

Mayo 2026

Informe de la Situación de las Enfermedades Respiratorias en Pediatría

Y LAS INFLUENCIAS DE LOS FACTORES AMBIENTALES



SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente

Dra. GIUBERGIA, Verónica

Vicepresidente 1ro.

Dra. BOGDANOWICZ, Elizabeth

Vicepresidente 2da.

Dra. BASTIANELLI, Cinthia

Secretaria General

Dra. ARPÍ, Lucrecia Georgina

Prosecretaria General

Dra. LUCIÓN, Florencia

Tesorero

Dr. ROCCA RIVAROLA, Manuel

Secretaria de Comités y Grupos de Trabajo

Dra. EXENI, Andrea

Secretario de Relaciones Institucionales

Dr. PEREZ, Gastón

Secretaria de Educación Continua

Dra. DEL PINO, Mariana

Secretario de Regiones, Filiales y Delegaciones

Dr. FAVERO, Nicolás Molina

Secretaria de Actas y Reglamentos

Dra. GAMBA, Natalia

Secretaria de Medios y Relaciones Comunitarias

Dra. NAKAB, Angela

Vocal 1ra.

Dra. ROSSO, Julieta

Vocal 2do.

Dr. CÁRDENAS, José

Vocal 3ra.

Dra. DRI, Jimena

OBSERVATORIO

Directora

Dra. GENTILE, Ángela

Área Coordinación técnica y estratégica

Dr. DEGIUSEPPE, Juan Ignacio

Dra. JUÁREZ, María del Valle

Dra. LUCIÓN, María Florencia

Área Investigación y evaluación

Dra. CASTELLANO, Vanesa

Dra. MENÉNDEZ, Sofía Diana

COMITÉ DE NEUMONOLOGÍA

Dra. GIUGNO, Hilda Dolores

Dra. KRÜGER, Anahí

Dr. SALIM, Felix Maximiliano

COMITÉ DE SALUD INFANTIL Y AMBIENTE

Dra. DELLA FONTE, Ana María

Dra. GAIOLI, Graciela Marisa

Dra. UMIDO, Veronica

CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	5
INDICADORES	6
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS TRANSMISIBLES	
1. Enfermedad tipo Influenza	7
2. Bronquiolitis	11
3. Neumonía	14
4. Tuberculosis	18
5. Coqueluche	21
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS NO TRANSMISIBLES	
1. Asma	26
2. Fibrosis Quística	28
3. Consultas Ambulatorias de Neumonología Pediátrica y Otorrinolaringología	32
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y EXPOSICIONES AMBIENTALES	
1. Intoxicación y Exposición a Monóxido de Carbono	34
2. Calidad del Aire en Argentina	37
3. Exposición al Humo del Tabaco	39
4. Productos de Tabaco y su Impacto Sobre los Adolescentes. Argentina. 2025. Estudio REMAP	42
5. Uso de Gas en Garrafa	51
6. Viviendas Cercanas a Basurales	53
7. Cobertura de Salud solo Pública	56
COMENTARIOS FINALES	58



INTRODUCCIÓN

Las enfermedades respiratorias constituyen una de las principales causas de morbilidad y utilización de servicios de salud en la población pediátrica argentina. Su comportamiento responde tanto a la dinámica de circulación de agentes infecciosos como a determinantes sociales, ambientales y conductuales que condicionan la vulnerabilidad y la gravedad.

Este informe integra indicadores epidemiológicos, coberturas de vacunación, demanda asistencial y exposiciones ambientales con el objetivo de ofrecer una mirada consolidada para la toma de decisiones clínicas y sanitarias.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Describir el estado de situación de las enfermedades respiratorias en pediatría y su relación con los factores ambientales y sociales.

Objetivos específicos:

1. Describir la situación epidemiológica de las enfermedades respiratorias transmisibles en Argentina y su relación con las coberturas de vacunación y el índice de privación de los hogares.
2. Describir la situación epidemiológica de las enfermedades respiratorias no transmisibles en la población pediátrica, con énfasis en su carga y tendencias.
3. Analizar la influencia de los factores ambientales y de los hábitos no saludables sobre la salud respiratoria en pediatría, incluyendo exposición al humo de tabaco y vapeo, contaminación ambiental y condiciones del entorno.



INDICADORES

DIMENSIÓN	EJE	INDICADOR
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS TRANSMISIBLES	ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA	Prevalencia de enfermedad tipo influenza por grupos etarios
		Mortalidad por influenza por grupos etarios
		Egresos hospitalarios por gripe
		Cobertura de vacunación antigripal
	BRONQUIOLITIS	Prevalencia de bronquiolitis en menores de 2 años
		Mortalidad por bronquiolitis
		Egresos hospitalarios por bronquiolitis en <2 años
		Cobertura de vacunación materna contra VSR
	NEUMONÍA	Prevalencia de neumonía por cualquier causa por grupos etarios
		Prevalencia de neumonía de causa bacteriana por grupos etarios
		Mortalidad por neumonía por grupos etarios
		Egresos hospitalarios por neumonía
		Cobertura de vacunación contra neumococo, <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b en lactantes y niños
	TUBERCULOSIS	Prevalencia de tuberculosis por grupos etarios
	COQUELUCHE	Prevalencia de coqueluche por grupos etarios
Cobertura de vacunación contra coqueluche en embarazadas, lactantes, niños y adolescentes		
ASMA	Egresos hospitalarios por asma	
	Mortalidad de asma en NNYA	
	FIBROSIS QUÍSTICA	Prevalencia de Fibrosis Quística
		PATOLOGÍA AMBULATORIA
Porcentaje de consultas ambulatorias de la especialidad Otorrinolaringología Pediátrica		
FACTORES AMBIENTALES	TABAQUISMO	Prevalencia de tabaquismo en el hogar (tabaquismo pasivo)
	VAPEO	Prevalencia de vapeo en NNYA
	ÍNDICE DE CALIDAD DEL AIRE	Viviendas cercanas a basurales
		Contaminantes criterio y contaminantes climáticos
	MONÓXIDO DE CARBONO	Prevalencia de intoxicación por monóxido de carbono
	USO DE GAS EN GARRAFA	Población en viviendas que utiliza gas en garrafa para cocinar
COBERTURA DE SALUD	Cobertura de salud sólo pública	



