situación en que el niño es infectado por el VIH durante el embarazo, el parto o a través de la lactancia materna.

---

<sup>11</sup> *Grupo de Trabajo científico. Reporte sobre enfermedad de chagas. Organización Mundial de la Salud. Abril 2005, actualizado Julio 2007.* [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69724/1/TDR\\_SWG\\_09\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69724/1/TDR_SWG_09_spa.pdf)

*Justificación:* La infección por VIH, es otro gran problema de la salud pública. En Argentina la epidemia de VIH permanece estable, con 6000 a 65000 nuevos diagnósticos por año. Se estima que 126.000 personas tienen el virus, y aproximadamente el 30% lo desconoce, según publicación oficial.

Las vías de transmisión están claramente diferenciadas entre el grupo de 0 a 14 y los de más edad. La infección por VIH en el grupo etario que nos ocupa, se produce principalmente a partir de la infección de mujeres quienes la transmiten a los niños recién nacidos. Para el RN supone la adquisición de un padecimiento crónico que potencialmente acorta la esperanza de vida y que supone un enorme costo humano, social y económico.

Las políticas generales y en particular las políticas desarrolladas a nivel nacional para favorecer la igualdad de género, más allá del VIH-sida, han contribuido a reducir el estigma y la discriminación. Pero aún tenemos el desafío de reducir el diagnóstico tardío, que en 2014 alcanzaba al 31% de los varones y al 23% de las mujeres.

Desde el 2009 la Argentina se incorporó a la Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe, promovida por la OPS/OMS y UNICEF y continúa trabajando para alcanzar la meta de su la eliminación de estas dos condiciones como problema de salud pública.

Entre 2003 y 2013 se notificaron 1.956 casos de VIH en menores de 14 años representando el 15% de los casos notificados por debajo de los 24 años.

En el grupo de menores de 14 años se ha producido un descenso significativo dado que pasó de representar el 25% de los diagnósticos notificados en personas de 0 a 24 años en 2003 al 11% en 2013.

Sin embargo, este descenso durante los últimos dos años debe ser interpretado con reservas, debido al retraso en las notificaciones. Mientras que la cantidad de diagnósticos en adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años se mantiene relativamente constante a lo largo de los años, los que corresponden a niños/as de 0 a 14 van disminuyendo a lo largo de la década, desde un pico de 333 en 2002 hasta descender a menos de la mitad en los últimos años.

En cuanto a la transmisión vertical de VIH podemos afirmar que el 91% de los niños y niñas diagnosticados entre 2001 y 2010 se infectaron por transmisión perinatal. La tasa de transmisión vertical (2013-2014) se ubicó en el 4,8%, a pesar de los logros obtenidos en el país con la extensión del diagnóstico prenatal, la ampliación de la notificación, la profilaxis con antirretrovirales y la sustitución de la lactancia. El 1,2% (117) de los varones y el 3,1% (148) de las mujeres diagnosticadas corresponden a casos de transmisión vertical.<sup>12</sup>

## f) Sífilis congénita

*Definición:* prevalencia de sífilis congénita.

*Justificación:* La mujer embarazada está expuesta a contraer infecciones, muchas de las cuales implican un riesgo de afectar al feto y al recién nacido (RN). La transmisión vertical de estas infecciones, puede ocurrir durante el embarazo, el parto, puerperio y lactancia. Analizando los datos existentes en el SIP (Sistema Informático Perinatal), SNVS (Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud) módulos C2 (de vigilancia clínica), y en el SIVILA (Sistema de Vigilancia Laboratorial), se observa un aumento importante de notificaciones de infecciones congénitas, constituyendo en la actualidad otro de los problemas importantes en Salud Pública, con gran impacto en la morbilidad y mortalidad materno infantil. Las dificultades en el acceso a los servicios de salud, y la vulnerabilidad de las personas, son factores condicionantes y fundamentales en el análisis de las intervenciones a realizar. En nuestro país, la prevalencia de infección en mujeres embarazadas que se asisten en hospitales públicos varía de un 1 a 3%. En el área pediátrica, la población de riesgo son los recién nacidos de madres infectadas y los adolescentes. La epidemia por HIV ha incrementado la aparición de nuevos casos y el riesgo de mayor morbilidad.

El agente etiológico es una espiroqueta: el *Treponema pallidum*. La infección se transmite por contacto sexual, por vía transplacentaria, por transfusiones o por contacto con lesiones húmedas habitadas. La sífilis congénita se adquiere a partir de una madre infectada que no haya recibido tratamiento adecuado. El pasaje por vía transplacentaria puede producirse en cualquier

---

<sup>12</sup> Boletín VIH Sida e ITS en Argentina. Dic. 2015. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/sida/index.php/publicaciones/boletines-sobre-vih-sida>

momento de la gesta o durante el parto. La tasa de transmisión es de un 80-90% durante la fase secundaria de la infección con un 40% de abortos o mortinatos y disminuye lentamente en etapas más avanzadas de la infección materna. El riesgo de transmisión es mayor en el tercer trimestre de embarazo. La sífilis adquirida se contagia principalmente por contacto sexual con una pareja infectada. La vía transfusional es poco frecuente dado el control de la sangre y hemoderivados por los servicios de hemoterapia.

Entre septiembre de 2013 y octubre de 2014 se realizó un estudio observacional de corte transversal para estimar la prevalencia de las hepatitis virales y la sífilis en población adulta de la Argentina que concurre a realizar los estudios prenupciales en aglomerados urbanos seleccionados. Se utilizó una estrategia de muestreo por conglomerados en una etapa, combinándose técnicas probabilísticas y no probabilísticas.

El estudio, entre otros resultados, arrojó una prevalencia global estimada de sífilis de 0,74% (IC95% 0,47-1,01), similar a los hallazgos reportados por el Plan Nacional de Sangre en los últimos años, pero sensiblemente inferior a lo reportado en la población de embarazadas (1,4%) y a la prevalencia encontrada en hombres que tienen sexo con hombres, 17,7%; trabajadoras sexuales, 14,1%, personas trans, 47,3%; usuarios de drogas, 7,7%.

En Argentina en los últimos años se han hecho innumerables esfuerzos para fortalecer la respuesta del VIH y las ITS, así como para expandir el acceso a la prueba de VIH y test de sífilis en el embarazo lo que ha repercutido en una disminución sustancial de los casos de VIH por transmisión vertical. Sin embargo y desde la perspectiva del derecho a la salud, aún nacen niños que padecen las consecuencias de enfermedades que pueden prevenirse o que acceden al diagnóstico y tratamiento de forma tardía. Por lo tanto, este observatorio considera más que justificada la elección de este indicador. Jerarquizarlo, dar a conocer la situación a nivel nacional de niños con sífilis congénita, realizar acciones vinculadas con la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento precoz además de redoblar esfuerzos desde el sistema de salud, lo cual contribuirá al cumplimiento de las metas de eliminación.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> *Consenso infecciones perinatales Sociedad Argentina de Pediatría* [ap.org.ar/docs/profesionales/consensos/infeccionesPerinatales.pdf](http://ap.org.ar/docs/profesionales/consensos/infeccionesPerinatales.pdf)

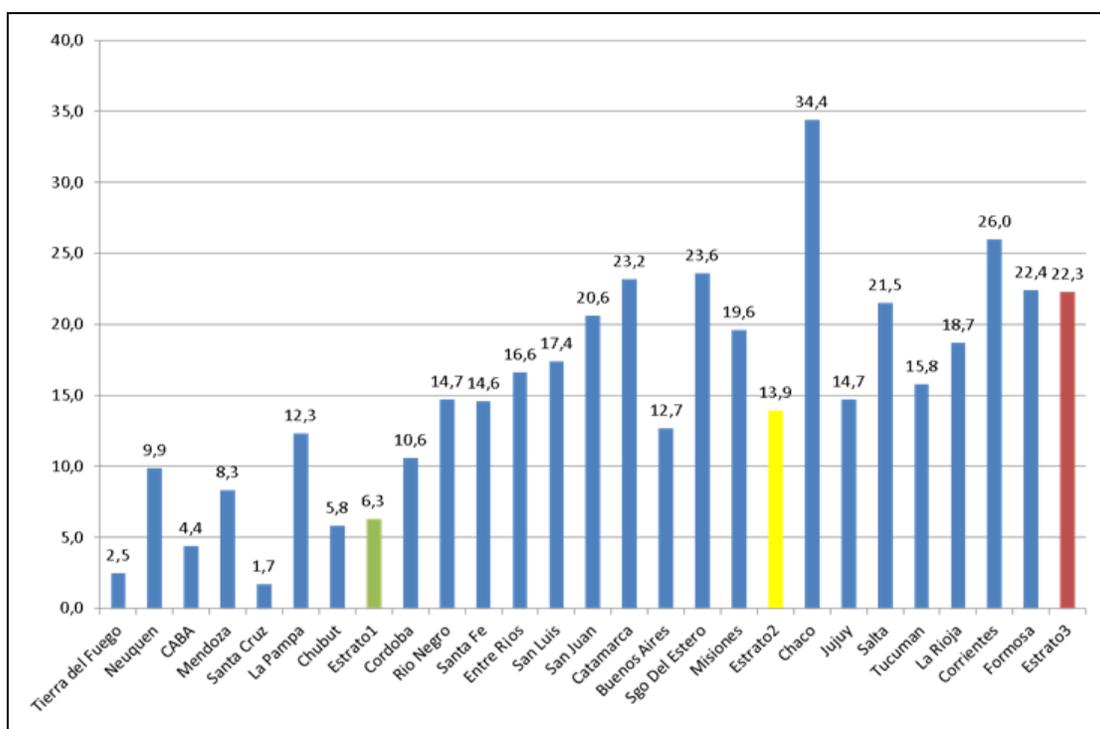
*Hacia la meta de eliminación de la transmisión vertical de VIH y Sífilis congénita y diagnóstico de Chagas congénito en la República Argentina.*  
[http://www.msal.gob.ar/sida/images/stories/4-publicaciones/pdf/2014-05\\_meta-transmision-vertical.pdf](http://www.msal.gob.ar/sida/images/stories/4-publicaciones/pdf/2014-05_meta-transmision-vertical.pdf)

