4° INFORME ESPECIAL DEL OBSERVATORIO DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Coberturas de vacunación 2015-2024

Julio 2025

Sociedad Argentina de Pediatría

Por una niñez y adolescencia sanas, en un mundo mejor

Sociedad Argentina de Pediatría

Comisión Directiva

Presidente
Dr. INDART DE ARZA, Miguel Javier

Vicepresidente 1ro.
Dra. GIUBERGIA, Verónica Sabina

Vicepresidente 2da.
Dra. MOLINA, Fabiana Gabriela

Secretaria General
Dra. ARPÍ, Lucrecia Georgina

Prosecretario General
Dr. ROCCA RIVAROLA, Manuel

Tesorera
Dra. BOGDANOWICZ, Elizabeth Patricia

Secretaria de Comités y Grupos de Trabajo
Dra. PRIETO, Myriam

Secretaria de Relaciones Institucionales
Dra. SOTO CONTI, Constanza Paola

Secretario de Educación Continua
Dr. DARTIGUELONGUE, Juan Bautista

Secretaria de
Filiales y Delegaciones
Dra. ARTURI, Analia Susana

Secretario de Actas
Dr. PACE, Alejandro Eugenio

Secretario de Medios y
Relaciones Comunitarias
Dr. MOUESCA, Juan Pablo

Vocal 1ro.
Dr. FAVERO MOLINA, Nicolas

Vocal 2do.
Dra. CIPRIANI, Silvina

Vocal 3ra.
Dra. BIANCO, Silvina Elisabet

DIRECCIÓN GENERAL

Dra. GENTILE, Ángela

MIEMBROS

Área de Coordinación técnica y estratégica

Mg. DEGIUSEPPE, Juan Ignacio

Dra. JUÁREZ, María del Valle

Dra. LUCIÓN, María Florencia

Área de Investigación y evaluación

Dra. CASTELLANO, Vanesa Edelvais

Dra. DIANA MENÉNDEZ, Sofía

CONTENIDO

Resumen ejecutivo 5
Introducción 6
Metodología 8
Resultados 11
1. Evolución de las coberturas de vacunación en los últimos 10 años (2015-2024) 11
2. Análisis de las coberturas de vacunación en Argentina durante el año 2024 14
3. Análisis de coberturas de vacunación según regiones durante 2023 15
• Primeros 1.000 días (desde la gestación hasta los 3 años) 15
• Niños y niñas en edad escolar (5 años) 23
• Adolescentes 26
Recomendaciones para el equipo de Salud 29
Recursos para pediatras 30
Anexo: Coberturas de vacunación en Argentina según jurisdicción. Años 2022-2023. 31

RESUMEN EJECUTIVO:

El análisis de las coberturas de vacunación en Argentina durante la última década muestra una tendencia general en descenso, con particular preocupación en determinados grupos etarios y esquemas vacunales.

Gestantes y recién nacidos

- La cobertura en embarazadas aumentó, del 62 % en 2015 al 69 % en 2024, sin embargo aún quedaron 138.000 gestantes sin recibir su dosis correspondiente. Esto pone en riesgo la protección pasiva de los recién nacidos, particularmente frente al coqueluche, principal causa de mortalidad prevenible en lactantes menores de 2 meses.
- En recién nacidos, si bien las coberturas para vacunas Hepatitis B y BCG siguen siendo relativamente altas (77% y 81%) en 2024, se observa una pérdida de hasta 8 puntos porcentuales respecto a 2015. Esto indica brechas en el acceso a la vacunación en maternidades y primeras consultas pediátricas.

Lactantes (hasta 6 meses)

- Las vacunas aplicadas a los 6 meses de vida, como la quíntuple y poliomielitis inactivada (IPV), presentan una caída progresiva en comparación con el período 2015-2019. Alrededor de 115.000 no recibieron estas dosis fundamentales para completar los esquemas primarios de vacunación.
- En particular, se observa una disminución crítica en 2021, atribuible al impacto de la pandemia de COVID-19, seguida por una recuperación parcial en 2022-2023, aunque sin alcanzar aún los niveles prepandemia.
- Ambas dosis descendieron alrededor de 10 puntos en comparación con niveles prepandémicos, mostrando una persistente brecha de cobertura básica en el primer semestre de vida.

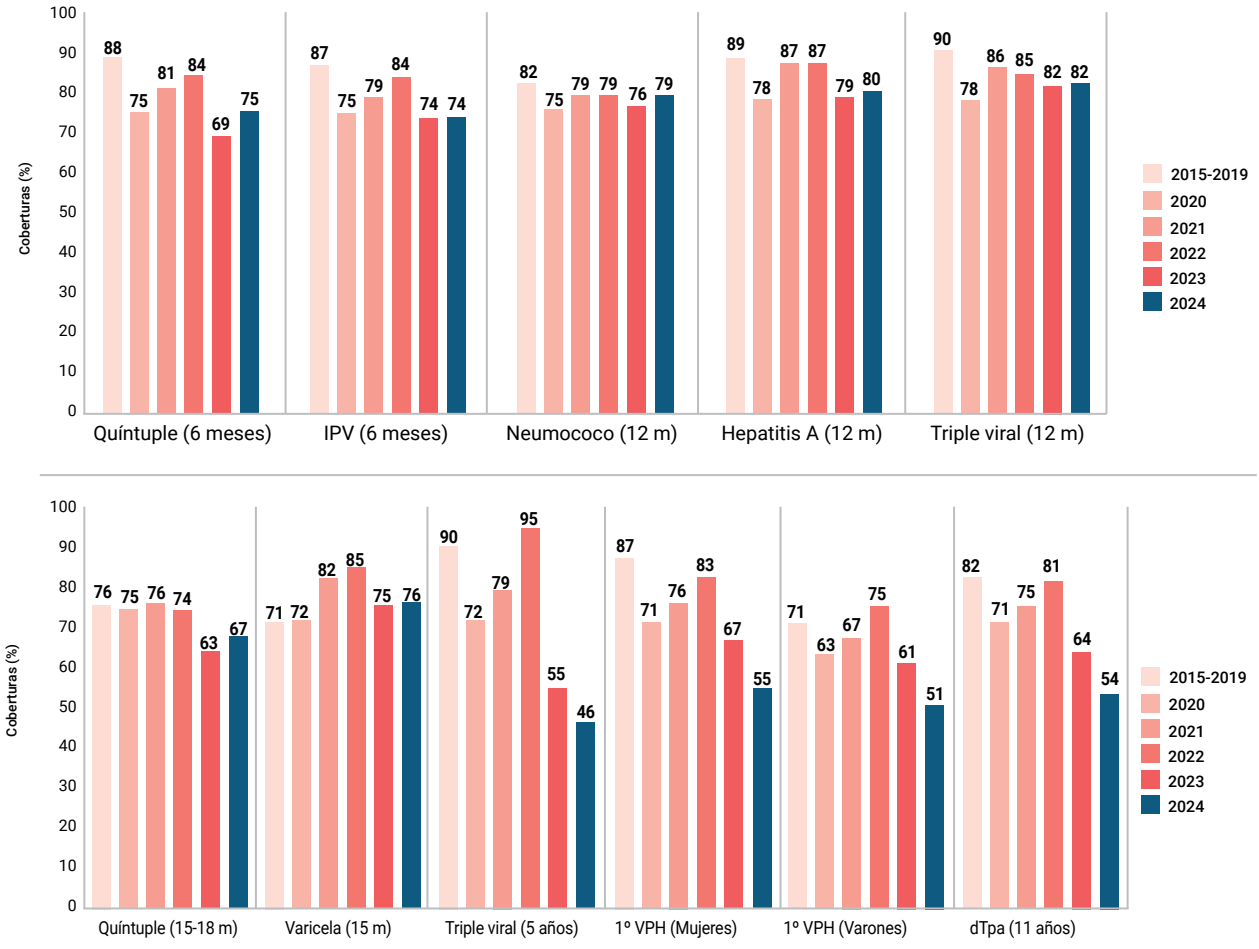
Primer y segundo año de vida

- Las coberturas de refuerzo de las vacunas quíntuple (15-18 meses) y varicela (15 meses) muestran también una disminución progresiva. Varicela, a pesar de haber alcanzado coberturas superiores al 80 % en 2021, registra una caída sostenida hasta el 74 % en 2024. Más de 150.000 niños no recibieron la dosis de refuerzo con quíntuple, esto los deja susceptibles para la ocurrencia de brotes de coqueluche o meningitis por *Haemophilus influenzae* b entre otras enfermedades.
- Las vacunas aplicadas en el primer año de vida (quíntuple, polio, SRP, neumococo, hepatitis A) muestran caídas de entre 9 y 15 puntos porcentuales, es decir, entre 80.000 y 100.000 niños no recibieron ninguna de estas dosis.

Coberturas en edad escolar y adolescencia

- La vacuna triple viral (5 años) presenta un retroceso alarmante: de una cobertura del 90 % en el quinquenio 2015–2019, desciende al 46 % en 2024, con una caída especialmente marcada desde 2022, lo que incrementa significativamente el riesgo de reemergencia de sarampión y rubéola.
- La vacunación contra el VPH (en varones y mujeres) evidencia una caída sustancial: la primera dosis en varones pasa del 75 % en 2022 al 51 % en 2024, mientras que en mujeres desciende al 55 %.
- La vacuna triple bacteriana acelular (dTpa) a los 11 años, fundamental para prevenir coqueluche en lactantes menores, registra un retroceso del 82 % al 54 % en 2024, lo que refleja importantes desafíos en la captación del grupo adolescente.

Evolución de las coberturas de vacunación en Argentina en los últimos 10 años (2015-2024) según edad y vacuna.



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia (Sociedad Argentina de Pediatría) en base a datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

INTRODUCCIÓN

La vacunación es una de las intervenciones más efectivas en salud pública para reducir la mortalidad y la morbilidad por enfermedades prevenibles. Más de 20 enfermedades potencialmente mortales pueden evitarse hoy mediante inmunización, con vacunas disponibles para todas las etapas del curso de vida. No obstante, garantizar un acceso equitativo a estas herramientas fundamentales sigue siendo un desafío urgente.

La Agenda de Inmunización 2030 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) subraya que los beneficios de la inmunización se distribuyen de forma desigual: las coberturas varían significativamente entre países, regiones e incluso dentro de las poblaciones de un mismo territorio. Cada año, cerca de 20 millones de niños menores de un año no completan su esquema básico de vacunación, y más de 13 millones no reciben ninguna dosis: son los denominados niños con “cero dosis”.

Las bajas coberturas de vacunación representan un riesgo real y concreto: abren la puerta al resurgimiento de enfermedades que ya estaban controladas o eliminadas, aumentan la probabilidad de brotes y erosionan la confianza en los programas de salud. En este escenario, el rol del equipo de salud es clave. La indicación activa, clara y oportuna de las vacunas, basada en evidencia científica, fortalece la confianza de las familias y es determinante para alcanzar y sostener coberturas óptimas.

El Observatorio de la Infancia y Adolescencia SAP mantiene su compromiso de monitorear, año tras año, la evolución de las coberturas de vacunación en Argentina. Este seguimiento tiene como objetivo brindar información útil que sirva de soporte a las políticas locales impulsadas por las Filiales de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) en todo el país.

En este informe se analiza la situación de las coberturas en relación con indicadores clave de acceso a la salud, como la mortalidad infantil. También tiene en cuenta la realidad socioeconómica a través del indicador de porcentaje de población en condiciones de pobreza. Este enfoque permite identificar desigualdades, elaborar recomendaciones y promover estrategias concretas en defensa de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Asegurar el acceso gratuito, seguro y obligatorio a vacunas eficaces es fundamental no solo para evitar enfermedades y muertes prevenibles, sino también para garantizar el desarrollo pleno y equitativo desde la infancia, en línea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

METODOLOGÍA

Se describen las tendencias nacionales de coberturas de vacunación de NNyA de Argentina durante el período 2015-2024 de vacunas trazadoras por grupos etarios.