ENFERMEDADES RESPIRATORIAS TRANSMISIBLES

1. ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA

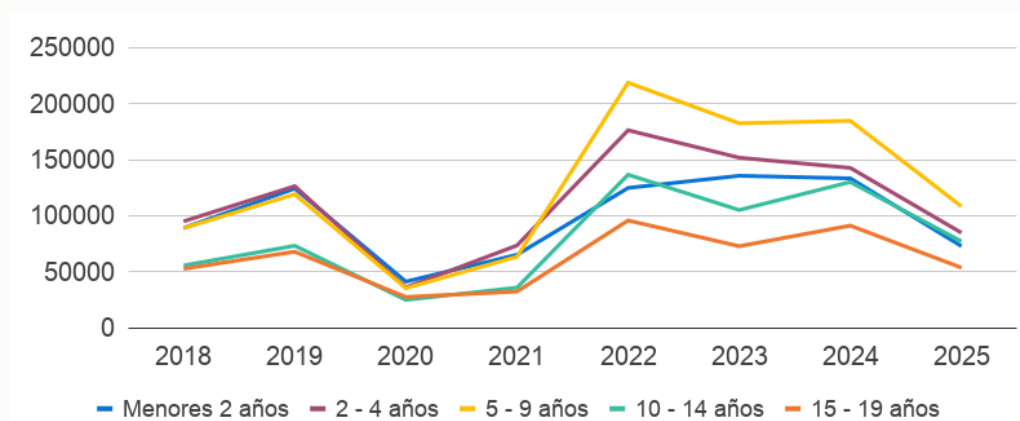
Las Enfermedades Tipo Influenza (ETI) constituyen una de las principales causas de consulta ambulatoria y de demanda estacional de los servicios de salud en pediatría. Cada año, los picos de circulación de virus respiratorios —en particular influenza, virus sincicial respiratorio (VSR) y otros virus respiratorios— generan incrementos significativos en las consultas, las internaciones y, en los casos más graves, la mortalidad, con especial impacto en lactantes, niños pequeños y pacientes con comorbilidades.

La vigilancia de las ETI resulta una herramienta fundamental para anticipar la intensidad de cada temporada, identificar diferencias entre jurisdicciones y monitorear el impacto de las estrategias preventivas, especialmente la vacunación antigripal. El análisis integrado de la morbilidad, la mortalidad y las coberturas de vacunación es clave para orientar tanto las decisiones clínicas como las políticas de salud pública.

En Argentina, las ETI mantienen un marcado patrón estacional y una carga diferencial según grupo etario. Durante los años 2018 y 2019 se registró una circulación elevada y sostenida, seguida de una disminución abrupta en 2020, en coincidencia con las medidas de distanciamiento social y mitigación implementadas durante la pandemia de COVID-19.

A partir de 2022 se observa un claro rebote post pandémico, con el mayor volumen de casos de toda la serie analizada, particularmente en niños de 2 a 9 años, quienes concentran la mayor carga de consultas. En los años 2023 y 2024 la actividad se mantuvo en niveles elevados y, si bien en 2025 se registra un descenso parcial, la incidencia continúa siendo superior a la observada en el período prepandémico.

Figura 1.
Casos de ETI por año y grupo etario. Argentina. 2018-2025.



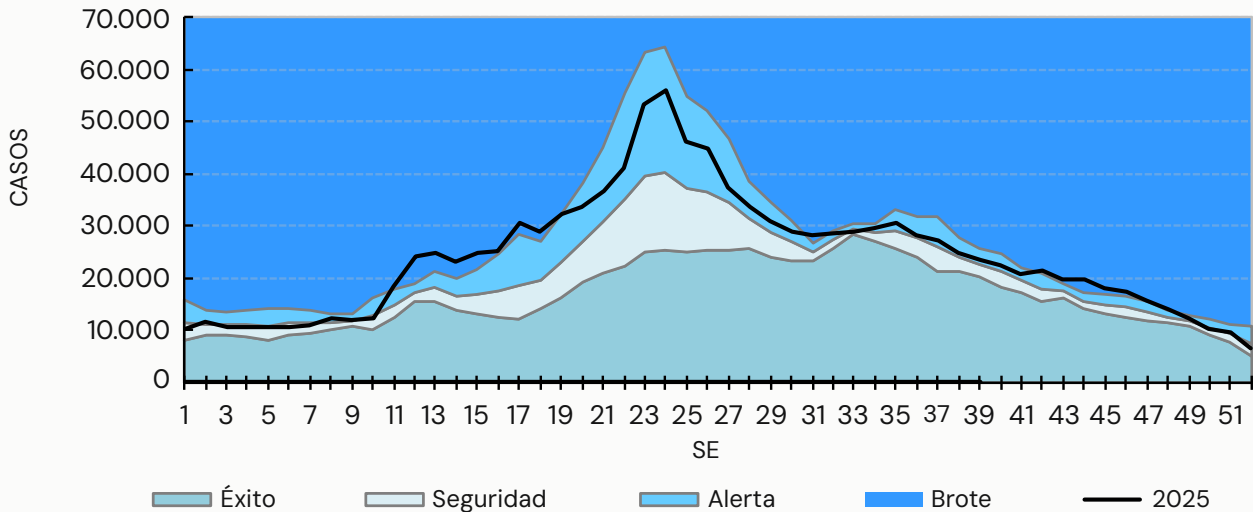
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

Los **menores de 2 años** presentan una carga sostenida cada temporada, grupo en el que las ETI suelen asociarse a mayor riesgo de complicaciones e internación.



Figura 2.

ETI: Corredor endémico semanal - Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1-52 de 2025. Argentina.