### 3. Resultados

#### 4.1 Área Socioeconómico-ambiental

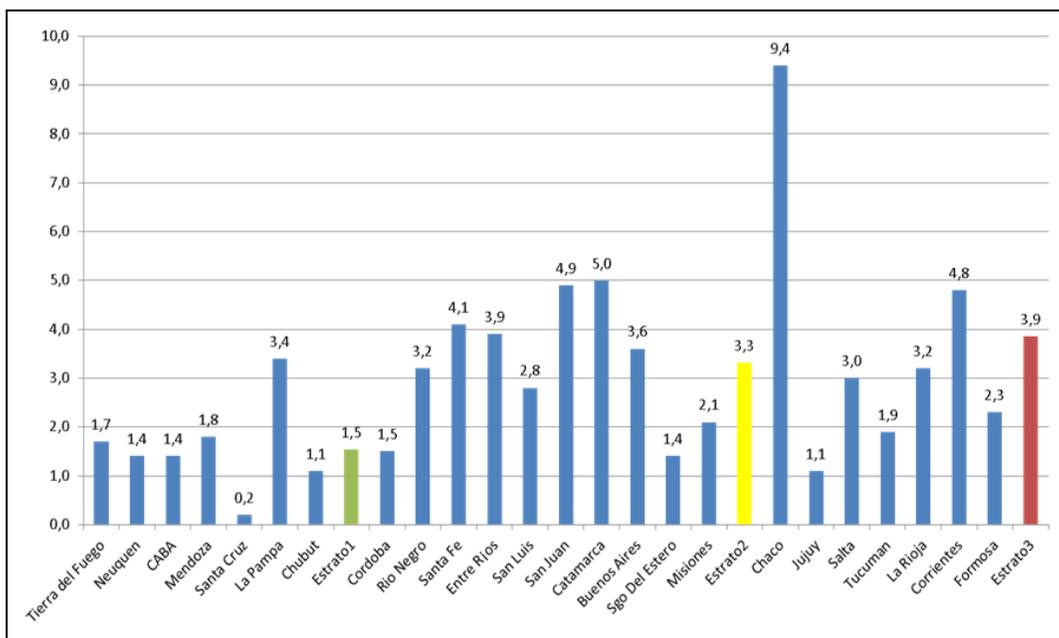
En relación con los hogares bajo la línea de la pobreza e indigencia, la distribución de estos indicadores en los tres estratos, muestra una relación directa con el indicador seleccionado de estratificación (TMI). Las jurisdicciones con mayor porcentaje de hogares pobres se encuentran en los estratos 2 y 3 que son los estratos con mayor TMI. La Pampa es una excepción ya que teniendo un valor doble a la media del estrato con menor tasa se encuentra dentro del mismo, así como San Juan con valores similares a Salta se encuentra en el segundo estrato y Salta en el tercero. En análisis futuros se debe observar el comportamiento de los otros indicadores para poder determinar las diferencias. (Figura 1 y 2)

Figura 1- Hogares bajo la línea de la pobreza por jurisdicción y estrato. Año 2010.



Fuente: Censo 2010. INDEC

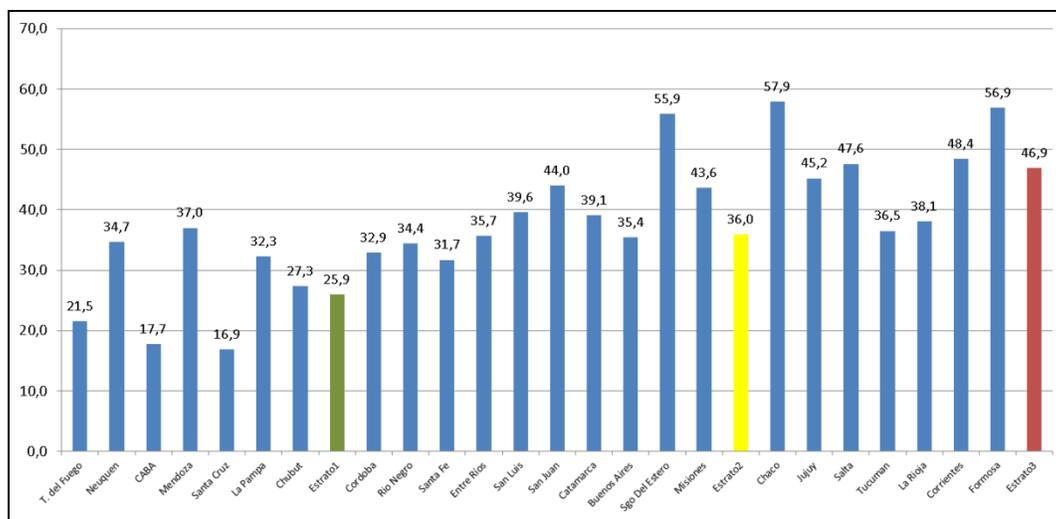
Figura 2- Hogares bajo la línea de la indigencia por jurisdicción y estrato. Año 2010.



Fuente: Censo 2010. INDEC.

En cuanto a cobertura de obra social o sistema prepago; existen jurisdicciones del 1° estrato que tienen valores mayores a la media del segundo estrato, podemos inferir que este indicador no impactaría tanto en las tasas de mortalidad infantil como el de pobreza. (Figura 3)

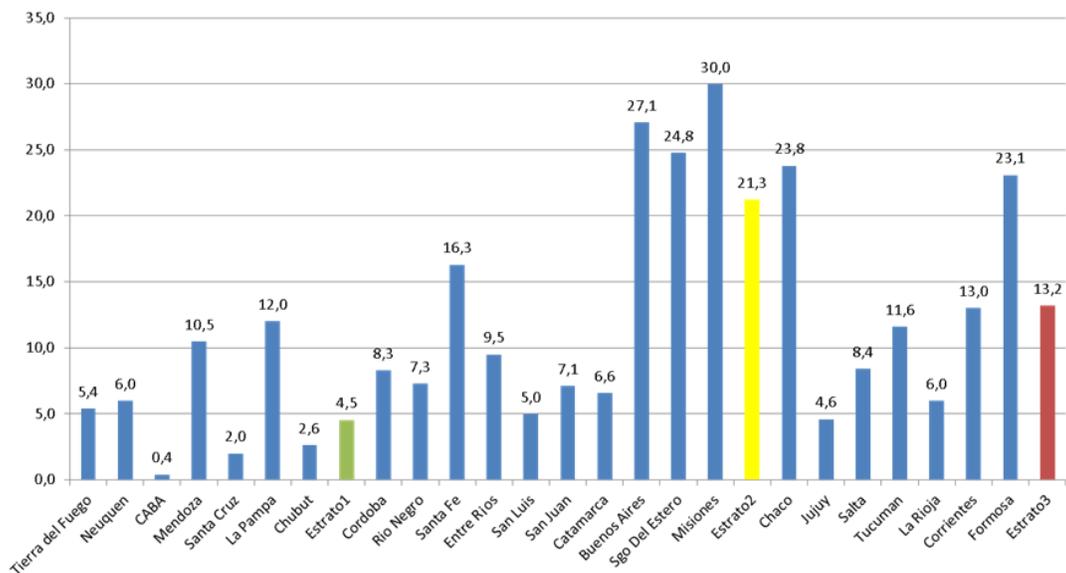
Figura 3. Población sin cobertura de obra social o sistema prepago por jurisdicción y estrato. Año 2010.