GRUPOS ETARIOS	VACUNA	DESCRIPCIÓN
Primeros 1.000 días	dTpa gestación	Triple bacteriana acelular (difteria, tétanos, coqueluche) a partir de la semana 20 de gestación
	HB en recién nacidos	Hepatitis B aplicada en las primeras 12 horas del nacimiento
	BCG en recién nacidos	BCG (bacilo Calmette-Guerin) aplicada en la primera semana de vida
	DPT 3 (6 meses)	3° dosis quíntuple bacteriana (difteria, tétanos, coqueluche, *Haemophilus influenzae* tipo b y hepatitis B)
	Polio 3 (6 meses)	3° dosis poliomielitis
	PCV 13 (12 meses)	refuerzo de neumococo de 13 serotipos
	SRP 1 (12 meses)	1° dosis de triple viral (sarampión, rubéola, parotiditis)
	HA (12 meses)	única dosis de hepatitis A
	DPT 4 (15-18 meses)	1° refuerzo quíntuple bacteriana (difteria, tétanos, coqueluche, *Haemophilus influenzae* tipo b y hepatitis B)
	Varicela (15 meses)	1° dosis varicela
Escolares (5 años)	SRP 2	2° dosis de triple viral (sarampión, rubéola, parotiditis).
	DPT	2º refuerzo triple bacteriana celular (difteria, tétanos, coqueluche)
Adolescentes (11 años)	VPH	1° dosis aplicada de virus del papiloma humano.
	dTpa	refuerzo de triple bacteriana acelular (difteria, tétanos, coqueluche)

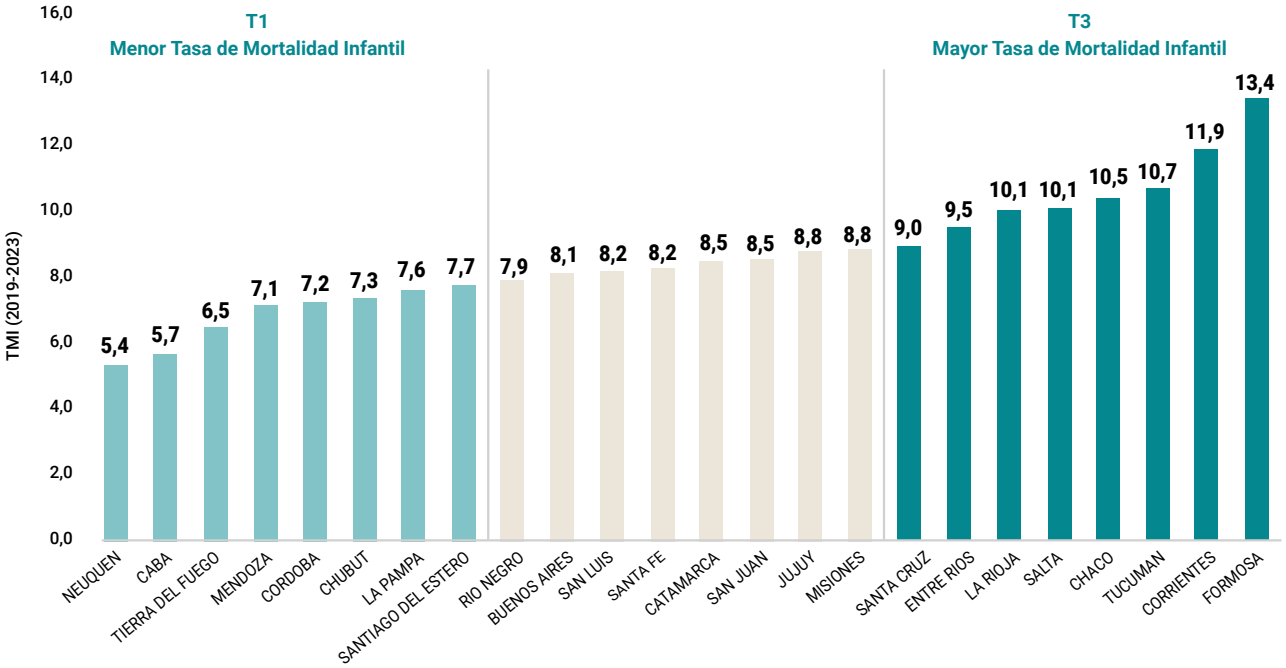
En la segunda parte, para el análisis según regiones, condiciones de pobreza y tasas de mortalidad infantil se utilizó la información disponible hasta el año 2023. Los datos se analizaron por jurisdicción y por las 5 regiones económicas argentinas (Noroeste Argentino, Nordeste Argentino, Cuyo, Centro y Patagonia).

Para el análisis de las vacunas utilizadas como trazadoras se calculó el promedio de las coberturas del periodo 2015-2019 tomando como numerador la sumatoria de las dosis informadas en el periodo y como denominador la sumatoria de la población objetivo según proyecciones del Censo Nacional 2010. A partir del año 2020 se utilizaron las coberturas anuales. Se utilizó la media nacional y regional, con el fin de detectar áreas de mayor riesgo y determinar prioridades.

En el anexo 1 se detallan las coberturas de cada una de las trazadoras seleccionadas según jurisdicción comparando los años 2022 a 2023.

Los indicadores de coberturas se estratifican en terciles según las tasas de mortalidad infantil (TMI) del periodo informado, considerando esta tasa como uno de los indicadores más importantes para la planificación y programación de actividades en salud. Los terciles se construyeron calculando la media de TMI del quinquenio 2018-2022.

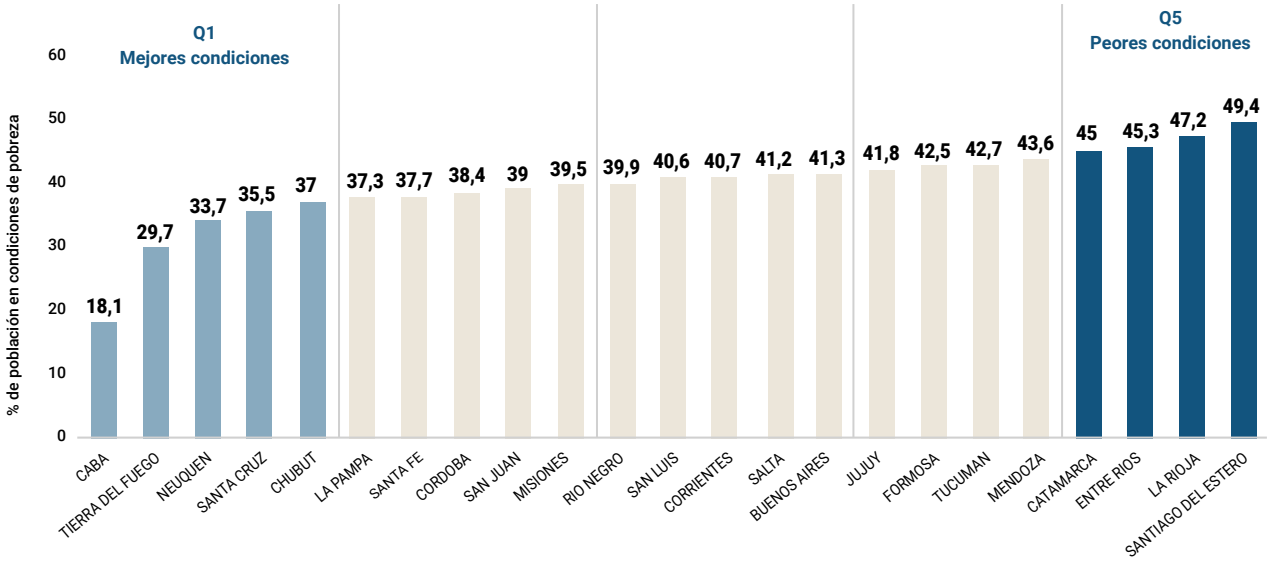
Tasas de mortalidad infantil en Argentina durante el quinquenio 2018-2022.



Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).

También se analizaron los indicadores de vacunación según los quintiles de pobreza indicando el quintil 1 las jurisdicciones con mejores condiciones (menor porcentaje de pobreza) y el quintil 5 las de mayor pobreza. Los quintiles se calcularon de acuerdo con la media del porcentaje de población en condiciones de pobreza según jurisdicción entre 2022 y 2024.

Porcentaje de población en condiciones de pobreza según jurisdicción (2022-2024).



Fuente: INDEC

RESULTADOS

1. Evolución de las coberturas de vacunación en los últimos 10 años (2015-2024)

La comparación entre los valores registrados en 2015 (referencia prepandémica) y los de 2024 evidencia una caída generalizada en todos los grupos de edad y vacunas analizadas, con especial preocupación en los refuerzos y esquemas de la segunda infancia y adolescencia.

En recién nacidos si bien las coberturas siguen siendo relativamente altas (77% para vacuna contra heptatitis B y 81% con BCG en 2024), se observa una pérdida de hasta 8 puntos porcentuales respecto a 2015. Esto indica brechas en el acceso a la vacunación en maternidades y primeras consultas pediátricas.

Las vacunas aplicadas en el primer año de vida (quíntuple, polio, SRP, neumococo, hepatitis A) muestran caídas de 20%. Esto refleja una disminución sostenida en la adherencia a los esquemas básicos, lo cual aumenta el riesgo de circulación de enfermedades como coqueluche, hepatitis A o poliomielitis.

La situación más crítica se observa en los refuerzos aplicados a partir del segundo año de vida. Las coberturas con SRP2 y triple bacteriana descendieron al 46% y contra la poliomielitis 47%, es decir, menos de la mitad de los niños acceden a estas dosis clave. En 2015, las coberturas superaban el 87-88 %. Esto constituye una alerta epidemiológica seria, especialmente frente a la amenaza del reingreso del sarampión en la región.

En adolescentes, las coberturas de la vacuna contra VPH en varones y mujeres, así como de la dTpa, han sufrido una fuerte caída de 30% respecto a 2015.Estos valores indican una pérdida de oportunidades en salud pública preventiva, tanto para enfermedades transmisibles como para la protección indirecta de lactantes frente a la tos convulsa.

La cobertura en embarazadas si bien aumentó del 62 % en 2015 al 69 % en 2024, no es suficiente si consideramos que se pone en riesgo la protección pasiva de los recién nacidos, particularmente frente al coqueluche, principal causa de mortalidad prevenible en lactantes menores de 2 meses.

En el año 2024, a partir de la introducción de la vacunación contra Virus Sincicial Respiratorio en gestantes para prevenir morbimortalidad por bronquiolitis en menores 6 meses, se lograron coberturas de 65%, marcando un inicio promisorio de esta estrategia.

Comparación de la tendencia de coberturas de vacunación en Argentina entre 2015 y 2024, según edad y vacuna

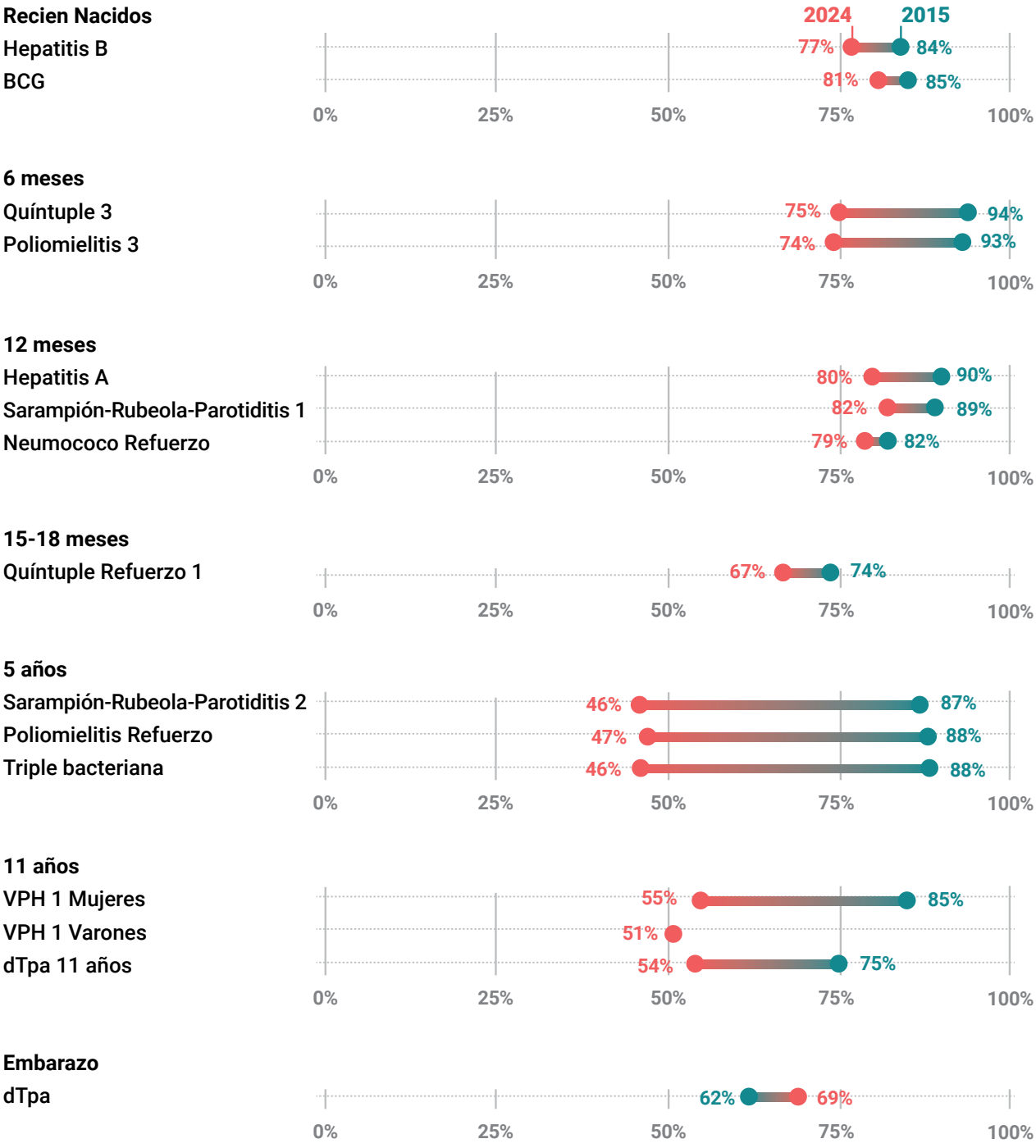


Gráfico: Observatorio de la Infancia y Adolescencia. SAP: 2025.
Fuente: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud. Creado con Datawrapper

Los datos del 2024 reflejan una crisis sostenida en las coberturas de vacunación, cuyas causas son múltiples: efectos postpandemia, debilitamiento de estrategias territoriales, baja percepción del riesgo y disminución en la recomendación activa del equipo de salud. Urge implementar estrategias intensivas de recuperación, priorizando la búsqueda activa, la vacunación en escuelas y la formación continua de profesionales.