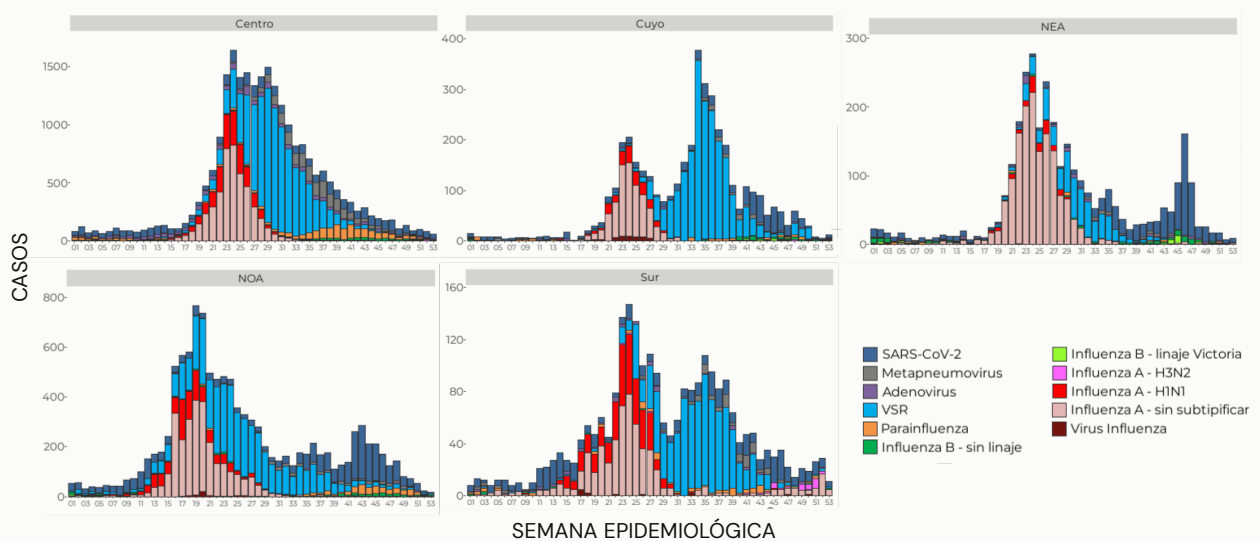


Fuente: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. Publicado en: [Boletín Epidemiológico Nacional N°791, SE 1, Año 2026](#)

Es importante destacar que durante el año 2025 el corredor endémico de casos de ETI se mantuvo en zona de alerta, coincidiendo con el pico de circulación de influenza que se presentó en promedio en la semana 24. La circulación se detectó en un inicio en el NOA y Sur para después continuar en el resto de las regiones del país. El año 2025 se caracterizó por la circulación predominante de influenza A H3N2. Esto refuerza la necesidad de lograr altas coberturas de vacunación previo al inicio de la temporada de circulación viral.

Figura 3.

Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, por región. SE01-53/2025. Argentina.



Fuente: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. Publicado en: [Boletín Epidemiológico Nacional N°791, SE 1, Año 2026](#)



Cada año se notifican alrededor de 650.000 casos de ETI en menores de 20 años. La mayor magnitud en la provincia de Buenos Aires que también es la más poblada de nuestro país.

Tabla 1.
Casos de ETI por año y jurisdicción. Argentina. 2018-2024.

ETI 0-19a	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Buenos Aires	84825	114292	34887	86091	258069	268020	278125
CABA	10943	14821	1836	3654	10714	6179	3025
Catamarca	22591	31544	9882	7870	22046	22665	23504
Chaco	24672	34119	14404	22583	39658	32227	31943
Chubut	3042	3400	617	544	5110	5134	7366
Córdoba	27535	36629	7898	13032	73138	67013	68197
Corrientes	20717	31560	12493	11536	22176	22990	23768
Entre Ríos	27339	34900	10922	14019	42328	34462	39930
Formosa	22898	27403	9343	11332	21634	19577	19079
Jujuy	18125	26374	10278	16843	36816	25214	29269
La Pampa	2483	1963	223	278	2310	1327	2115
La Rioja	13810	16872	9024	10101	15109	12964	18487
Mendoza	7113	7766	2074	3459	24034	12921	14888
Misiones	37216	46699	15461	23645	39309	33028	29728
Neuquén	3392	4340	375	5163	23054	12158	10558
Río Negro	10939	19616	5715	12075	22825	15021	14242
Salta	7258	9803	5168	9741	19025	16444	15515
San Juan	6689	10616	2830	5156	5530	2859	2921
San Luis	4057	4405	867	1114	12954	9807	9957
Santa Cruz	2020	4965	1197	3133	7143	4730	1777
Santa Fe	6304	6218	1103	1863	11465	2029	1340
Santiago del Estero	8554	8295	2034	1906	6433	7411	11448
Tierra del Fuego	1076	1472	134	47	2457	596	973
Tucumán	7808	12936	6600	5377	28723	13029	23742
Total general	381406	511008	165365	270562	752060	647805	681897

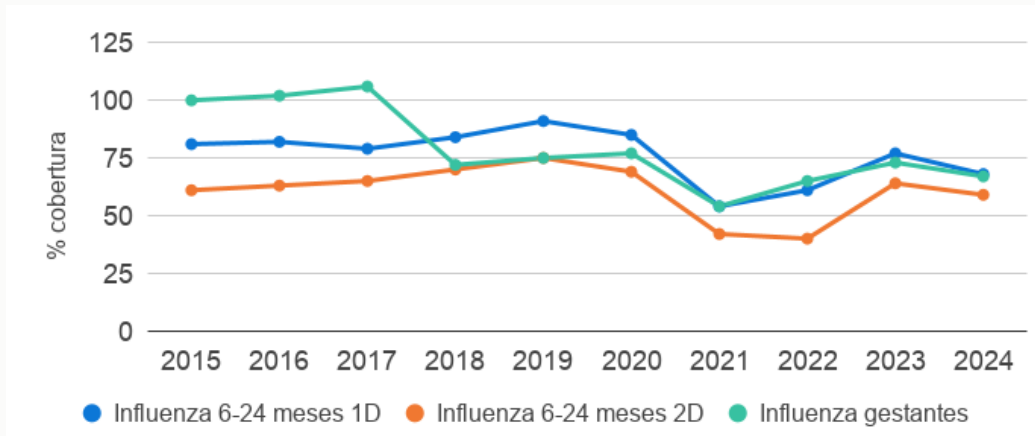
Fuente: elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

En 2025, se registraron 220 fallecidos con diagnóstico de influenza.