Fuente: Censo 2010. INDEC

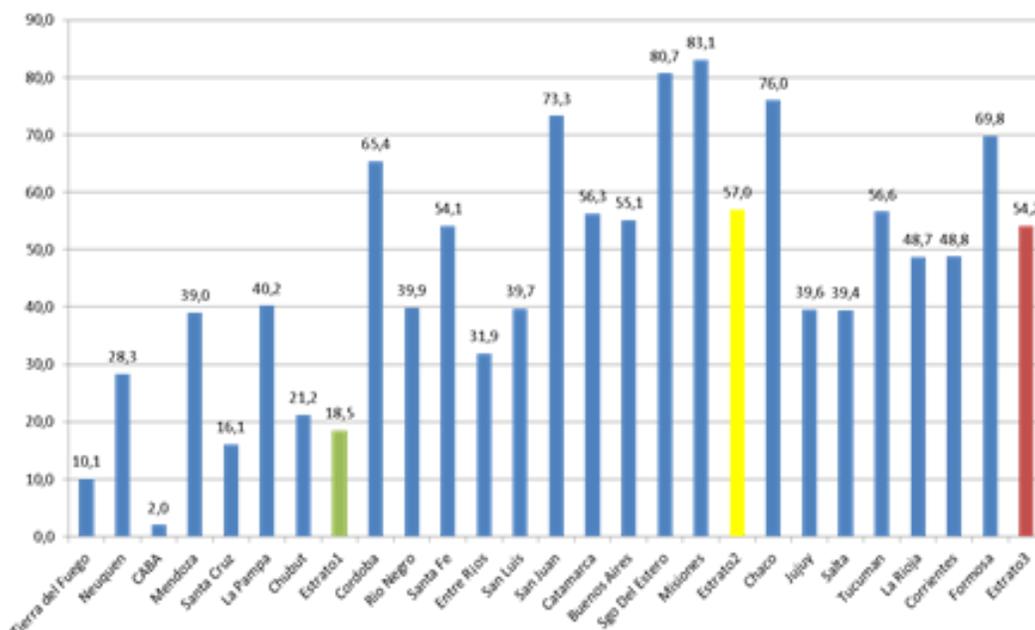
En cuanto a la cobertura de agua de red y cloacas la relación no es tan lineal, presenta mayor variabilidad dentro de los estratos. La media del tercer estrato es menor que la media del segundo, pero ambas son mayores al 50% de la población sin cobertura en contraposición con el estrato de menor mortalidad (1) que la media es de 18%. (Figura 4 y 5)

Figura 4. Población sin cobertura de agua de red (sin acceso al agua potable) por jurisdicción y estrato. Año 2010.



Fuente: Censo 2010. INDEC.

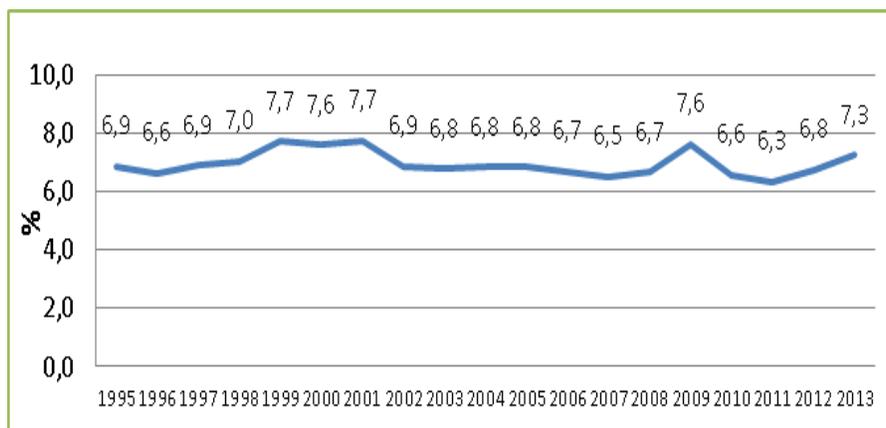
Figura 5. Población sin acceso a cloacas por jurisdicción y estrato. Año 2010.



Fuente: Censo 2010. INDEC

En cuanto al producto interno bruto destinado a salud observamos en los últimos 10 años una meseta en este valor y sin embargo la tasa de mortalidad infantil ha disminuido en todas las jurisdicciones dando cuenta que este indicador analizado individualmente no es garantía de calidad de atención ni de la calidad de estrategias realizadas. No se debe afirmar que cuando mayor es el PBI destinado a salud, mejores serán los indicadores sanitarios. (Figura 6)

Figura 6. Producto bruto interno destinado a salud. Argentina. Años 1995-2013.

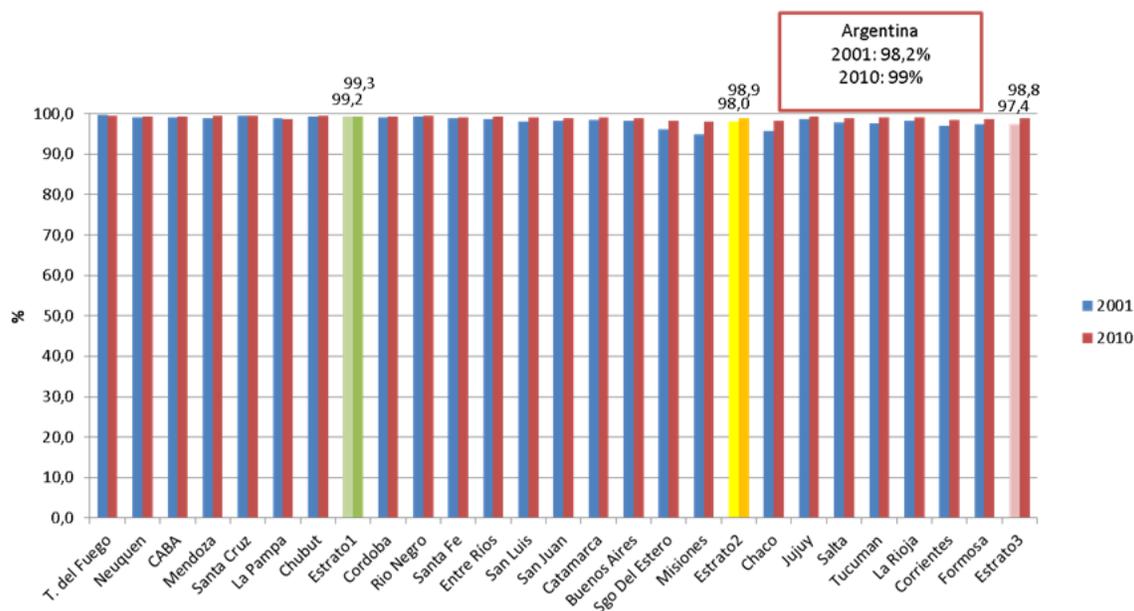


Fuente: Banco Mundial.

## 4.2 Área Educación

La diferencia en cuanto a las tasas de asistencia a establecimientos educativos entre los años 2001 y 2010, para el grupo de niños de 6 a 11 años, aumentó en 22 de las 24 jurisdicciones del país, destacándose Misiones (3,3). (Figura 7)

Figura 7. Tasa de asistencia escolar de niños entre 6-11 años por jurisdicción y estrato. Años 2001-2010.



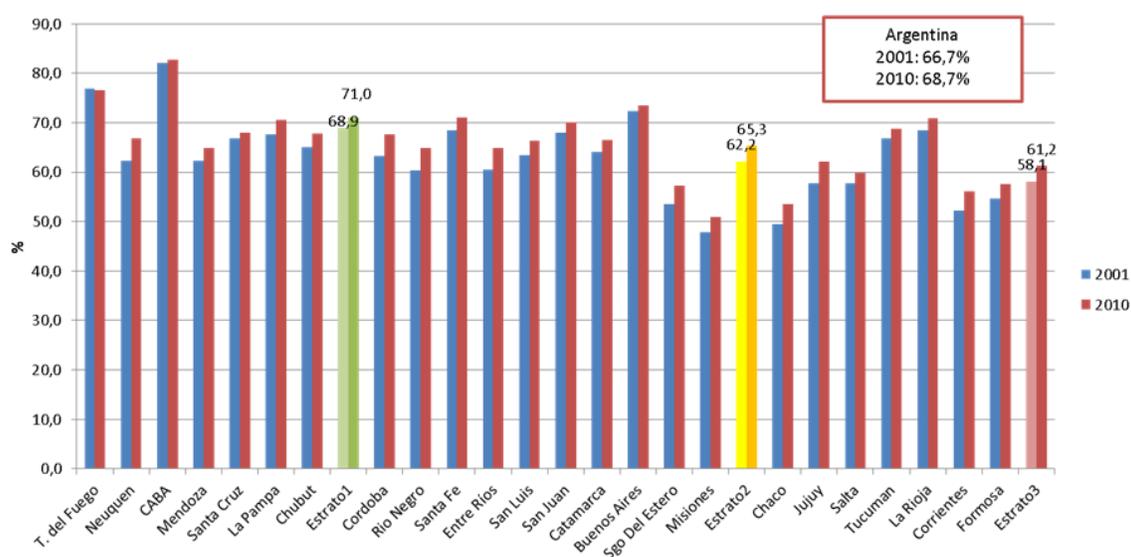
Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010  
Análisis de datos. Resultados definitivos. Cuarta publicación.

La comparación intercensal de las tasas de asistencia escolar de la población permite reconocer los avances alcanzados a lo largo de la década en términos de cobertura, así como los desafíos pendientes para alcanzar una cobertura universal de los tramos escolares obligatorios. Al realizar el análisis en la población de 3 a 5 años, entre el 2001 y el 2010 se observa una tendencia significativamente creciente de la cobertura escolar. Han sido importantes los avances hacia la universalización del último año del preescolar, alcanzando una asistencia del 91,2% para los 5 años de edad, y también se han incorporado a la oferta escolar un significativo grupo de niños y niñas de 3 y 4 años.

En la población de 6 a 11 años las tasas de asistencia indican que la cobertura se mantiene en niveles de universalidad, como al inicio de la década, con un crecimiento de menos de un punto porcentual.<sup>14</sup>

La evolución de la matrícula de Educación Común Primaria por año de estudio en Argentina fue aumento 2 puntos porcentuales comparando el año 2001 (66,7%) con el año 2010 (68,7%). Casi todas las jurisdicciones mostraron diferencias positivas en cuanto a la completitud del nivel primario de la población que asistió a un establecimiento educativo. Las mismas varían entre un 4,6 y un 0,3. (Figura 8)

Figura 8. Población que asistió y completó el nivel primario por jurisdicción y estrato. Años 2001-2010.