Diferencia porcentual de las coberturas de vacunación en Argentina en los últimos 10 años (2015-2024).

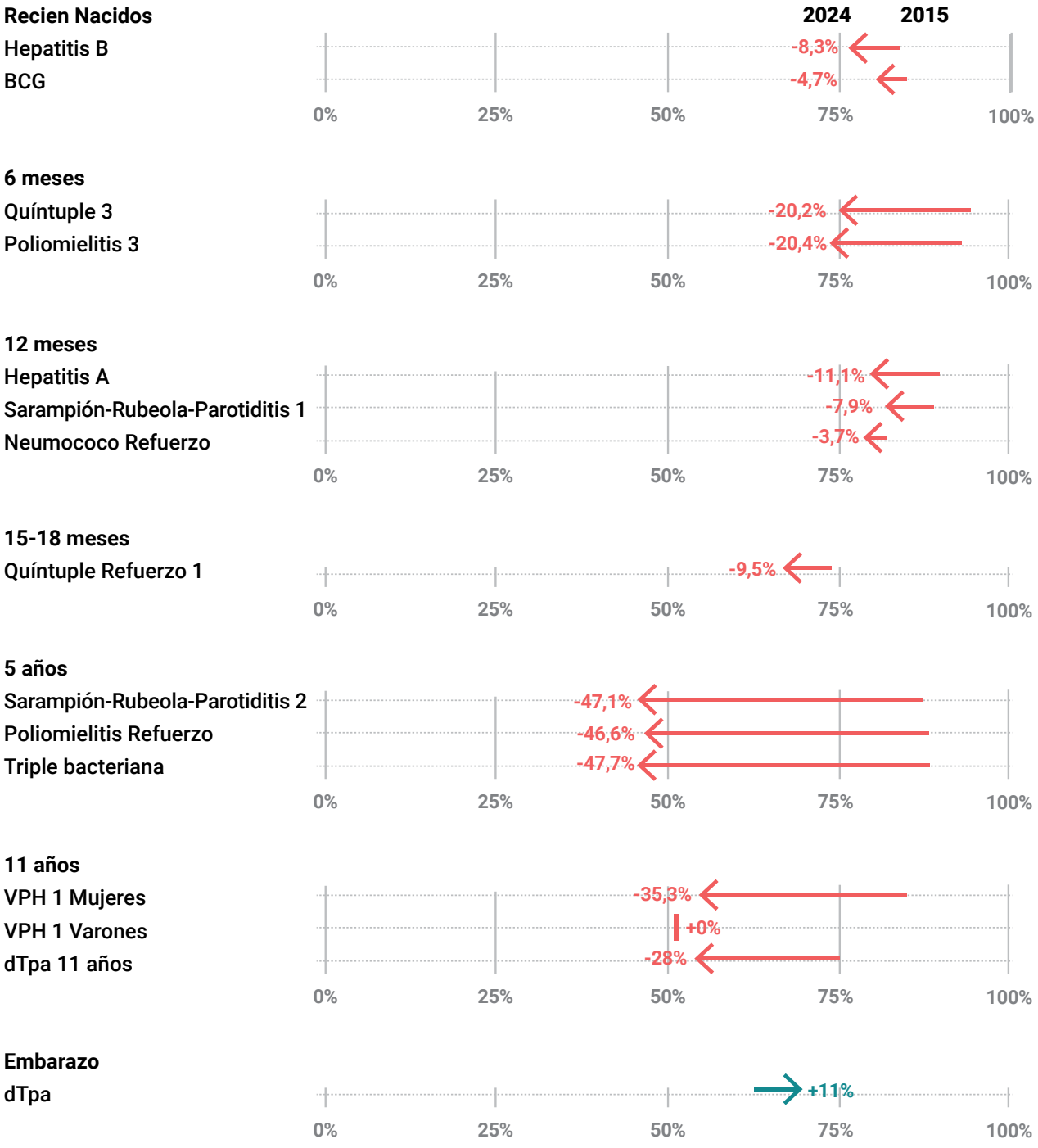


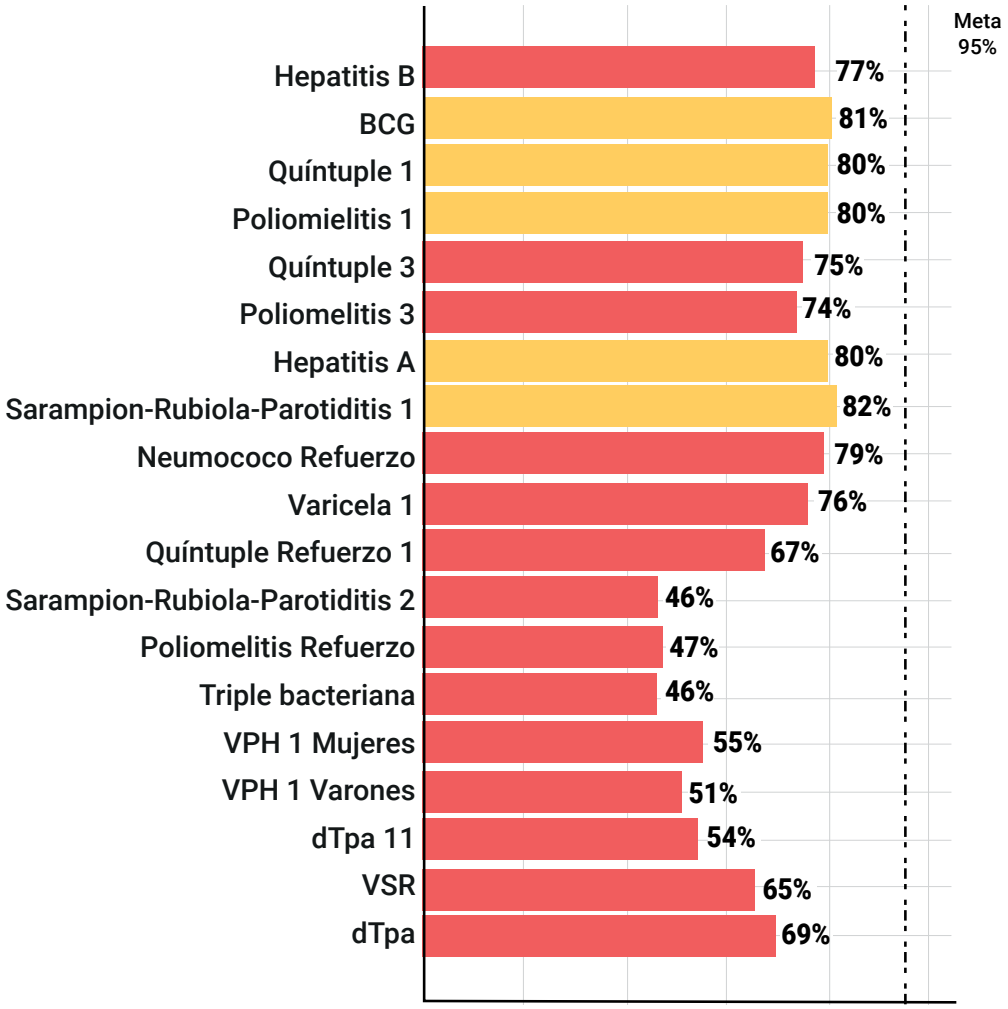
Gráfico: Observatorio de la Infancia y Adolescencia. SAP: 2025.
Fuente: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud. Creado con Datawrapper

2. Análisis de las coberturas de vacunación en Argentina durante el año 2024

El estado actual de las coberturas de vacunación en Argentina evidencia que ninguna de las vacunas analizadas alcanza la meta programática del 95%. Solo 5 vacunas alcanzaron o superaron el 80% de cobertura (BCG, SRP 1, DPT1, Polio 1 y Hepatitis A), lo que refleja una importante brecha en la protección colectiva frente a enfermedades inmunoprevenibles. Las coberturas en vacunas aplicadas durante el primer año de vida, aunque relativamente mejores, continúan por debajo de lo esperado.

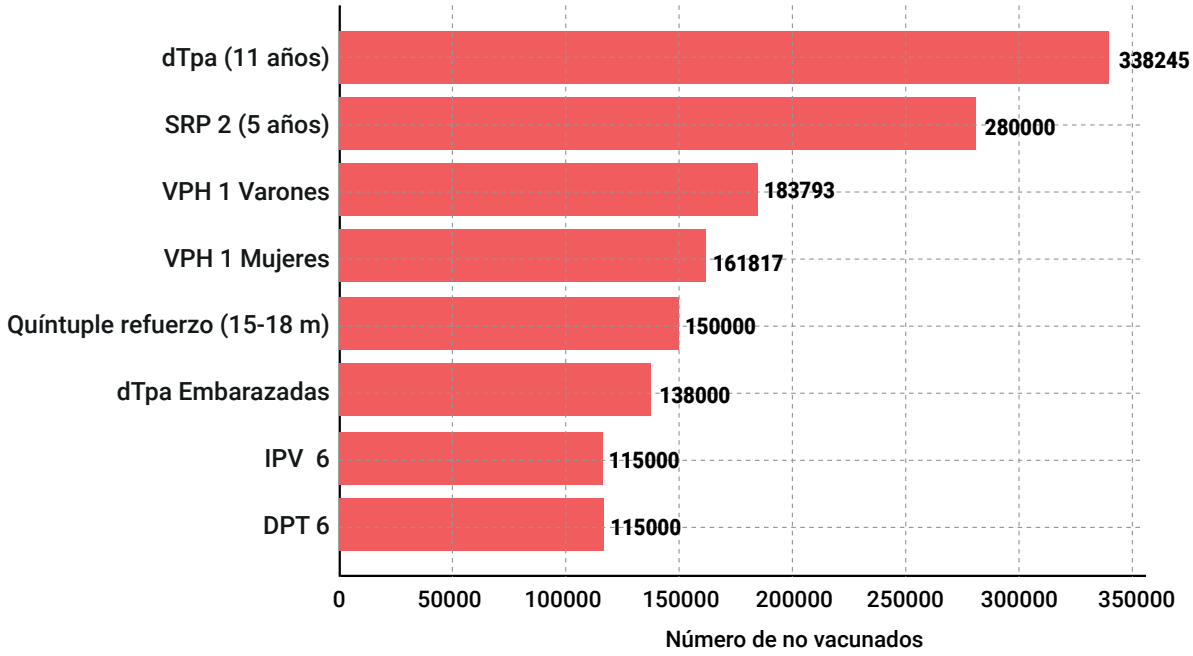
Mientras tanto las del segundo año de vida, escolares (5 años) y las destinadas a adolescentes presentan los niveles más bajos, con valores alarmantes en el refuerzo de quíntuple (66,8%), SRP2 (46,4 %), dTpa (53,9 %) y VPH (alrededor del 50 %). Esta situación no solo compromete la inmunidad individual, sino que también pone en riesgo la protección comunitaria y aumenta la posibilidad de reemergencia de enfermedades ya controladas.

Coberturas de vacunación en Argentina en 2024.



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia (Sociedad Argentina de Pediatría) en base a datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Cantidad de personas no vacunadas en Argentina en 2024.



