

# OBSERVATORIO DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA UNA HERRAMIENTA PARA LA ACCIÓN, PRIMEROS RESULTADOS.

Informe 2020

Coordinadora General:  
Dra. Ángela Gentile

Integrantes:  
Mg. Juan Ignacio Degiuseppe  
Dra. María del Valle Juárez  
Dra. María Florencia Lucion



## Contenido

Antecedentes .....	2
Objetivos .....	4
Objetivo general.....	4
Objetivos específicos .....	4
Objetivo adicional .....	5
Métodos.....	5
Metodología estadística:.....	5
Resultados.....	6
Indicadores seleccionados por área.....	6
Área socioeconómico-ambiental .....	6
Área de Salud .....	19
Área de Educación .....	44
Conclusiones .....	60
Área socioeconómica ambiental.....	61
Área salud .....	61
Área educación .....	61
Propuestas .....	62
Referencias.....	62

## 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 (el 26% de los/as adolescentes de 17 años no estudia según la Encuesta Nacional de Hogares del 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.

El 31 de diciembre de 2019, China notificó la detección de casos confirmados por laboratorio de una nueva infección por coronavirus (COVID-19) que posteriormente fue reportada en varios países de distintos continentes. El 30 de enero de 2020, el Director General de la OMS declaró que el brote del nuevo coronavirus constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII)

en el marco del Reglamento Sanitario Internacional. El 11 de marzo de 2020, el Director General de la OMS declaró el estado de pandemia. Al mes de febrero de 2021, el total de casos confirmados en Argentina supera los 2 millones de casos y más de 51.000 fallecidos.

En este contexto, consideramos fundamental observar el comportamiento de determinantes sociales, de educación, económicos y de salud previo a esta situación sanitaria para poder ver a futuro cómo pudieron verse influenciados por la pandemia en curso.

Dado que esta nueva situación epidemiológica, extraordinaria, genera cambios en las políticas sociales, económicas y de salud, tener un observatorio de la niñez que pueda medir el impacto de dichos cambios se constituirá en una herramienta útil para la toma de decisiones.

Uno de los productos de este trabajo será la confección de documentos que, en base a los datos analizados, permitan sacar conclusiones sobre cada uno de los determinantes que servirán a su vez como lecciones aprendidas para el futuro.

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 proyecto tiene la misión de hacer visibles 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.

La Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), 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 privados de la salud y movilizar a los decisores políticos para involucrarse, como parte fundamental en la resolución de problemas.

En el marco de un acuerdo conjunto con UNICEF y con su apoyo financiero, hace más de una década se publica el boletín de “Salud Materno-Infanto-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 las 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 estas, 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.

## Objetivos

### 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.

### Objetivos específicos

1. Identificar y priorizar indicadores de salud, sociales, educativos y ambientales a partir de datos oficiales publicados por provincia.
2. Determinar regiones de mayor riesgo/vulnerabilidad utilizando la mortalidad infantil como indicador estratificador.
3. Construir mapas de riesgo de acuerdo al análisis de los indicadores de salud, sociales, educativos y ambientales.
4. Realizar el diagnóstico de situación local y regional para establecer una agenda de prioridades.
5. Elaborar informes periódicos analizando los cambios en las tendencias de los distintos indicadores.
6. Difundir la información generada a través de la web, material gráfico, presentaciones y/o talleres.
7. Trabajar en conjunto con otros comités/subcomisiones de la SAP para definir estrategias para el tratamiento de temas prioritarios.
8. Proponer recomendaciones de políticas públicas a la Comisión Directiva de la SAP a los fines de tomar decisiones sobre tratamiento de temas priorizados.
9. Construir, en base a la información analizada, un indicador compuesto que abarque diferentes dimensiones y refleje fielmente la inequidad entre jurisdicciones.

## Objetivo adicional

Establecer la carga de enfermedad, características y evolución del COVID-19 en la población pediátrica argentina.

## Métodos

### Metodología estadística:

Se describieron y analizaron diversos indicadores de las áreas socioeconómico-ambientales, educación y salud en niños, niñas y adolescentes de Argentina durante el período 2014-2018. La información se obtuvo a partir de fuentes secundarias oficiales (ver Anexo I - Indicadores). Los datos fueron desagregados por jurisdicción y por las 5 regiones económicas argentinas (Noroeste Argentino, Nordeste Argentino, Cuyo, Centro y Patagonia). Se construyeron mapas de riesgo nacional desagregado por jurisdicción definiendo zonas más vulnerables e inequidades. Se utilizó la media nacional y regional, con el fin de detectar estas áreas y determinar prioridades.

Adicionalmente, estos indicadores se estratificaron en cuartiles según las tasas de mortalidad infantil del quinquenio mencionado. Se seleccionó 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 sanitaria de los niños y de los adolescentes y es uno de los ejes principales sobre los que se analizan otros indicadores que reflejan las condiciones socioeconómicas y ambientales en las que viven. La tasa de mortalidad infantil (TMI) 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 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 en algunas regiones de nuestro país. 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 Nordeste Argentino (NEA).

Por otra parte, se evaluó la articulación de los determinantes estructurales de la mortalidad en la infancia con las condiciones de vida y con los factores biológicos y culturales del nivel familiar. Para esto se utilizó el indicador de necesidades básicas insatisfechas.

## Resultados

### Indicadores seleccionados por área

#### Área socioeconómico-ambiental

En el grupo de indicadores del área socioeconómico-ambiental se seleccionaron aquellos que reflejan de algún modo las condiciones de vida y/o la calidad de acceso a la salud que posee la población. Esto podría identificar potenciales situaciones de vulnerabilidad en diversas regiones de Argentina y cómo se relacionan con diversos indicadores de salud infantil y adolescente.



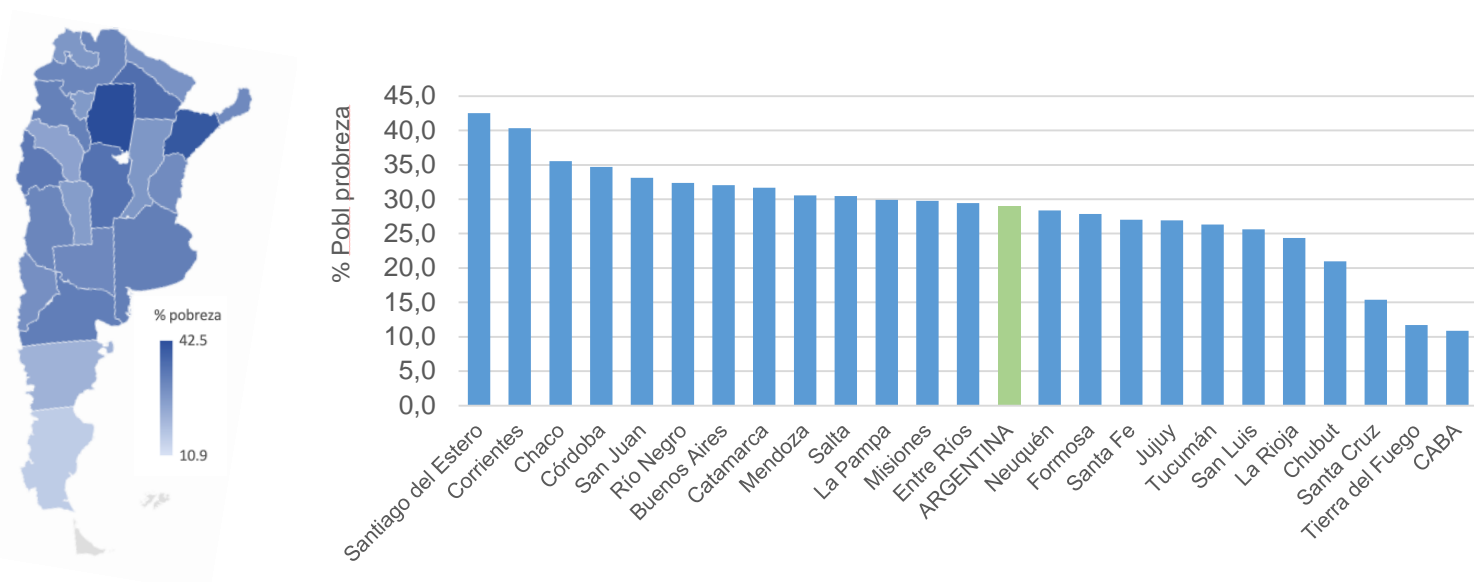
#### Población en condiciones de pobreza e indigencia

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

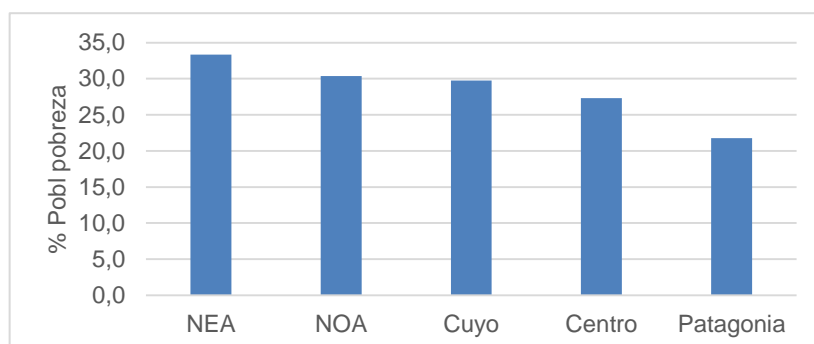
Ambas canastas no son homogéneas para toda la población de referencia y se ajustan de acuerdo con algunas características de los hogares y sus componentes. A efectos de dar continuidad a la serie histórica de las estimaciones de pobreza e indigencia, para el total de los aglomerados urbanos, el INDEC 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.

Con respecto al primer indicador, un tercio de la población argentina vivió en condiciones de pobreza en el último quinquenio. Asimismo, la distribución entre las jurisdicciones fue muy heterogénea, ya que se observó una brecha de cuatro veces entre la jurisdicción con la mayor proporción de población en condición de pobreza (42,5%) y aquella con la menor proporción (10,9%). En el análisis regional, el NOA, NEA y Cuyo son las que presentan los mayores valores. Por otra parte, al analizar según la variable de estratificación (TMI), observamos una diferencia del 5% de la población que vive en condiciones de pobreza entre el estrato con la menor tasa de mortalidad infantil y el estrato con las mayores tasas.

*Población que vive en condiciones de pobreza por jurisdicción y total país. Argentina, 2016-2018*

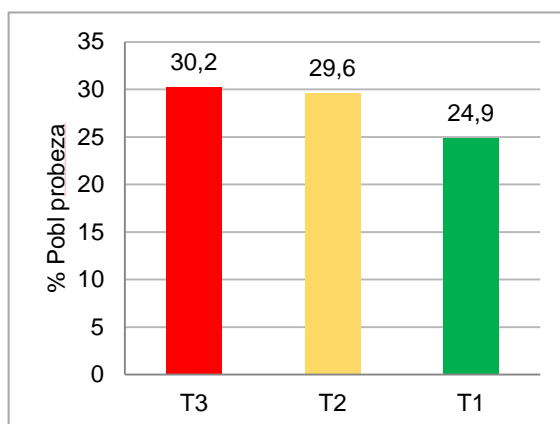


*Población que vive en condiciones de pobreza por región. Argentina, 2016-2018*



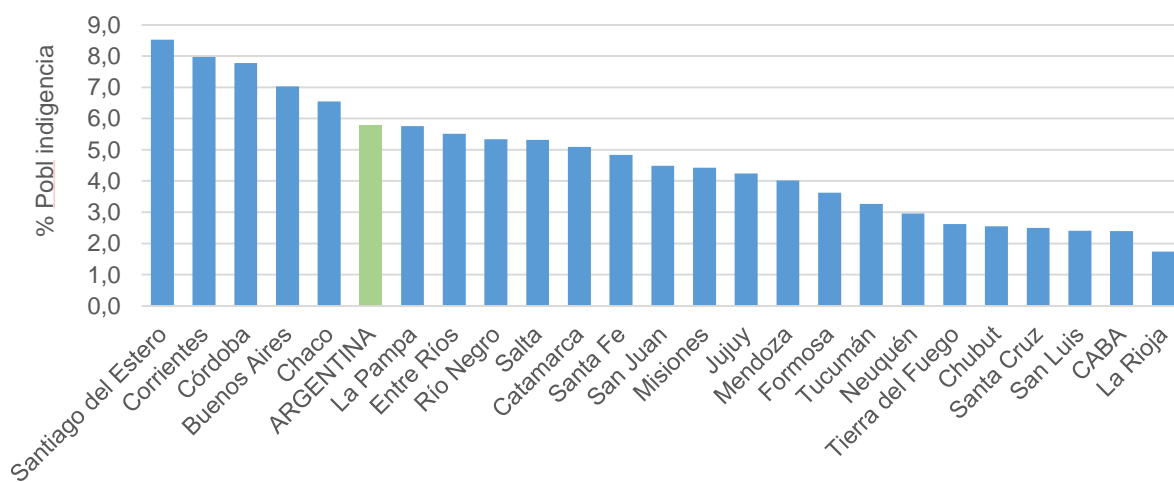
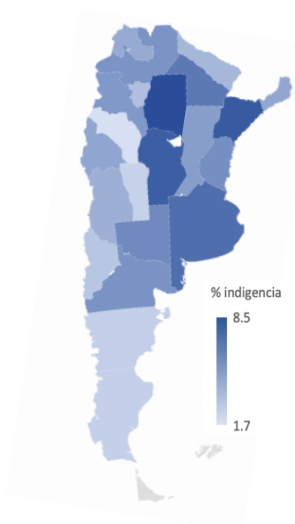


Proporción de la población que vive en condiciones de pobreza en función de los estratos de tasa de mortalidad infantil (TMI) por terciles. Argentina, 2014-2018.

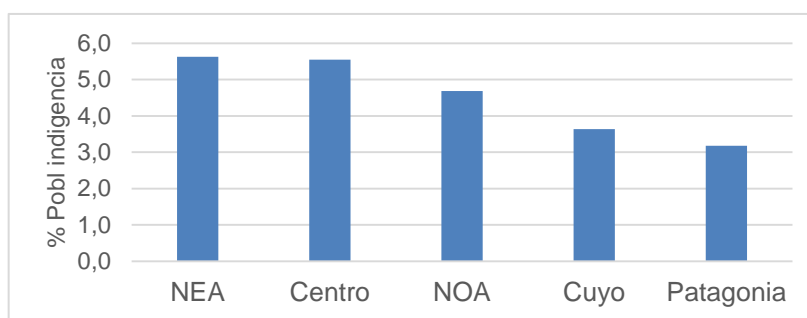


Por otra parte, el 6% de la población argentina vivió en condiciones de indigencia en el último quinquenio. Los mayores valores se observaron en las regiones NOA, Centro y NEA y la distribución entre las jurisdicciones muestra nuevamente un perfil heterogéneo con una brecha de 5 veces entre el porcentaje de la población que vive en condiciones de indigencia entre los extremos (1,7 vs. 8,5%). Asimismo, al momento de analizar este indicador según los estratos de la tasa de mortalidad infantil, no observamos diferencias significativas en la relación.

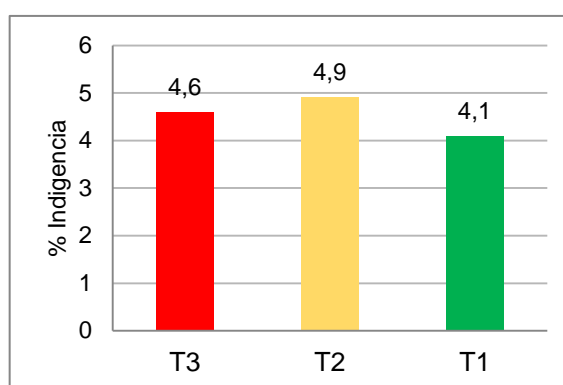
Población que vive en condiciones de indigencia por jurisdicción y total país. Argentina, 2016-2018



*Población que vive en condiciones de indigencia por región. Argentina, 2016-2018*



*Proporción de la población que vive en condiciones de indigencia en función de los estratos de tasa de mortalidad infantil (TMI) por terciles. Argentina, 2014-2018.*

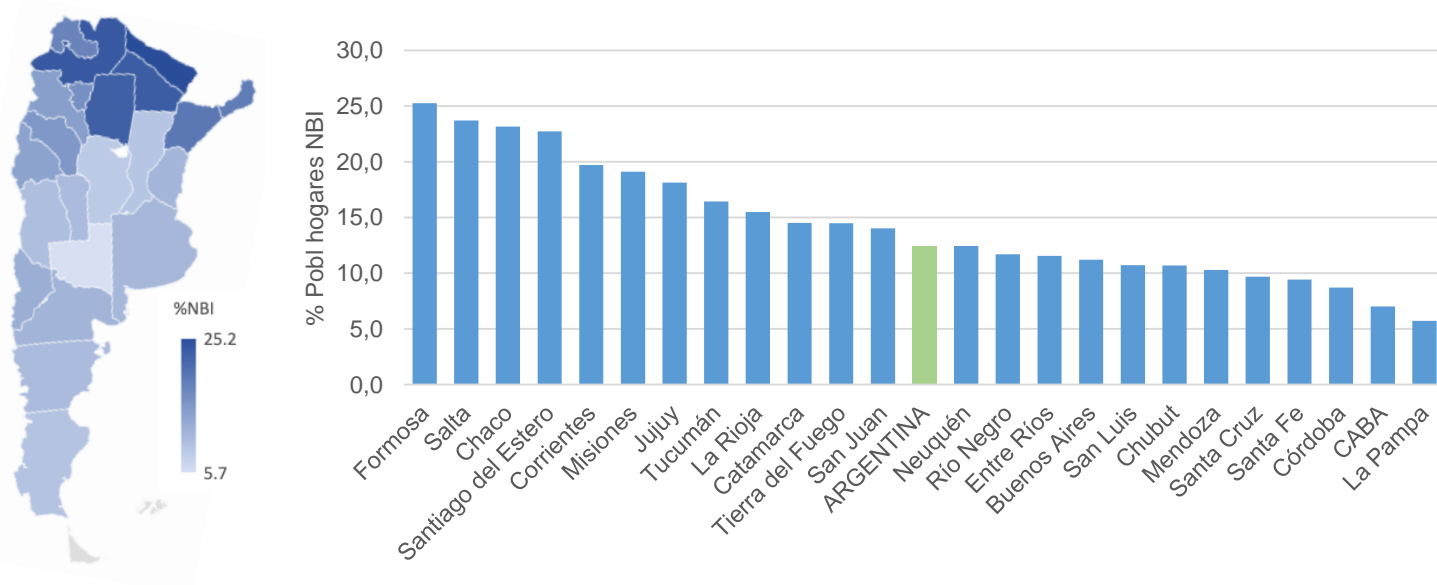


### Población que vive en hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas

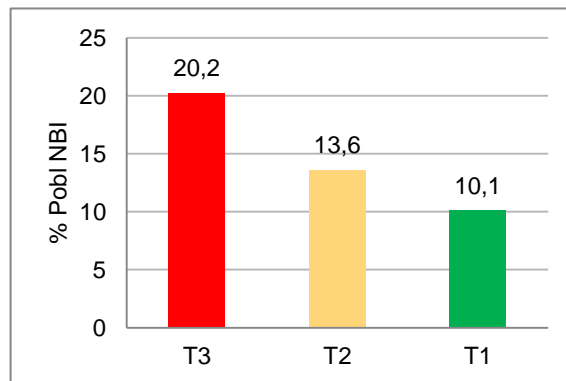
El indicador Porcentaje de población que vive en hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) se obtiene de los Censos Nacionales de Hogares, Poblaciones y Viviendas. El INDEC define este parámetro como “aquellos hogares que presentan al menos una de las siguientes condiciones de privación: i. Hacinamiento crítico: hogares con más de tres personas por cuarto; ii. Vivienda: hogares que habitan una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo, lo que excluye casa, departamento y rancho); iii. Condiciones sanitarias: hogares que no tienen retrete o tienen retrete sin descarga de agua; iv. Asistencia escolar: hogares que tienen al menos un niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asiste a la escuela; v. Capacidad de subsistencia: hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado, cuyo jefe no hubiese completado el tercer grado de escolaridad primaria”. Este es uno de los indicadores más ampliamente utilizados en la literatura como *proxy* de situación de pobreza. Si bien presenta algunas limitaciones en cuanto a su alcance, describe aspectos referentes a las condiciones higiénico-sanitarias, educación y el sustento económico (Anexo I - Indicadores).

Al momento de analizar las Necesidades Básicas Insatisfechas, globalmente más del 12% de la población argentina vive en hogares con necesidades básicas insatisfechas. Pero lo más importante es que se observa nuevamente una distribución heterogénea del indicador entre las jurisdicciones, con una brecha de casi 5 veces entre los extremos (5,7 vs. 25,2%). Esto representa que hay jurisdicciones con un cuarto de su población viviendo con NBI, mientras que en otras la proporción es menor a 1 cada 10 habitantes. Cuando lo analizamos según los diversos estratos de la tasa de mortalidad infantil, se observa más claramente la relación entre las necesidades básicas insatisfechas y las tasas, ya que el porcentaje de NBI resulta el doble en el estrato con mayores tasas de mortalidad infantil en comparación con el estrato que presenta las menores tasas. Si utilizamos la tasa de mortalidad infantil como un indicador indirecto del estado de salud de una población, este resultado puede interpretarse como que a mayor proporción de población que vive con necesidades básicas insatisfechas, se observan peores condiciones de salud. Asimismo, este indicador se relaciona mejor con la TMI que los de población viviendo en condiciones de pobreza e indigencia porque, en definitiva, las NBIs contemplan más variables que la sola privación monetaria para acceder a las canastas básicas, sino que, además de tener en cuenta la capacidad de subsistencia, considera también la situación habitacional, las condiciones sanitarias y la asistencia escolar, lo que representa mejor el concepto de pobreza estructural.