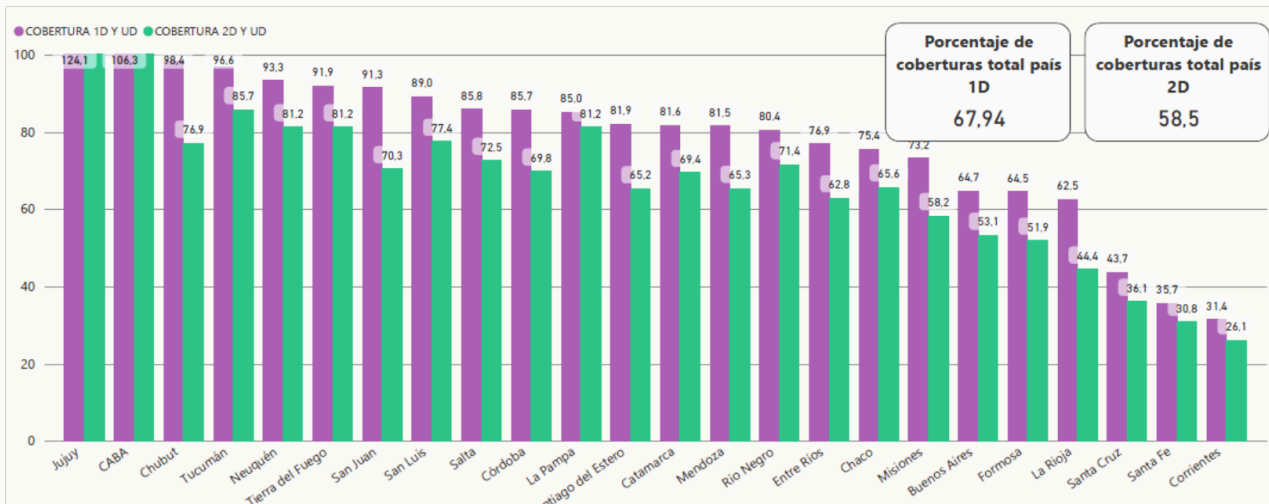
Las coberturas de vacunación contra influenza muestran un descenso sostenido, a pesar de la leve recuperación post pandemia. Los menores de 2 años y gestantes no han logrado alcanzar el 70% de cobertura en 2024. Se observan importantes brechas de cobertura entre las distintas jurisdicciones.

Figura 4.
Coberturas de vacunación contra influenza. Argentina. 2015-2024.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de NoMiVac-DiCEI (Ministerio de Salud de la Nación).

Figura 5.
Porcentaje de coberturas 6-24 meses por jurisdicción. Argentina 2024.



Fuente: DiCEI. Ministerio de Salud. Publicado en: [Vacunación antigripal - DiCEI - Noviembre 2024.](#)

En conjunto, la vigilancia de ETI muestra una reemergencia sostenida de la circulación viral tras la pandemia, con mayor presión sobre el sistema de salud pediátrico y coberturas de vacunación aún subóptimas. La consulta pediátrica constituye una oportunidad estratégica para reforzar la prevención, promover la vacunación antigripal y anticipar complicaciones en los grupos de mayor riesgo.



Recordá:

- ETI = principal motivo de consulta respiratoria pediátrica.
- Fuerte impacto de las medidas COVID en 2020.
- Rebrote marcado desde 2022.
- Mayor carga en 2–9 años, mayor gravedad en <2 años.
- El momento oportuno de vacunación es clave para contar con protección antes del pico estacional.

2. BRONQUIOLITIS

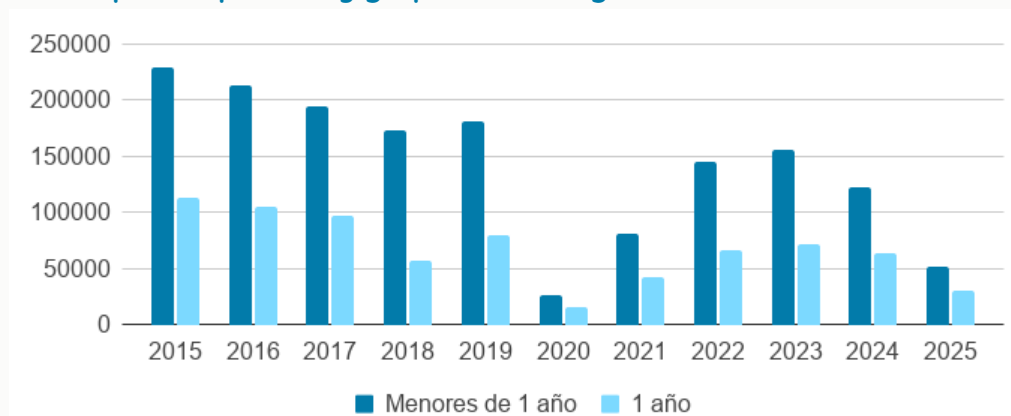
La bronquiolitis continúa siendo la principal causa de hospitalización por enfermedad respiratoria en lactantes, con una carga consistentemente mayor en menores de 1 año. Durante el período 2015–2019 se registraron temporadas intensas y relativamente estables, con picos que superaron los 200.000 casos anuales en este grupo etario.

En 2020 se observó una caída abrupta de la circulación, en coincidencia con las medidas de mitigación implementadas durante la pandemia de COVID-19. A partir de 2022 se restableció la actividad estacional, y en 2023 se registró un pico epidémico adelantado y de gran magnitud.

Al comparar el período pre pandémico (2015–2019) con los años 2024–2025, se evidencia una disminución sustancial de los casos de bronquiolitis en lactantes, particularmente en menores de 1 año. Esta reducción coincide temporalmente con la implementación de la estrategia nacional de inmunización materna contra el virus sincicial respiratorio (VSR), lo que sugiere un posible impacto protector a nivel poblacional en el grupo etario más vulnerable.

Figura 6.