Fuente: Observatorio de la Infancia y Adolescencia (Sociedad Argentina de Pediatría) en base a datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

3. Análisis de coberturas de vacunación según regiones durante 2023

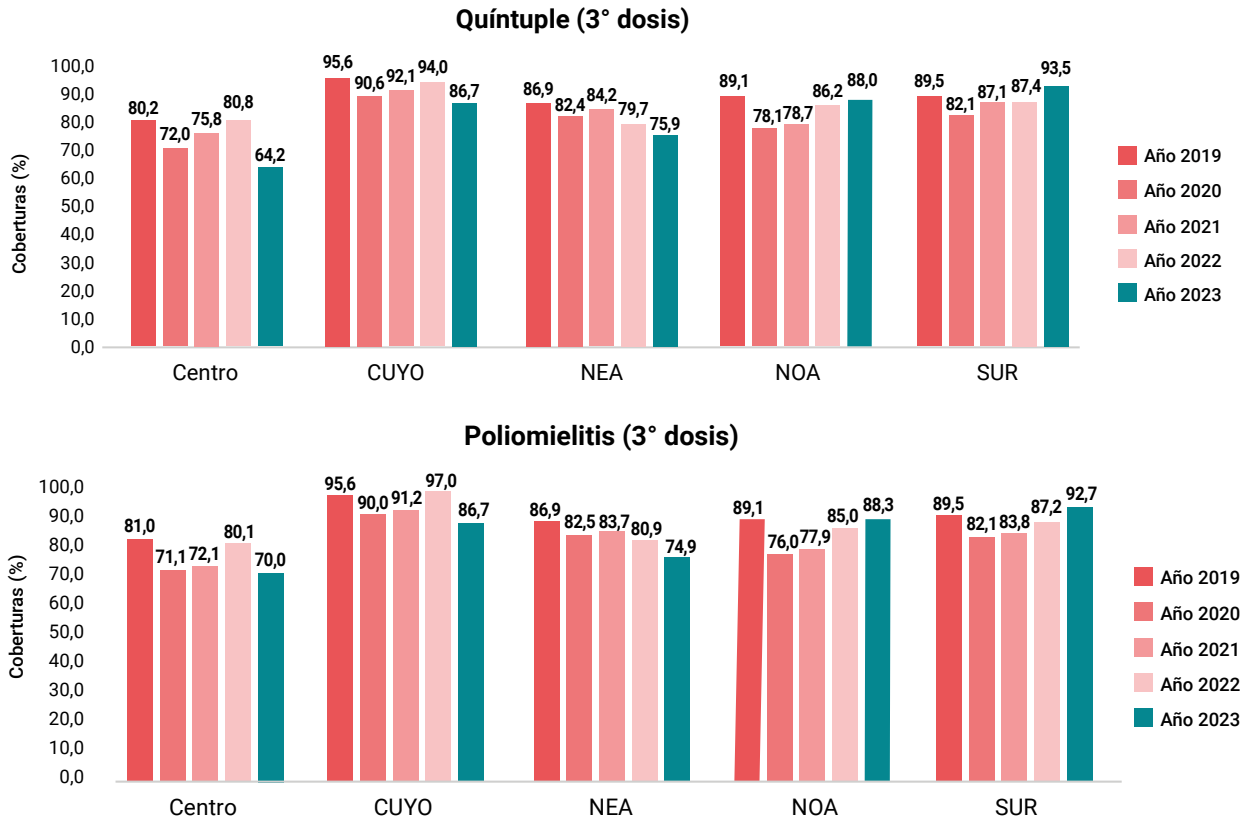
• Primeros 1.000 días (desde la gestación hasta los 3 años)

En la Ley 1.000 días se define el desarrollo infantil como el proceso progresivo, multidimensional, integral y dinámico de cambios que se da a partir de las experiencias vividas y el accionar en el mundo, asociadas a las posibilidades.

Se reconoce así que el embarazo y los primeros 3 años son un período crítico, sensible, que puede tener efectos en el resto de la vida.

Las coberturas de vacunación a los 6 meses de vida evidencian una reducción desigual en nuestro país, evidenciando los peores resultados en la región centro, que contiene a más del 40% de la población de Argentina. En esta región la cobertura para la vacuna quíntuple no alcanza al 65% y la poliomielitis inactivada llega al 70%.

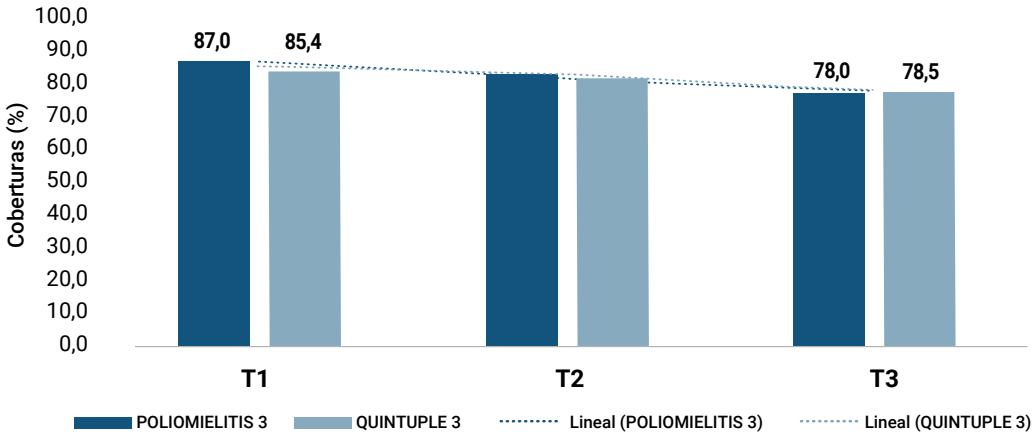
Coberturas de vacunación a los 6 meses según regiones. Argentina 2019-2023.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Se observa una tendencia descendente clara en ambas vacunas a medida que aumenta la mortalidad infantil, es decir, menor cobertura en los contextos más vulnerables. En el estrato T1 (menor mortalidad), las coberturas superan el 85 %, mientras que en T3 (mayor mortalidad) descienden al 78 %. Aunque las diferencias puedan parecer moderadas, reflejan una brecha sistemática en el acceso al esquema primario de vacunación, incluso en el primer año de vida, que debiera tener la mayor captación.

Cobertura de DPT3 y polio 3 según estratos de mortalidad infantil. Año 2023. Argentina

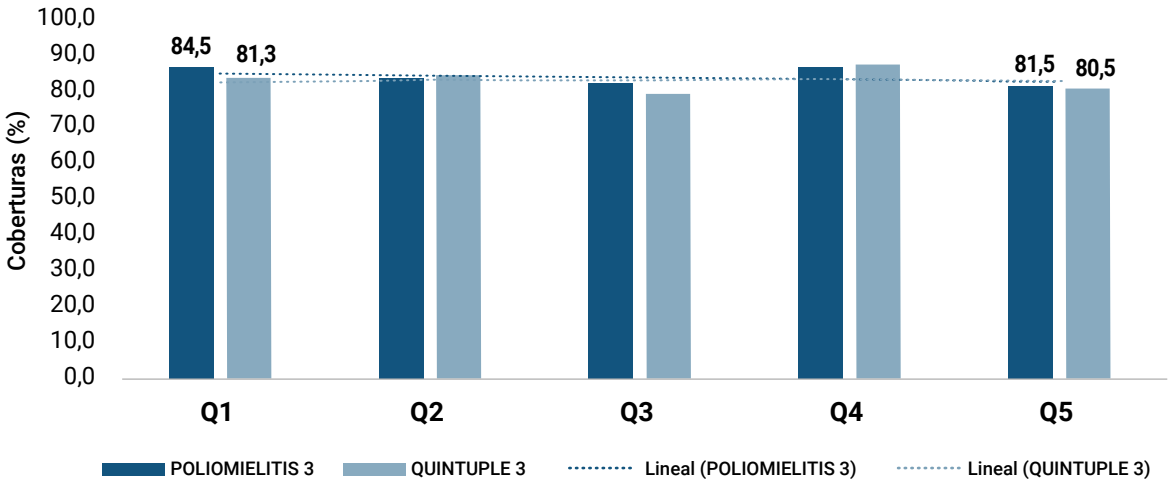


T1: menores tasas de mortalidad infantil (mayor acceso); T3: mayores tasas de mortalidad infantil (menor acceso)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Este gráfico presenta las coberturas de la tercera dosis de poliomielitis y quíntuple según quintiles de pobreza (Q1: menor pobreza, Q5: mayor pobreza). A diferencia de lo observado con otras vacunas o en etapas posteriores del calendario, aquí las coberturas se muestran relativamente estables entre los diferentes quintiles, sin una tendencia lineal clara de deterioro con el aumento de la pobreza.

Cobertura de DPT3 y polio 3 según quintiles de pobreza. Año 2023. Argentina.



Q1:quintil de menor pobreza ; Q5:quintil de mayor pobreza

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

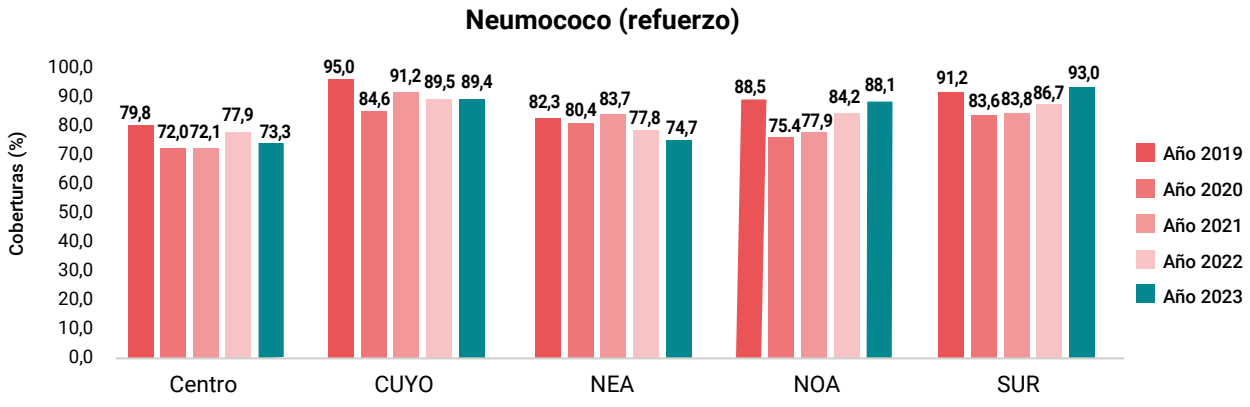
El análisis regional de la evolución de las coberturas de vacunación para neumococo (refuerzo), hepatitis A (única dosis) y triple viral (primera dosis) entre 2019 y 2023 muestra marcadas desigualdades territoriales y una evolución dispar por vacuna.

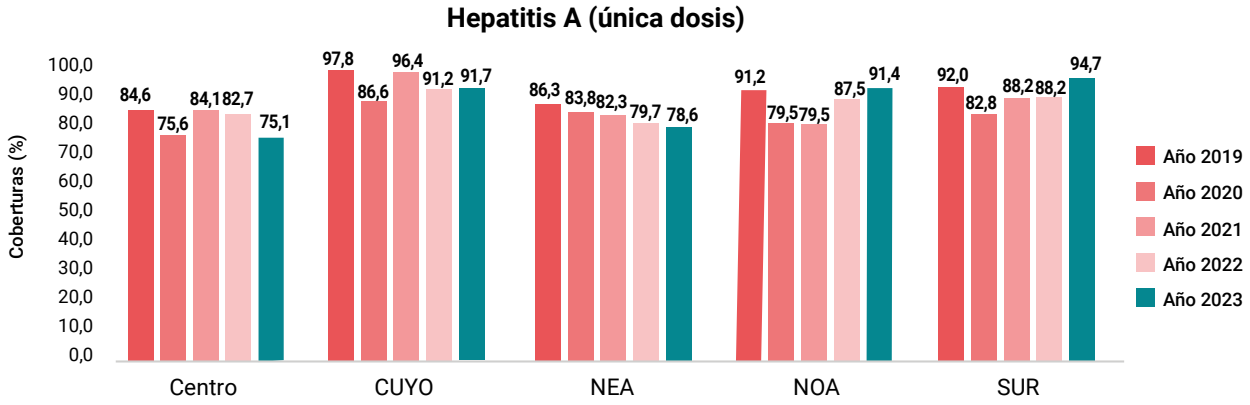
En el caso del refuerzo de neumococo, fundamental para sostener la inmunidad comunitaria y reducir la transmisión del neumococo en niños pequeños, principal reservorio y transmisores del patógeno, las coberturas en 2023 se mantuvieron por debajo del 80 % en varias regiones como NEA y Centro, lo cual representa un riesgo para la protección indirecta de los más vulnerables.

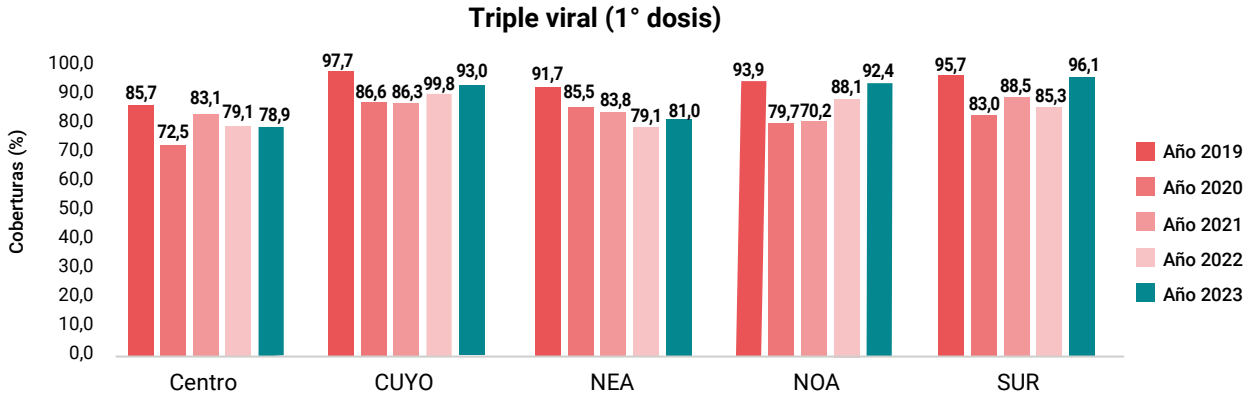
Respecto a hepatitis A, una vacuna clave para prevenir brotes en la infancia, las coberturas fueron altamente variables: mientras Cuyo y Sur superan el 90 %, las regiones Centro y NEA se mantienen por debajo del 80 %, nivel insuficiente para evitar la circulación sostenida del virus, como lo demuestran los brotes recientes en el país.