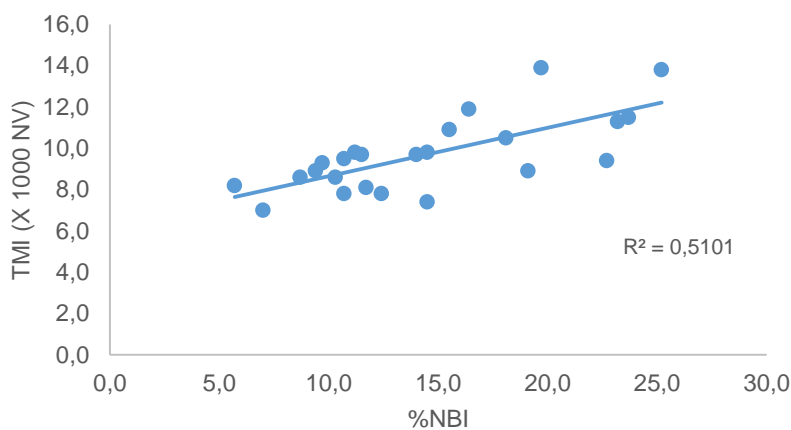
*Población que vive en hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) por jurisdicción y total país. Argentina, 2010*



Proporción de la población que vive en hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) en función de los estratos de tasa de mortalidad infantil (TMI) por terciles. Argentina, 2010



Asociación entre la tasa de mortalidad infantil y la proporción de la población que vive en hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI). Argentina, 2014-2018 (TMI) y 2010 (NBI)



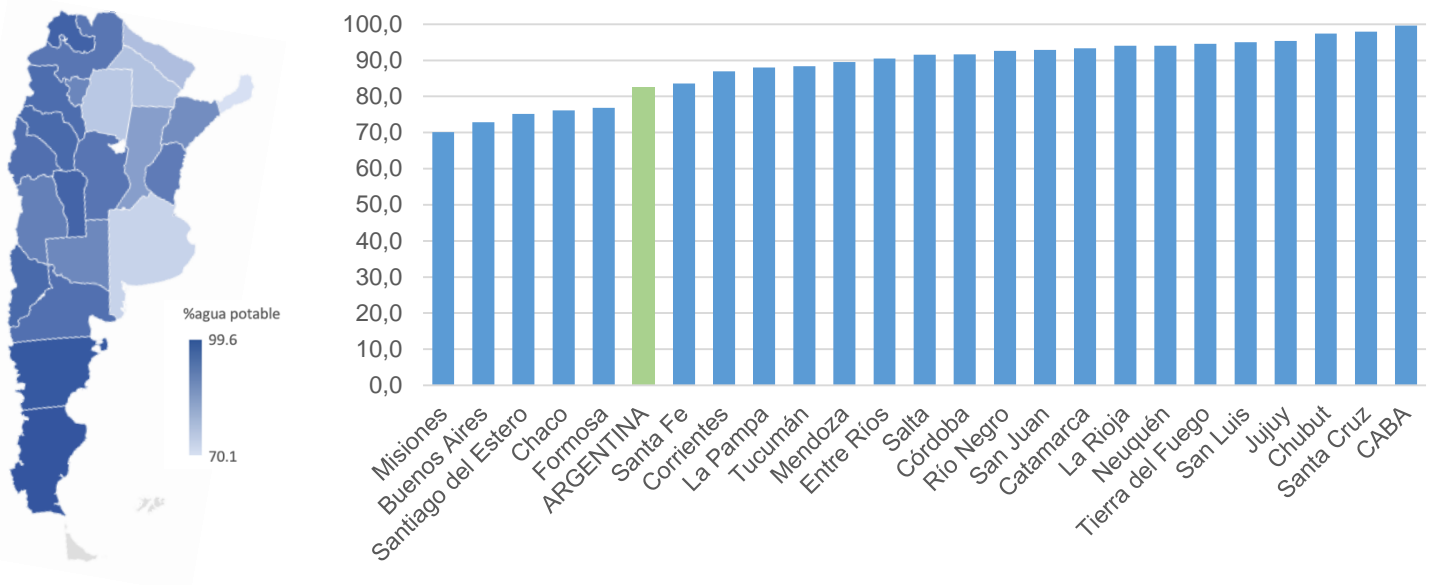
### Población con acceso al agua potable

La conexión a servicios básicos es uno de los principales aspectos que aseguran la calidad de vida de la población. Se considera que aquellas personas cuya procedencia del agua utilizada para beber y cocinar no proviene de una red pública (entendida como el sistema de captación, tratamiento y distribución se realiza mediante una red de tuberías comunal controlada por autoridades públicas) tienen mayor riesgo ambiental en salud (Anexo I - Indicadores).

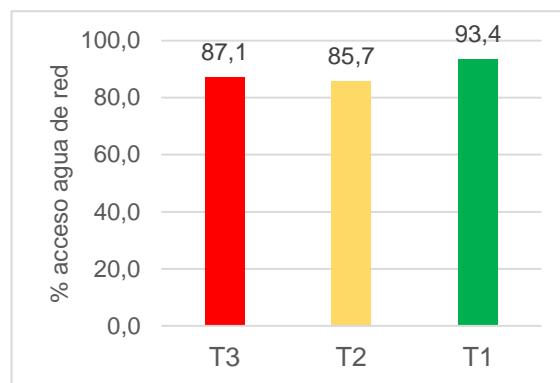
Con respecto al agua potable, aproximadamente un 20% de la población argentina no tiene acceso a agua de red pública. Por otra parte, la distribución es algo más homogénea. Se observa que el estrato con menor tasa de mortalidad infantil es aquel que tiene mayor acceso al agua potable, lo

que se puede interpretar como que cuanto mayor es el acceso, mejores son las condiciones de salud.

Porcentaje de población con acceso a agua de red por jurisdicción y total país. Argentina, 2010



Proporción de la población con acceso a agua de red en función de los estratos de tasa de mortalidad infantil (TMI) por terciles. Argentina, 2010

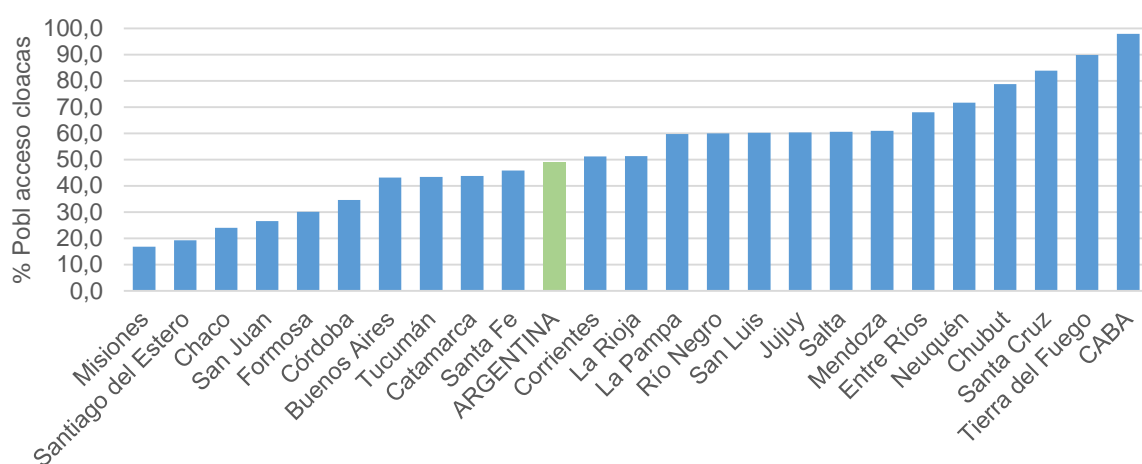
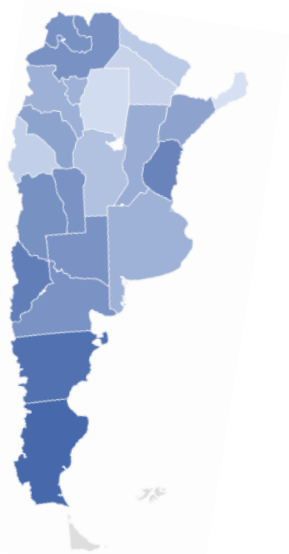


### Población con acceso a cloacas

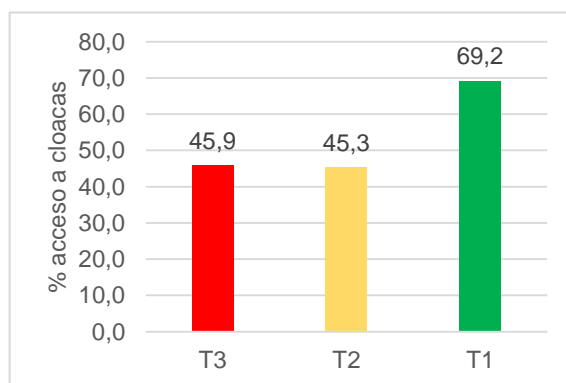
La recolección y alejamiento de las aguas servidas por medio de un servicio centralizado elimina la posibilidad de que éstas contaminen los suelos, los cursos de agua y/o las napas subterráneas en el área cubierta por el servicio. En este sentido, la disponibilidad de desagüe a red pública cloacal es también de suma importancia para la calidad de vida de las personas que habitan las viviendas, y contribuye a evitar serios riesgos sanitarios (Anexo I - Indicadores).

Contrariamente a lo que se observa en el acceso a agua potable, solo la mitad de los hogares de nuestro país tienen acceso a la red pública de desagüe. Por lo tanto, en este caso se observa una mayor desigualdad en el acceso a cloacas, con una brecha de hasta 6 veces entre la jurisdicción con el menor acceso (16,8%) y la jurisdicción con el mayor acceso (97,9%). Al observar el mapa de distribución, estas diferencias no se corresponden, al menos en su totalidad, con posibles determinantes geográficos que potencialmente pudiesen impedir el acceso. Nuevamente, en el análisis según estratos de mortalidad infantil, se observa que el estrato con la menor tasa es aquel que tiene el mayor acceso a cloacas.

Porcentaje de población con acceso a cloacas por jurisdicción y total país. Argentina, 2010



Proporción de la población con acceso a cloacas en función de los estratos de tasa de mortalidad infantil (TMI) por tercios. Argentina, 2010



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

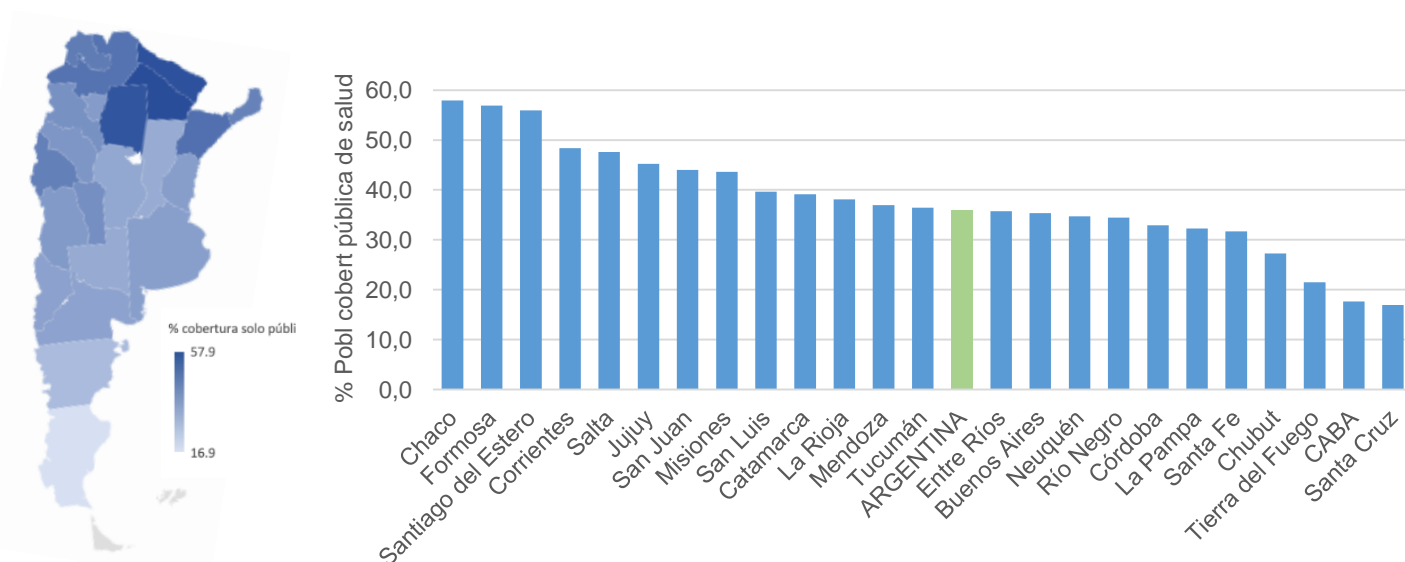
La población sin cobertura de obra social o sistema prepago es la población objetivo del sistema público de la salud y, por ende, es la que mejor se refleja en este indicador. Se considerarán aquellas personas que habitan viviendas particulares que declaran al momento de ser encuestados que no poseen una obra social (incluyendo PAMI), una prepaga por derivación de aportes o por contratación voluntaria, o se encuentran percibiendo un programa o plan estatal de salud (Anexo I - Indicadores).

El acceso y la utilización de los servicios de atención de salud son determinantes esenciales no solo para una buena salud sino también para alcanzar la equidad sanitaria. Es que el sistema de atención de salud es en sí mismo un determinante social de la salud.

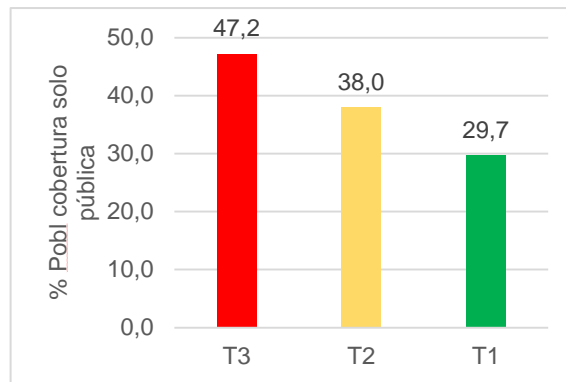
El 35% de la población argentina depende únicamente de la cobertura pública de salud y las jurisdicciones en la cual esta proporción es aún mayor, son esencialmente aquellas de las regiones NOA y NEA, por lo cual en esa zona es donde se espera que se genere una mayor carga sobre el sistema público de salud. Entre las jurisdicciones se observa una distribución heterogénea de este indicador, con una brecha mayor a tres veces entre aquella con la menor proporción y la de mayor proporción (16,9 vs. 57,9%).

Al analizarlo según los estratos de mortalidad infantil como indicador indirecto de las condiciones de salud, observamos que la población que más depende de la cobertura de salud pública presenta peores condiciones de salud. Alrededor de la mitad de la población que pertenece al estrato con la mayor tasa de mortalidad infantil depende únicamente de la cobertura pública. Asimismo, es muy interesante observar que este indicador presenta el mismo nivel de relación con la tasa de mortalidad infantil que el indicador de necesidades básicas insatisfechas.

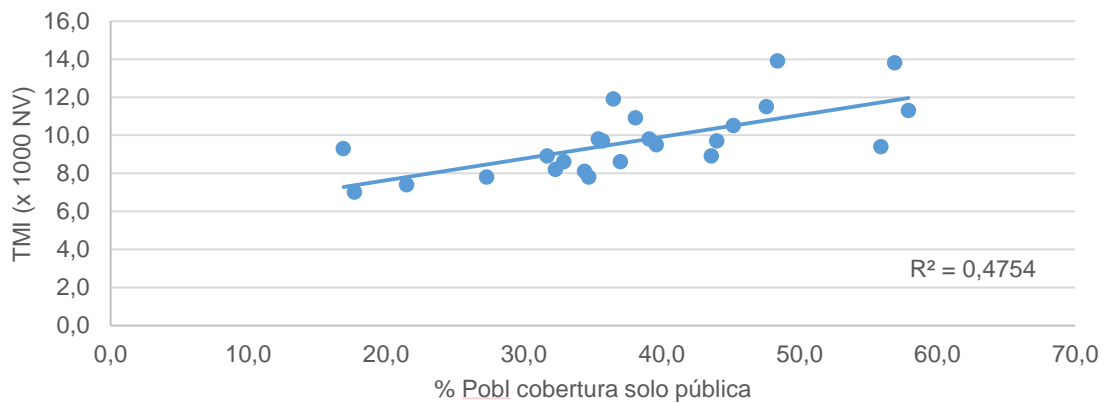
*Porcentaje de población que depende únicamente de la cobertura de salud pública por jurisdicción y total país. Argentina, 2010*



Proporción de la población que depende únicamente de la cobertura de salud pública en función de los estratos de tasa de mortalidad infantil (TMI) por terciles. Argentina, 2010



Asociación entre la tasa de mortalidad infantil y la proporción de la población que depende únicamente de la cobertura de salud pública. Argentina, 2014-2018 (TMI) y 2010 (NBI)



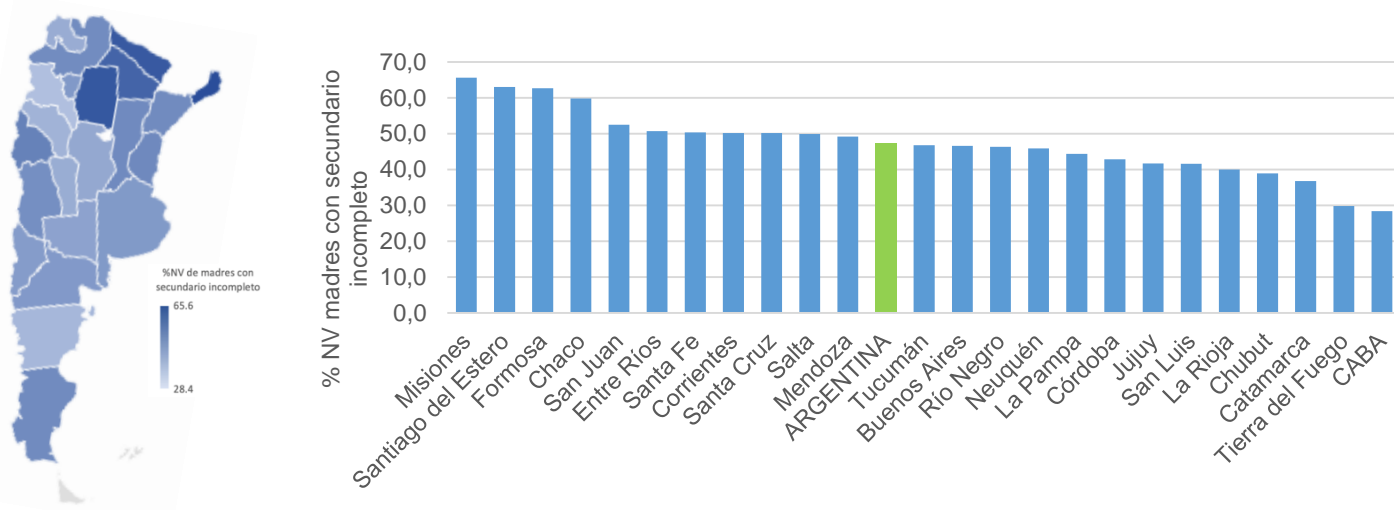
### Nivel de instrucción materna

El nivel de educación se ha descrito como un buen indicador de condiciones de vida. Se lo utiliza frecuentemente en epidemiología por la facilidad de su obtención y su precisión al momento de monitorearlo a lo largo del tiempo. Por otra parte, se lo considera útil porque la escolaridad está directamente relacionada con comportamientos y estilos de vida que están vinculados con la salud. En este caso particular, se utilizó el porcentaje de nacidos vivos de madres con un nivel de instrucción de secundario incompleto o menor (Anexo I - Indicadores).

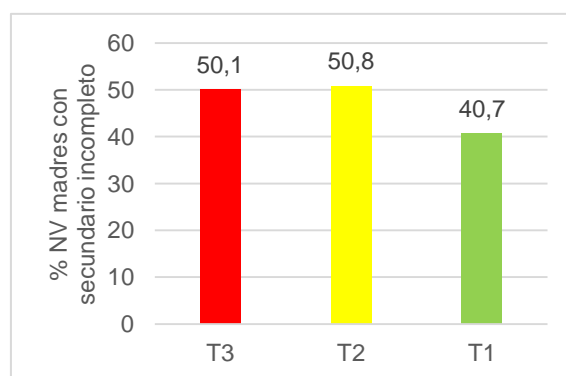


En Argentina, casi la mitad de los nacimientos provienen de madres con secundario incompleto o niveles de instrucción menores, con una distribución entre jurisdicciones algo homogénea. Al momento de analizar según los estratos de mortalidad infantil, se observa que el estrato con menores tasas es aquel que tiene la menor proporción de madres con secundario incompleto o menor nivel, con una diferencia porcentual de 10 puntos. Por lo tanto, se interpreta que el nivel de instrucción materna está relacionado con las condiciones de vida de la infancia.

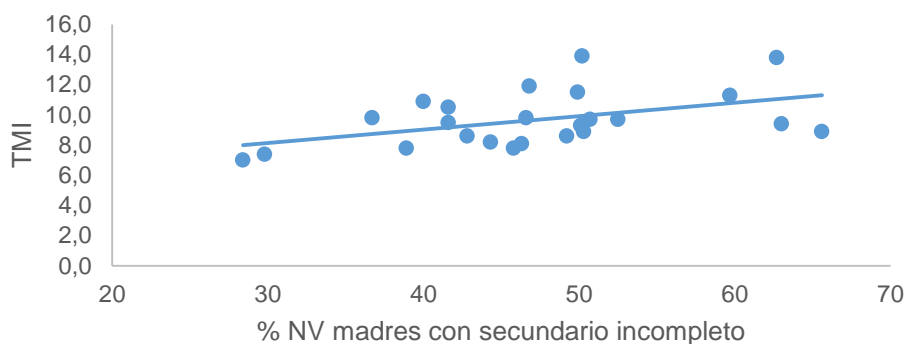
*Porcentaje de población que depende únicamente de la cobertura de salud pública por jurisdicción y total país. Argentina, 2014-2018*



*Proporción de nacidos vivos de madres con secundario incompleto y menor nivel de instrucción en función de los estratos de tasa de mortalidad infantil (TMI) por terciles. Argentina, 2014-2018*



*Asociación entre la tasa de mortalidad infantil y la proporción de nacidos vivos de madres con secundario incompleto y menor nivel de instrucción. Argentina, 2014-2018*

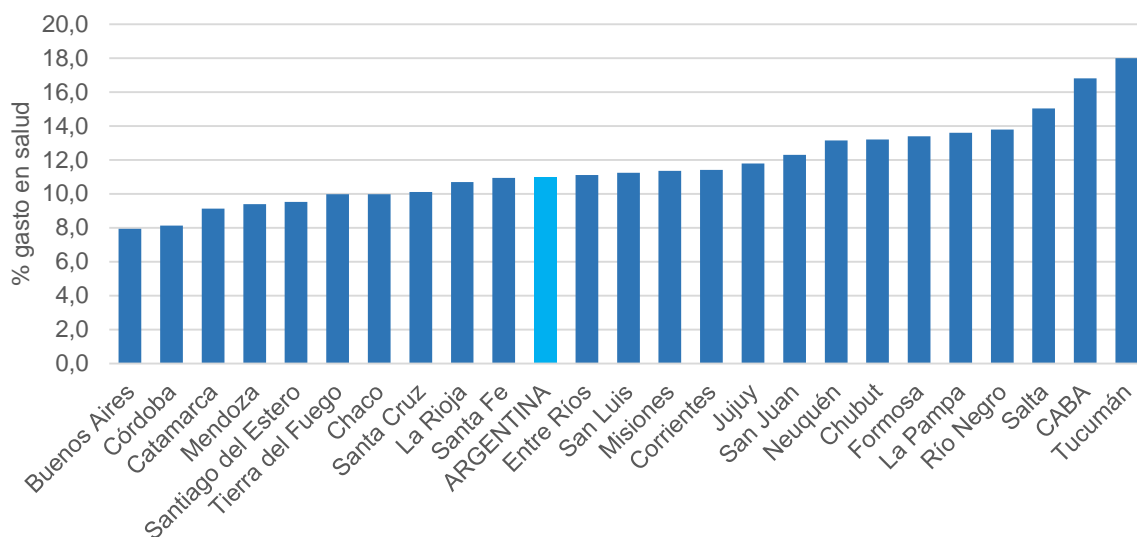


## Gasto en salud

El gasto en salud es un indicador interesante para analizar ya que no siempre el aumento del gasto destinado a Salud se relaciona con mejores indicadores de salud. Por otra parte, es un indicador que indirectamente nos puede mostrar calidad en salud ya que representa la ejecución presupuestaria 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 (Anexo I - Indicadores).