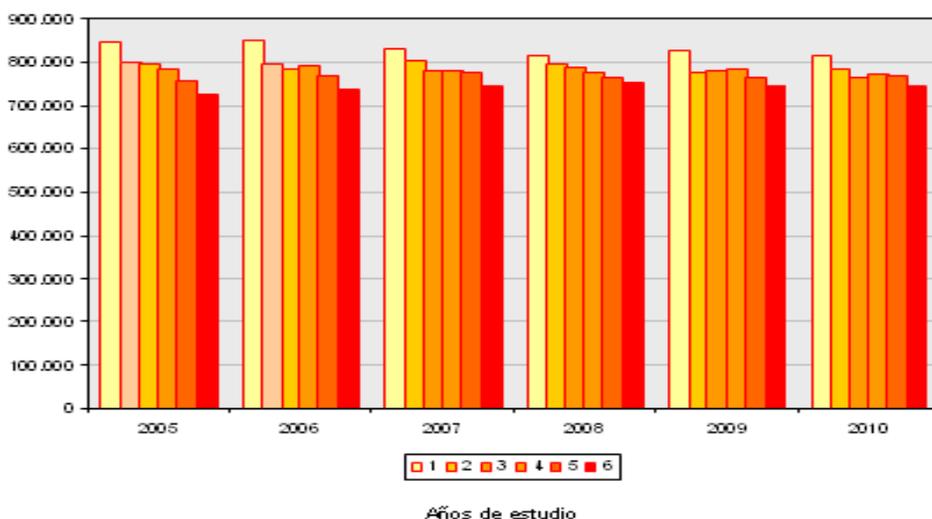
Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010  
Análisis de datos. Resultados definitivos. Cuarta publicación.

<sup>14</sup> Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010  
Análisis de datos. Resultados definitivos. Cuarta publicación.  
[http://www.censo2010.indec.gov.ar/cuadrosDefinitivos/analisis\\_cuarta\\_publicacion.pdf](http://www.censo2010.indec.gov.ar/cuadrosDefinitivos/analisis_cuarta_publicacion.pdf)

Las provincias que registraron mayores aumentos respecto al 2001 fueron: Neuquén 4.6%, Río Negro 4.6%, Córdoba 4.4% y Jujuy 4.4% entre otras. Las provincias que presentaron mayor nivel de completud fueron CABA 82.7%, Tierra del Fuego 76.5% y Buenos Aires 73.4 %. Aun cuando las poblaciones presenten altos niveles de pobreza, la cobertura de educación básica es muy alta, por lo que se considera universalizada.<sup>15</sup>

La figura 9 muestra las diferencias de matriculación en Educación Primaria en cada ciclo lectivo por cada año de estudio. Comparando por año se observa el desgranamiento en la matrícula que se produce principalmente en los primeros años, consecuencia de la repitencia y el abandono al observar las tendencias seguidas por la cohorte 2005-2010.<sup>16</sup>

Figura 9. Evolución de la matrícula de Educación común. Primaria<sup>1</sup> por año de estudio. Argentina.



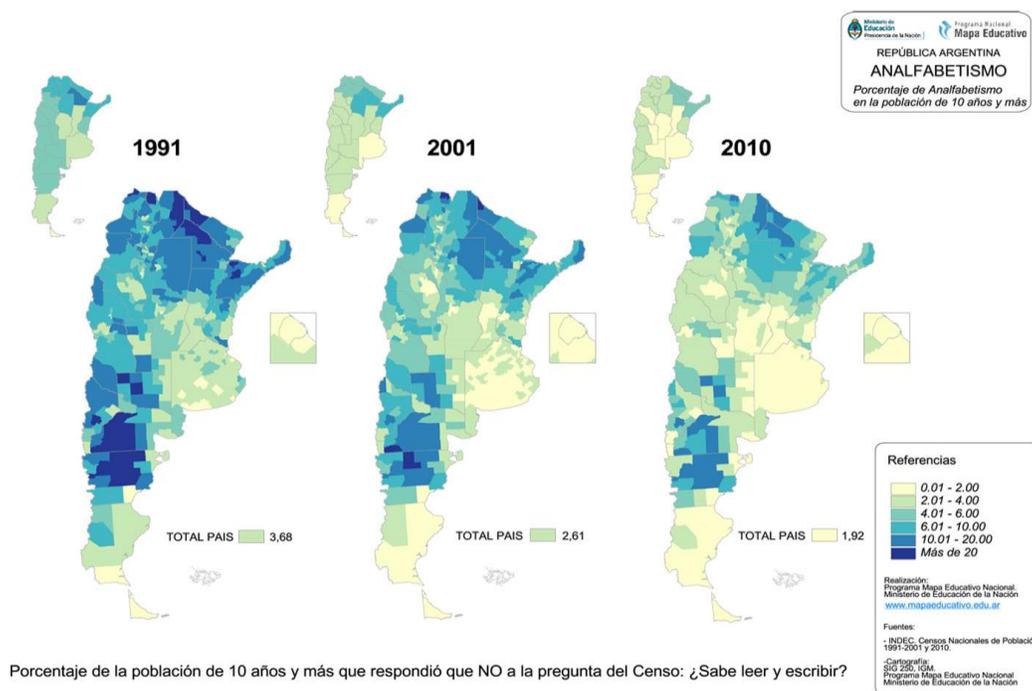
Fuente: Elaborado por DiNIECE-REDFIE. Relevamientos Anuales 2005-2010. \*En educación primaria se consignan 6 años d estudio, independientemente del avance de cada jurisdicción en la aplicación de la Ley N°26206.

<sup>15</sup> Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 Análisis de datos. Resultados definitivos. Cuarta publicación. [http://www.censo2010.indec.gov.ar/cuadrosDefinitivos/analisis\\_cuarta\\_publicacion.pdf](http://www.censo2010.indec.gov.ar/cuadrosDefinitivos/analisis_cuarta_publicacion.pdf)

<sup>16</sup> DINIECE. Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa. Fuente: <http://www.mapaeducativo.edu.ar/Atlas/>

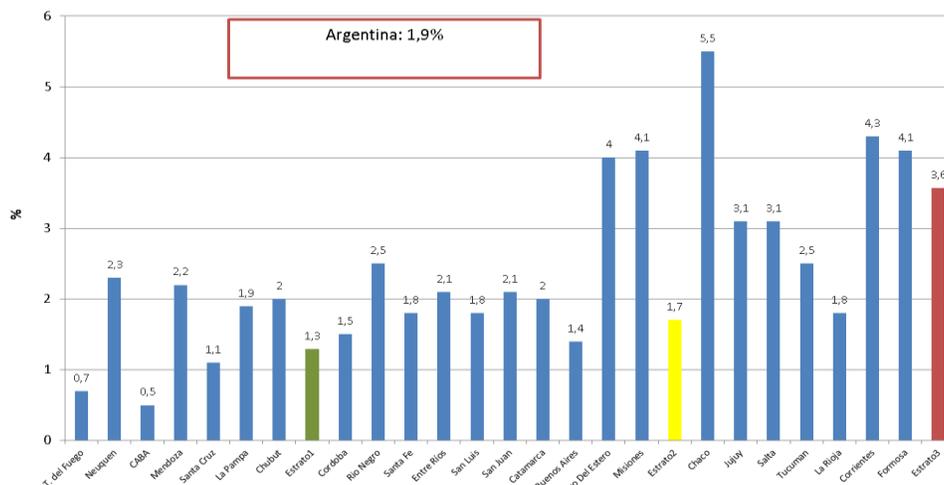
Mientras mayor sea la población analfabeta del país, mayor será la necesidad de expandir la oferta de educación primaria y de programas de alfabetización para adultos. La desagregación por zonas geográficas permite precisar los lugares que requieren la mayor concentración de los esfuerzos y formular políticas dirigidas a grupos poblacionales prioritarios de un género o grupo(s) de edad(es) determinado(s). (Figura 10)

Figura 10. Porcentaje de analfabetismo en la población de 10 años y más por departamento. Argentina. Años 1991, 2001 y 2010.



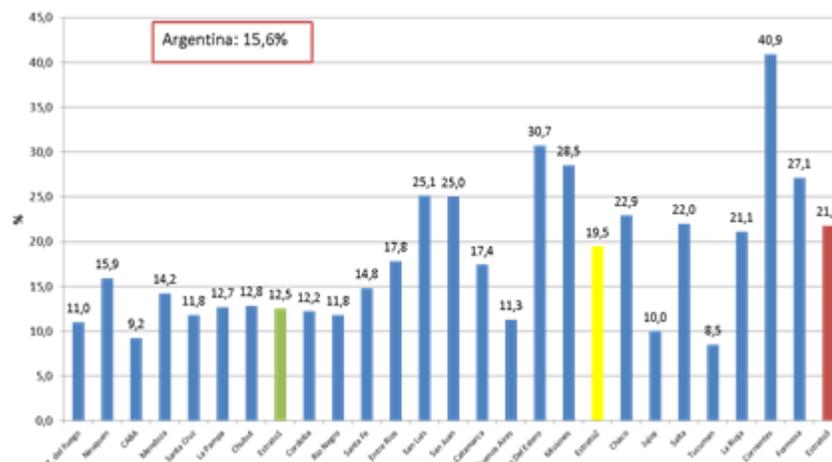
Fuente: Programa Nacional Mapa Educativo. Argentina. <http://www.mapaeducativo.edu.ar/Atlas/>

Figura 11. Porcentaje de analfabetismo por jurisdicción y estrato. Año 2010.