Por último, la vacuna triple viral, que protege contra sarampión, rubéola y parotiditis, mostró importantes mejoras en 2023 en la mayoría de las regiones, en particular en el Sur y NOA, aunque las coberturas aún no alcanzan el umbral del 95 % recomendado por la OMS para prevenir brotes de sarampión, enfermedad reemergente en la región. Estos datos refuerzan la necesidad de fortalecer acciones territoriales focalizadas para recuperar coberturas y reducir el riesgo de brotes de enfermedades inmunoprevenibles.

Coberturas de vacunación a los 12 meses según regiones. Argentina 2019-2023.





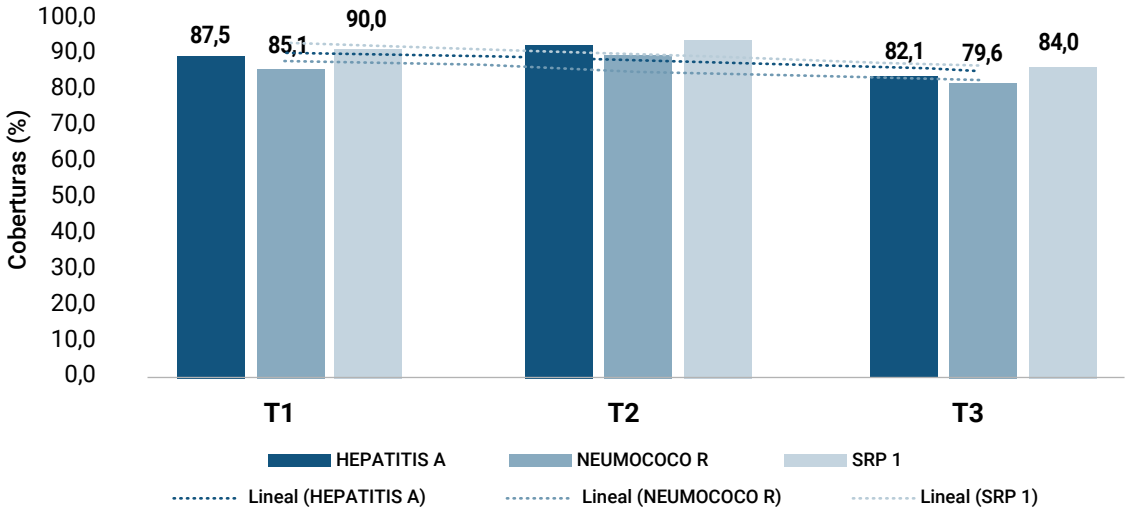


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

El siguiente gráfico evidencia desigualdades en el acceso a la vacunación según estratos de mortalidad infantil. Se observa un claro gradiente social, donde las coberturas son consistentemente más altas en T1 y disminuyen progresivamente hacia T3.

Esta brecha no se evidenciaba en los años previos y debemos resaltar que su aparición refuerza la necesidad de estrategias de equidad en inmunización, con abordajes focalizados que garanticen el derecho a la vacunación en todos los territorios, priorizando a quienes más lo necesitan.

Cobertura de PCV 13, SRP 1 y HAV según estratos de mortalidad infantil (TMI). Año 2023. Argentina

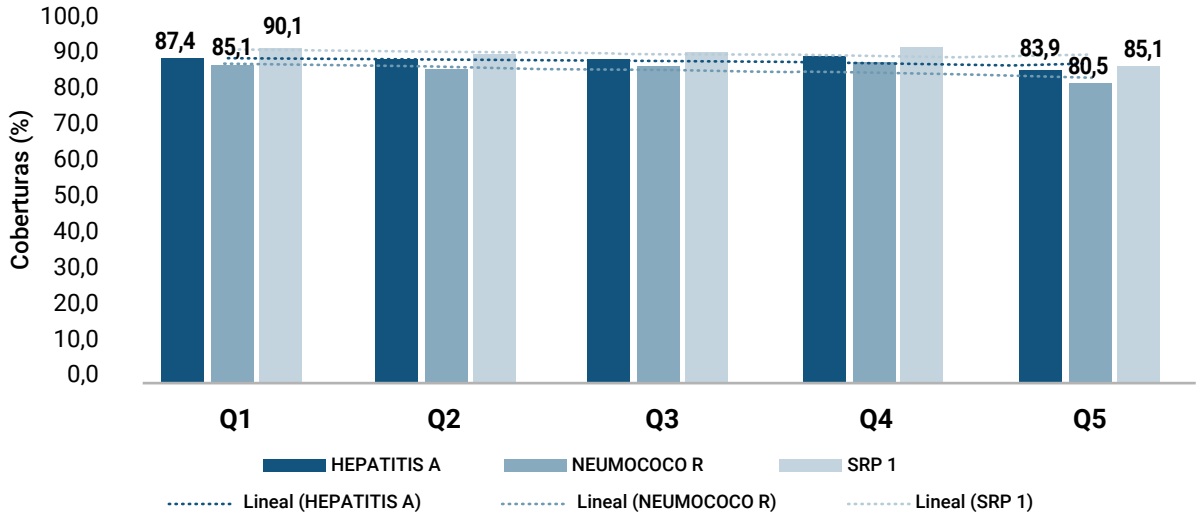


T1: menores tasas de mortalidad infantil (mayor acceso); T3: mayores tasas de mortalidad infantil (menor acceso)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Este gráfico revela una brecha en las coberturas de vacunación según quintiles de pobreza, evidenciando cómo las condiciones socioeconómicas influyen directamente en el acceso efectivo a la inmunización. A medida que se avanza del quintil 1 (Q1, menor pobreza) hacia el quintil 5 (Q5, mayor pobreza), se observa una tendencia descendente en las coberturas para las tres vacunas analizadas: hepatitis A, neumococo (refuerzo) y SRP1 (sarampión, rubéola y parotiditis). Aunque las diferencias aparentes puedan parecer moderadas, esta gradiente socioeconómica es consistente y significativa. Garantizar el acceso equitativo a las vacunas es una condición indispensable para el cumplimiento del derecho a la salud infantil.

Cobertura de PCV 13, SRP 1 y HAV según quintiles de pobreza. Año 2023. Argentina.



Q1:quintil de menor pobreza ; Q5:quintil de mayor pobreza

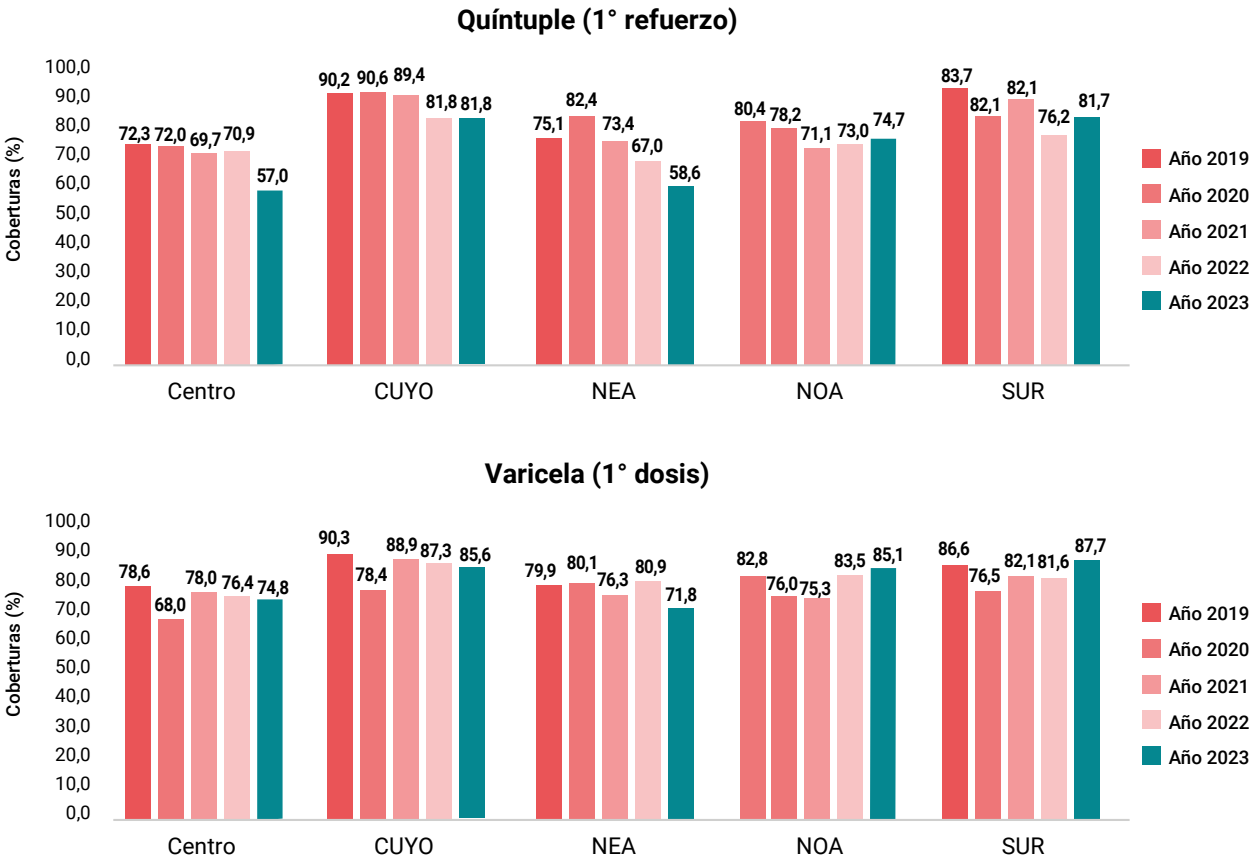
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Los gráficos de coberturas de vacunación entre los 15 y 18 meses de vida, correspondientes al primer refuerzo de la vacuna quíntuple (DPT4) y a la primera dosis de varicela, evidencian fuertes disparidades regionales y una tendencia preocupante a la baja en la cobertura del refuerzo.

En el caso de la DPT4, se observa una caída significativa en la región Centro y NEA, que en 2023 registraron coberturas de apenas 57,0 % y 58,6 %, respectivamente. Este descenso representa una alerta crítica, ya que el refuerzo es fundamental para mantener la protección frente a enfermedades como la difteria, el tétanos y la tos convulsa. Por el contrario, las regiones Cuyo y Sur mantienen coberturas por encima del 80 %, aunque aún por debajo del umbral programático del 95 %.

En cuanto a la vacuna contra la varicela, las coberturas muestran un comportamiento más estable y, en algunas regiones como Sur y NOA, incluso se observan mejoras en 2023, con valores que alcanzan el 87,7 % y el 85,1 %, respectivamente. Sin embargo, NEA y Centro permanecen rezagadas, con valores cercanos al 70 %. Esta disparidad sugiere inequidades persistentes en el acceso oportuno a los refuerzos y vacunas del segundo año de vida, etapa en la que se suelen acentuar las pérdidas de seguimiento de esquemas.