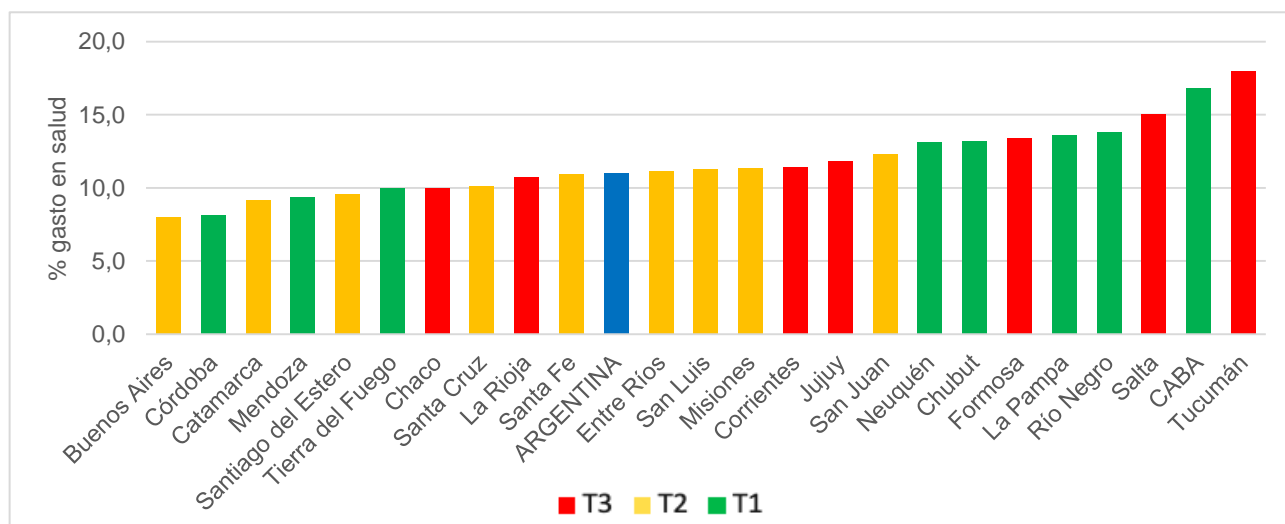
En Argentina, alrededor del 10% de la ejecución presupuestaria se destina a la salud. Sin embargo, entre las jurisdicciones existen grandes diferencias ya que, al observar los extremos, algunas jurisdicciones destinan alrededor de un 8% cuando otras destinan hasta un 18%, es decir, que existe una brecha mayor al doble. Cuando analizamos este indicador según los estratos de mortalidad, observamos que no hay una relación clara entre la ejecución presupuestaria en salud y las tasas de mortalidad. Muchas de las jurisdicciones que destinan un mayor presupuesto en salud no logran buenos resultados en materia de condiciones de salud, y viceversa. En parte, este resultado se puede relacionar con el analizado con el indicador de cobertura de salud, ya que en determinadas jurisdicciones se pueden ver en la necesidad de destinar mayores recursos económicos a la salud porque el sistema público es la única cobertura de la que depende una importante proporción de la población, lo que representa un ejemplo de la diferencia conceptual entre igualdad y equidad. Por lo tanto, un mayor gasto en salud no necesariamente se traduce en una mejor situación de salud. Al momento de considerar una de las recomendaciones de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, resultaría necesario promover una distribución más eficiente del dinero y los recursos para disminuir la inequidad sanitaria observada.

Ejecución presupuestaria en salud por jurisdicción y total país. Argentina, 2014-2018



Ejecución presupuestaria en salud en función de los estratos de tasa de mortalidad infantil (TMI) por tercios. Argentina, 2014-2018

Ejecución presupuestaria en salud por jurisdicción y total país en función de los estratos de tasa de mortalidad infantil (TMI) por tercios. Argentina, 2014-2018



## Área de Salud

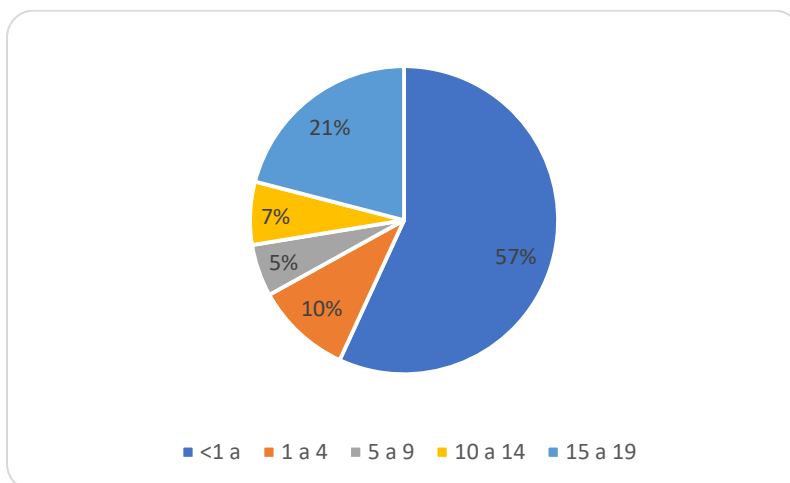


### Mortalidad por grupo etario

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.

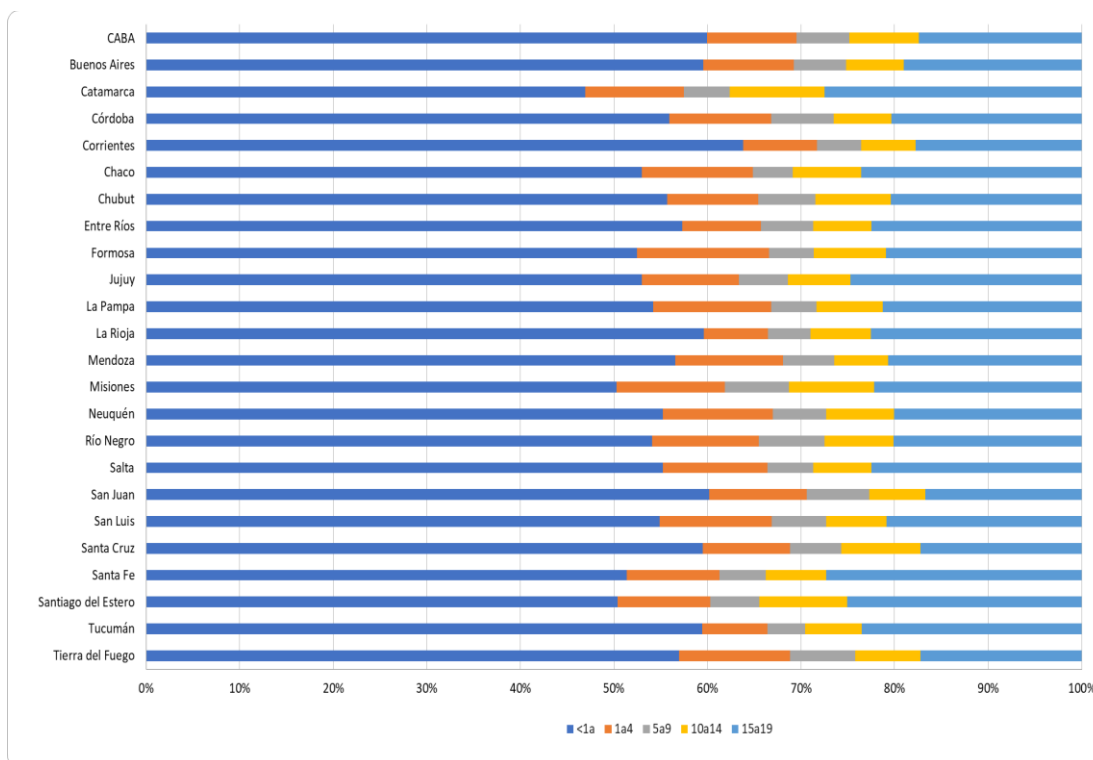
La mayor carga de mortalidad en el quinquenio 2014-2018 se observa en los dos extremos de la población pediátrica. Los menores de 1 año representan el 57% y los de 10-19 años el 21%.

*Proporción de mortalidad por grupo etario, 2014-2018. Argentina.*



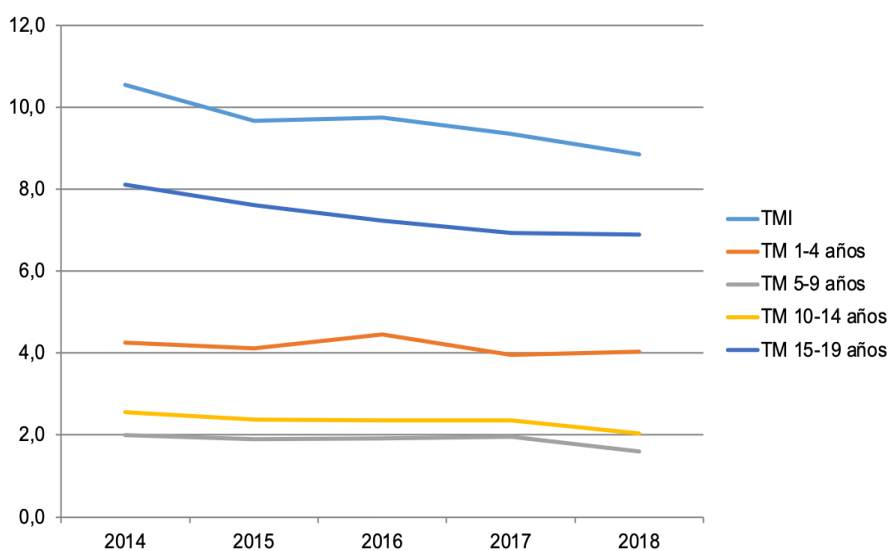
Al evaluar la distribución de la mortalidad en el país se observan que las proporciones de la mortalidad por grupos etarios se mantiene con algunas diferencias entre las provincias.

*Distribución de mortalidad por grupos etarios y jurisdicciones. Años 2014-2018. Argentina.*



Las tasas de mortalidad por grupo etario muestran una tendencia en descenso en el periodo estudiado. El promedio de la tasa de mortalidad infantil (TMI) para el quinquenio 2014-2018 en Argentina fue de 9,7 fallecidos por 1000 nacidos vivos. La TMI se desglosa en mortalidad neonatal (niños fallecidos antes de los 28 días de vida, con sus componentes neonatal precoz y tardío) y en posneonatal.

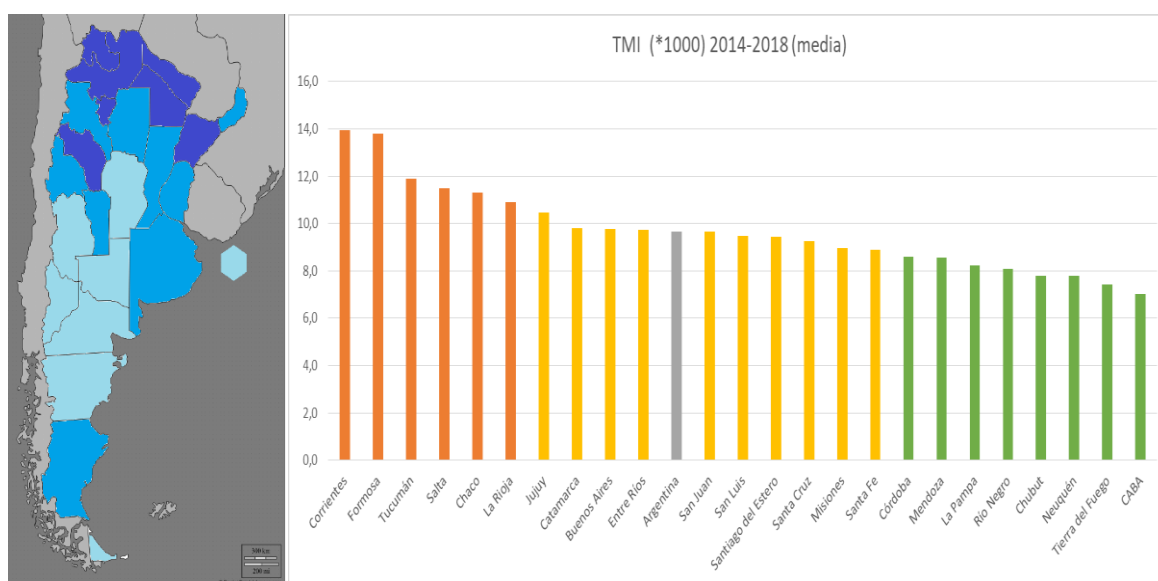
*Tasas de mortalidad por grupos etarios. 2014-2018. Argentina.*



En el 2018<sup>1</sup>, la TMI alcanzó su menor valor: fallecieron 6.048 niños y niñas (8,8%) antes de cumplir 1 año; el 68%, antes de cumplir el primer mes, manteniéndose con un dígito desde el 2015. Esta tasa es un indicador de accesibilidad y monitoreo de la salud de una población. A pesar de los avances que se evidencian, 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.

Los niños y niñas entre 5-9 años y los adolescentes entre 10-19 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.

*Tasa de mortalidad infantil por jurisdicción. 2014-2018. Argentina.*



La brecha de mortalidad infantil entre los extremos es el doble. Esto muestra un riesgo desigual de morir en la infancia en Argentina. Del mismo modo se observa que las tendencias en descenso son heterogéneas en el país.

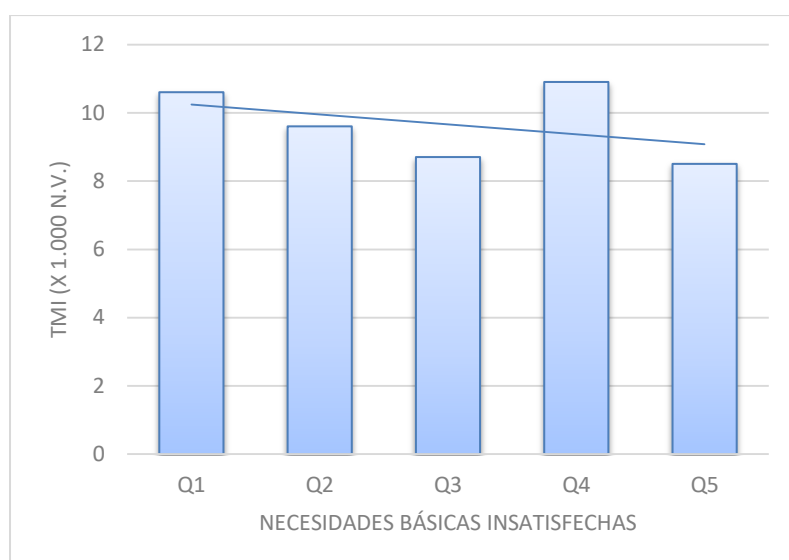
<sup>1</sup> DEIS. Boletín N°161 Año 2018. Defunciones de menores de 5 años. Indicadores seleccionados. Disponible en: [http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2020/04/Defunciones-de-menores-de-cinco-Indicadores-seleccionados-Argentina\\_2018.pdf](http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2020/04/Defunciones-de-menores-de-cinco-Indicadores-seleccionados-Argentina_2018.pdf)

*Tasas de mortalidad infantil por jurisdicción y tendencias. Años 2014-2018. Argentina.*

Jurisdicción	2014	2015	2016	2017	2018	Tendencia
	TMI (*1000)	TMI (*1000)	TMI (*1000)	TMI (*1000)	TMI (*1000)	
CABA	8,1	6,4	7,5	6,9	6,0	
Buenos Aires	10,5	9,9	9,9	9,4	9,0	
Catamarca	9,2	11,0	11,7	7,8	9,3	
Córdoba	8,9	8,4	8,9	9,3	7,4	
Corrientes	15,9	14,5	13,5	12,8	12,8	
Chaco	12,8	11,6	11,9	10,9	9,4	
Chubut	8,1	6,9	9,0	6,8	8,3	
Entre Ríos	9,9	10,4	10,4	8,2	9,7	
Formosa	14,2	12,6	15,0	16,0	11,3	
Jujuy	10,3	10,7	11,6	10,5	9,1	
La Pampa	6,8	8,9	7,9	8,6	9,2	
La Rioja	13,4	11,3	9,4	10,2	10,2	
Mendoza	9,8	8,7	8,0	7,8	8,2	
Misiones	9,7	9,0	10,3	8,4	7,3	
Neuquén	9,2	8,7	7,5	7,1	6,1	
Río Negro	8,7	8,2	7,0	8,1	8,3	
Salta	12,8	11,8	11,8	11,0	10,0	
San Juan	11,1	9,1	8,1	10,7	9,1	
San Luis	11,0	9,4	9,7	8,3	8,8	
Santa Cruz	9,9	10,9	9,2	8,4	7,6	
Santa Fe	10,4	8,3	8,2	9,0	8,4	
Santiago del Estero	10,9	8,3	10,7	7,5	9,7	
Tucumán	13,3	12,4	11,0	11,5	11,2	
Tierra del Fuego	8,2	7,6	6,7	7,0	7,4	
Argentina	10,5	9,7	9,8	9,4	8,8	

Al comparar con el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en quintiles se observa que las peores condiciones socioeconómico-ambientales (Q1) tienen relación con las mayores tasas de mortalidad infantil.

*Tasa de mortalidad infantil (TMI) y necesidades básicas insatisfechas (NBI). 2014-2018. Argentina.*



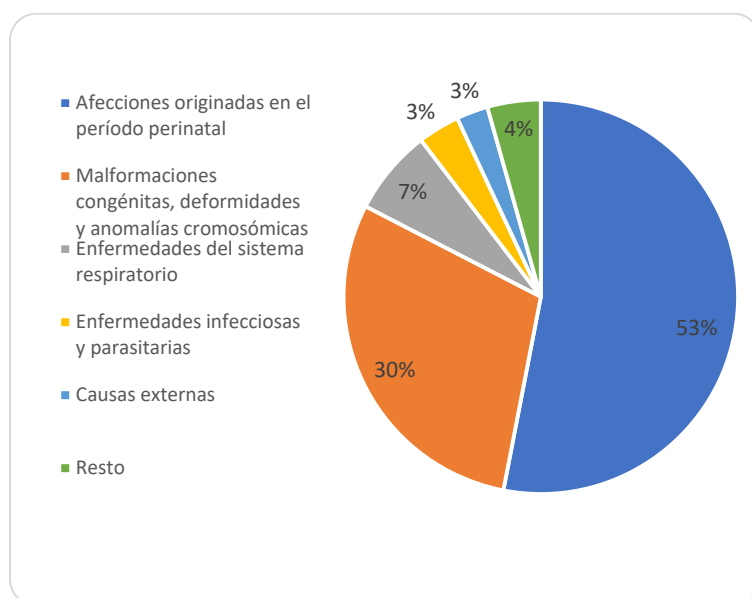
## Mortalidad según las diferentes causas

La tendencia de las causas reducibles de mortalidad infantil postnatal sigue siendo alarmante: el 55% de las muertes neonatales y el 68% de las post neonatales son evitables. Una de cada 2 muertes en el primer año de vida se asocia a ciertas afecciones originadas en el período neonatal. Para el siguiente análisis de las causas de mortalidad, se tomaron como referencia las tasas de 24 jurisdicciones de nuestro país de 2014 a 2018 basándonos en las cifras de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

El 83% de las defunciones en este grupo etario están asociadas a la suma de estas afecciones y a malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Con el enfoque de curso de vida y los cambios en la programación durante el desarrollo también se debe prestar primordial importancia a la prematurez y a los recién nacidos con bajo peso.

En el 2018, el 7,3% (50.138) de los nacimientos correspondió a recién nacidos de peso menor a 2500 gramos, y 1 cada 100 niños nacieron 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.

*Mortalidad por causas en menores de 1 año. 2014-2018. Argentina. (n=33.515)*



La mortalidad por infecciones respiratorias representa una de las causas más importantes en nuestro medio. Constituye uno de los principales problemas de salud para la población infantil de 0 a 5 años y causa 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.

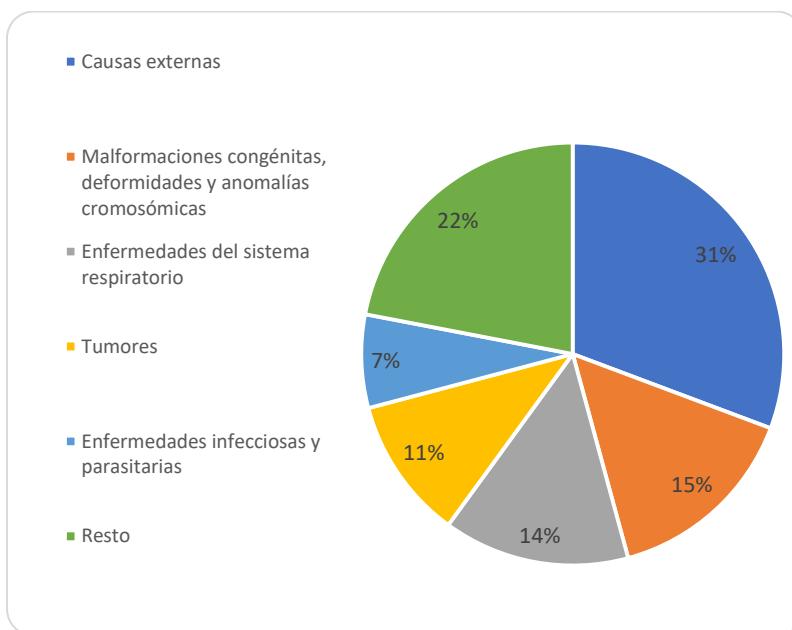
En todo el mundo, las infecciones respiratorias agudas bajas están sujetas a la influencia de factores locales (geográficos, climáticos, socioeconómicos, culturales) lo que hace necesario que cada región



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, 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.

Se han identificado como factores principales relacionados con el huésped: la falta de lactancia materna, calendario de vacunación incompleto, 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>2</sup>

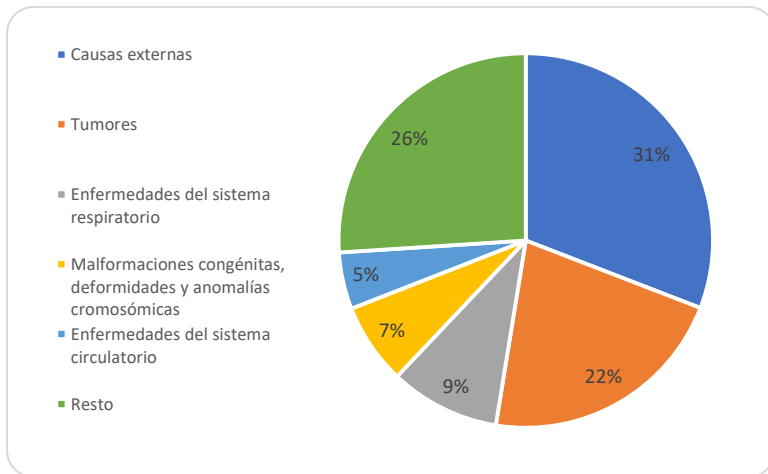
*Mortalidad por causas entre 1-4 años. 2014-2018. Argentina. (n=5.855)*



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, seguidas de los tumores malignos. Dentro de las causas externas se destacan la proporción de accidentes vinculados al tránsito y transporte (29%), otros traumatismos accidentales (29%) y ahogamiento (8%). Por otra parte, en relación a las muertes por tumores malignos en este grupo etario la leucemia representa el mayor porcentaje.

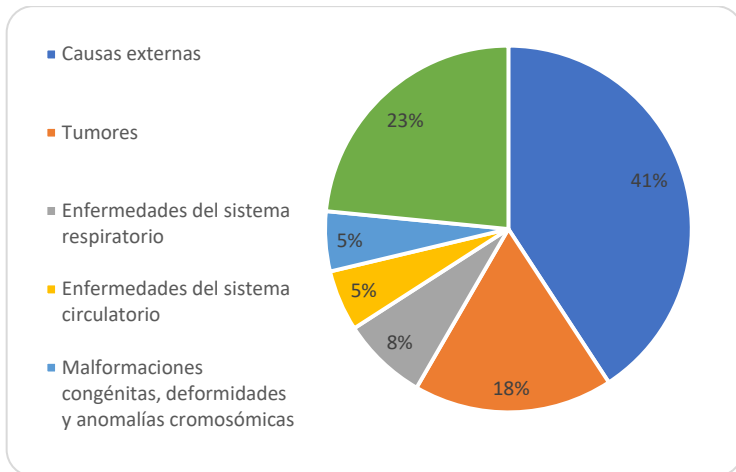
<sup>2</sup> Recomendaciones para el manejo de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/Subcom.Abram.pdf>

*Mortalidad por causas entre 5-9 años. 2014-2018. Argentina. (n=3.240)*

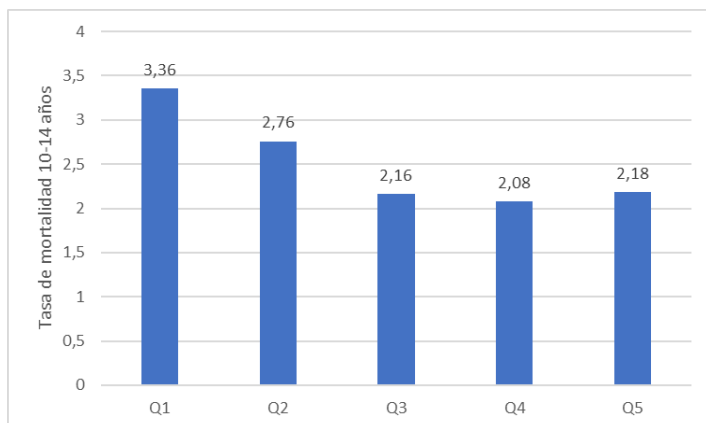


La primera causa de muerte en los niños de 10-14 años son las causas externas (41%) seguidas por los tumores (18%). Al igual que en las edades más tempranas las peores condiciones de vida se asociaron con las mayores tasas de mortalidad en este grupo.