Fuente: Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa. Ministerio de Salud de la Nación. <http://portales.educacion.gov.ar/dinee/indicadores-educativos/>

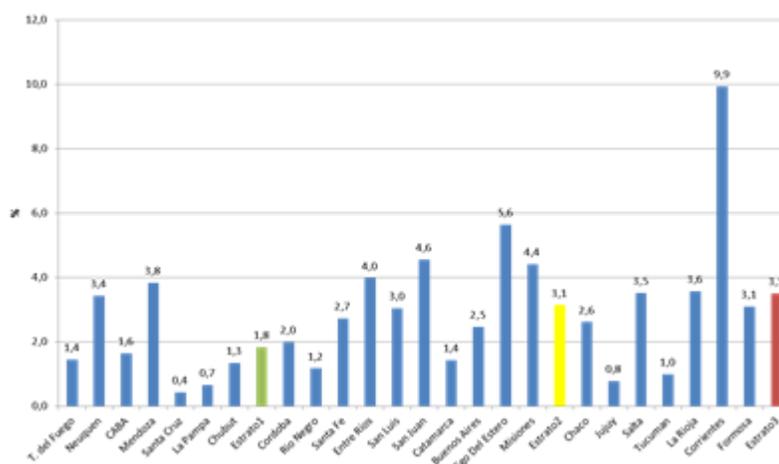
Figura 12. Tasa de sobredad en el nivel primario por jurisdicción y estrato. 2013.



Fuente: Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa. Ministerio de Salud de la Nación. <http://portales.educacion.gov.ar/dinee/>

Las altas tasas son indicativas de graves problemas de repetición o eficiencia interna del sistema educativo. Se destacan las mayores tasas de repitencia en Corrientes (9,9%), Santiago del Estero (5,6%) y Misiones (4,4%). (Figura 13)

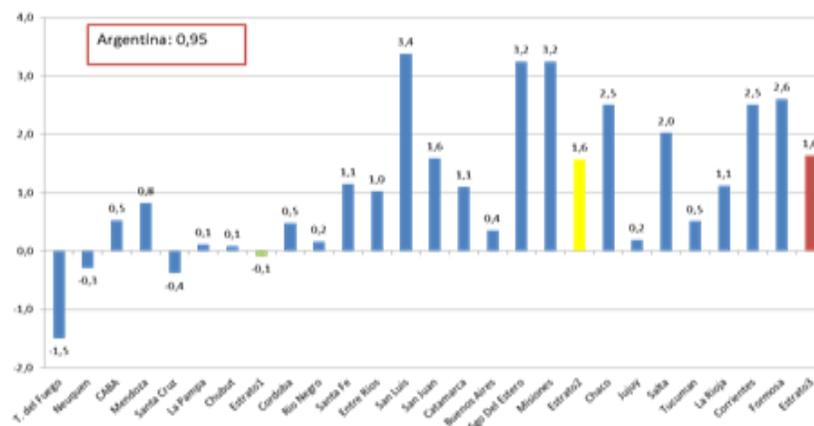
Figura 13. Tasa de repitencia por jurisdicción y estrato. Año 2013.



Fuente: Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa. Ministerio de Salud de la Nación. <http://portales.educacion.gov.ar/dineece/>

Bajo un sistema educativo eficiente, donde los alumnos permanecen durante todo el año lectivo y todos promueven el grado/año de estudio en el cual están matriculados, la tasa de abandono interanual debiera ser 0%. Cualquier valor por encima de cero indica un porcentaje de alumnos que habiendo estado inscripto en el sistema en un año lectivo determinado, al año siguiente no vuelve a matricularse, lo que define grados de ineficiencia interna dentro del sistema educativo. La tasa de abandono interanual en nuestro país es de 0,95%, sin embargo se destacan valores mayores en San Luis (3,4%), Misiones (3,2%) y Santiago del Estero (3,2%). (Figura 14)

Figura 14. Tasa de abandono interanual por jurisdicción y estrato. Año 2013.



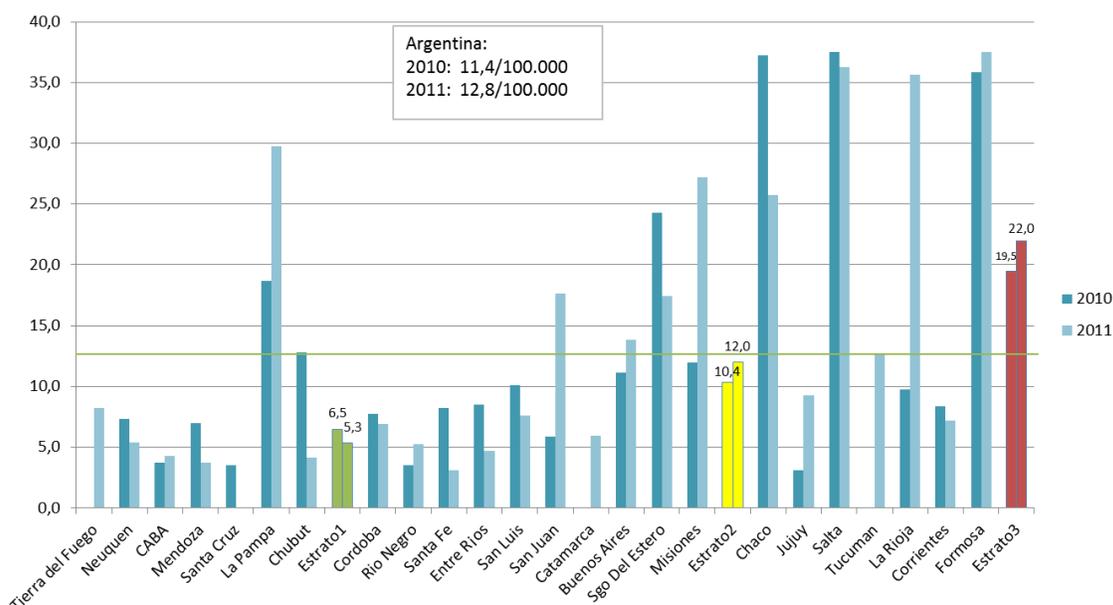
Fuente: Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa. Ministerio de Salud de la Nación. <http://portales.educacion.gov.ar/diniece/>

La relación de este indicador con las distintas variables en las que se desagrega, permite observar el fenómeno de la deserción desde distintos aspectos. Más allá de la consideración del mismo según distintas unidades territoriales o sectores de gestión, es necesario ponderarlo de acuerdo con los niveles de enseñanza. En ese sentido, y a los efectos de un adecuado análisis de los valores que asuma el indicador y de las políticas que del mismo puedan derivarse, existe una discusión entre los especialistas de la educación acerca de cuál deserción es más grave y determinante: aquella que se produce en los primeros años de la trayectoria escolar elemental o el abandono durante el curso del EGB3 y Polimodal, independientemente de que los valores del indicador puedan ser más elevados en este último caso y las causas, probablemente, diferentes.

## 4.2 Área Salud

En relación a la tasa de mortalidad por IRAB en menores de 5 años, la figura 15 nos muestra cómo el estrato 3 contiene las tasas mayores, comprometiendo nuevamente a provincias del NOA, Salta y La Rioja, que sorprendentemente en 2011 triplica las tasas del año anterior, lo cual pueda deberse a un mejoramiento en los registros estadísticos. Formosa y Chaco (NEA) triplican la media del país (12.8/100000).

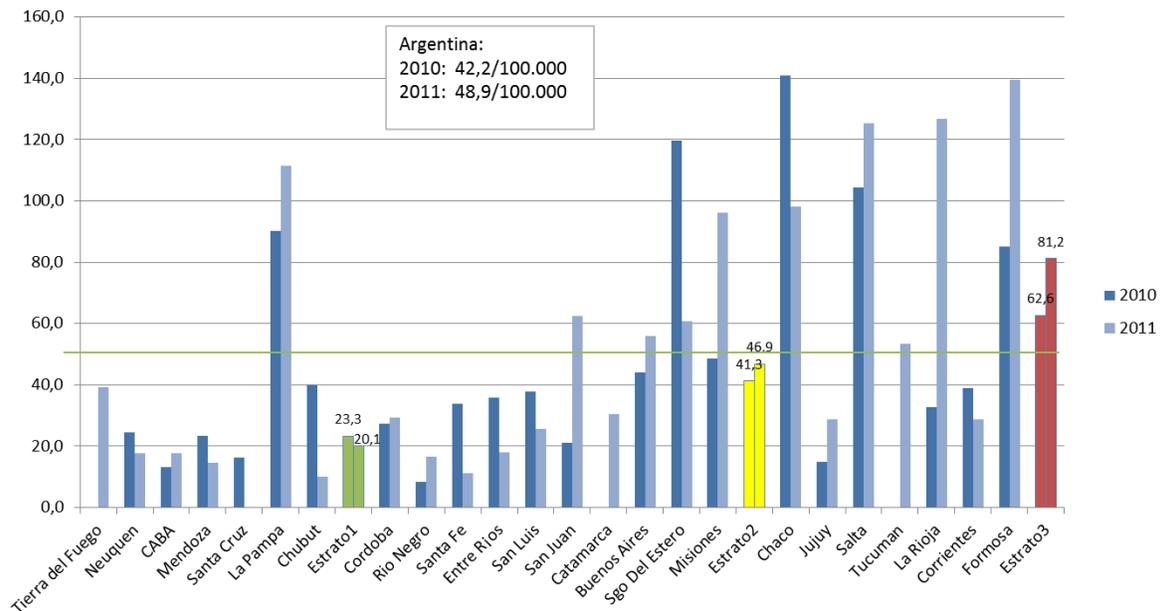
Figura 15. Tasa de mortalidad por IRAB en menores de 5 años por jurisdicción y estrato. Años 2010-2011.