Coberturas de vacunación con DPT 4 a los 15-18 meses y varicela a los 15 meses según regiones. Argentina 2019-2023

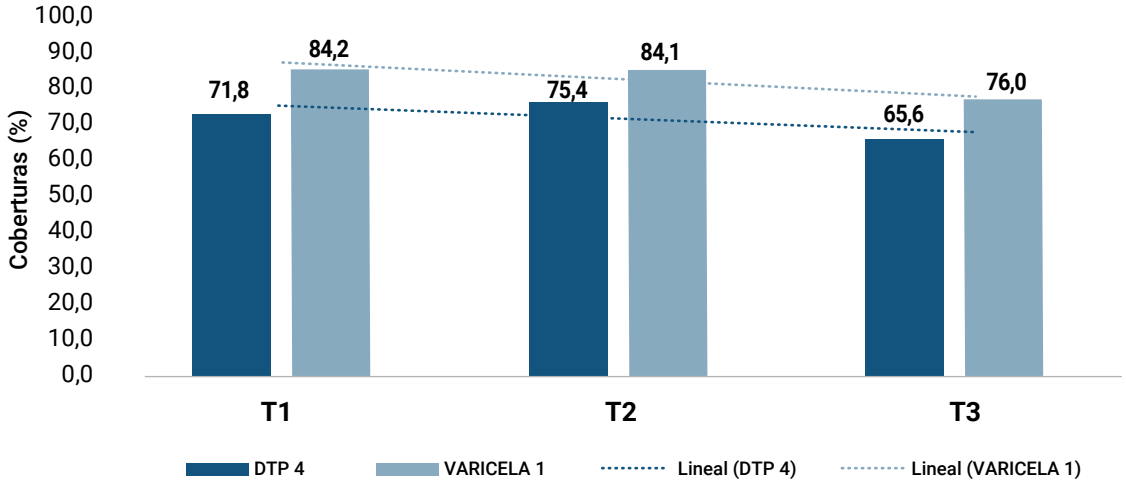


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles

Estos datos reafirman la necesidad de estrategias de recuperación específicas para el segundo año de vida, que incluyan fortalecimiento de la trazabilidad, seguimiento activo desde los centros de salud y mejora en la comunicación con las familias sobre la importancia de completar los esquemas en tiempo y forma.

El siguiente gráfico muestra una clara desigualdad en las coberturas de vacunación entre los estratos de mortalidad infantil, utilizados como indicador de acceso al sistema de salud. Tanto para el refuerzo de DPT4 como para la primera dosis de varicela, se observa una tendencia descendente desde el estrato T1 (menor mortalidad infantil) hacia T3 (mayor mortalidad). En T3, las coberturas caen a 65,6 % para DPT4 y 76,0 % para varicela, valores significativamente inferiores a los registrados en T1.

Cobertura de DPT 4 y Varicela según estratos de mortalidad infantil (TMI). Año 2023. Argentina.

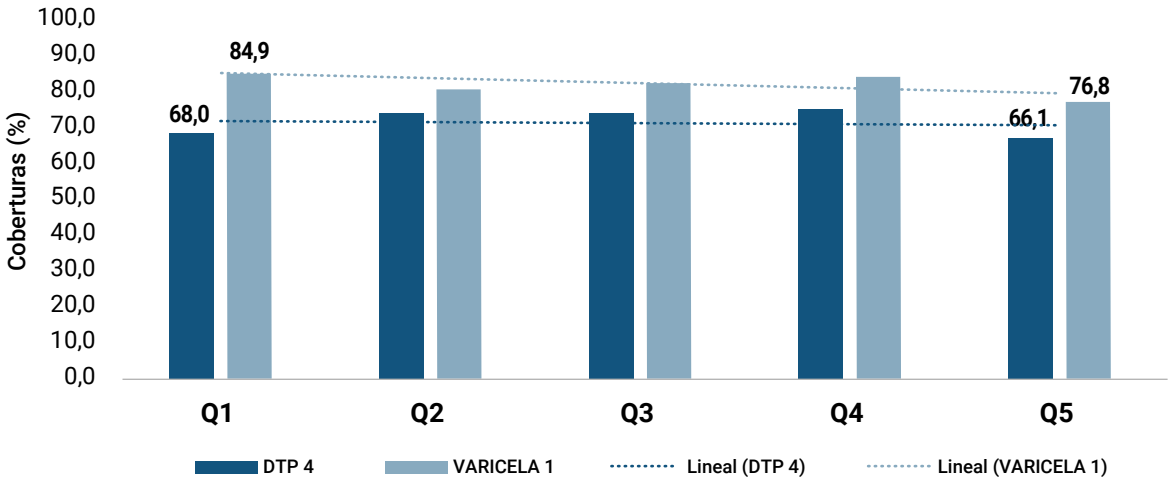


T1: menores tasas de mortalidad infantil (mayor acceso); T3: mayores tasas de mortalidad infantil (menor acceso)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

El gráfico evidencia inequidades en las coberturas de vacunación según quintiles de pobreza, especialmente en el caso del refuerzo de DPT4, alcanzando su punto más bajo en el quintil más pobre (Q5) con apenas 66,1% de cobertura. Esta tendencia refleja cómo la pobreza podría actuar como una barrera estructural para el acceso oportuno a la vacunación, especialmente en el segundo año de vida, etapa en la que las pérdidas de seguimiento son más frecuentes.

Cobertura de DPT 4 y Varicela según quintiles de pobreza. Año 2023. Argentina.



Q1:quintil de menor pobreza ; Q5:quintil de mayor pobreza

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

• Niños y niñas en edad escolar (5 años)

La vacunación en la etapa escolar es crucial para garantizar la eficacia de las inmunizaciones administradas durante la infancia, mediante la aplicación de dosis de refuerzo, dosis únicas o el inicio de esquemas vacunales en aquellos casos en los que no se hayan completado previamente.

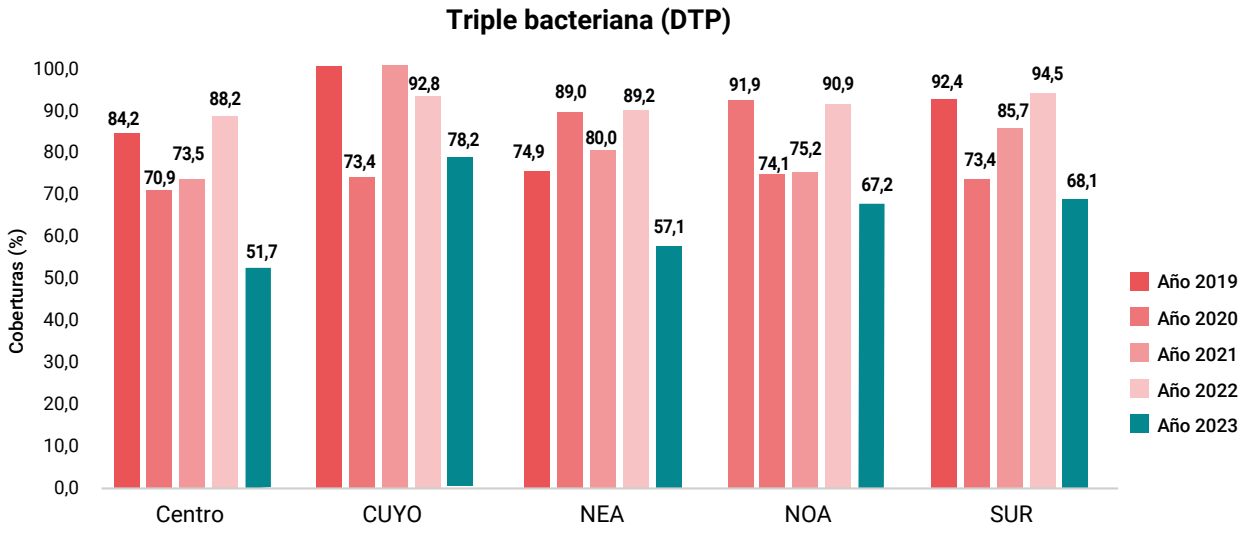
Cuando hablamos de vacunación al ingreso escolar nos referimos a la cohorte de niños y niñas de 5 años según el año calendario. Esta nueva definición modifica los conceptos previos que arrastramos de vacunación “al ingreso escolar”.

Durante los últimos años, las coberturas de vacunación han evidenciado una disminución sostenida. Esta tendencia se ha acentuado particularmente en las vacunas indicadas a los 5 años o al ingreso escolar.

Las causas de esta disminución son multifactoriales e incluyen barreras en el acceso a los servicios de inmunización, limitaciones horarias en los centros de vacunación, falta de indicación oportuna por parte del personal de salud, y factores socioeconómicos como el nivel educativo de la madre y los ingresos familiares. Además, la percepción disminuida del riesgo frente a enfermedades que fueron eliminadas o controladas gracias a la vacunación ha influido negativamente en la adherencia a los esquemas establecidos.

Cabe señalar que, a partir de 2023, se implementó un cambio en el sistema de registro de vacunación. Desde entonces, la única fuente oficial de datos es el Registro Nominal de Vacunación Electrónico, lo que puede haber contribuido a la modificación en los valores reportados de cobertura.

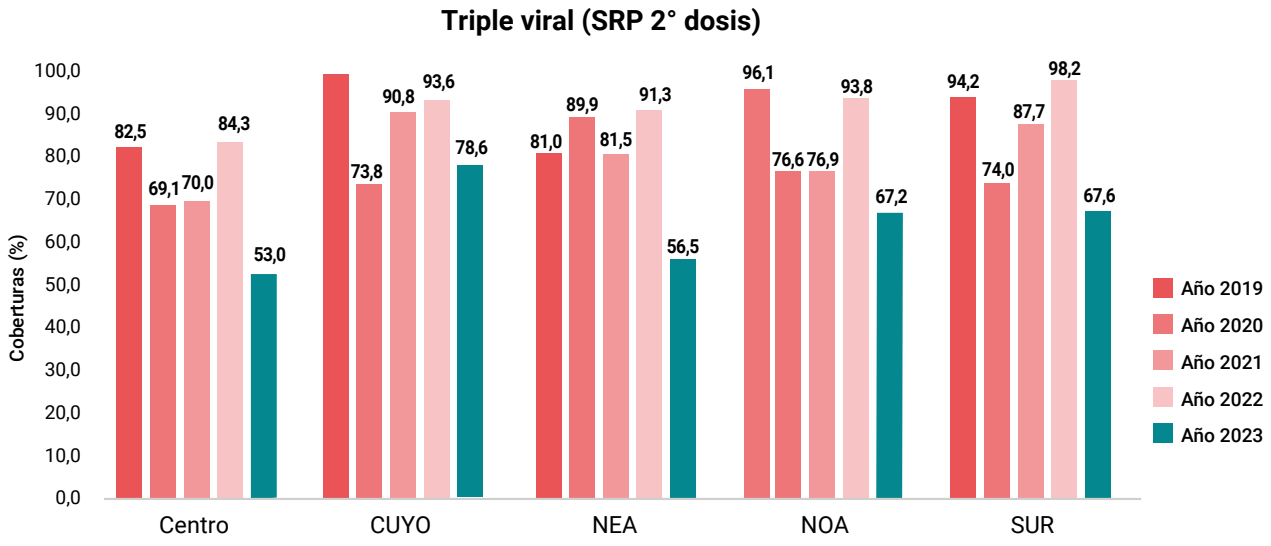
Coberturas de vacunación a los 5 años con DPT según regiones. Argentina 2019-2023.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Las coberturas de vacunación para el refuerzo de poliomielitis y para la vacuna triple bacteriana que corresponden a este grupo de edad, han caído cerca la mitad de su valor en los últimos 10 años, desde un 88% en 2015 hasta 47% y 46% en 2024 respectivamente.

Coberturas de vacunación a los 5 años con SRP según regiones. Argentina 2019-2023.



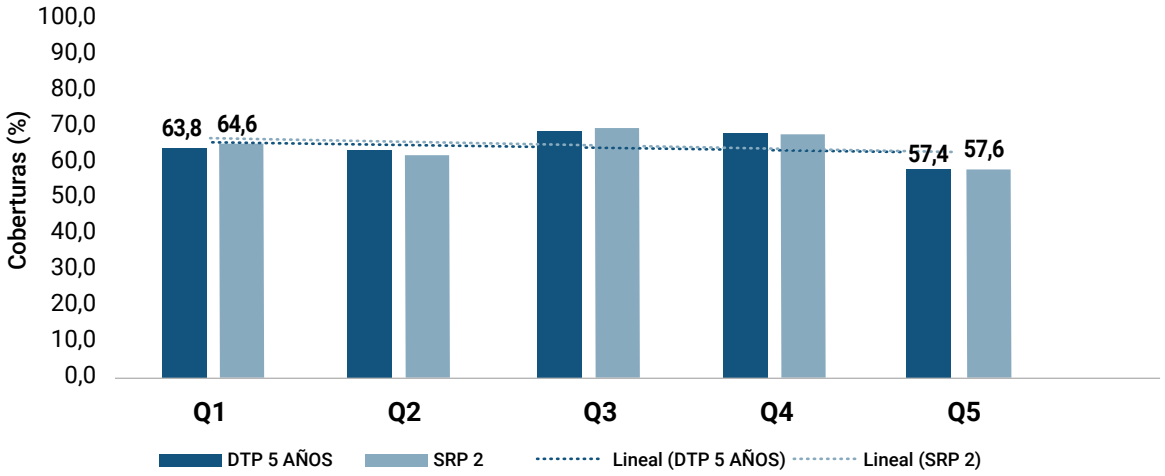
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

La cobertura de la vacuna triple viral (SRP) registró una disminución de 30 puntos porcentuales entre 2019 y 2023 producto de la pandemia, y de más de 40 puntos entre 2015 y 2024.

Este descenso dramático de las coberturas se produjo en todas las regiones del país, con mayor o menor magnitud. Las menores coberturas se registraron en las regiones centro y NEA, mientras que en Cuyo se reportaron los mejores niveles, sin alcanzar de todas formas los valores considerados adecuados para sostener la eliminación y el control de estas enfermedades.