*Mortalidad por causas entre 10-14 años. 2014-2018. Argentina. (n=3.976)*

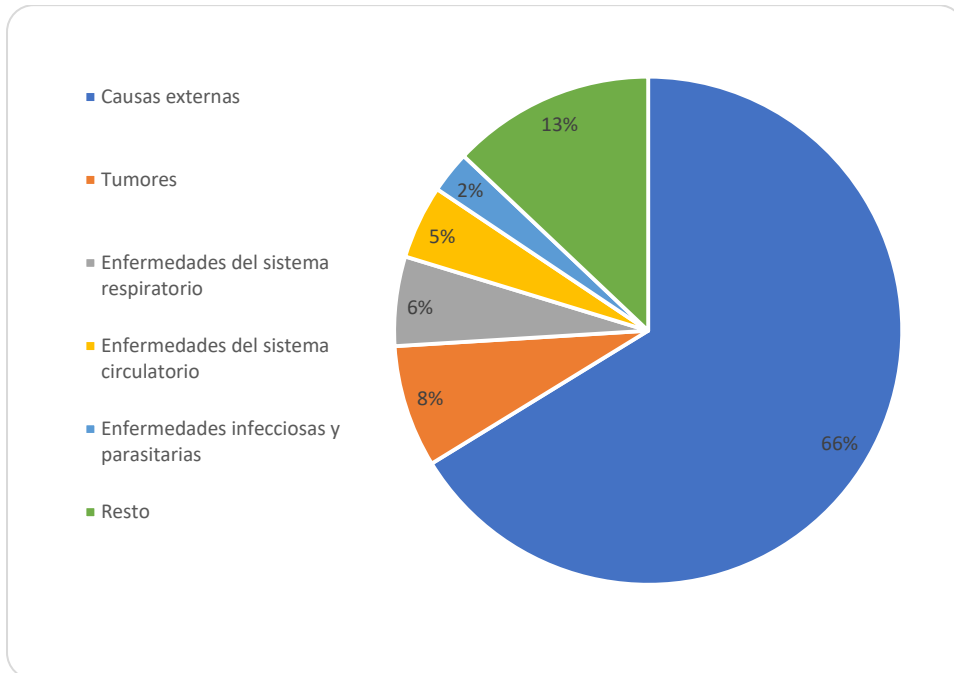


*Tasa de mortalidad entre 10-14 años por mil y necesidades básicas insatisfechas (NBI). 2014-2018. Argentina.*

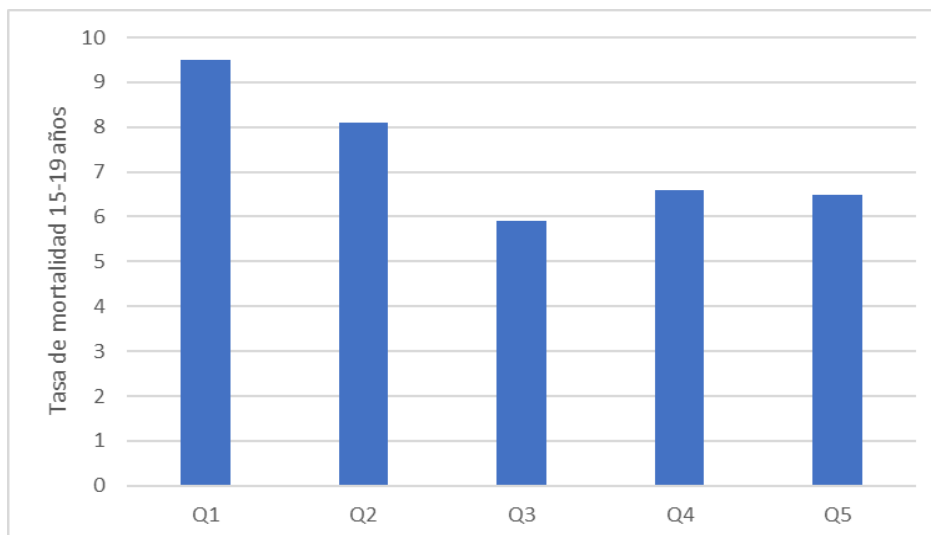


La primera causa de muerte en los niños de 15-19 años son las causas externas (66%) seguidas por los tumores (8%). Las peores condiciones de vida se asociaron con las mayores tasas de mortalidad en este grupo.

*Mortalidad por causas entre 15-19 años. 2014-2018. Argentina. (n=12.695)*

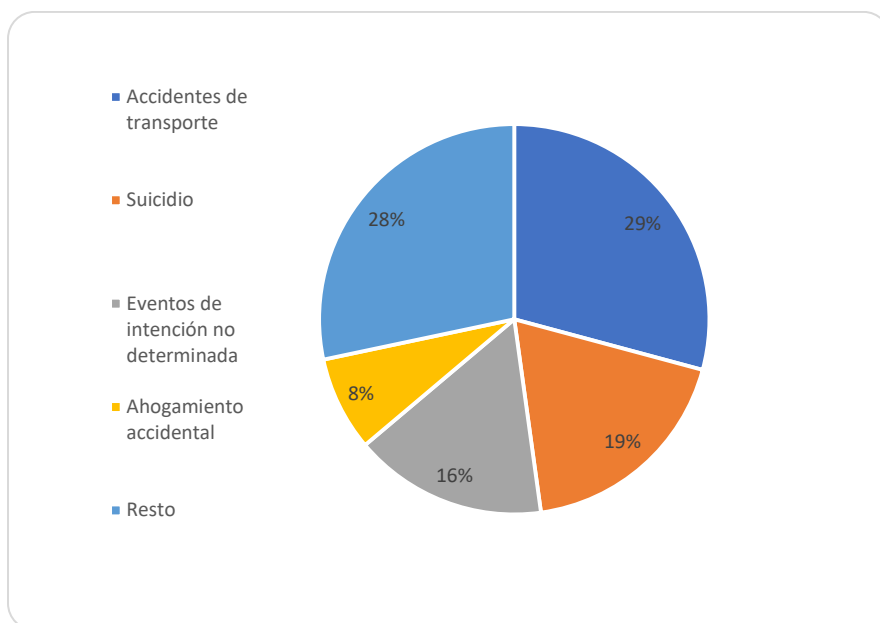


*Tasa de mortalidad entre 15-19 años por mil y necesidades básicas insatisfechas (NBI). 2014-2018. Argentina.*

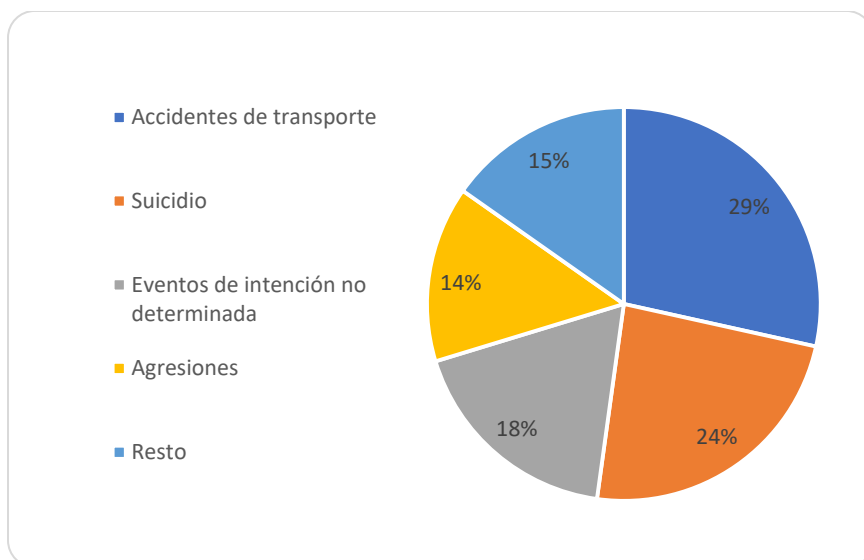


Las causas externas representan el primer motivo de muerte tanto en el grupo de 10 a 14 años como en el de 15 a 19 años y los accidentes de tránsito constituyen la principal causa de muerte en los adolescentes.

*Mortalidad por causas externas entre los 10-14 años. 2014-2018. Argentina. (n=1.621)*

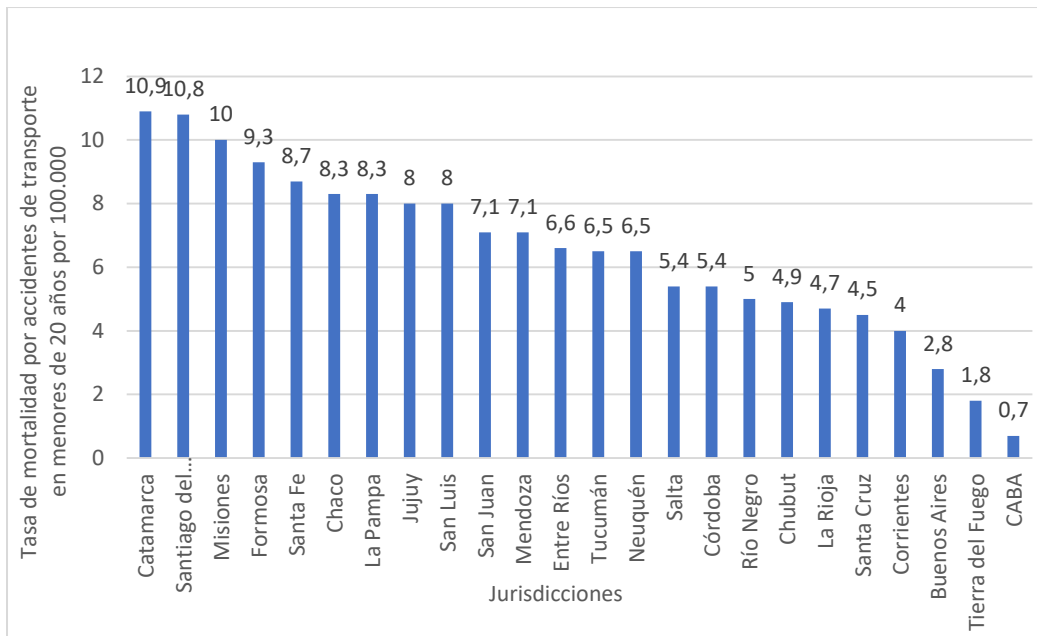


*Mortalidad por causas externas entre los 15-19 años. 2014-2018. Argentina. (n=8.409)*

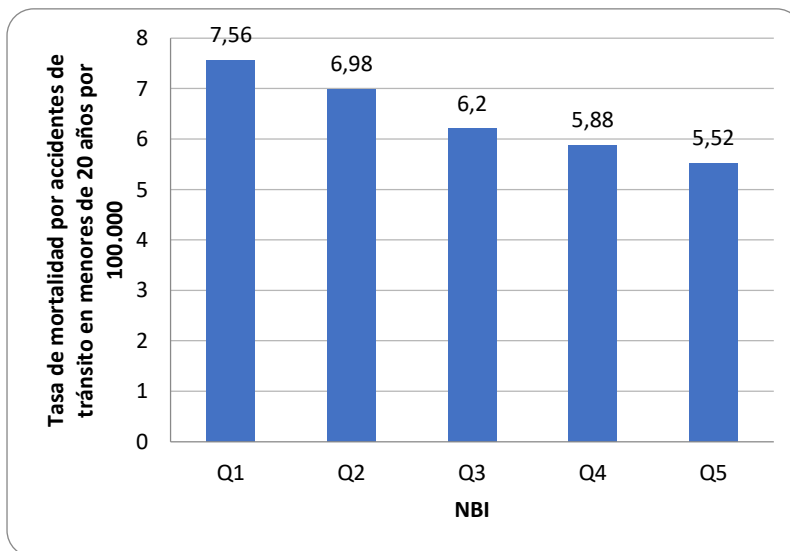


La distribución de la mortalidad por accidentes de tránsito en los menores de 20 años es heterogénea en el país, con 10 puntos de diferencia entre los extremos, predominando en las regiones de NOA y NEA. También se evidenció que las jurisdicciones con las peores condiciones de vida presentan las mayores tasas de mortalidad por accidentes de transporte.

*Tasas de mortalidad por accidentes de transporte en menores de 20 años por 100.000 por jurisdicción. 2014-2018. Argentina.*

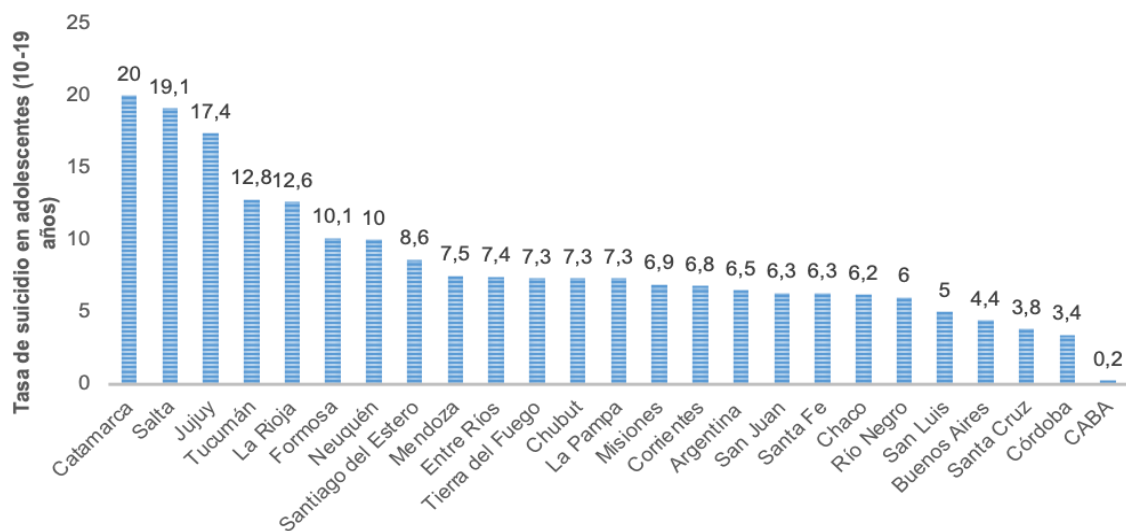


Tasa de mortalidad por accidentes de transporte en menores de 20 años por 100.000 y necesidades básicas insatisfechas (NBI) por quintil. 2014-2018. Argentina.

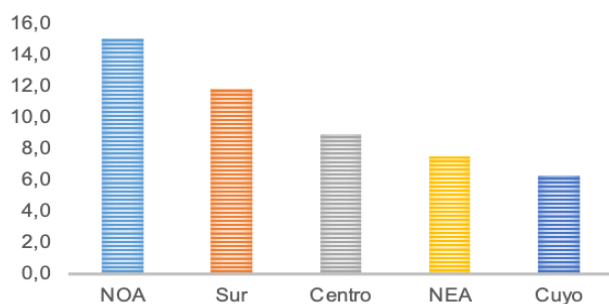


También se analizó específicamente la mortalidad por suicidio entre los 10-19 años que evidencia una distribución heterogénea en el país con diferencia de 20 puntos entre los extremos. Las jurisdicciones de NOA y Sur presentaron las mayores tasas. Las jurisdicciones con las peores condiciones de vida presentan las mayores tasas de mortalidad por accidentes de transporte.

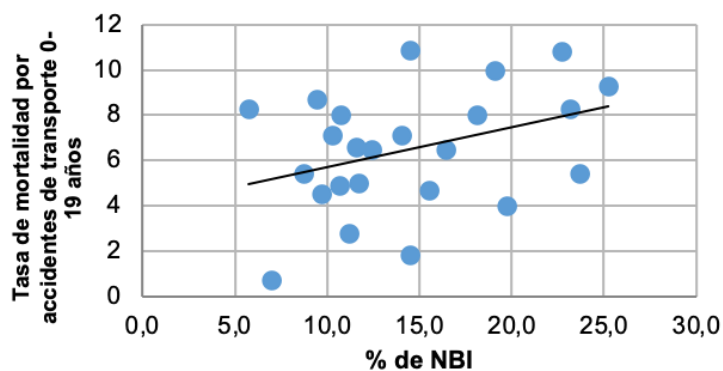
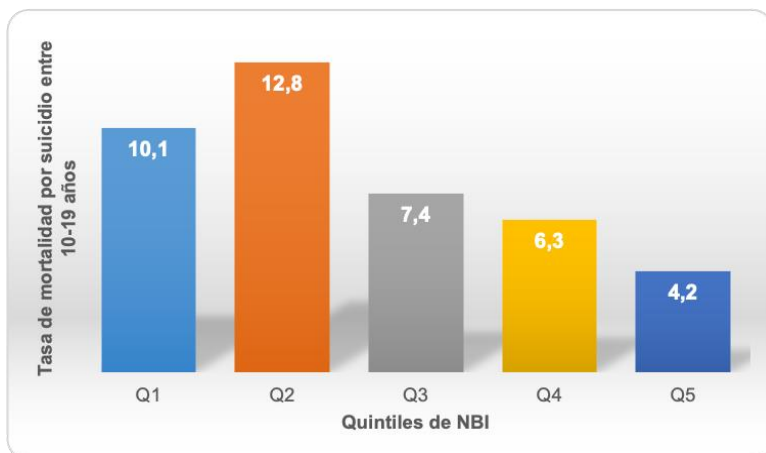
Tasa de mortalidad por suicidios entre los 10-19 años por 100.000 según jurisdicción. 2014-2018. Argentina.



Tasa de mortalidad por suicidios entre los 10-19 años por 100.000 según región. 2014-2018. Argentina.



Tasa de mortalidad por suicidios entre los 10-19 años por 100.000 según jurisdicción y necesidades básicas insatisfechas (NBI) por quintil. 2014-2018. Argentina.



### Inmunizaciones

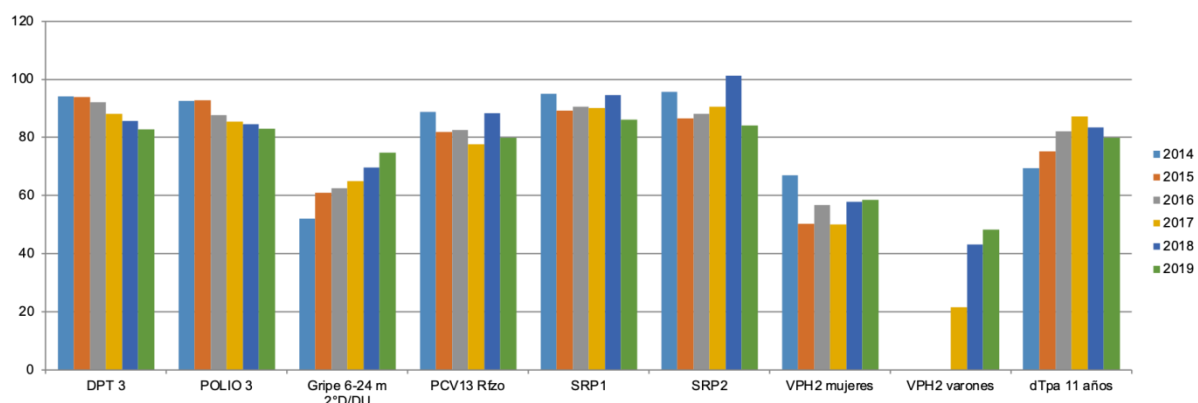
La estrategia de prevención primaria a través de las vacunas es una medida de Salud Pública que ha demostrado un alto impacto y en nuestro país es una política de Estado que se evidencia en el crecimiento que ha tenido el Calendario Nacional de Vacunación en estos últimos años. La ampliación del acceso a la inmunización es fundamental para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible ya que la vacunación no solo evita el sufrimiento y las defunciones causados por enfermedades infecciosas, sino que también se traduce en beneficios más amplios en materia de educación y desarrollo económico.

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. Sumado a esto, 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 con las coberturas de vacunación en las diferentes edades incluidas en la población pediátrica, utilizando algunas de ellas como “trazadoras” del comportamiento de estas.

Las coberturas nacionales de las vacunas seleccionadas que se muestran en el gráfico evidencian en forma global una tendencia en descenso sostenida en los últimos años de las vacunas aplicadas antes del año de vida, seguida por las vacunas aplicadas al año y al ingreso escolar. Mientras que la vacunación antigripal y durante la adolescencia muestra tendencias en ascenso.

*Coberturas de vacunación por año según vacunas trazadoras. Argentina. Años 2014-2019.*

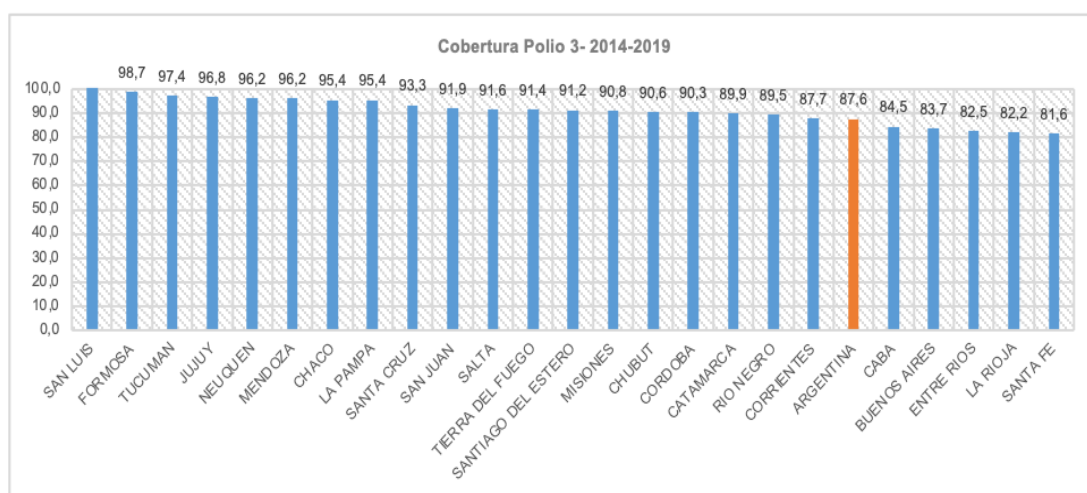
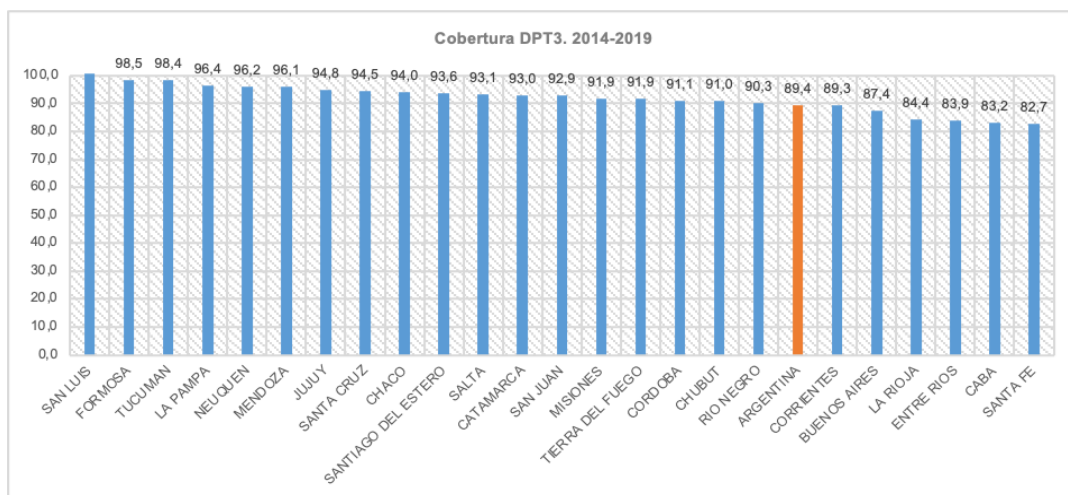


\*DPT3: 3° dosis de quintuple (6 meses); Polio 3: 3° dosis de vacuna antipoliomielítica (6 meses); PCV13 Rfzo: Refuerzo de vacuna contra neumococo 13 serotipos (12 meses); SRP 1 y 2: vacunas contra sarampión, rubéola y parotiditis 1° dosis (12 meses) y 2° dosis (ingreso escolar); VPH 2: 2° dosis de vacuna contra virus del papiloma humano; dTpa 11 años: vacuna triple bacteriana acelular a los 11 años.