Fuente: DEIS

Al analizar la Mortalidad por IRAB en menores de 1 año observamos que el estrato 3 tiene las mayores tasas específicas de mortalidad por IRAB especialmente en los menores de 1 año, correspondiendo principalmente a provincias que integran la región NEA (encabezada por Formosa y Chaco) y NOA (La Rioja y Salta con cifras similares). (Figura 16)

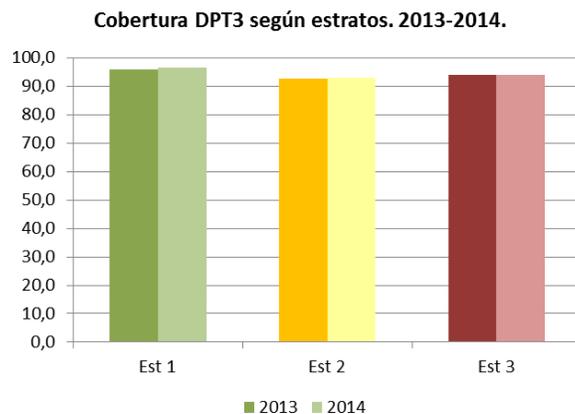
Figura 16. Tasa de mortalidad por IRAB en menores de 1 año por jurisdicción y estrato. Años 2010-2011.



Fuente: DEIS

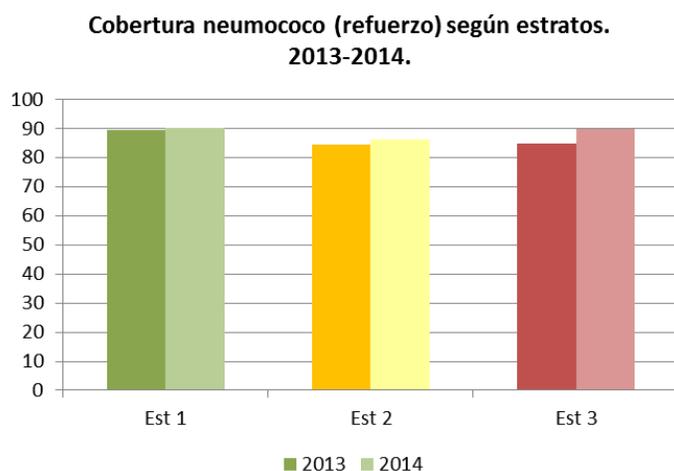
Teniendo en cuenta la estratificación de los datos del país según las tasas de mortalidad infantil en el trienio 2011-2013. Si bien la cobertura impresiona homogénea, DPT3 y neumococo logran una cobertura mayor al 90% en el estrato 1. Triple viral, logra mayor cobertura en el estrato 3. (Figuras 17 a 19)

Figura 17. Coberturas de 3ª dosis de vacuna quintuple según estratos. Años 2013-2014.



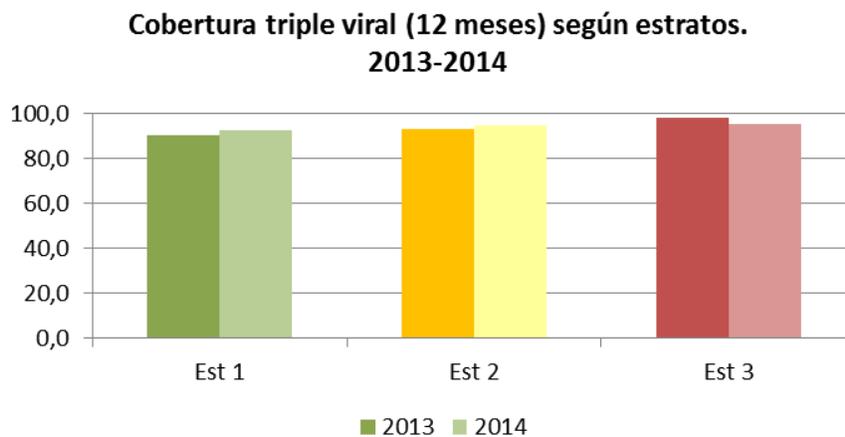
Fuente: Dirección nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. DiNaCEI.

Figura 18. Coberturas de refuerzo de vacuna neumococo según estratos. Años 2013-2014.



Fuente: Dirección nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. DiNaCEI.

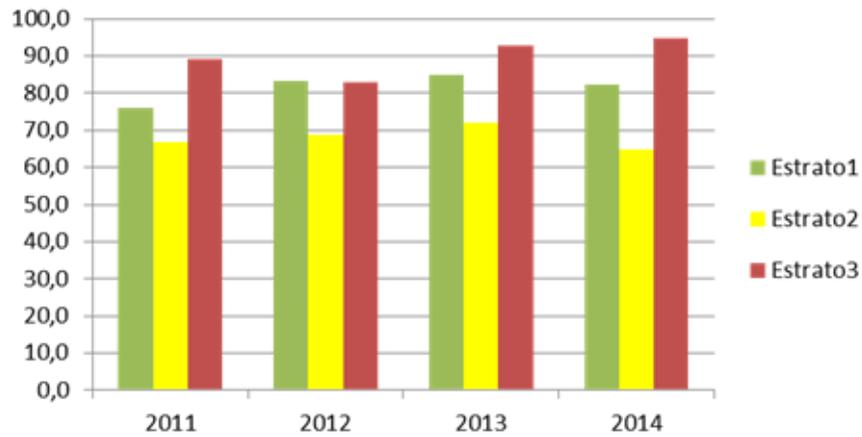
Figura 19. Coberturas de refuerzo de vacuna neumococo según estratos. Años 2013-2014.



Fuente: Dirección nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. DiNaCEI.

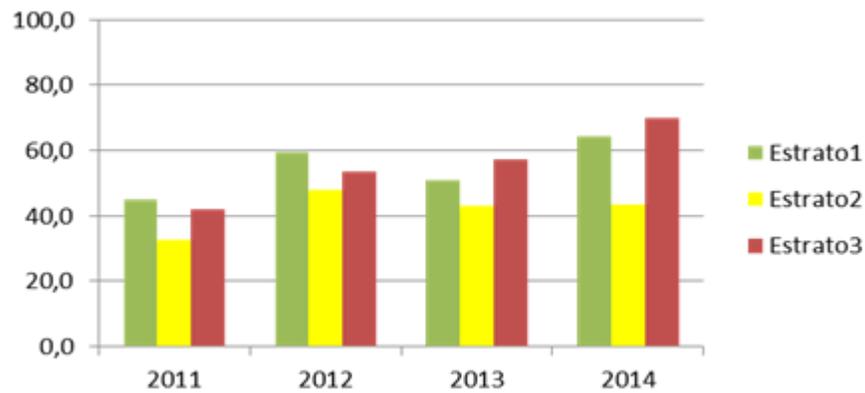
En cuanto a la 1era y 2da dosis, las coberturas total país, son homogéneas sin diferencias significativas entre los estratos. Para ambas dosis, las coberturas son menores en el estrato 1. (Figuras 20 y 21)

Figura 20. Coberturas de 1º dosis de vacuna antigripal según estratos. Años 2013-2014.



Fuente: Dirección nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. DiNaCEI.

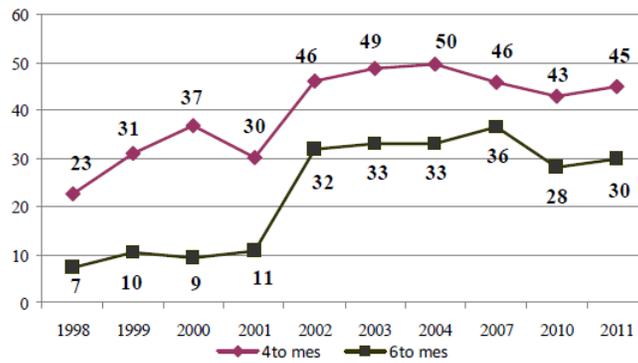
Figura 21. Coberturas de 2º dosis de vacuna antigripal según estratos. Años 2013-2014.



Fuente: Dirección nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. DiNaCEI.

La información publicada no nos permitió realizar el análisis por jurisdicción y/o estrato. Sin embargo, en la figura 22, nos permite afirmar que hay una tendencia ascendente de la proporción de lactancia materna a los 4 y 6 meses.

Figura 22. Lactancia materna. Evolución de los porcentajes de LME al 4º y 6º mes de vida. Argentina. 1998-2011.