A diferencia de lo esperado, no se observa un patrón lineal claro de inequidad: las coberturas son bajas y similares en todos los quintiles, oscilando entre el 57% y el 65%. Esto sugiere que, más allá del nivel de pobreza, existen barreras generalizadas en el acceso y la captación de esta cohorte etaria, posiblemente asociadas a la falta de estrategias sistemáticas de recuperación en edad preescolar y a debilidades en el seguimiento del calendario.

Cobertura SRP2 y DPT según quintiles de pobreza. Año 2023. Argentina.



Q1:quintil de menor pobreza ; Q5:quintil de mayor pobreza

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Las bajas coberturas son especialmente preocupantes en el contexto actual, en el que Argentina atraviesa un brote de sarampión, con al menos 35 casos (hasta el 23 julio de 2025) confirmados en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Adicionalmente, desde el año 2024 se ha observado un incremento en la incidencia de tos convulsa y hepatitis A, situación que motivó al Ministerio de Salud de la Nación a emitir una alerta epidemiológica en febrero del mismo año.

La Comisión Nacional de Inmunizaciones recomendó en 2024 en el contexto de alto riesgo de reintroducción del sarampión, disminuir la edad de aplicación de la segunda dosis de vacuna triple viral (SRP) al segundo año de vida con el objetivo de disminuir el tiempo que niños y niñas permanecen susceptibles hasta recibir 2da dosis de SRP, incluyendo los no vacunados y el fallo primario esperable (5-10%), verificar oportunamente los carnets y recuperar esquemas al recibir las vacunas de los 5 años, disminuir el número de aplicaciones simultánea de vacunas a los 5 años, y adecuar acciones a las recomendaciones internacionales y a la evaluación del Comité Regional de Seguimiento y Re-verificación de la eliminación del sarampión, rubéola y Síndrome de Rubéola Congénito (SRC).

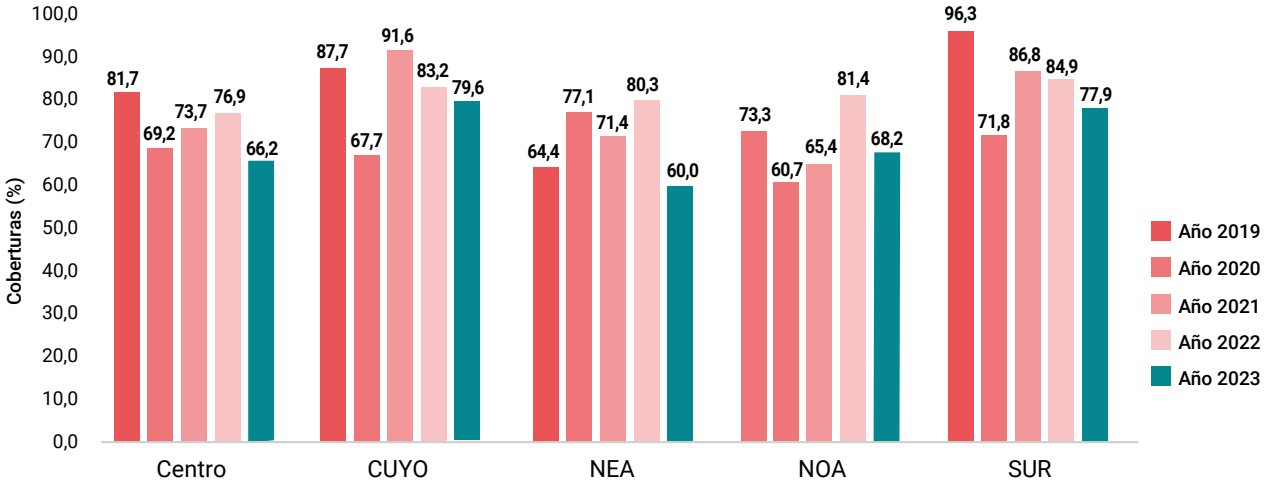
• Adolescentes

La vacunación en la adolescencia representa una estrategia clave de salud pública para proteger a este grupo en una etapa de transición y vulnerabilidad particular. Aunque en general se percibe a los adolescentes como un grupo saludable, existen riesgos específicos asociados a su entorno, conductas y exposición a ciertos agentes infecciosos prevenibles por vacunas. En Argentina, el Calendario Nacional de Vacunación contempla, a los 11 años, la aplicación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en varones y mujeres, así como la triple bacteriana acelular (dTpa), que protege contra difteria, tétanos y tos convulsa, y la vacuna antimeningocócica. Sin embargo, las coberturas vacunales en este grupo suelen ser menores que en la infancia, lo que representa un desafío para los programas de inmunización.

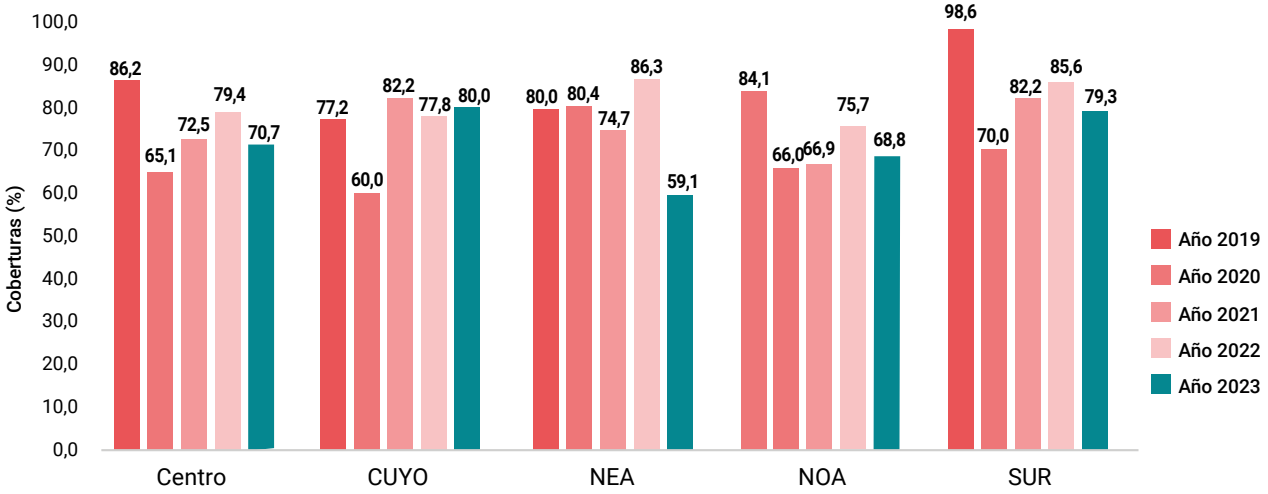
- En 2023 se observó, a nivel nacional, un descenso de más de 15 puntos porcentuales en las coberturas de las tres vacunas trazadoras (VPH1 Mujeres, VPH1 Varones y dTpa) con respecto al año anterior. Por lo tanto, se interrumpe la leve tendencia ascendente que se observó en la postpandemia. Solamente en Cuyo se observó un ligero ascenso en las coberturas de vacunación contra VPH.
- En 2024, 161.817 mujeres y 183.793 varones adolescentes no se vacunaron contra el VPH. Asimismo, 338.245 adolescentes quedaron sin vacunarse con dTpa.
- Las regiones Centro, NEA y NOA registraron las menores coberturas.
- Tanto a nivel nacional, como regional y provincial, las bajas coberturas reflejan una situación de alto riesgo entre los y las adolescentes.
- La simultaneidad entre VPH y dTpa es variable según regiones. Se observa correlación entre las tres vacunas trazadoras en el NEA, NOA y Sur. En las regiones Centro y Cuyo, la simultaneidad se observa entre VPH y dTpa en las mujeres, mientras que en varones se observan menores coberturas de VPH.
- A pesar de que no se observó un gradiente pronunciado, las menores coberturas de vacunación se registraron en aquellos estratos con mayor población viviendo en condiciones de pobreza.

Coberturas de vacunación en adolescentes según regiones. Argentina 2019-2023

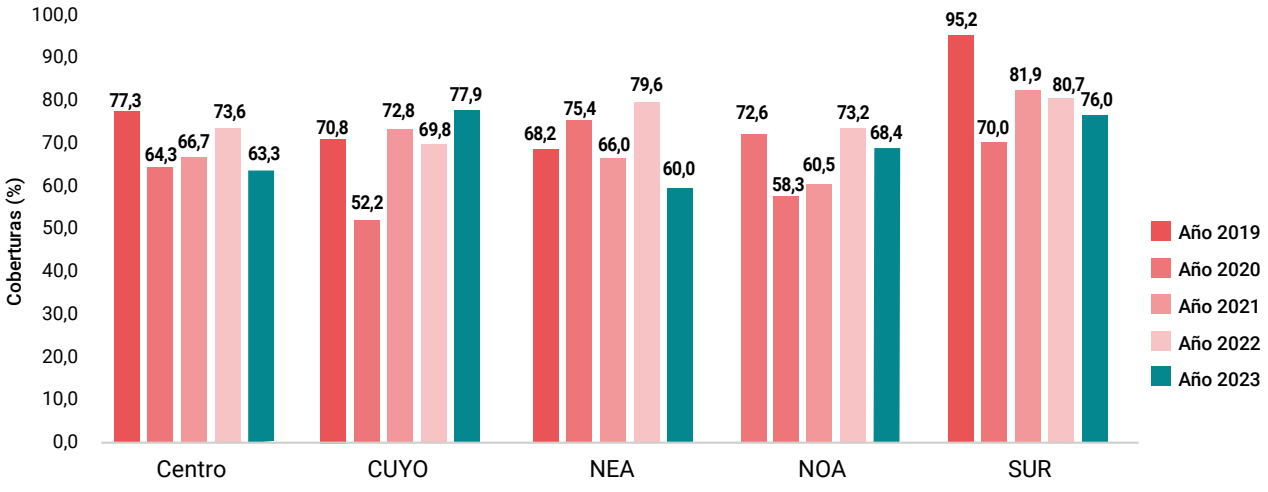
Triple bacteriana acelular (dTpa 11 años)



Papilomavirus (VPH 1° dosis) en mujeres

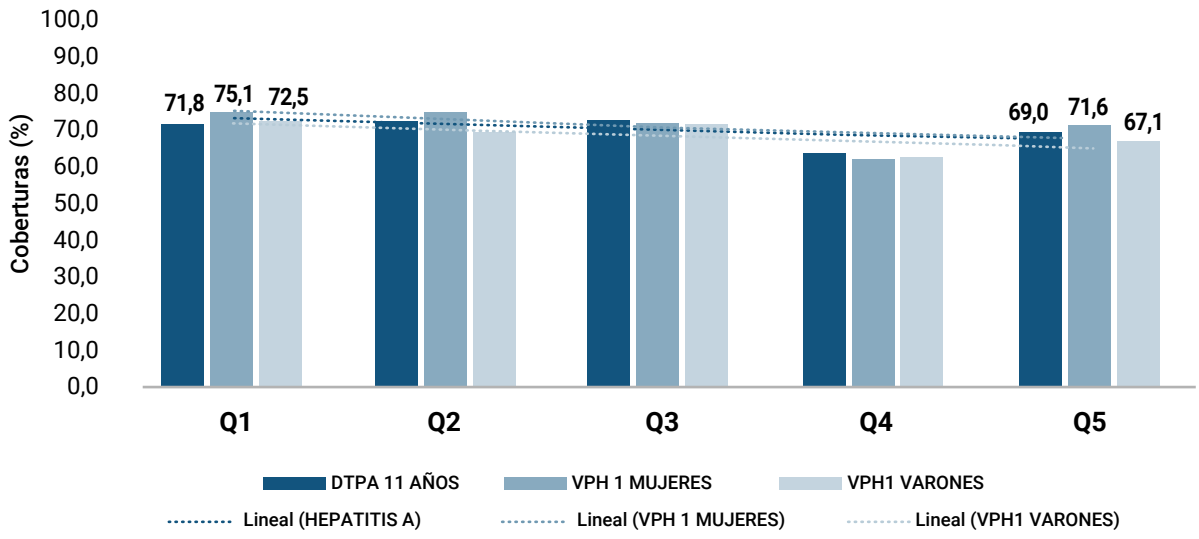


Papilomavirus (VPH 1° dosis) en varones



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Cobertura VPH y dTpa según según quintiles de pobreza. Año 2023. Argentina.



Q1:quintil de menor pobreza ; Q5:quintil de mayor pobreza

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

RECOMENDACIONES PARA EL EQUIPO DE SALUD

- **Cada contacto con el sistema de salud debe ser valorado como una oportunidad concreta para garantizar el derecho a la vacunación.** No se trata solo de verificar esquemas, sino de asumir el compromiso activo de iniciar, completar o recuperar esquemas según corresponda.

- **El rol de pediatras y equipos de salud es clave para el recupero de esquemas de vacunación**, no solo desde lo clínico, sino también desde su función social como garantes del derecho a la salud. Esto implica estar alerta a las oportunidades perdidas de vacunación y actuar proactivamente.