Casos de Bronquiolitis por año y grupo etario. Argentina. 2015-2025.

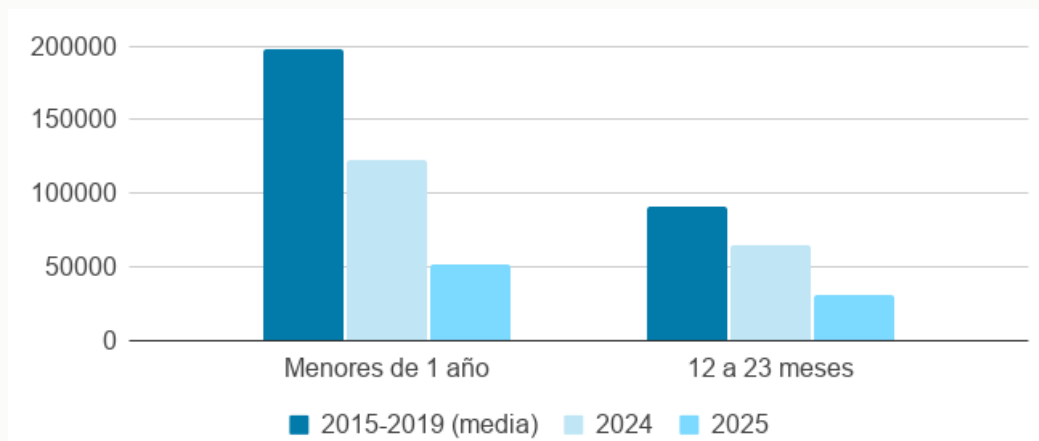


Fuente: elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.



El descenso es consistente, tanto menores de 1 año como entre los de 12 a 23 meses, con mayor magnitud en los más pequeños, coherente con la protección pasiva conferida por anticuerpos maternos.

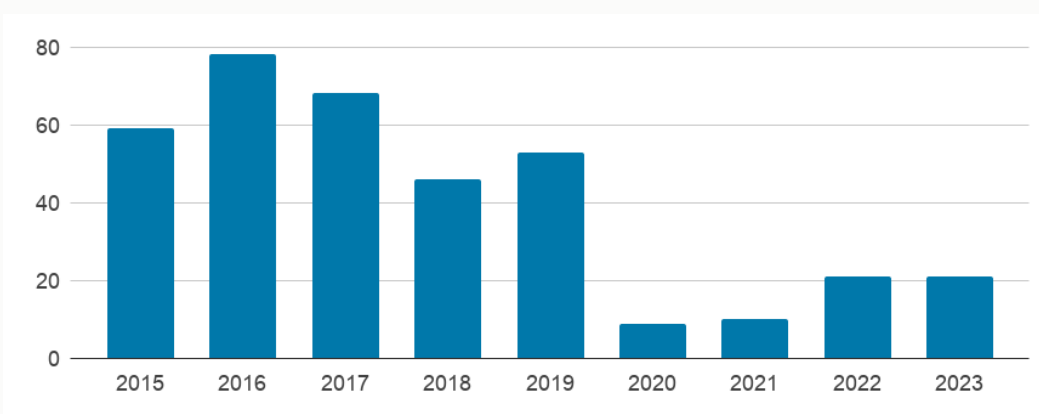
Figura 7.
Casos de Bronquiolitis por grupo etario, antes (2015-2019) y después (2024 y 2025) de la implementación de la estrategia de inmunización materna. Argentina.



Fuente: elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

La mortalidad por bronquiolitis muestra una tendencia descendente sostenida en la última década, con un marcado descenso a partir de 2020 y valores bajos y estables en los años recientes. Este comportamiento probablemente refleja una combinación de factores: menor circulación viral durante la pandemia, mejoras en el manejo clínico y, más recientemente, el efecto de intervenciones preventivas dirigidas a lactantes de alto riesgo, incluida la inmunización materna.

Figura 8.
Casos fallecidos por Bronquiolitis. Argentina. 2015-2023.



Fuente: elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

La estrategia de vacunación materna contra VSR alcanzó coberturas nacionales cercanas al 68%, con variabilidad interjurisdiccional (*Gráfico 10*). Algunas provincias superaron el



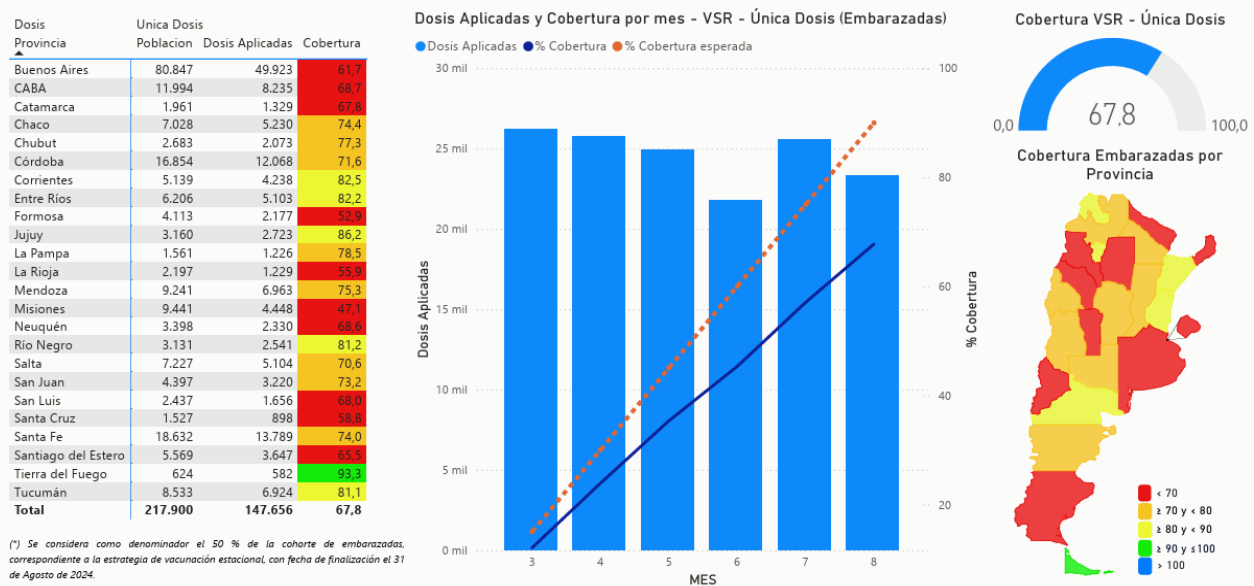
80–90%, mientras otras permanecen por debajo del 60–70%, lo que representa oportunidades de mejora. La heterogeneidad territorial puede traducirse en diferencias en carga de enfermedad y hospitalización, subrayando la importancia de fortalecer la captación prenatal y la recomendación activa desde el equipo de salud.