Las coberturas de vacunación en el primer año de vida (DPT3 y Polio3) son heterogéneas en las diferentes jurisdicciones, registrando hasta 10 puntos de diferencia entre los extremos y una adecuada simultaneidad en su aplicación.

*Cobertura de vacunación DPT3 (%) por jurisdicción. 2014-2019. Argentina.*



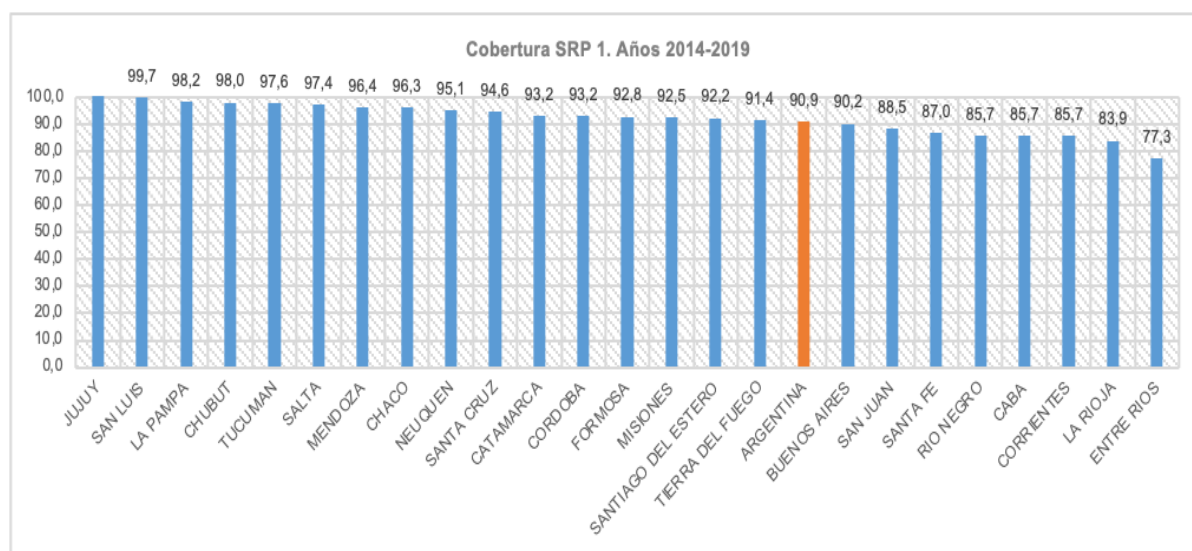
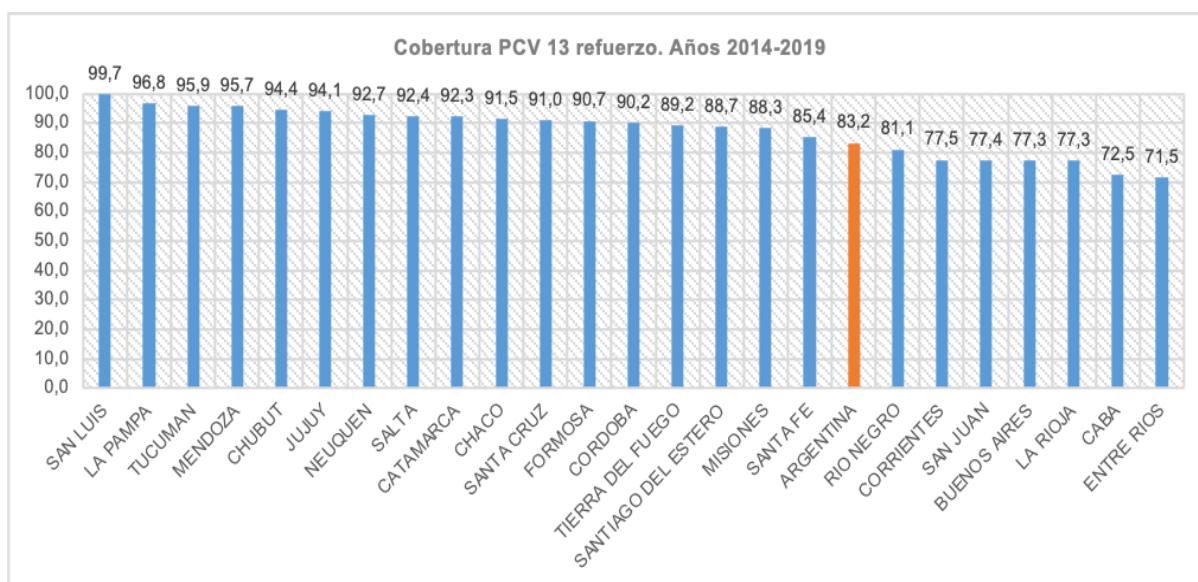


Cobertura de vacunación Polio3 (%) por jurisdicción. 2014-2019. Argentina.

El análisis según estratos de tasa de mortalidad infantil no mostró asociación con las coberturas ni con los quintiles de NBI.

Las coberturas al año de vida evidencian brechas más amplias entre jurisdicciones, de hasta 30 puntos, sin diferencias en cuanto a estratos de tasas de mortalidad infantil o condiciones socio-económico ambientales (NBI). En este grupo etario se pierde la simultaneidad, observando mejores coberturas para SRP en comparación con PCV13.

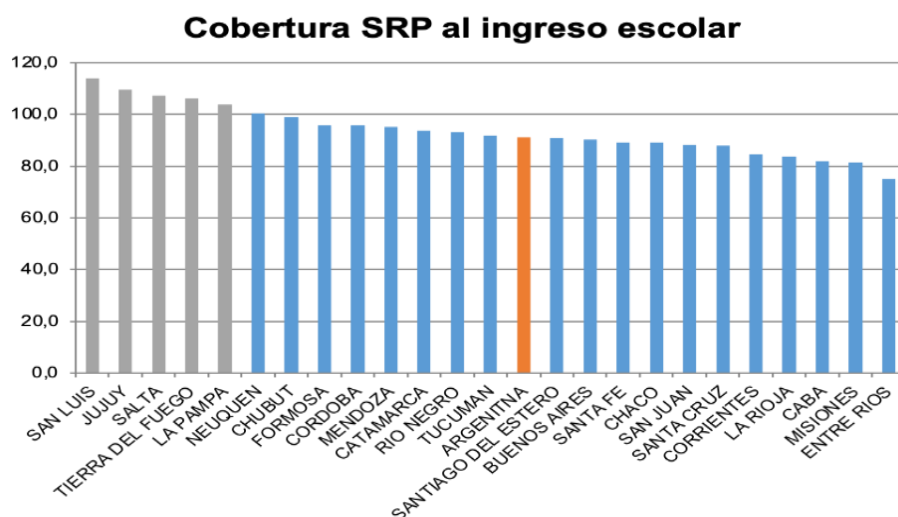
Cobertura de vacunación PCV13 refuerzo (%) por jurisdicción. 2014-2019. Argentina.



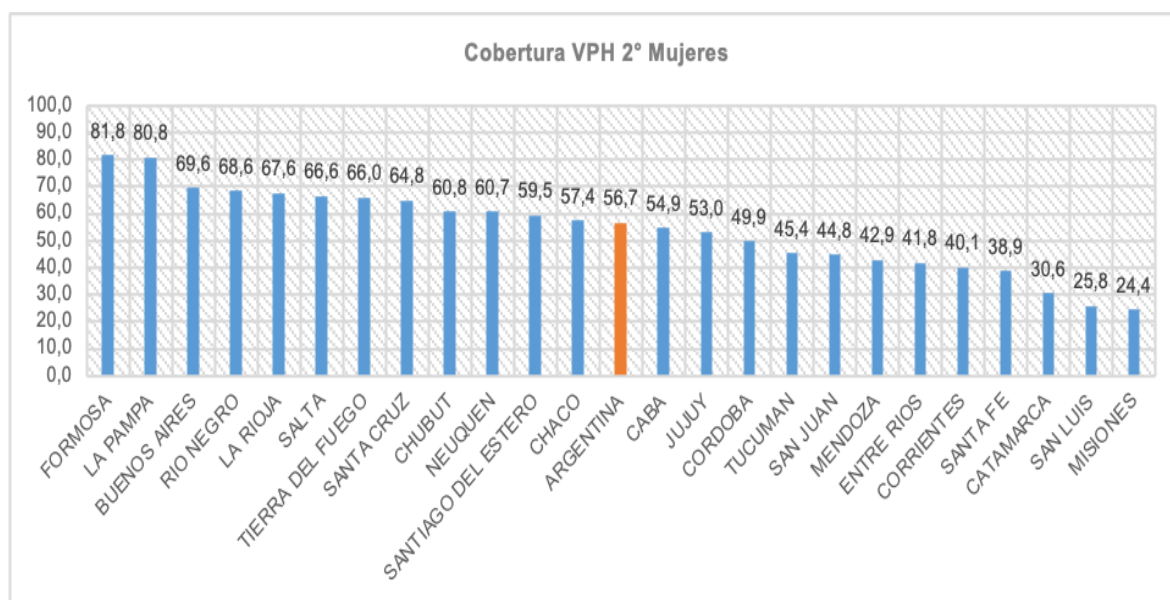
Cobertura de vacunación SRP1 (%) por jurisdicción. 2014-2019. Argentina.

En cuanto a las coberturas del ingreso escolar analizada a través de la vacunación contra sarampión, rubéola y parotiditis se observa que son insuficientes en varias regiones del país, algunas jurisdicciones evidencian coberturas que superan el 100% lo que podría estar mostrando dificultades con los denominadores que no permiten evaluar adecuadamente el riesgo o cálculo de posibles susceptibles. En este grupo etario tampoco se observaron diferencias en cuanto a las condiciones socioeconómicas (NBI).

Cobertura de vacunación SRP2 (%) por jurisdicción. 2014-2019. Argentina.

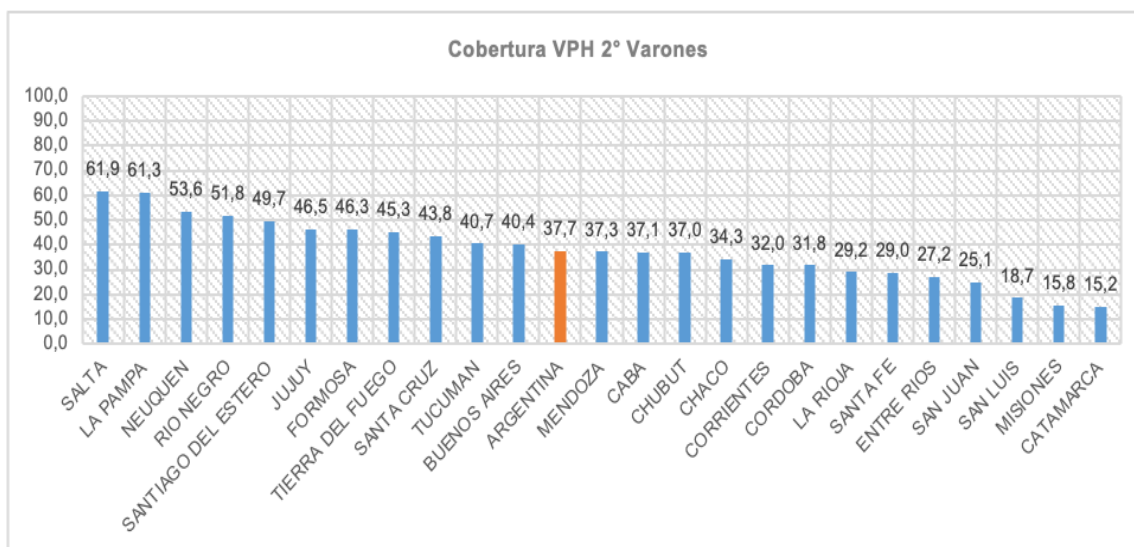


En la edad adolescente las coberturas son francamente menores que en los niños de primera y segunda infancia. La cobertura de vacunación contra VPH por jurisdicciones muestra brechas amplias, de hasta casi 60 puntos, y diferencias entre sexos. Las coberturas en mujeres son casi el doble de la de los varones, esto podría explicarse por ser una estrategia más reciente la de vacunación en varones.



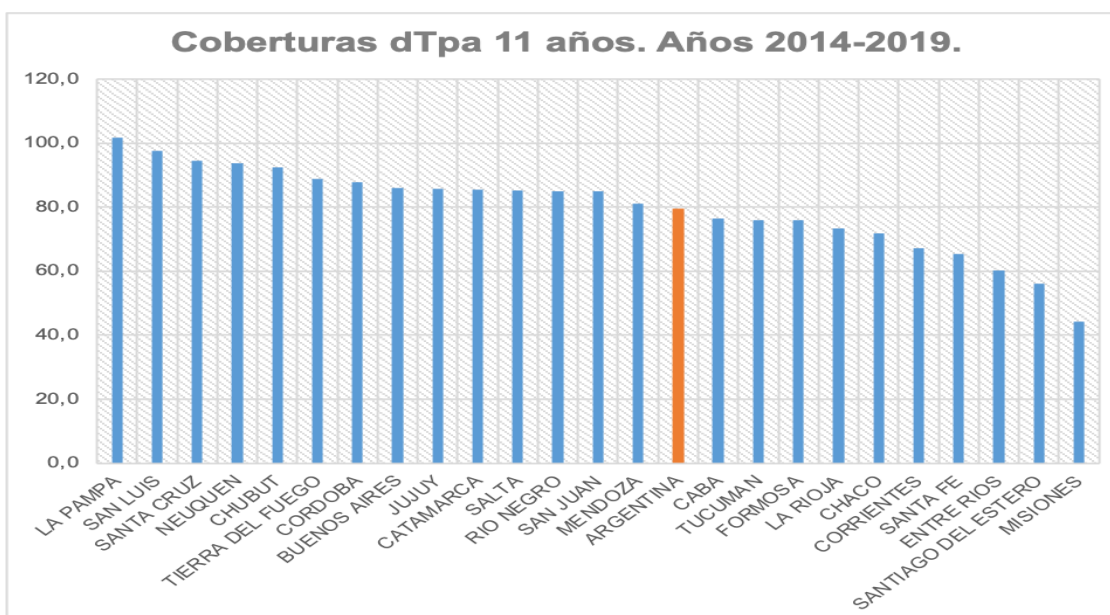
Cobertura de vacunación VPH 2 (%) en mujeres por jurisdicción. 2014-2019. Argentina.

Cobertura de vacunación VPH 2 (%) en varones por jurisdicción. 2017-2019. Argentina.

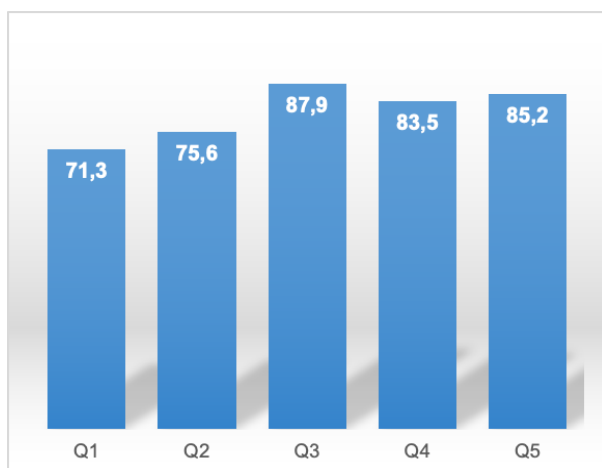


En cuanto a la simultaneidad con la vacunación con triple bacteriana acelular se observa mejores coberturas con esta vacuna en comparación con VPH. La vacuna dTpa a los 11 años es la única trazadora que muestra diferencias en cuanto a las condiciones socioeconómicas, observándose mejores coberturas a mejores condiciones de NBI.

Cobertura de vacunación dTpa 11 años (%) por jurisdicción. 2014-2019. Argentina.



*Coberturas de vacunación con dTpa a los 11 años y necesidades básicas insatisfechas (NBI) por quintil. 2014-2018. Argentina.*



## Tuberculosis

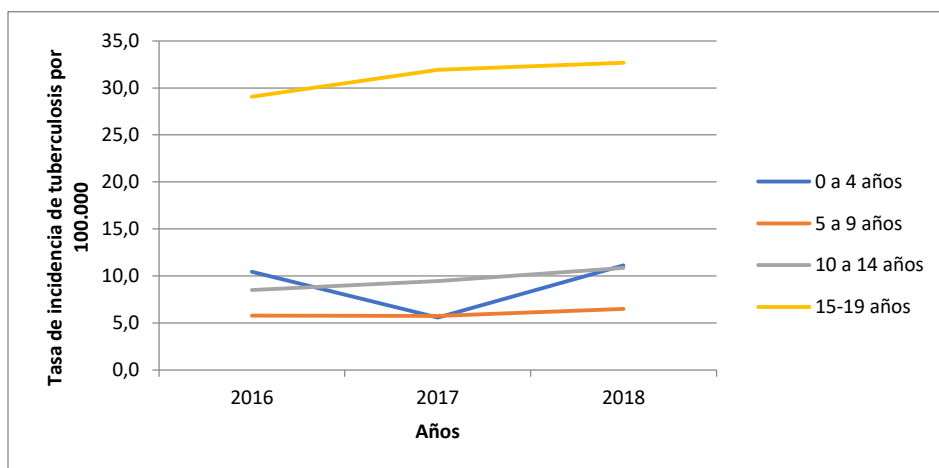
La TB continúa siendo un grave problema en la salud pública en el mundo, tanto por el daño que provoca como causa de enfermedad como por causa de muerte. A nivel mundial constituye la segunda principal causa de muerte por enfermedades infecciosas después del VIH. La OMS estima que 1 de cada 10 casos 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.

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.

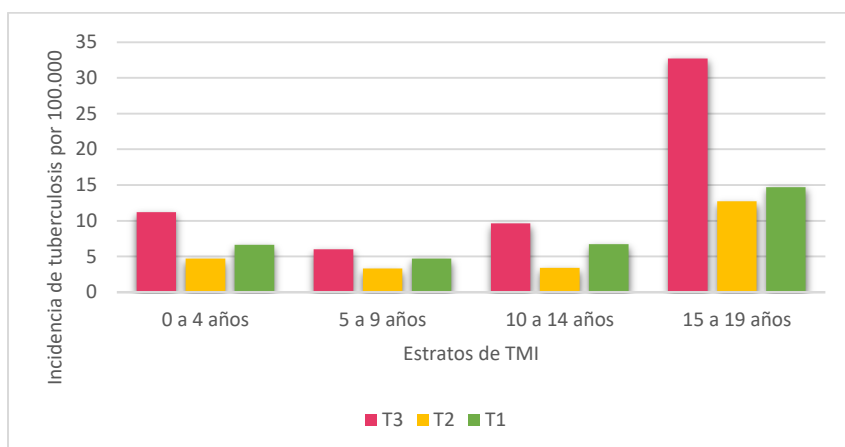
Debido a la baja sospecha de diagnóstico y el riesgo de infección en la población menor de 15 años, la SAP junto a la OMS y UNICEF se ha sumado a la iniciativa “Plan de trabajo de TB infantil: hacia cero muertes” con el objetivo de crear conciencia sobre la necesidad urgente de redoblar esfuerzos para 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.

La mayor carga de tuberculosis se observa en la población de 15 a 19 años en comparación con el resto de las edades pediátricas. Se observan brechas en cuanto a los estratos de mortalidad infantil mostrando mayores tasas de incidencia de tuberculosis las provincias en los estratos TMI más altos. Esta diferencia también es evidente al analizar según necesidades básicas insatisfechas por quintiles, que muestran que la mayor incidencia de tuberculosis se da en las jurisdicciones ubicadas en los peores quintiles y que estas brechas son mayores en la población adolescente.

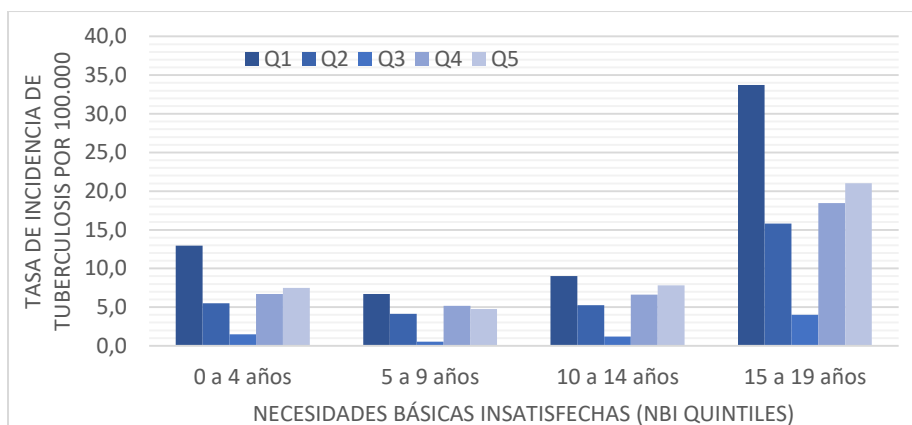
*Incidencia de tuberculosis por grupo etario por 100.000. 2016-2018. Argentina.*



*Incidencia de tuberculosis por grupo etario por 100.000 según estratos de TMI. 2016-2018. Argentina.*



*Incidencia de tuberculosis por grupo etario por 100.000 según Necesidades básicas insatisfechas (quintiles). 2016-2018. Argentina.*



## Chagas

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 endemividad. 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.

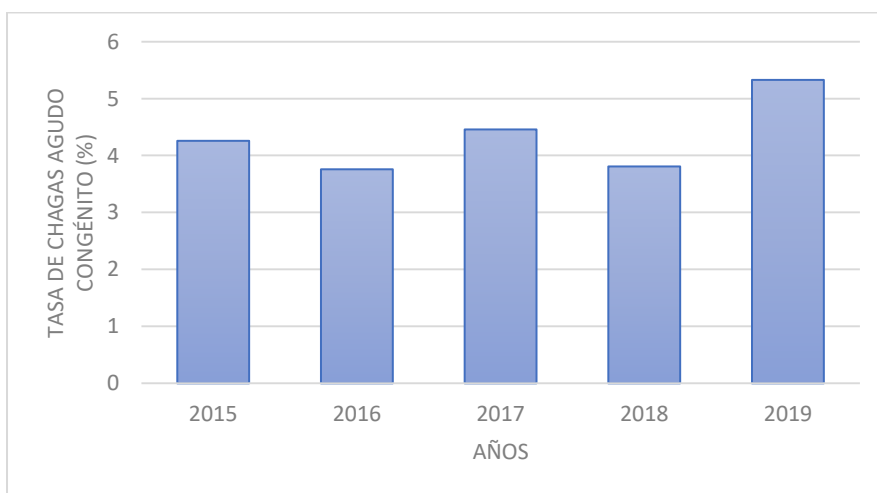
En Argentina, la cantidad de niños menores de 15 años con Chagas se estima en 306.000, es decir, un 3,4% de la población total de ese grupo etario. Esta cifra tiene particular importancia dado que el 98% de los casos nuevos de Chagas ocurren en menores de 15 años siendo en este rango de edad cuando el tratamiento específico resulta más efectivo. La tasa de transmisión congénita oscila entre un 0,7% al 10% con un promedio del 3%.