- **La articulación entre centros de salud y el sistema educativo debe pensarse como una alianza estratégica** para garantizar el acceso equitativo a la vacunación. El ámbito escolar, como espacio cotidiano de desarrollo de NNyA, debe ser reconocido como un entorno privilegiado para la promoción y facilitación del acceso a las vacunas.

- **La búsqueda activa de NNyA no vacunados debe constituirse en una práctica habitual, sostenida y sistemática**, basada en el uso ético y eficiente de los registros nominales y otros instrumentos que permitan identificar a quienes aún no han accedido plenamente a este derecho.

- **La formación continua y gratuita de los equipos de salud y vacunadores debe ser promovida como una política pública esencial**, entendiendo que la actualización en esquemas, estrategias y enfoques contribuye directamente a mejorar la calidad de las intervenciones y a reducir inequidades.

- **La comunicación social sobre vacunas debe ser clara, accesible, culturalmente pertinente y dirigida a toda la comunidad,** incluyendo familias, docentes, referentes comunitarios y otros actores sociales. Involucrarlos en la defensa del derecho a la vacunación fortalece la confianza, el conocimiento y la adherencia social.

- **Escuchar y respetar la voz de cuidadores, y de NNyA en relación con su salud:** promover espacios donde puedan expresar dudas o preocupaciones sobre la vacunación y recibir información clara, respetuosa y basada en evidencia, reconociéndolos como sujetos de derecho.

- **Reducir barreras de acceso geográficas, administrativas y culturales:** ampliar horarios de atención, implementar operativos móviles o extramuros, y generar estrategias adaptadas a contextos diversos (poblaciones rurales, migrantes, pueblos originarios, entre otros).

RECURSOS PARA PEDIATRAS

- Informes del Observatorio de la Infancia y Adolescencia SAP-UNICEF
- Actualización en Vacunas 2023: recomendaciones y desafíos (este libro se encuentra bonificado 100% para socios y socias SAP)
- Calendario Nacional de Vacunación 2024
- 10 mitos sobre las vacunas

ANEXO: COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN ARGENTINA SEGÚN JURISDICCIÓN. AÑOS 2022-2023

Coberturas de vacunación con quíntuple celular (DPT3) y poliomielitis inactivada (IPV 3) en lactantes a los 6 meses de vida por jurisdicción. Argentina 2022-2023

Jurisdicción	DPT3		IPV 3	
	2022	2023	2022	2023
BUENOS AIRES	83,5	50,6	83,5	62,8
CABA	78,5	39,5	78,2	56,1
CATAMARCA	80,7	85,1	82,3	85,3
CHACO	82,8	74,4	82,4	74,9
CHUBUT	85,7	92,1	89,7	91,9
CORDOBA	84,7	82,2	83,8	83,2
CORRIENTES	79,2	82,5	84,1	83,1
ENTRE RIOS	80,6	71,0	85,8	70,9
FORMOSA	71,8	70,5	71,5	65,2
JUJUY	93,5	102,5	87,0	103,6
LA PAMPA	89,1	95,8	87,9	90,5
LA RIOJA	76,9	77,0	76,4	78,6
MENDOZA	89,4	88,0	89,6	88,3
MISIONES	85,0	76,1	85,5	74,4
NEUQUEN	92,7	90,7	93,4	90,4
RIO NEGRO	90,0	98,2	91,2	98,8
SALTA	86,9	81,1	87,1	81,6
SAN JUAN	91,6	88,5	100,5	88,8
SAN LUIS	101,0	83,6	101,0	82,8
SANTA CRUZ	77,3	84,2	75,0	84,3
SANTA FE	76,9	77,9	69,2	76,8
SANTIAGO DEL ESTERO	90,2	94,9	89,0	95,3
TIERRA DEL FUEGO	89,6	99,9	86,4	100,0
TUCUMAN	88,8	87,4	88,1	85,4
ARGENTINA	**83,8**	**68,8**	**83,6**	**73,9**

Referencias: coberturas de alto riesgo (<80%: rojo); intermedias (80-89: amarillo); aceptable (90 o más: verde)
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Coberturas de vacunación contra neumococo de 13 serotipos (PCV13), hepatitis A (HAV) y triple viral (SRP1) en niños y niñas al año de vida por jurisdicción. Argentina 2022-2023.

Jurisdicción	PCV 13		SRP 1		HAV	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
BUENOS AIRES	75,0	67,1	92,1	72,9	94,9	68,7
CABA	85,1	56,5	83,8	66,6	84,7	61,3
CATAMARCA	78,2	85,1,	80,0	90,6	82,0	89,7
CHACO	83,8	75,8	86,8	80,2	85,5	79,2
CHUBUT	93,1	86,7	92,9	91,0	93,9	89,5
CORDOBA	82,0	77,7	77,9	84,2	85,2	79,1
CORRIENTES	80,1	84,5	77,8	90,9	79,1	89,1
ENTRE RIOS	81,3	75,0	78,4	78,8	82,0	76,6
FORMOSA	65,1	66,5	66,6	71,1	68,2	66,1
JUJUY	96,7	108,9	102,5	114,6	102,2	112,7
LA PAMPA	92,9	92,6	90,1	94,1	95,8	95,0
LA RIOJA	75,5	77,6	86,7	84,0	79,7	83,1
MENDOZA	85,8	85,6	86,3	92,9	87,9	88,9
MISIONES	82,2	72,1	85,3	81,6	85,9	80,1
NEUQUEN	94,3	95,3	92,4	98,3	96,2	96,5
RIO NEGRO	83,2	96,6	84,2	98,5	85,8	97,6
SALTA	84,0	85,3	86,5	89,5	87,2	88,6
SAN JUAN	85,6	90,6	87,0	93,0	89,3	91,5
SAN LUIS	97,0	92,0	96,0	93,0	96,4	94,6
SANTA CRUZ	68,1	89,6	71,4	93,6	71,1	90,8
SANTA FE	66,3	90,3	63,5	91,9	66,7	89,9
SANTIAGO DEL ESTERO	86,2	88,8	86,1	91,9	88,0	90,8
TIERRA DEL FUEGO	88,3	97,4	80,9	101,2	86,6	98,7
TUCUMAN	84,7	82,7	86,6	84,0	86,0	83,5
ARGENTINA	**78,9**	**76,4**	**84,6**	**81,7**	**87,0**	**78,6**

Referencias: coberturas de alto riesgo (<80%: rojo); intermedias (80-89: amarillo); aceptable (90 o más: verde)
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles

Coberturas de vacunación con 1° refuerzo de quíntuple bacteriana (DPT 4) y varicela en niños y niñas a los 15-18 meses de vida por jurisdicción. Argentina 2022-2023.

Jurisdicción	DPT4		Varicela	
	2022	2023	2022	2023
BUENOS AIRES	80,2	55,5	100,1	66,6
CABA	87,7	20,3	83,4	73,4
CATAMARCA	55,2	66,7	72,5	79,8
CHACO	78,2	65,7	104,4	73,9
CHUBUT	81,0	71,4	94,2	81,5
CORDOBA	68,7	68,0	71,4	74,5
CORRIENTES	67,7	65,0	75,2	82,0
ENTRE RIOS	64,1	63,2	71,7	74,1
FORMOSA	54,9	49,6	65,9	60,1
JUJUY	92,5	99,3	100,1	109,7
LA PAMPA	81,6	87,8	84,9	87,0
LA RIOJA	66,2	65,7	102,6	73,0
MENDOZA	82,1	77,9	86,0	84,8
MISIONES	67,1	54,2	78,2	71,3
NEUQUEN	88,7	87,5	93,0	92,6
RIO NEGRO	71,4	82,4	74,1	88,4
SALTA	76,6	76,9	80,3	84,8
SAN JUAN	73,2	79,6	83,6	84,8
SAN LUIS	89,9	87,8	92,5	87,2
SANTA CRUZ	62,7	68,8	70,3	80,4
SANTA FE	54,0	78,0	55,6	85,3
SANTIAGO DEL ESTERO	69,6	69,3	69,8	83,3
TIERRA DEL FUEGO	71,7	92,2	73,3	96,5
TUCUMAN	77,6	70,0	75,5	80,0
ARGENTINA	**74,2**	**63,2**	**84,8**	**75,2**

Referencias: coberturas de alto riesgo (<80%: rojo); intermedias (80-89: amarillo); aceptable (90 o más: verde)
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles

Coberturas de vacunación con 2° dosis de triple viral (SRP 2) y refuerzo de triple bacteriana celular (DPT) al ingreso escolar por jurisdicción. Argentina 2022-2023.

Jurisdicción	SRP 2		DPT	
	2022	2023	2022	2023
BUENOS AIRES	105,0	41,9	109,6	38,7
CABA	87,0	52,1	87,9	48,2
CATAMARCA	95,6	65,5	97,3	65,0
CHACO	95,6	53,0	90,8	52,1
CHUBUT	88,4	54,2	85,9	54,9
CORDOBA	84,4	53,3	89,0	52,9
CORRIENTES	80,8	63,3	86,3	63,0
ENTRE RIOS	60,8	57,0	61,3	59,7
FORMOSA	96,0	53,0	92,1	54,6
JUJUY	100,0	79,3	99,2	79,8
LA PAMPA	123,6	62,1	120,7	64,5
LA RIOJA	82,1	55,0	69,9	55,3
MENDOZA	74,6	72,0	74,2	69,8
MISIONES	92,9	56,7	87,7	58,7
NEUQUEN	96,3	89,4	96,0	89,0
RIO NEGRO	98,7	73,0	99,2	72,9
SALTA	98,3	78,3	96,0	78,1
SAN JUAN	95,6	76,2	93,4	76,5
SAN LUIS	110,5	87,8	110,7	88,3
SANTA CRUZ	101,4	51,4	91,1	51,4
SANTA FE	84,5	60,6	93,1	62,0
SANTIAGO DEL ESTERO	90,4	57,7	86,6	58,0
TIERRA DEL FUEGO	80,6	75,7	74,0	75,7
TUCUMAN	96,5	66,3	96,4	67.1
ARGENTINA	**94,5**	**54,8**	**96,6**	**53,5**

Referencias: coberturas de alto riesgo (<80%: rojo); intermedias (80-89: amarillo); aceptable (90 o más: verde)
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Coberturas de vacunación contra VPH (1° dosis) y triple bacteriana acelular (dTpa) en adolescentes por jurisdicción. Argentina 2022-2023.

Jurisdicción	VPH 1 Mujeres		VPH 1 Varones		dTpa	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
BUENOS AIRES	90,8	62,0	78,6	51,9	83,6	57,8
CABA	71,7	68,8	71,0	63,8	63,0	58,5
CATAMARCA	53,5	88,7	53,7	82,1	78,9	90,0
CHACO	80,9	62,4	71,5	57,5	79,2	62,2
CHUBUT	77,0	70,6	75,1	68,6	95,7	71,8
CORDOBA	79,9	70,2	77,6	64,5	87,2	67,4
CORRIENTES	80,1	55,4	80,9	75,8	72,8	65,5
ENTRE RIOS	73,1	83,0	69,4	75,3	76,3	80,5
FORMOSA	95,0	48,0	84,7	44,5	82,2	46,1
JUJUY	79,1	78,9	79,5	76,5	91,2	77,6
LA PAMPA	96,5	93,6	97,7	89,7	94,1	93,5
LA RIOJA	88,3	66,8	68,6	55,4	71,8	62,3
MENDOZA	52,7	73,1	45,4	72,8	73,8	74,9
MISIONES	89,3	70,7	81,3	62,1	87,2	66,3
NEUQUEN	91,1	88,3	88,8	87,3	90,8	80,7
RIO NEGRO	77,0	75,9	74,4	68,0	72,3	73,2
SALTA	92,8	73,1	89,1	74,1	95,3	73,2
SAN JUAN	83,1	71,7	78,9	69,2	83,2	70,0
SAN LUIS	97,0	95,3	85,0	91,7	92,7	94,0
SANTA CRUZ	84,5	62,1	71,9	57,1	80,5	60,1
SANTA FE	77,6	69,6	72,1	61,1	74,4	66,8
SANTIAGO DEL ESTERO	80,3	57,3	92,0	65,2	76,0	50,2
TIERRA DEL FUEGO	82,4	85,4	72,0	85,5	76,2	87,9
TUCUMAN	60,0	47,8	56,5	56,9	75,0	56,1
ARGENTINA	**82,7**	**67,0**	**75,5**	**60,9**	**81,2**	**63,8**

Referencias: coberturas de alto riesgo (<80%: rojo); intermedias (80-89: amarillo); aceptable (90 o más: verde)
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles

Realizado con el apoyo de
Fundación Pablo Cassará

OBSERVATORIO

de la infancia y la adolescencia

Sociedad Argentina de Pediatría

Sociedad Argentina de Pediatría

Por una niñez y adolescencia sanas, en un mundo mejor