La bronquiolitis continúa siendo la principal causa de internación respiratoria en lactantes, aunque en los últimos años se observa una reducción de casos y mortalidad, particularmente en menores de 1 año. La introducción de la inmunización materna contra VSR representa una intervención preventiva innovadora con impacto poblacional visible, que refuerza el rol estratégico del pediatra y del equipo de salud en la promoción activa de la vacunación durante el embarazo.

Recordá que la bronquiolitis tiene:

- La mayor carga de bronquiolitis se observa en menores de 1 año.
- El pico coincide con la circulación de VSR.
- Desde la introducción de la vacunación se observa un descenso en menores de 1 año.
- Debemos redoblar esfuerzos para elevar las coberturas y lograr un acceso equitativo en el país.

Figura 9.
Coberturas de vacunación contra VSR - Única dosis en gestantes. Argentina. 2024.



Fuente: DiCEI. Ministerio de Salud.

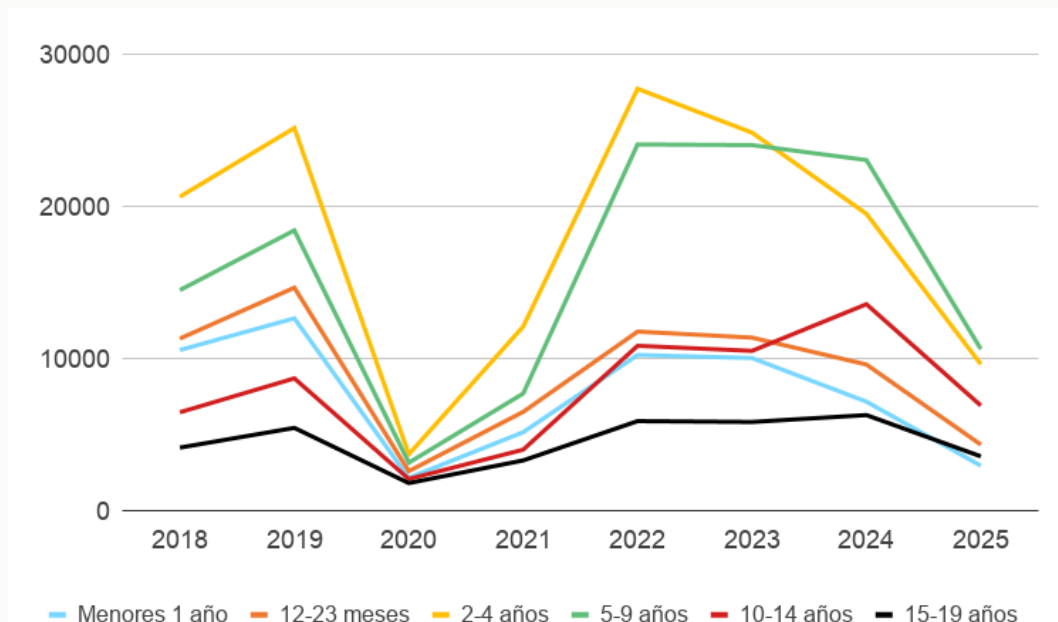


3. NEUMONÍA

La neumonía continúa siendo una de las principales causas de enfermedad respiratoria baja con requerimiento de atención médica e internación en la infancia, con mayor impacto en menores de 5 años. En Argentina entre 2018–2019 se registraron niveles elevados y estables, seguidos por una disminución marcada en 2020, coincidente con las medidas de mitigación de la pandemia. Desde 2021 se observa una reanudación progresiva de la circulación, con un pico en 2022, que superó los valores pre pandémicos

Los grupos de 2 a 4 y 5 a 9 años concentran el mayor número absoluto de casos, mientras que los menores de 1 año, aunque con menos notificaciones, representan el grupo con mayor riesgo de complicaciones y hospitalización.

Figura 10.
Casos de neumonía por año y grupo etario. Argentina. 2018-2025.



Fuente: elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

El total nacional muestra un patrón similar al observado en otras infecciones respiratorias:

- alta carga pre pandémica,
- mínimos históricos en 2020,
- rebote post pandemia con máximo en 2022 (>90.000 casos),
- seguido de una reducción gradual en 2023–2025.



Tabla 2.
Casos de neumonía por año y jurisdicción. Argentina. 2018-2025.

Casos	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Buenos Aires	14124	18915	3332	9822	24697	38035	30286	15271
CABA	3278	4106	460	712	2249	2459	2512	1116
Catamarca	1146	1773	229	528	1470	1227	1573	1005
Chaco	5045	5941	1325	4045	6100	5267	4916	3149
Chubut	642	687	91	249	926	763	1078	519
Córdoba	6496	5953	799	2368	7442	5494	6265	3203
Corrientes	1662	1685	453	1068	713	1234	1628	651
Entre Ríos	2511	3366	815	1091	2997	2915	3413	1348
Formosa	1192	2114	476	651	1070	1027	906	366
Jujuy	1228	1007	244	580	1014	679	648	256
La Pampa	522	475	80	302	672	644	871	413
La Rioja	2604	3046	899	1874	3409	2239	2354	811
Mendoza	7542	10871	1421	4779	9402	9039	7622	2524
Misiones	2129	3091	631	1101	2470	1758	1275	695
Neuquén	1367	1733	164	527	2071	1256	1290	649
Río Negro	1803	1925	363	892	1291	1345	1205	448
Salta	3953	4790	1096	1581	3485	3442	3780	2285
San Juan	1149	1741	256	769	1345	1141	1182	524
San Luis	1265	1525	294	937	2154	1354	1148	858
Santa Cruz	1161	1366	268	943	2904	1840	2184	861
Santa Fe	3667	4931	1078	2186	9261	432	347	55
Santiago del Estero	1204	1389	299	977	1645	1519	955	247
Tierra del Fuego	649	703	68	83	405	322	407	112
Tucumán	1295	1868	437	745	1322	1173	1335	708
Total general	67634	85001	15578	38810	90514	86604	79180	38074

Fuente: elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.