La Argentina decidió incorporar dentro de la Estrategia de Eliminación de VIH y Sífilis Congénita 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



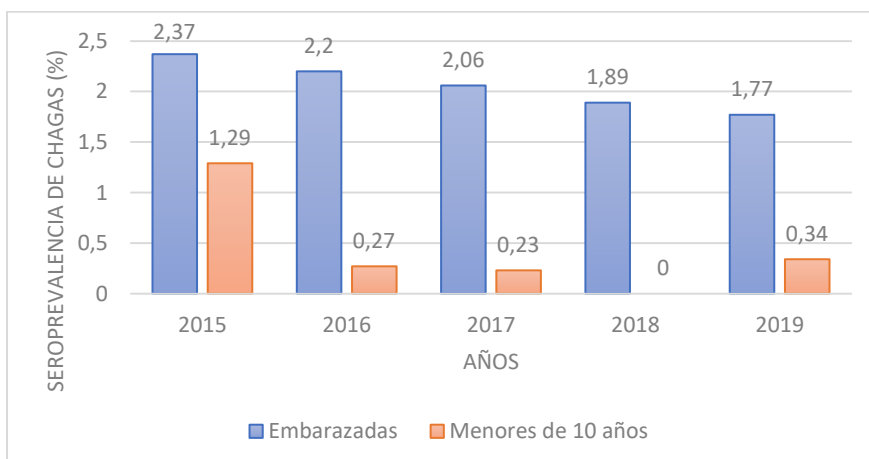
aguda de infección más frecuente en la Argentina y en los últimos años presenta una tendencia en ascenso.

*Tasa de Chagas congénito (menores de un año con diagnóstico de Chagas agudo congénito). 2015-2019. Argentina.*



Por otra parte, se analizó también la seropositividad de Chagas en embarazadas y la prevalencia en niños mayores de 10 años. Se destaca que la seropositividad en embarazadas presenta una tendencia descendente en forma opuesta a la prevalencia de la enfermedad en menores de 10 años.

*Seroprevalencia de Chagas en embarazadas y en menores de 10 años. 2015-2019. Argentina.*





## VIH

En Argentina la epidemia de VIH permanece estable, con 6000 a 6500 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 recién nacido 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 está latente 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 la eliminación de estas dos condiciones como problema de salud pública.

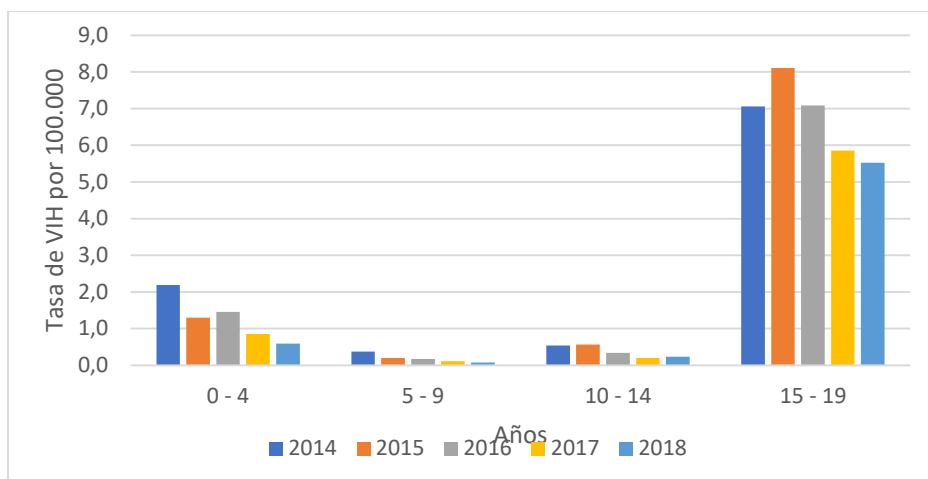
En cuanto a la transmisión vertical de VIH, el 91% de los niños y niñas diagnosticados entre 2001 y 2010 se infectaron por transmisión perinatal. La tasa de transmisión vertical (2013-2014) se ubicó en el 4,8%, a pesar de los logros obtenidos en el país con la extensión del diagnóstico prenatal, la ampliación 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>3</sup>

En el quinquenio analizado la mayor carga de enfermedad se observa en el grupo de 15-19 años.

*Tasa de VIH por grupos etarios por año. 2014-2018. Argentina.*

---

<sup>3</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>



El 75% de los niños y niñas nacidos de madres seropositivas completan los estudios diagnósticos y la tasa de positivos/expuestos se encuentra en descenso. El objetivo de la iniciativa ETMI plus (a la que adhirió nuestro país) es eliminar de la región de las Américas la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis, la enfermedad de Chagas y la hepatitis B perinatal para el 2020. La meta de eliminación de VIH supone reducir la tasa de transmisión materno-infantil del VIH al 2% o menos. Para ello se requiere aumentar a un 95% o más la cobertura del diagnóstico y tratamiento adecuado de la infección por el VIH y la sífilis en las personas gestantes.

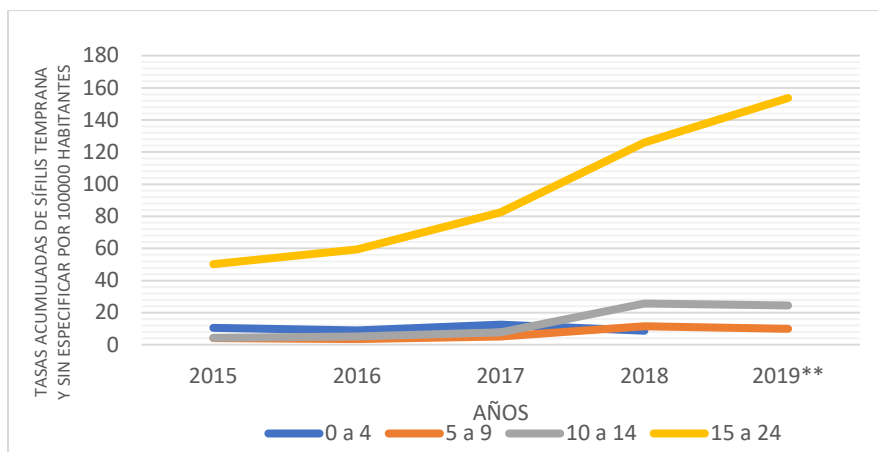
Año	Niños estudiados	Niños con DX completo	Niños positivos	Tasa positivos/casos cerrados	Tasa positivos / expuestos
2015	1635	1218	60	4,9	3,7
2016	1656	1188	49	4,1	3
2017	1559	1073	49	4,6	3,1
2018	1561	784	37	4,7	2,4

## Sífilis

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. La vigilancia epidemiológica de la enfermedad en nuestro país muestra 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.

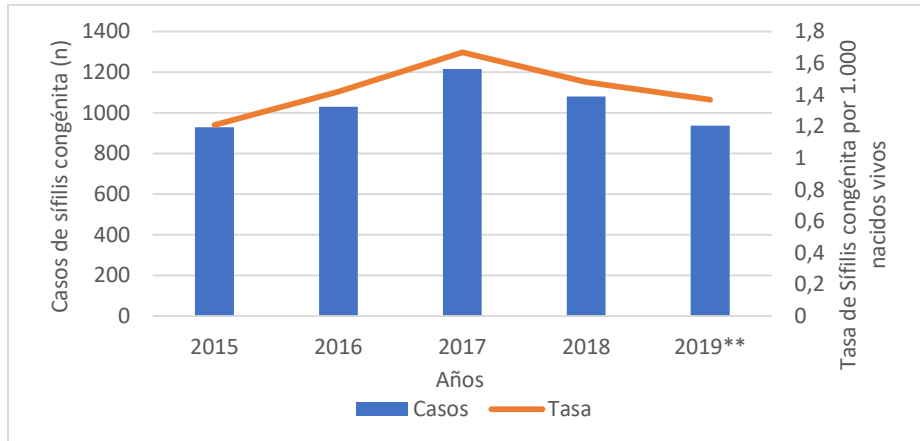
En Argentina, la prevalencia de infección en mujeres embarazadas que se asisten en hospitales públicos varía de un 1 a 3%. En el área pediátrica, la población de riesgo son los recién nacidos de madres infectadas y los adolescentes. La epidemia por HIV ha incrementado la aparición de nuevos casos y el riesgo de mayor morbilidad. Específicamente la población adolescente presenta una tendencia ascendente casi exponencial en los últimos años.

Tasas acumuladas de sífilis temprana y sin especificar por 100000 habitantes, ambos sexos por grupos etarios. 2015-2019. Argentina.



La tasa de sífilis congénita muestra una tendencia en descenso desde 2017, pero aún nacen niños que padecen las consecuencias de la sífilis, a pesar de los esfuerzos para expandir el acceso a la prueba de VIH y test de sífilis en el embarazo. Se destaca la necesidad de una mirada poblacional en términos de vulnerabilidad, posibilidades de intervención, tener en cuenta el tiempo de seguimiento de estas patologías agudas. Requiere abordajes interdisciplinarios y lograr priorizar las estrategias de seguimiento de las gestantes y sus parejas.

Casos y tasas de sífilis congénita (por 1000 nacidos vivos). 2015-2019. Argentina.

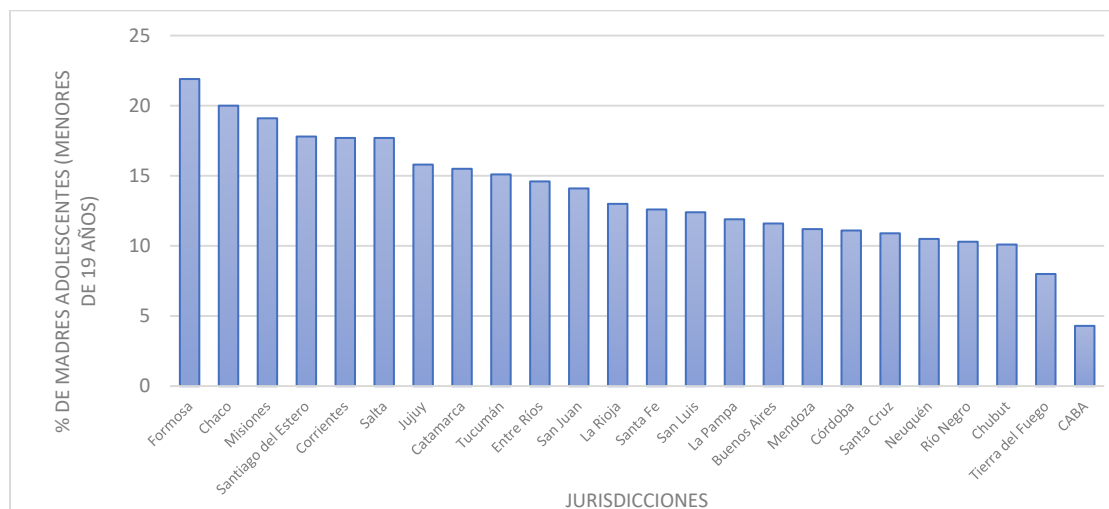


### Maternidad y paternidad adolescente

En Argentina hay más de 5 millones y medio de adolescentes entre 10 a 18 años, que experimentan brechas entre el derecho formal y su ejercicio efectivo según el lugar donde nacen y las características sociolaborales de sus hogares. En nuestro país el porcentaje de madres menores de 20 años en los últimos 35 años oscila entre el 13-16%. En 2018 nacieron 87.718 hijos de madres menores de 20 años (12,7%), 2.350 de niñas menores de 15 años. La estabilidad de este indicador genera una profunda preocupación desde la perspectiva sanitaria, social, legal y jurídica por las consecuencias e implicancias de un embarazo a tan temprana edad.

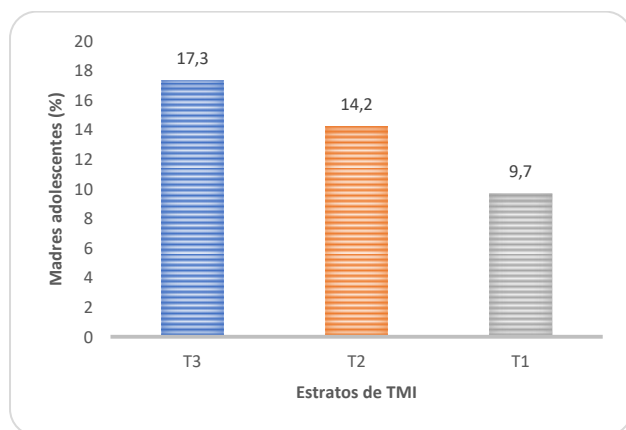
Esta situación empeora, en términos de brechas y desigualdades, si se analiza la información a nivel provincial. En provincias del Nordeste Argentino (NEA), 1 de cada 4 nacimientos es de madres adolescentes. Cuanto menor es la edad de la madre, más probable es la existencia de abuso sexual y mayores los riesgos de salud asociados para ellas y sus hijos.

*Porcentaje de madres adolescentes (menores de 19 años). 2018. Argentina.*



Se observan diferencias entre jurisdicciones de hasta 4 veces entre los extremos con asociación con los estratos de TMI. Las jurisdicciones con los mayores porcentajes de madres adolescentes se ubican en el peor estrato de mortalidad infantil.

*Porcentaje de madres menores de 19 años según estratos de mortalidad infantil. 2018. Argentina.*



Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos básicos. Son derechos tan importantes como el derecho a la vida, a la salud y a la libertad, con los que están directamente relacionados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el derecho a la planificación familiar como “un modo de pensar y vivir adoptado voluntariamente por individuos y parejas, que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones tomadas con sentido de responsabilidad, con el objeto de promover la salud y el bienestar de la familia y contribuir así en forma eficaz al desarrollo del país.” es necesario ofrecer a toda la población el acceso a: la información y consejería en materia de sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos, la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual incluyendo el

HIV/SIDA y patología genital y mamaria; así como también la prevención del aborto.<sup>4</sup> En Argentina la Ley 25.673 establece la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud.<sup>5</sup> Esta ley garantiza a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.

## Área de Educación

En este informe se analizan una serie de indicadores de procesos, relacionados al acceso y al flujo de los estudiantes a lo largo de su trayectoria escolar que reflejan la eficiencia interna del sistema educativo en los niveles inicial, primario y secundario poniendo el foco en la educación común.



### Escolarización

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.

La tasa de escolarización es un indicador fundamental para analizar la cobertura de los distintos niveles del sistema educativo. Indica la proporción de personas que asisten a una institución educativa (para cada nivel) en relación a la cantidad de personas en el grupo de edad que corresponda, es un indicador que permite evaluar el acceso a la educación.

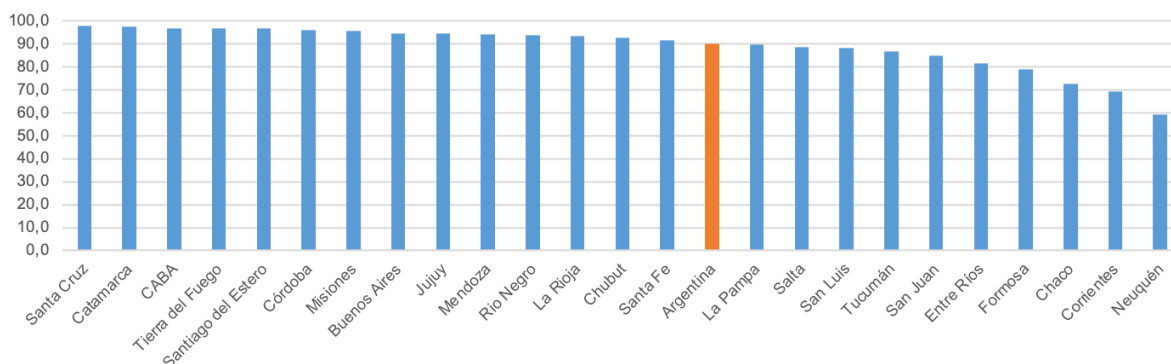
### Nivel inicial

<sup>4</sup> Fuente: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000677cnt-Leyes-que-reconocen-tus-derechos.pdf>

<sup>5</sup> Fuente: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000677cnt-Leyes-que-reconocen-tus-derechos.pdf>

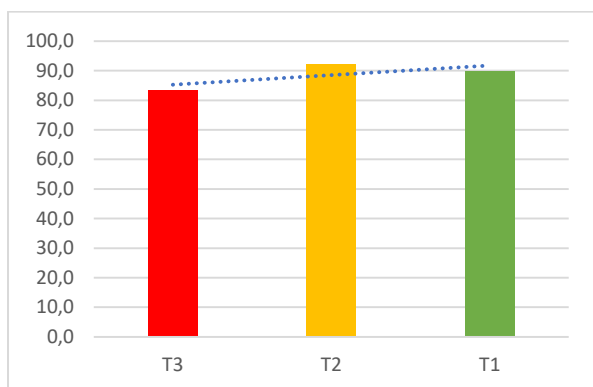
Para el nivel inicial, como podemos ver, el promedio nacional en el último quinquenio es de 90%, un número elevado considerando que, si bien la sala de 5 años o preescolar se estableció como obligatoria en la Ley Federal de 1993, recién en 2014, en Argentina, la educación es obligatoria a partir de los cuatro años (Ley 27.045).

*Escolarización por jurisdicción y total país - Nivel inicial. 2014-2018. Argentina.*

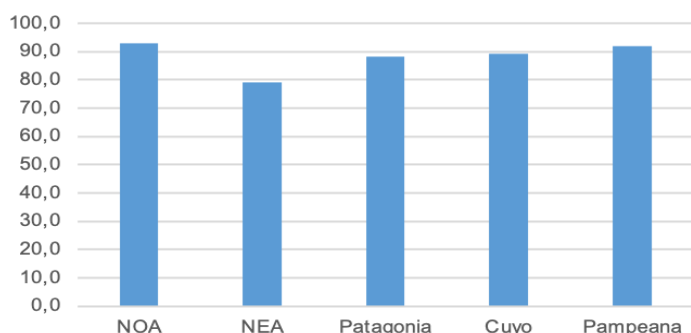


Se evidencian variaciones según las distintas jurisdicciones del país, con un rango que varía del 60% hasta casi el 100% de cobertura. A su vez, las menores tasas de escolarización coinciden con el estrato de peor situación de TMI.

*Escolarización en función de los estratos de Tasa de mortalidad infantil (TMI). Nivel inicial. 2014-2018. Argentina.*



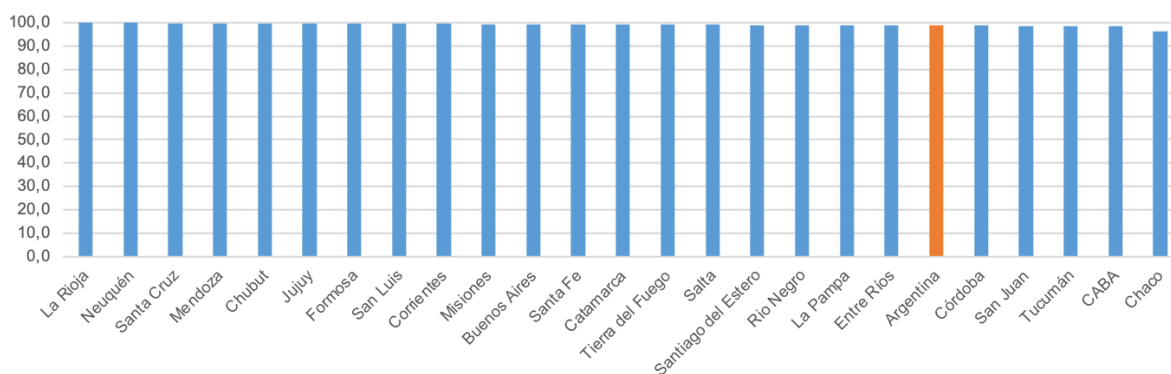
*Escolarización por región - Nivel inicial. 2014-2018. Argentina.*



## Nivel primario

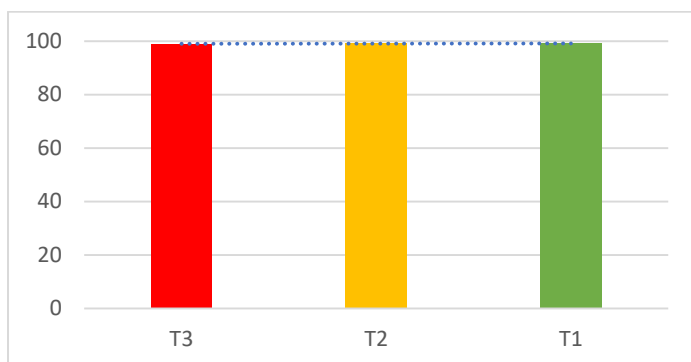
La tasa de escolarización en este nivel es elevada hace varios años, con un promedio nacional cercano al 99%, lo que indica que la cobertura en la escuela primaria es prácticamente universal.

*Escolarización por Provincia y total país- Nivel primario. 2014-2018. Argentina.*

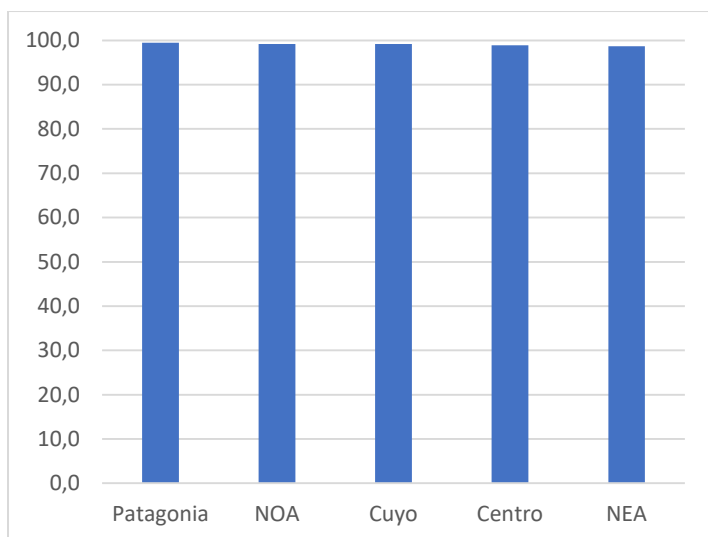


Además, se observan mínimas variaciones según regiones y lo mismo sucede al comparar con los estratos de TMI y NBI, por lo tanto, en este nivel el acceso a la educación no parece estar mediado por el nivel socioeconómico de la población en edad escolar.