Fuente: elaboración propia DINAMI (Situación de la lactancia materna en la Argentina 2011)

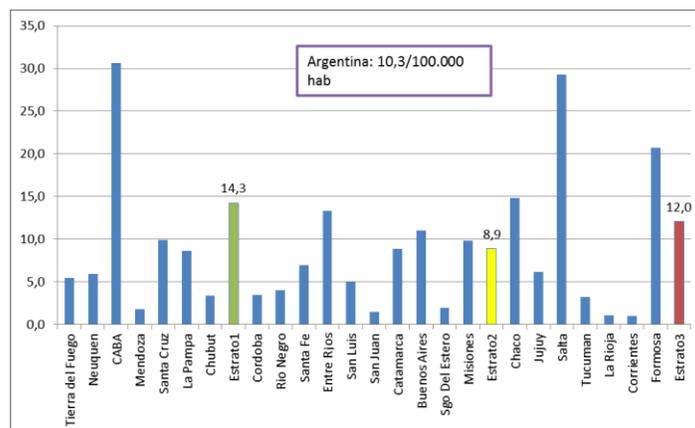
Figura 23. Porcentaje de LME antes del 6º mes por provincia. Argentina. \*Incluye en antes del 6 meses a los que presentan exclusiva hasta las 4 meses por eso es más alto.

Provincia	Cantidad de encuestas 0-6 meses	Porcentaje de LME antes del 6to mes
Buenos Aires	13.893	49
Chaco	376	79
Chubut	1.500	60
Corrientes	638	46
Entre Ríos	346	58
Formosa	792	61
Jujuy	928	65
La Pampa	1.014	51
Misiones	2.714	56
Río Negro	574	69
Salta	3.196	63
San Juan	649	48
Santa Cruz	569	51
Santiago del Estero	458	82
<b>Nacional</b>	<b>28.680</b>	<b>54</b>

Fuente: Elaboración propia de la DINAMI. Sólo se calculó el porcentaje de LME antes del 6to mes para aquellas provincias con aproximadamente 400 encuestas.

Las tasas de notificación de tuberculosis en <5 años son dispares. Puede estar evidenciándose una subnotificación en los restantes estratos. Salta encabeza la región NOA en el estrato 3, casi triplicando la tasa global de 10.3/100000hab. (Figura 24)

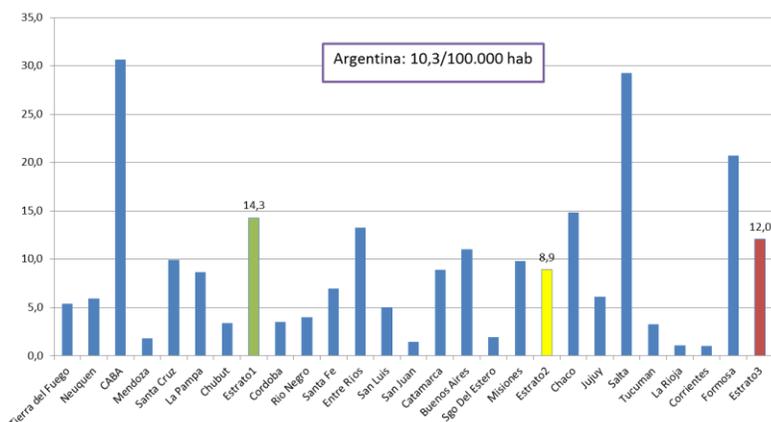
Figura 24. Tuberculosis. Tasa de notificación en menores de 5 años por jurisdicción y estrato.



Fuente: OMS-SAP-UNICEF: Hacia cero muertes por tuberculosis. Situación de la Tuberculosis Pediátrica y del Adolescente en Argentina. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER-Coni) ANLIS.

Hasta el 12 de agosto de 2015 las 24 jurisdicciones notificaron 355 casos de TB en menores de 15 años. (Figura 25)

Figura 25. Tuberculosis. Tasa de mortalidad en menores de 15 años por jurisdicción y estrato.

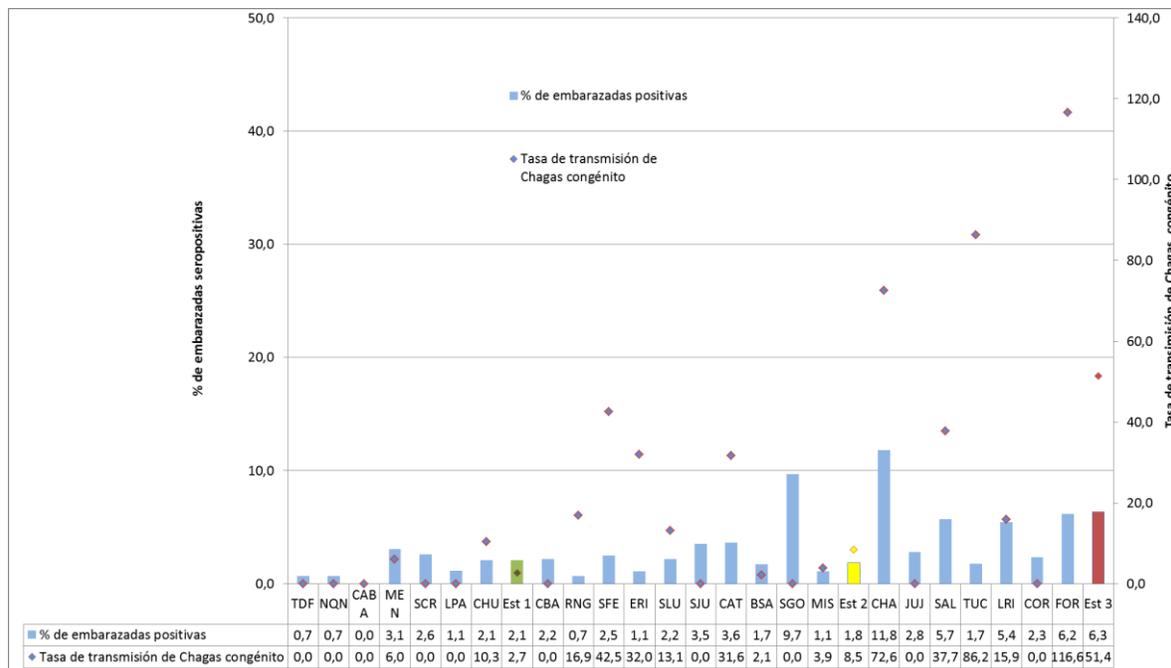


Fuente: OMS-SAP-UNICEF: Hacia cero muertes por tuberculosis. Situación de la Tuberculosis Pediátrica y del Adolescente en Argentina. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER-Coni) ANLIS.

Estimaciones (OPS, 2006) indican que en Argentina habría 7.300.000 personas expuestas, 1.600.000 infectadas y más de 300.000 afectadas por cardiopatías de origen chagásico. Seroprevalencia de Chagas en embarazadas de Argentina 6,8 % en 2000 y de 4,2% en 2009. Se estima que cada año nacen 1.300 niños infectados por transmisión congénita. 9/10 niños tratados en fase aguda y 7/10 tratados en fase crónica se curan.

La seroprevalencia de T. cruzi en embarazadas fue de 3.3%; con una tendencia en general en disminución. Las provincias de Chaco, Sgo. Del Estero, Formosa, Salta y La Rioja están por encima de la media nacional. Chaco y Santiago son las provincias con mayor porcentaje de embarazadas positivas. (Figura 26)

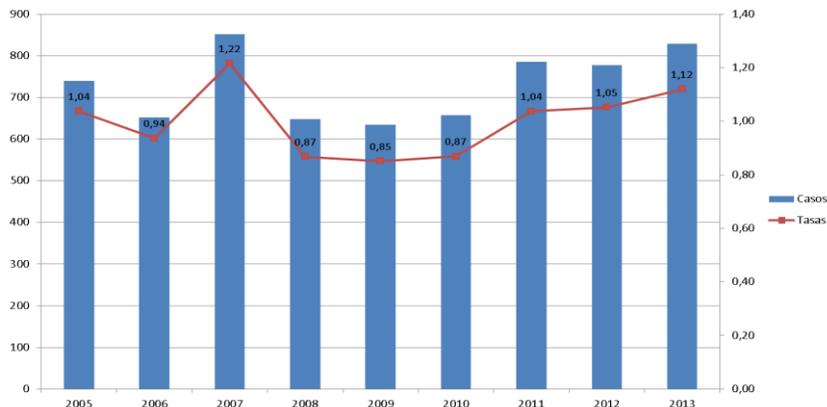
Figura 26. Chagas congénito por jurisdicción y estrato. Argentina. 2012.



Fuente: Spillman et al. Análisis de la situación epidemiológica de la enfermedad de chagas en argentina: avances en el control, 2012. Rev Argent Salud Pública, Vol. 4 - Nº 15, Junio 2013.