Tabla 3.

Casos de niños, niñas y adolescentes menores de 20 años fallecidos por neumonía por año y jurisdicción. Argentina. 2015-2023.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Buenos Aires	9	4	9	7	10	9	10	11	2
CABA	1					1			
Catamarca				5	1	1	1	1	
Chaco	3	1	1	2		1		1	1
Chubut						1			
Córdoba		3	3	6	2		2	3	4
Corrientes	5			1	1	1	3	2	1
Entre Ríos		1			1			1	
Formosa	3	1			2	1		2	
Jujuy			1	1	2	1		2	2
La Rioja	1				1				
Mendoza		1	2	1	1	1			1
Misiones	3	2	3		3	4	2	2	4
Neuquén				1					
Río Negro				1				1	1
Salta	3			1		1	3	1	1
San Juan							1	1	5
San Luis		1	1	1			1		
Santa Cruz	2						1		
Santa Fe	5	1	2	4	4	7	2	2	1
Santiago del Estero	1	2			2	1	1	2	3
Tucumán	1	1	3	2		2	2	1	1
Total general	37	18	25	33	30	32	29	33	27

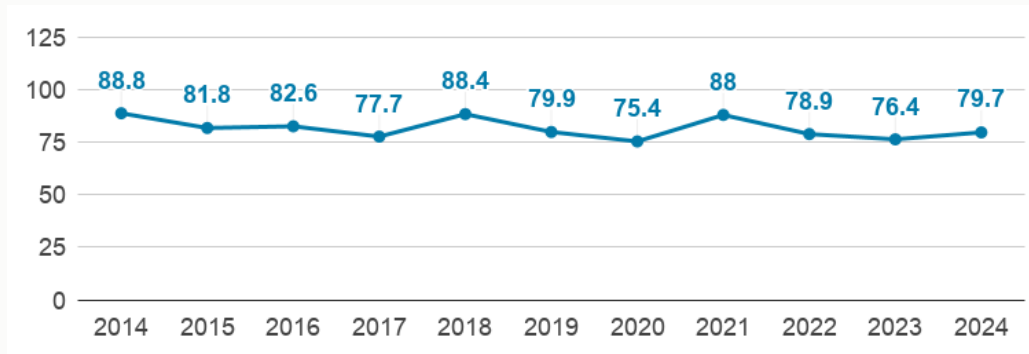
Fuente: elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

Las coberturas del refuerzo con vacuna antineumocócica a los 12 meses se mantuvieron moderadas a altas (75–90%) a lo largo de la última década, con una caída en 2020 y recuperación posterior incompleta. Aunque los niveles actuales rondan el 80%, persisten brechas respecto de la meta $\geq 95\%$, lo que puede traducirse en acumulación de susceptibles y mayor riesgo de enfermedad neumocócica.

La consolidación de altas coberturas resulta clave para reducir formas graves, internaciones y complicaciones bacterianas de infecciones respiratorias virales.

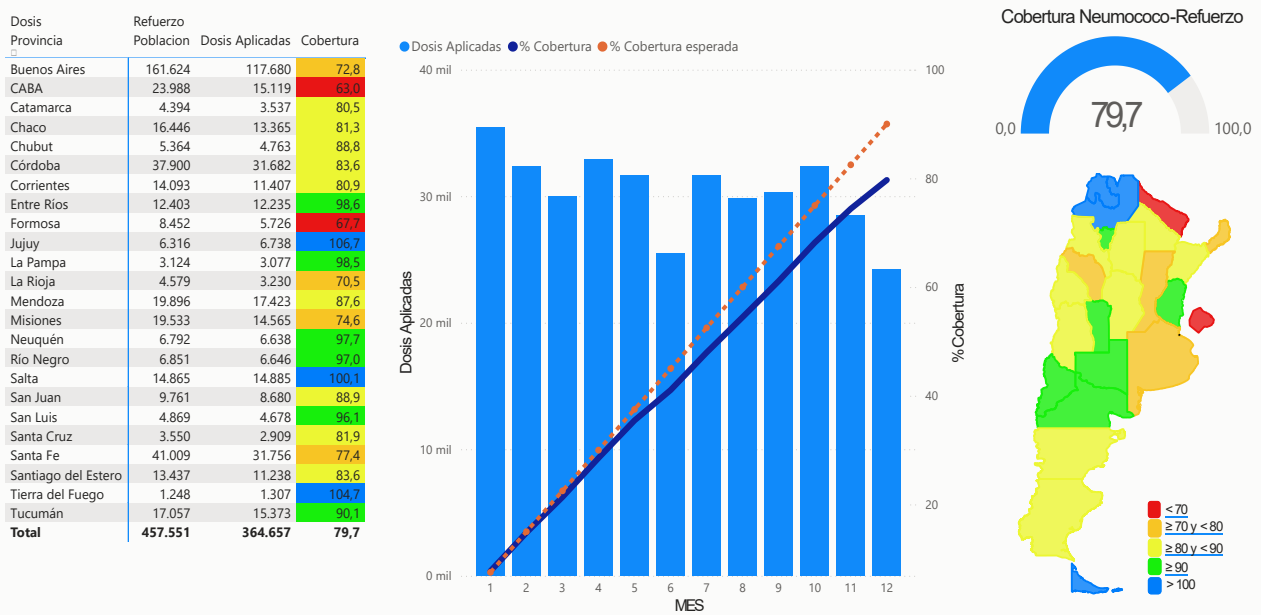


Figura 11.
Coberturas de vacunación - Dosis de refuerzo contra neumococo (12 meses). Argentina. 2014-2024.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DiCEI

Figura 12.
Coberturas de vacunación-Dosis de refuerzo contra neumococo (12 meses). Argentina. 2024.