*Escolarización en función de los estratos de Tasa de mortalidad infantil (TMI). Nivel primario. 2014-2018. Argentina.*



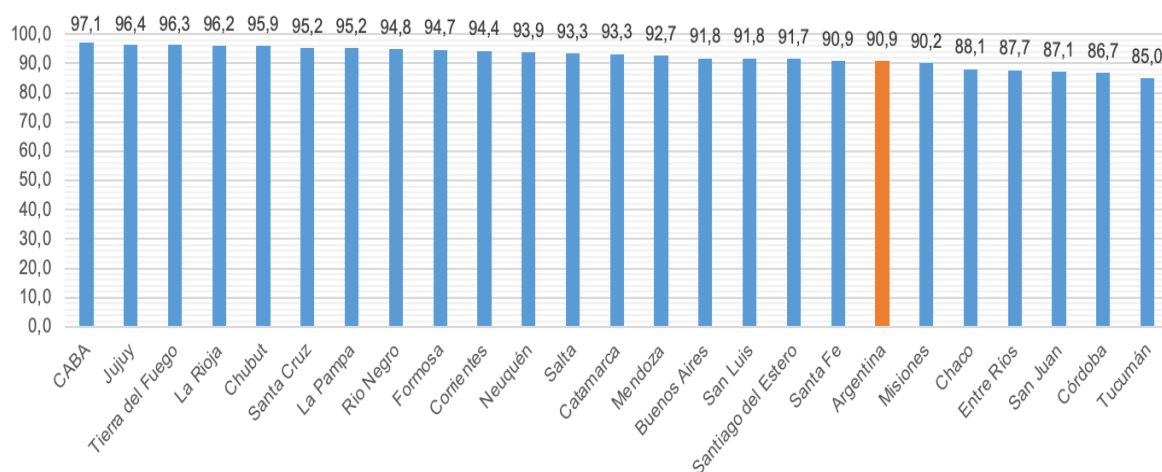
*Escolarización por región - Nivel primario. 2014-2018. Argentina.*



### Nivel secundario

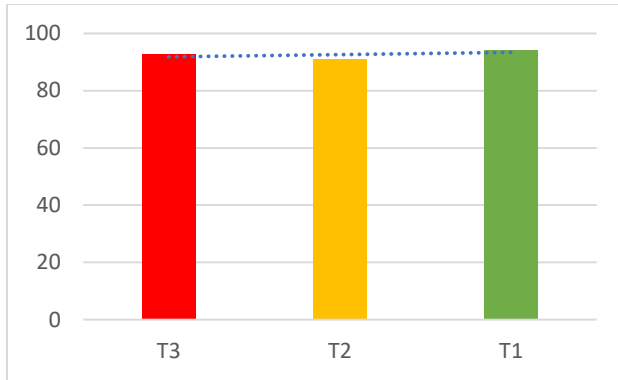
El nivel secundario es obligatorio en Argentina desde el año 2006. El promedio nacional de escolarización es del 91%, es decir que todavía uno de cada diez estudiantes en edad de asistir no lo está haciendo. Se han encontrado mínimas variaciones según regiones y ninguna relación con los estratos de TMI ni con quintiles de NBI.

*Escolarización por Provincia y total país- Nivel secundario. 2014-2018. Argentina.*

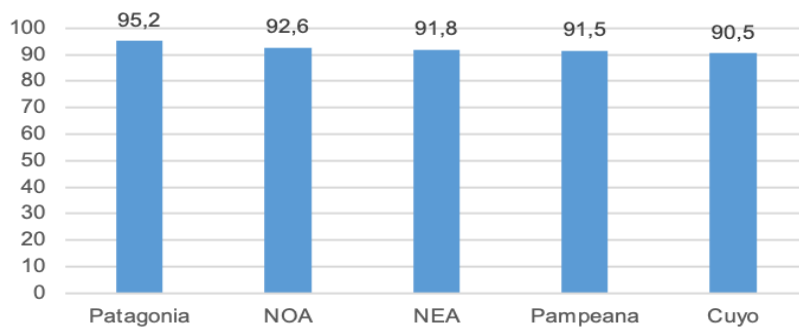


*Escolarización en función de los estratos de Tasa de mortalidad infantil (TMI). Nivel secundario. 2014-2018. Argentina.*





*Escolarización por región - Nivel secundario. 2014-2018. Argentina.*



#### Tasa de promoción efectiva en los niveles primario y secundario

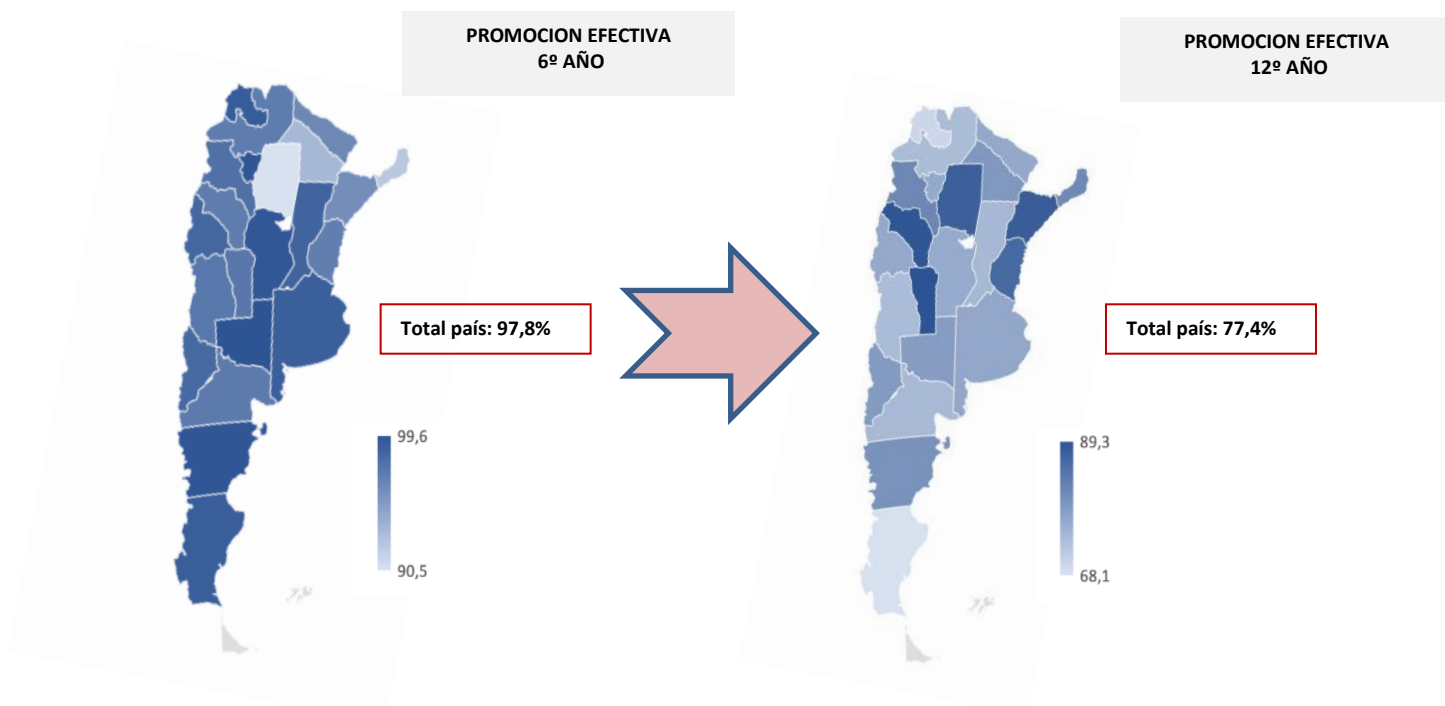
Las estadísticas educativas definen a la eficiencia como la capacidad del sistema para promover a sus estudiantes en tiempo y forma. La eficiencia ideal busca que los niveles de promoción sean altos y que tanto el abandono como la repitencia sean mínimos.

La tasa de promoción es el porcentaje de alumnos matriculados en un grado/año de estudio que se matriculan al año siguiente como alumnos nuevos en el grado/año de estudio siguiente.

En cuanto a la promoción efectiva del **nivel primario**, vemos que en todas las provincias casi todos los estudiantes llegan al último grado sin interrupciones en su trayectoria, se registran niveles altos de promoción y bajos niveles de repitencia como veremos más adelante.

En el **nivel secundario**, en cambio, la situación es más problemática: la promoción es más baja, la repitencia es más alta, al menos 3 de cada 4 estudiantes llegan al último año en el tiempo esperado. Estos datos son considerablemente dispares entre las distintas provincias, con un rango entre el 68 y 89%.

Promoción efectiva total país - Nivel primario (6º año) y secundario (12º año). 2014-2018. Argentina.



Primario incompleto como máximo nivel educativo alcanzado por la población de 25 años y más por grupos de edad

El analfabetismo es un problema para cualquier país en desarrollo. 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.

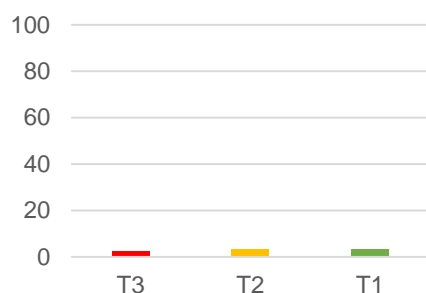
El analfabetismo funcional limita seriamente la interacción de la persona con las tecnologías de la información y la comunicación, puesto que tiene dificultades para usar un ordenador personal, trabajar con un procesador de texto o con una hoja de cálculo y utilizar un navegador web o un teléfono móvil 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. En Argentina hay un bajo porcentaje de población entre los 25-29 años que no completo el nivel primario (2,8% en promedio). Sin embargo, se observa una tendencia en ascenso de personas con nivel primario incompleto en 9 de las 24 jurisdicciones. No hallamos asociación con estratos de TMI.

Población de 25 a 29 años con primario incompleto. 2014-2018. Argentina.

Porcentaje de población con Primario incompleto como máximo nivel educativo alcanzado. Edades de 25 a 29 años. Años 2015 a 2019						
Jurisdicción	2015	2016	2017	2018	2019	Tendencia 2015-2019
Buenos Aires	1,7	2,7	2,7	2,6	3,4	
Catamarca	3,3	2,2	0,8	6,0	5,0	
Chaco	5,2	3,6	2,0	2,1	2,4	
Chubut	4,5	4,8	2,2	1,2	1,7	
<b>CABA</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>1,2</b>	<b>0,9</b>	<b>1,4</b>	
Córdoba	7,6	6,0	6,7	8,5	9,9	
Corrientes	2,6	2,7	1,5	1,6	2,9	
Entre Ríos	1,9	4,5	5,0	2,6	3,3	
Formosa	3,1	2,2	2,4	3,6	5,0	
Jujuy	0,7	1,8	1,7	0,7	7,1	
La Pampa	0,7	1,2	5,5	2,9	5,2	
La Rioja	2,9	1,8	1,6	0,6	2,2	
Mendoza	2,5	2,8	1,3	2,5	2,0	
Misiones	4,9	3,2	1,3	5,7	3,0	
Neuquén	1,1	1,2	0,0	2,4	1,1	
Río Negro	4,5	3,8	4,6	0,0	4,0	
Salta	2,2	1,7	2,0	0,9	1,2	
San Juan	1,8	2,7	1,3	2,5	1,1	
San Luis	2,2	3,7	0,7	6,0	4,9	
Santa Cruz	2,4	1,8	3,6	3,7	0,4	
Santa Fe	2,0	1,9	1,4	1,1	1,5	
Santiago del Est.	0,9	4,0	8,3	2,8	5,2	
Tierra del Fuego	2,0	4,4	4,9	1,9	0,0	
Tucumán	4,1	2,6	1,4	1,0	2,0	
<b>Argentina</b>	<b>2,6</b>	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>	<b>2,6</b>	<b>2,8</b>	

Población de 25 a 29 años con primario incompleto en función de los estratos de Tasa de mortalidad infantil (TMI). 2014-2018. Argentina.



### Tasa de repitencia en los niveles primario y secundario

La tasa de repitencia es un indicador que da cuenta del porcentaje de alumnos de un grado/año en cada nivel del sistema educativo que se matriculan como alumnos repitentes en el siguiente año lectivo. Es decir, se trata de alumnos que terminaron el año lectivo en un grado/año e inician el siguiente ciclo lectivo en el mismo grado/año.

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).

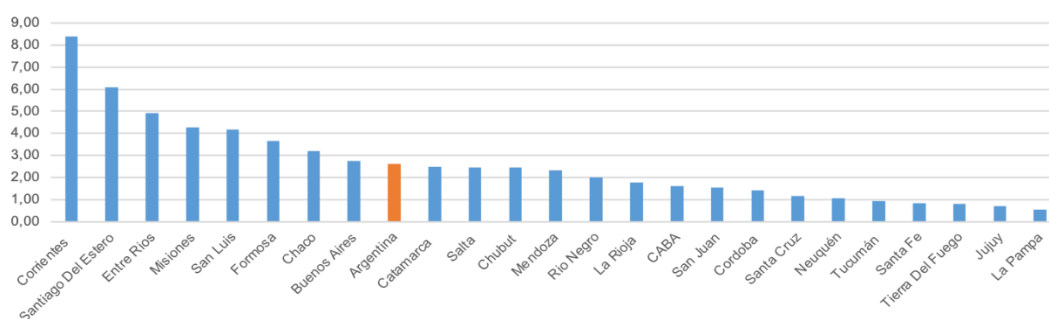
Asimismo, las investigaciones muestran que la posibilidad de repetir de grado es mayor para alumnos en condiciones de marginalidad social y económica, por lo que la repitencia tiende a reproducir desigualdades y a diferenciar trayectorias educativas (López y Gluz, 2002).<sup>6</sup>

### Repitencia 6° año

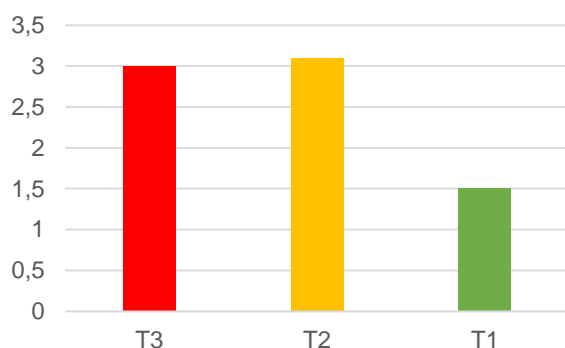
La tasa de repitencia en el nivel primario es baja, siendo el promedio nacional en los últimos 5 años del 2,6%. Se observa una amplia variación entre las distintas provincias del país.

Existen también variaciones al comparar estos datos con los estratos de TMI y NBI. Los mayores porcentajes de repitencia se asociaron a las mayores TMI y con las peores condiciones socioeconómicas y ambientales.

*Repitencia 6° año por Provincia y total país- 2014-2018. Argentina.*

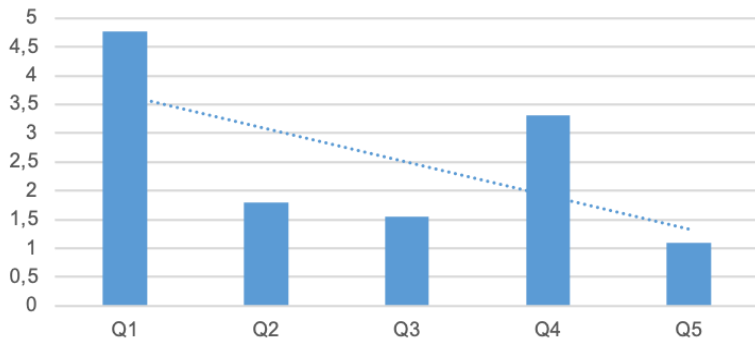


*Repitencia 6° año en función de los estratos de Tasa de mortalidad infantil (TMI). 2014-2018. Argentina.*



<sup>6</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/>

Repitencia 6° año en función de los estratos de necesidades básicas insatisfechas (NBI). 2014-2018. Argentina.

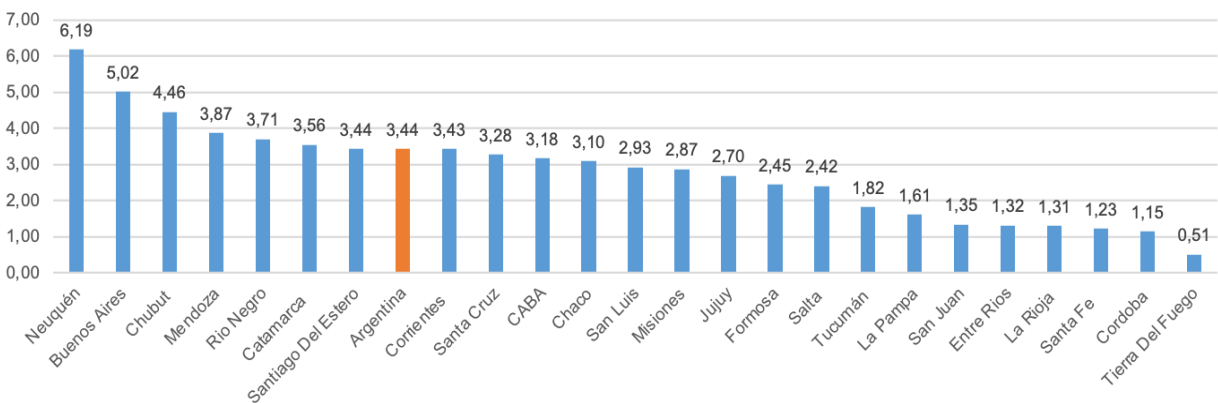


### Repitencia 12° año

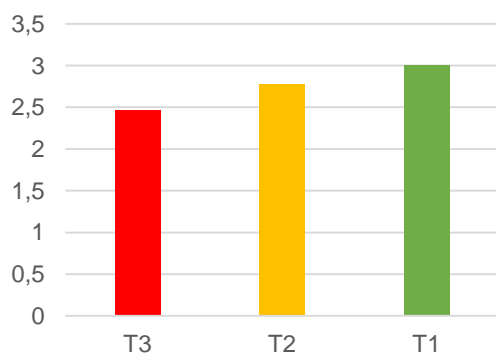
La repitencia en el nivel secundario es más alta que en el primario con una media nacional del 3,4% y no mostro asociación con los estratos de NBI ni de TMI. Tampoco hallamos diferencias al compararla con la tasa de suicidios en la adolescencia, tema que es preocupante en este grupo de edad.

En cuanto a la distribución geográfica observamos amplias brechas de hasta 10 veces entre jurisdicciones con mayor y menor tasa de repitencia.

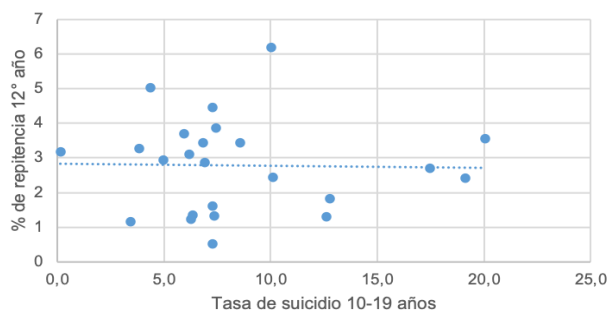
Repitencia 12° año por Provincia y total país- 2014-2018. Argentina.



Repitencia 12° año en función de los estratos de Tasa de mortalidad infantil (TMI). 2014-2018. Argentina.



*Repitencia 12° año en función de los estratos de Tasa de suicidios 10-19 años. 2014-2018. Argentina.*



### Tasa de sobreedad en los niveles primario y secundario

La sobre edad expresa el porcentaje de alumnos cursando años/grados inferiores a los que les correspondería en función de su edad. Permite detectar la proporción de estudiantes con una trayectoria educativa en alto riesgo de fracaso y abandono.

Es una aproximación diferente al fenómeno de la repitencia, incluyendo, además de los alumnos que efectivamente, repitieron, a aquellos que ingresaron tardíamente al circuito escolar y los que abandonaron transitoriamente el sistema y se han reincorporado posteriormente. 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>7</sup>

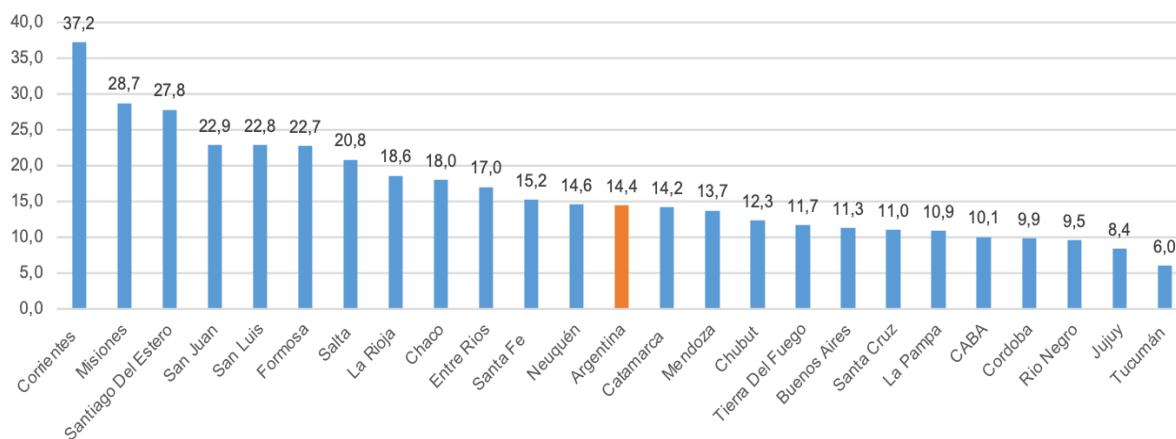
### Nivel primario

El promedio en el país de sobre edad en el nivel primario es de 14,4% con grandes brechas entre jurisdicciones si bien la tendencia en todas ellas es en descenso en los últimos años.

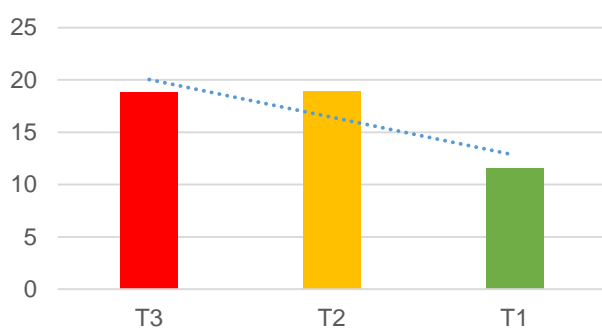
Los mayores porcentajes de sobre edad se asociación a las mayores TMI y las peores condiciones socioeconómicas y ambientales.

*Sobreedad por Provincia y total país- Nivel primario. 2014-2018. Argentina.*

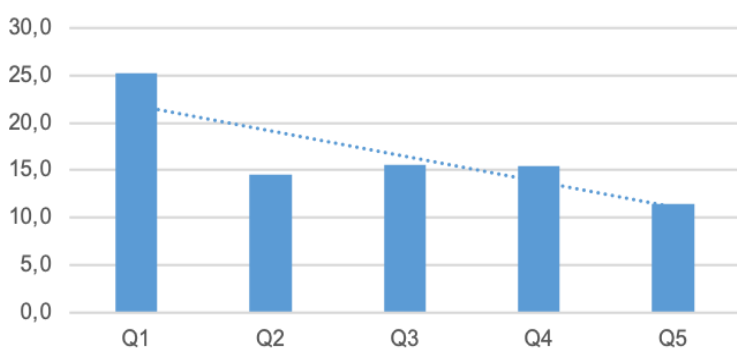
<sup>7</sup> Fuente: Procesamientos propios sobre datos de INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010



*Sobriedad en función de los estratos de Tasa de mortalidad infantil (TMI). Nivel primario. 2014-2018. Argentina.*



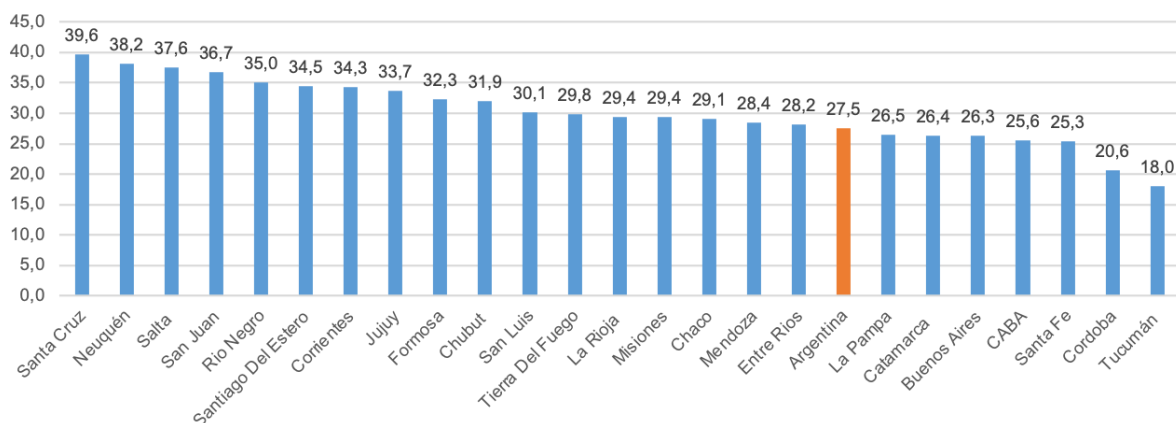
*Sobriedad en función de los estratos de necesidades básicas insatisfechas (NBI). Nivel primario. 2014-2018. Argentina.*



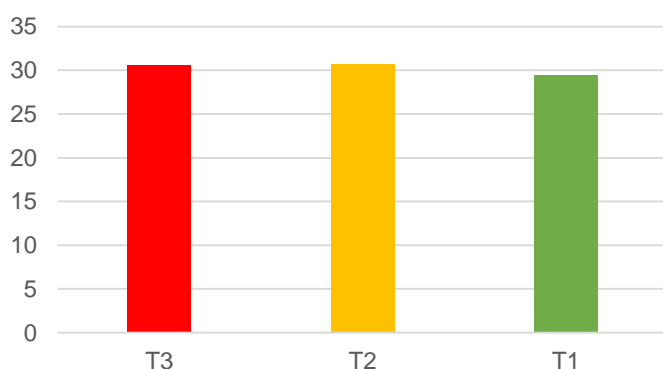
### Nivel secundario

La sobre edad en el nivel secundario es del doble que la del primario, aunque no hallamos ninguna asociación con TMI ni NBI. El promedio nacional de sobre edad en este nivel es de 27,5% con grandes brechas entre jurisdicciones.