En los últimos 3 años notificados (2010-2013) se observa un aumento en el número de casos lo que se correlaciona con el aumento de las tasas. (Figura 27)

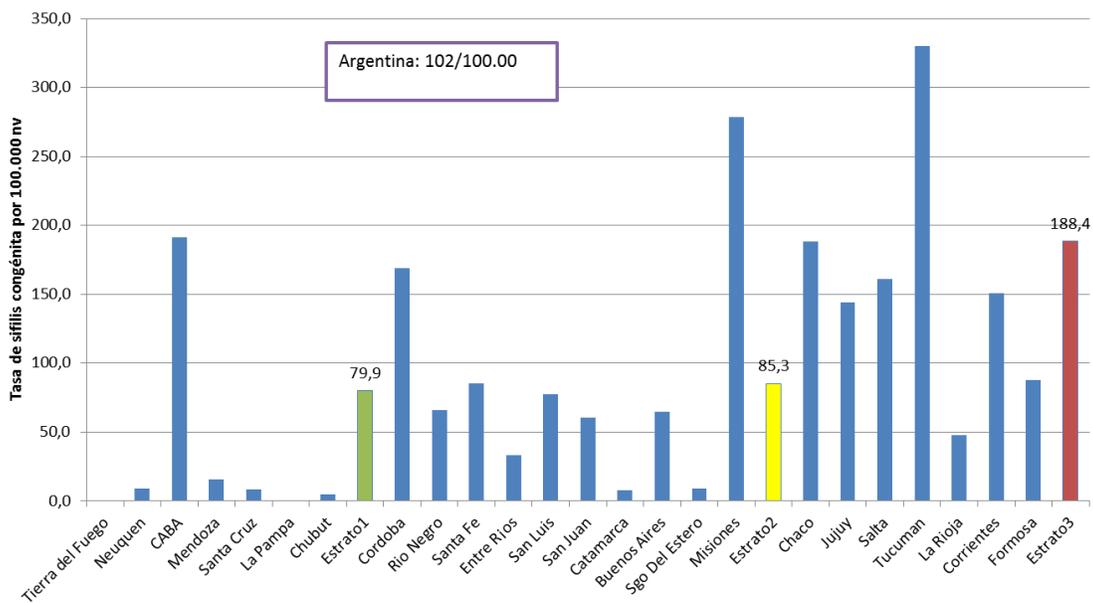
Figura 27. Sífilis congénita. Casos y tasas. Argentina. Años 2005-2013.



Fuente: Dirección de Sida y ETS. Ministerio de Salud de la Nación

Teniendo en cuenta la información obtenida por el SNVS la cobertura de RN estudiados hijos de madres positivas para T. cruzi y notificados en SIVILA es menor al 20%. La mayor tasa de transmisión de Chagas congénito se observa en el estrato 3. En Argentina la tasa de Sífilis congénita por 100.000 nacidos vivos es de 102/100.000. Las tasas de notificaciones son dispares. La mayor incidencia se observa en el estrato 3. (Figura 28)

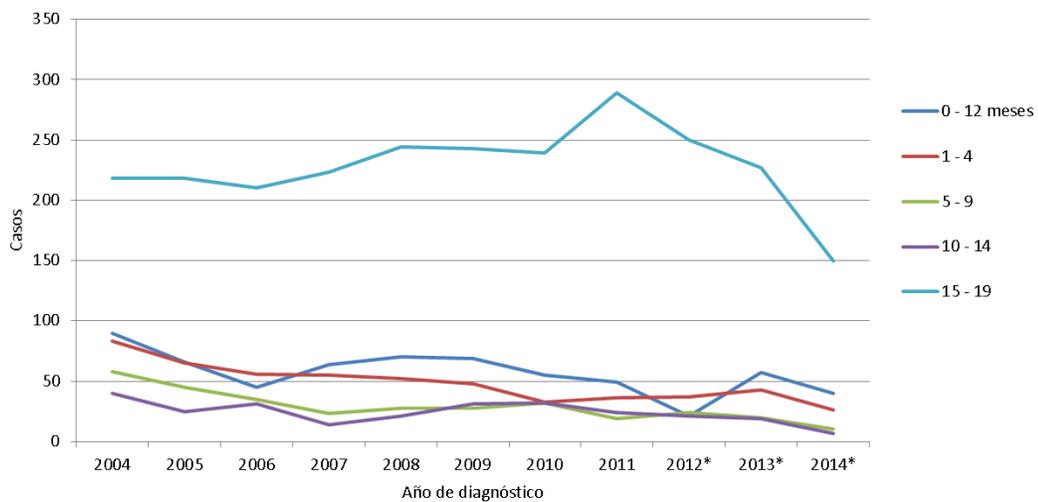
Figura 28. Tasa de Sífilis congénita por jurisdicción y estrato. Año 2013.



Fuente: Dirección de Sida y ETS. Ministerio de Salud de la Nación

Entre 2004 y 2014 se notificaron 1.956 casos de VIH en menores de 14 años representando el 15% de los casos notificados por debajo de los 24 años. En el grupo de menores de 14 años se ha producido un descenso significativo dado que pasó de representar el 25% de los diagnósticos notificados en personas de 0 a 24 años en 2003 al 11% en 2013. (Figura 29) Sin embargo este descenso durante los últimos dos años debe ser interpretado con reservas, debido al retraso en las notificaciones.

Figura 29. Casos de niños/as y adolescentes con VIH según año de diagnósticos en menores de 14 años. Argentina. Años 2004-2014.

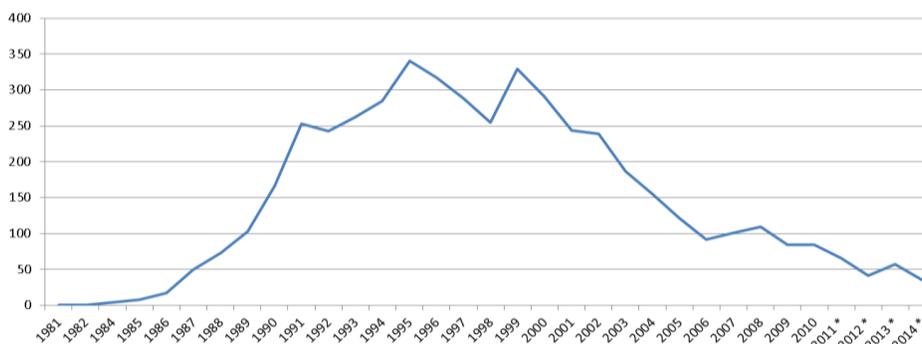


Fuente: Dirección de Sida y ETS. Ministerio de Salud de la Nación

Mientras que la cantidad de diagnósticos en adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años se mantiene relativamente constante a lo largo de los años, los que corresponden a niños/as de 0 a 14 años van disminuyendo a lo largo de la década, desde un pico de 333 en 2002 hasta descender a menos de la mitad en los últimos años.

La tasa de transmisión vertical, es la situación en que el niño es infectado por el VIH durante el embarazo, el parto o a través de la lactancia materna. El 91% de los niños y niñas diagnosticados entre 2001 y 2010 se infectaron por transmisión perinatal. Para su análisis se tomó el período 1981-2014 como puede verse en la figura 28.

Figura 30. Casos de transmisión vertical de VIH según año de nacimiento, Argentina. Años 1981-2014.



Fuente: Dirección de Sida y ETS. Ministerio de Salud de la Nación

La tasa de transmisión vertical se ubicó en el 4,5%, en el 2014 a pesar de los logros obtenidos en el país con la extensión del diagnóstico prenatal, la ampliación de la notificación, la profilaxis con antirretrovirales y la sustitución de la lactancia. El 1,2% (117) de los varones y el 3,1% (148) de las mujeres diagnosticadas corresponden a casos de transmisión vertical. Argentina: 2013 5,1% y 2014 4,5%.

## 4. Conclusiones

- ✓ Estratos de mejor situación en cuanto a la TMI, correlacionan con la línea de la pobreza no así con indigencia
- ✓ Todos los indicadores presentan mejores resultados para el estrato 1 (de menor TMI)
- ✓ Se observa heterogeneidad al interior de cada estrato
- ✓ Todos los indicadores presentan mejores resultados para el estrato 1 (de menor TMI)
- ✓ Se destaca el peor comportamiento en el 2° estrato en cuanto a cobertura de agua y de cloacas (Sgo. del Estero, Misiones)
- ✓ La tasa de asistencia escolar en niños entre 6-11 años mostró homogeneidad en todos los estratos

- ✓ Casi todas las jurisdicciones muestran diferencias positivas en cuanto a la completud del nivel primario de la población que asistió a un establecimiento educativo. Las mismas varían entre un 4,6 y un 0,3.
- ✓ En cuanto al analfabetismo estas diferencias se acentúan.
- ✓ Las mayores diferencias entre los estratos se observan en las tasas de sobreedad y repitencia
- ✓ En todos los indicadores el Estrato 1 se encuentra en mejor posición, sin embargo, no hay grandes diferencias entre los estratos 2 y 3.
- ✓ En cuanto a la mortalidad por IRAB el estrato 3 tiene las mayores tasas específicas de mortalidad por IRAB especialmente en los menores de 1 año.
- ✓ Se destacan las provincias del NEA y NOA entre las mayores tasas de mortalidad por IRAB.
- ✓ Las coberturas de vacunación son homogéneas en todo el país, sin diferencias importantes entre los estratos.
- ✓ Las coberturas de vacunación antigripal son menores el Estrato 1 para ambas dosis.
- ✓ Las tasas de notificación de tuberculosis en <15 años son dispares. El Estrato 1 presenta las mayores tasas. Puede estar evidenciándose una subnotificación en los restantes estratos. Las mayores tasas de mortalidad se observan en el estrato 1 y 3.
- ✓ La seroprevalencia de T. cruzi en embarazadas fue de 3.3%; con una tendencia en general en disminución. Las provincias de Chaco, Sgo. Del Estero, Formosa, Salta y La Rioja están por encima de la media nacional. Teniendo en cuenta la información obtenida por el SNVS la cobertura de RN estudiados hijos de madres positivas para T. cruzi y notificados en SIVILA es menor al 20%.
- ✓ Las tasas de notificación de sífilis congénita son dispares. La mayor incidencia de sífilis congénita se observa en el estrato 3.
- ✓ Se observa una tendencia en descenso de la transmisión vertical de VIH.