*Sobriedad por Provincia y total país- Nivel secundario. 2014-2018. Argentina.*



*Sobriedad en función de los estratos de Tasa de mortalidad infantil (TMI). Nivel secundario. 2014-2018. Argentina.*



### Tasa de Abandono Interanual en los niveles primario y secundario

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>8</sup>

<sup>8</sup> La Educación Argentina En Números. Documento N° 5 Actualización de datos estadísticos sobre la escolarización en Argentina. Enero de 2010. Programa de Difusión. Fuente: Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa. Ministerio de Salud de la Nación. <http://portales.educacion.gov.ar/diniece/>.



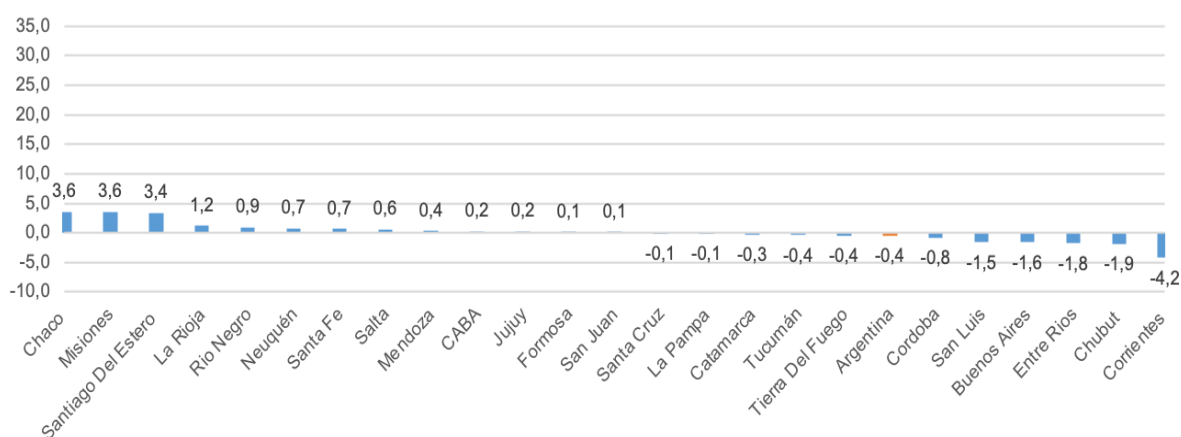
El abandono interanual es el porcentaje de alumnos matriculados en un determinado grado/año de estudio que no vuelve a matricularse al año lectivo siguiente como alumno nuevo, repitiente o reinscripto.

Este indicador se construye utilizando las tasas de promoción efectiva, repitencia y reinscripción para el total del nivel. Dados los supuestos del modelo utilizado para calcular este indicador, la tasa de abandono interanual es un valor que oscila entre 0% y 100% (donde lo ideal es 0, que indica que no hay abandono). 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.

### Nivel primario

El promedio nacional de abandono en el nivel primario es de -0,4% con grandes brechas entre jurisdicciones. Esto sucede porque existen limitaciones que explicarían estos valores negativos que son incongruentes para este indicador como la falta de registro de migraciones de población entre zonas rurales y urbanas, entre distintas jurisdicciones del país, así como transferencia de alumnos entre los distintos sectores de gestión públicos-privados.

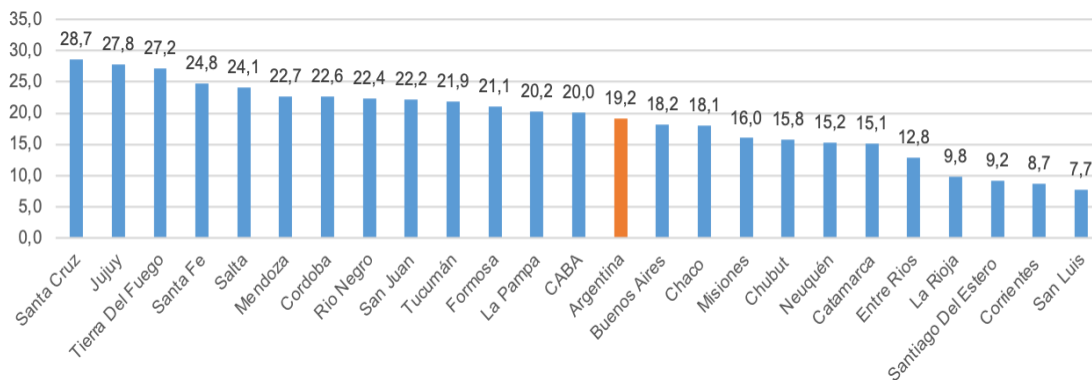
*Abandono Interanual por Provincia y total país- Nivel primario. 2014-2018. Argentina.*



### Nivel secundario

Esta situación se modifica en el nivel secundario, donde 1 de cada 5 adolescentes abandona los estudios con amplias brechas entre jurisdicciones y con una diferencia de hasta 4 veces entre los valores extremos. El promedio nacional de abandono en el nivel secundario es de 19,2% con grandes brechas entre jurisdicciones.

*Abandono Interanual por Provincia y total país- Nivel secundario. 2014-2018. Argentina.*



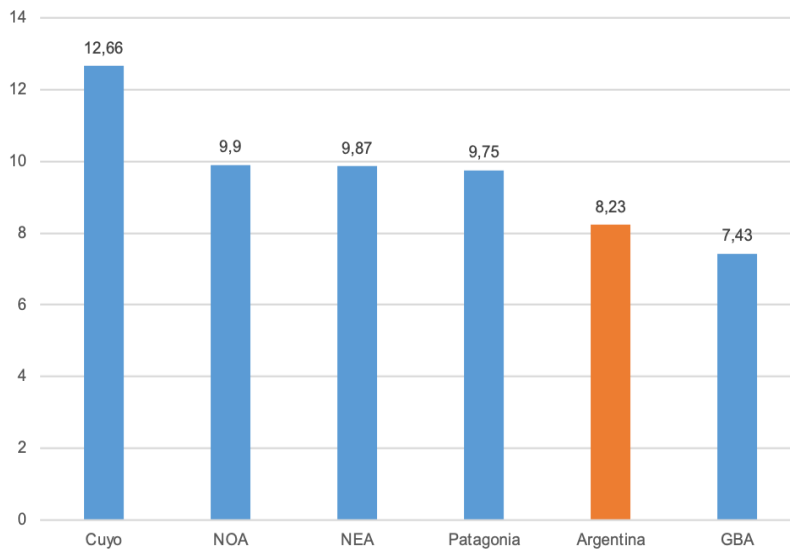
### Abandono escolar por embarazo

Este indicador tiene como objetivo identificar el embarazo adolescente y la maternidad y la paternidad como problemas relevantes que afectan las trayectorias escolares de los jóvenes para poder pensar propuestas con el objetivo de favorecer la permanencia y la finalización de la escuela secundaria de estos adolescentes procurando enmarcado en un nuevo paradigma educativo, generar las condiciones materiales y simbólicas que atenúen los obstáculos que encuentran jóvenes y adolescentes para completar sus estudios.

Los embarazos en la adolescencia comprometen negativamente las posibilidades de integración social a través del estudio o el trabajo.

El embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana están fuertemente asociados a la deserción escolar y consecuentemente tiene un impacto considerable a largo plazo en las posibilidades que tienen las mujeres que fueron madres en la adolescencia de insertarse en el mercado laboral y de acceder a puestos de trabajo de calidad, afectando su seguridad económica y la de sus familias. (Plan de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia- MSAL).

*Proporción de jóvenes (13-17 años) que abandonó la escuela/colegio por embarazo. Argentina. 2017*



Fuente: Elaborado a partir de la Encuesta Nacional de actividad de Niños, Niñas y Adolescentes (EANNA-Urbana) 2017. INDEC

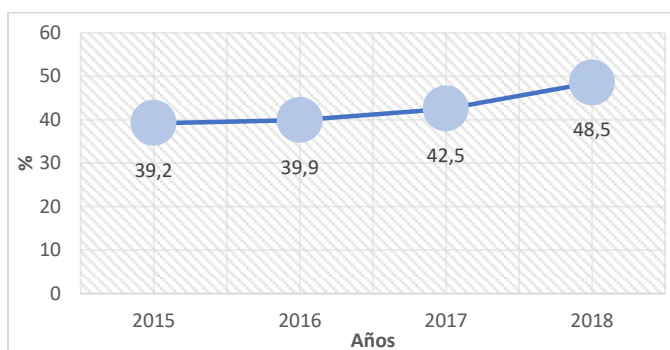
El abandono por embarazo represento el 8% de las causas de deserción escolar, con valores dispares entre las distintas regiones del país. Esta situación sumada al resto de las dificultades en las trayectorias escolares de los adolescentes que fuimos mencionando marcan una problemática concreta sobre la cual cómo los pediatras debemos redoblar esfuerzos en cuanto a la prevención y eventualmente el apoyo en cada caso.

#### Acceso a internet en el hogar

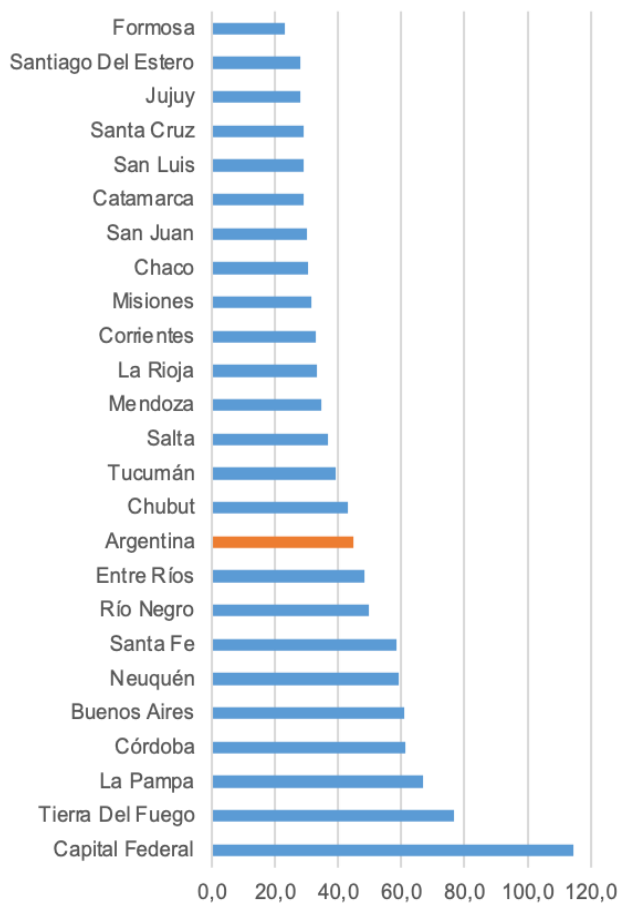
Este indicador hace referencia a evaluar el acceso y uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en la sociedad y de analizarlas como un factor de desarrollo económico y de inclusión social.

En relación con la conectividad en nuestro país, vemos que el acceso fijo a internet muestra una tendencia nacional que va en ascenso en los últimos años, aun así, más de la mitad de los hogares todavía no cuentan con este acceso.

Acceso fijo a internet total país-. 2015-2018. Argentina.

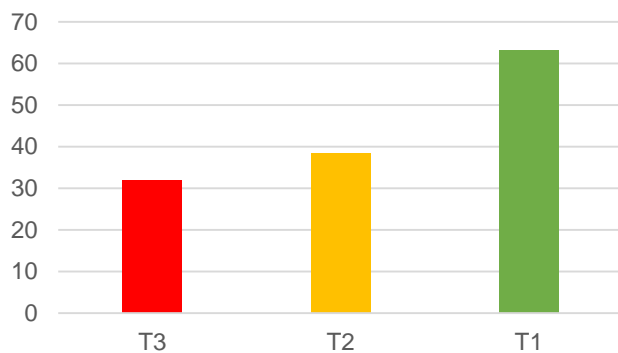


Acceso fijo a internet por Provincia y total país-. 2015-2018. Argentina.

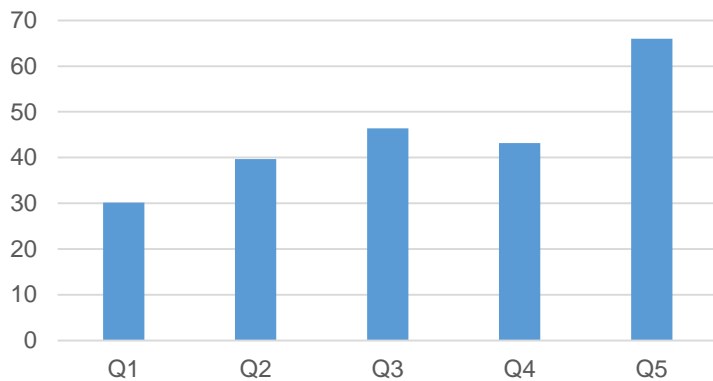


La situación es heterogénea en las distintas jurisdicciones y se relaciona de manera inversa con los niveles de TMI y NBI.

*Acceso fijo a internet en función de los estratos de Tasa de mortalidad infantil (TMI). 2015-2018. Argentina.*



*Acceso fijo a internet en función de los estratos de necesidades básicas insatisfechas (NBI). 2015-2018. Argentina.*



## COVID-19

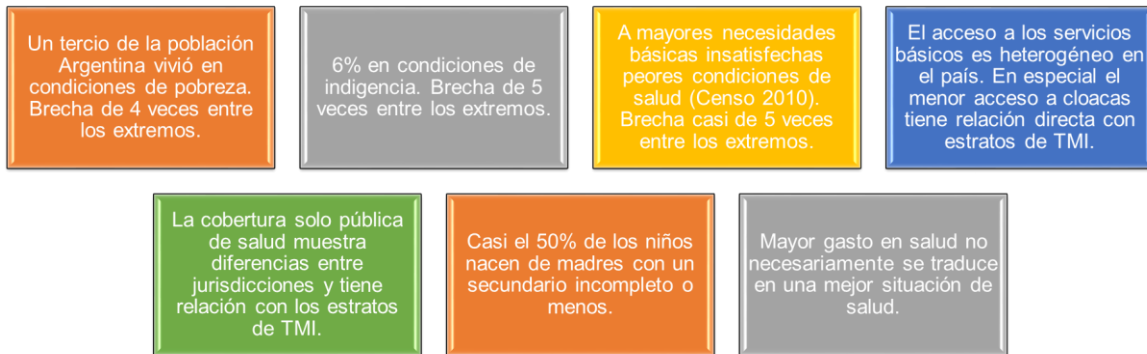
El 31 de diciembre de 2019, China notificó la aparición de casos confirmados por laboratorio de una nueva infección por coronavirus (COVID-19) que posteriormente se diseminó en varios países de distintos continentes y finalmente el 11 de marzo de 2020 se declaró el estado de pandemia. El impacto de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) ha sido generalizado, con más de 10 millones de casos diagnosticados y más de 2,5 millones de fallecidos en más de 200 países. Actualmente Estados Unidos y Brasil presentan la mayor cantidad de casos acumulados. La pandemia de COVID-19 resulta un evento extraordinario que genera cambios en múltiples dimensiones, desde la atención asistencial hasta nuevas políticas nacionales que influyen sobre aspectos socioculturales, económicos, estilos de vida y cuidados de la salud.

Durante la pandemia actual de COVID-19, existe riesgo de interrupción de las actividades rutinarias de vacunación debido a la sobrecarga del sistema y a la disminución de la demanda de vacunación debido al aislamiento social obligatorio y preventivo. En este sentido es fundamental considerar a la vacunación como actividad priorizada de salud, sostener la vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmunoprevenibles para detectar casos de estas enfermedades de manera oportuna y realizar las acciones de control adecuadas y aprovechar cada contacto con el sistema de salud para revisar y completar el esquema de vacunación en personas de todas las edades, especialmente en quienes asistan a la consulta por presentar comorbilidades o factores de riesgo.

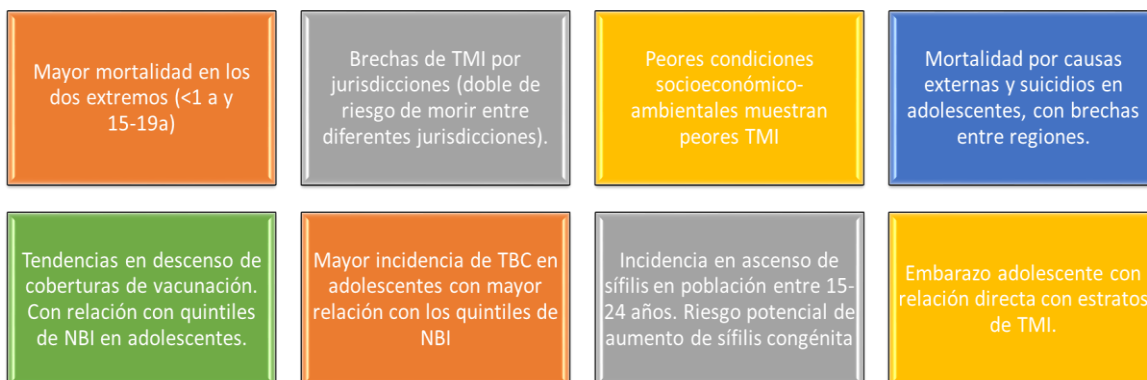
Con la finalidad de evaluar el impacto de la pandemia por COVID-19 sobre los aspectos de salud psicofísicos, socioeconómicos, de educación de la población de niños, niñas y adolescentes de Argentina, tendremos en cuenta los datos de morbimortalidad, uso de recursos sanitarios y coberturas de vacunación del año 2020 como punto de partida para evaluaciones futuras.

## Conclusiones

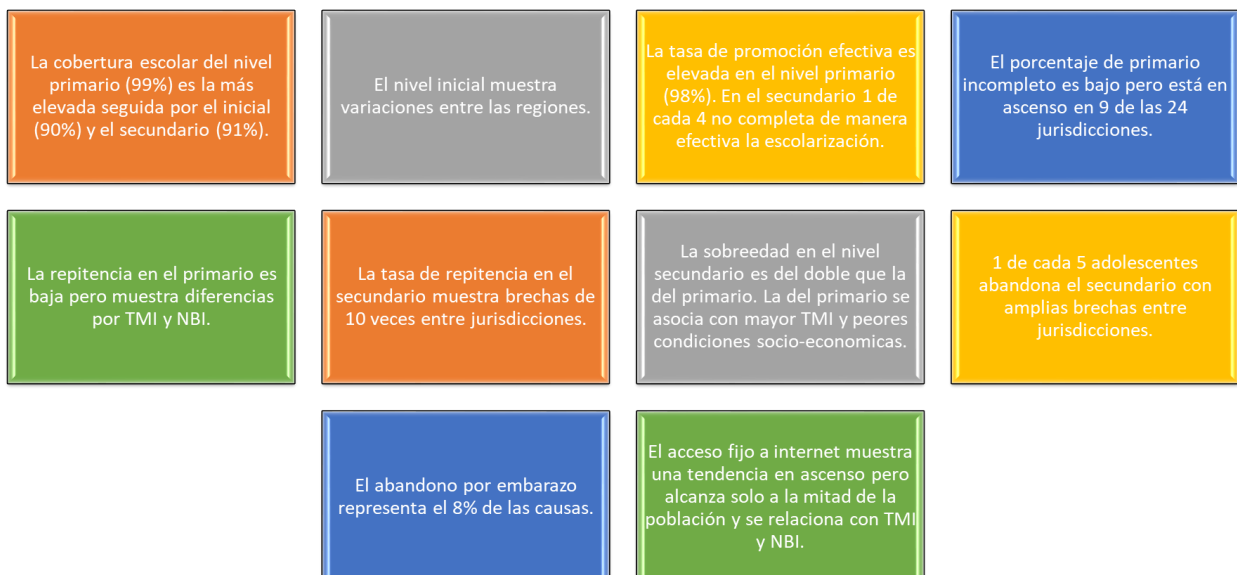
## Área socioeconómica ambiental



## Área salud



## Área educación



## Propuestas

- Sostener la continuidad del Observatorio a los fines de cumplir los objetivos propuestos a mediano y largo plazo que a su vez se traducirán en acciones por Región y filial.
- La continuidad permite el monitoreo de las acciones, los necesarios ajustes, la evaluación de resultados y la generación de datos propios sobre los temas de interés a la pediatría en el ámbito de la Salud Pública.
- Es fundamental, el trabajo con Comités y Subcomisiones y Grupo de trabajos en temas específicos que enriquecerán los datos y las acciones a realizar por Región de la SAP.
- Explorar nuevos indicadores por Región en las dimensiones mencionadas de relevancia en la pediatría (Ej: alimentación materna, lactancia, etc.)
- Actualizar los análisis con los datos del futuro Censo Nacional.
- Medir el impacto de la Pandemia COVID-19 en las tres dimensiones propuestas.
- Utilizar esta herramienta para poner en agenda temas prioritarios que mejoren la calidad de vida de Niños, Niñas y Adolescentes en cada Región del país

## Referencias

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>

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>

Ministerio de Salud de la Nación. Boletín integrado de la vigilancia N°499, SE23/ 2020. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv\\_499\\_se23.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_499_se23.pdf)

Vacunas Recomendaciones nacionales vacunación argentina 2012  
[http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000451cnt-2013-06\\_recomendaciones-vacunacion-argentina-2012.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000451cnt-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>

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).

Programa Nacional de Chagas Ministerio Salud de la Nación <http://www.msal.gob.ar/index.php/component/content/article/48/126-chagas>

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

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>

Procesamientos propios sobre datos de INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010

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/>

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

La Educación Argentina En Números. Documento Nº 5 Actualización de datos estadísticos sobre la escolarización en Argentina. Enero de 2010. Programa de Difusión. Fuente: Dirección Nacional de Información y Evaluación de la Calidad Educativa. Ministerio de Salud de la Nación. <http://portales.educacion.gov.ar/diniece/>.

Censo 2010. Resultados del CNPhyV 2010 Educación. Dirección Provincial de Estadística Y Censos Provincia Del Neuquén. <http://www.estadisticaneuquen.gob.ar/informes/Educaci%C3%B3n.pdf>