Fuente: DiCEI. Ministerio de Salud

Mensajes clave

- Coberturas buenas pero subóptimas.
- Caída pandémica y recuperación parcial.
- Necesario $\geq 95\%$ para protección poblacional.
- Oportunidad de vacunación en controles del niño sano.



La neumonía mantiene una carga significativa en la población pediátrica, con oscilaciones asociadas a la dinámica de circulación respiratoria post pandemia. La vacunación anti-neumocócica, junto con el manejo clínico oportuno y la vigilancia epidemiológica, continúa siendo una herramienta central para prevenir formas graves y reducir hospitalizaciones.

4. TUBERCULOSIS

La tuberculosis (TB) en la infancia y adolescencia constituye un indicador sensible de transmisión reciente en la comunidad y un evento centinela de fallas en la detección oportuna de casos adultos bacilíferos.

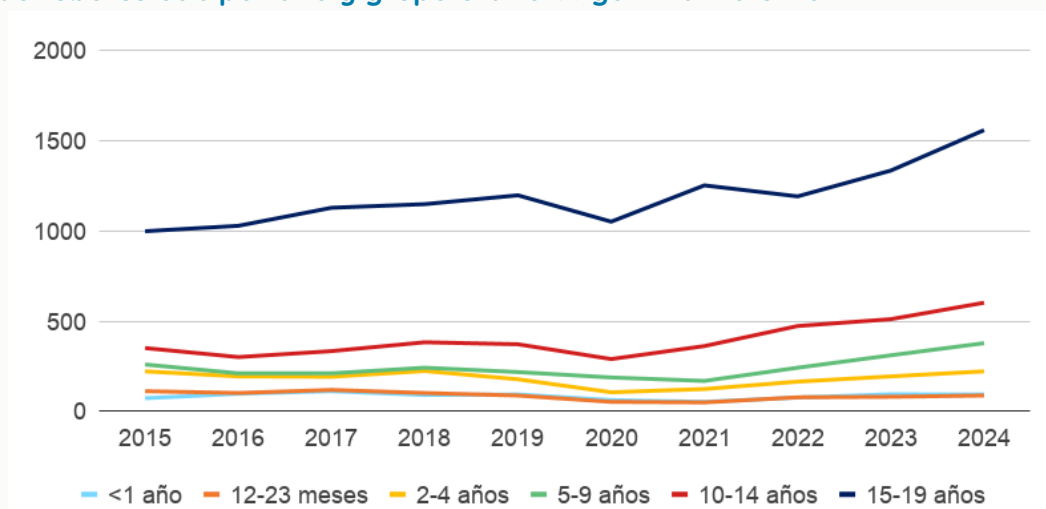
En el período 2015–2019 se observa una tendencia estable a levemente creciente, seguida de una caída en 2020, probablemente asociada a subdiagnóstico y dificultades de acceso al sistema de salud durante la pandemia. A partir de 2021, los casos retoman una tendencia ascendente sostenida, con un incremento marcado hasta 2024.

Los adolescentes de 15 a 19 años concentran la mayor carga absoluta de casos, seguidos por el grupo de 10 a 14 años. En los menores de 5 años, si bien el número absoluto es menor, cada caso reviste especial relevancia por el mayor riesgo de formas graves y diseminadas.

El predominio de casos en adolescentes sugiere transmisión sostenida en el entorno familiar y comunitario, con mayor exposición prolongada y retrasos diagnósticos.

La presencia persistente de casos en menores de 1 año y de 12 a 23 meses, aunque numéricamente baja, es especialmente preocupante y obliga a intensificar la búsqueda de contactos, el estudio de convivientes y la quimioprofilaxis, cuando esté indicada. Este patrón refuerza la necesidad de una mirada integral pediátrica, que incluya no solo el diagnóstico del niño, sino también la identificación del caso fuente.

Figura 13.
Casos de tuberculosis por año y grupo etario. Argentina. 2015-2024.



Fuente: elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.



Recordá que:

- TB pediátrica es marcador de transmisión comunitaria.
- Descenso en 2020 probablemente por subdiagnóstico.
- Aumento sostenido postpandemia.
- Mayor carga en adolescentes.
- Alta relevancia clínica en <5 años.

¿Qué debe alertar al pediatra?

- (!) Tos persistente, fiebre prolongada, pérdida de peso.
- (!) Contacto domiciliario o conviviente con TB.
- (!) Lactantes con cuadros respiratorios atípicos.
- (!) Adolescentes con síntomas respiratorios crónicos.
- (!) Contextos de vulnerabilidad social.

Rol clave del pediatra

- ✓ Sospecha clínica precoz.
- ✓ Notificación oportuna.
- ✓ Estudio sistemático de contactos.
- ✓ Asegurar adherencia al tratamiento y profilaxis.



A diferencia de otras enfermedades respiratorias pediátricas, la tuberculosis no sigue una dinámica estacional y su persistencia refleja determinantes sociales, barreras de acceso al sistema de salud y fallas en la interrupción de la cadena de transmisión.

El aumento de casos observado en los últimos años subraya la necesidad de reforzar la vigilancia, el diagnóstico precoz y el abordaje integral familiar, con participación activa del pediatra en todos los niveles de atención.

Tabla 4.
Casos de tuberculosis en adolescentes entre 15 y 19 años de edad, por año y jurisdicción. Argentina. 2015-2024.

Provincia de residencia	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Buenos Aires	553	575	609	657	625	564	762	687	765	898
CABA	106	89	125	150	173	164	153	144	179	215
Catamarca	1	2	2	1	3	5	2	1	1	0
Chaco	41	45	43	39	53	34	55	53	65	64
Chubut	7	8	8	11	10	12	6	5	8	4
Corrientes	34	29	20	22	25	17	27	21	22	29
Córdoba	24	27	30	23	19	24	31	22	35	39
Entre Ríos	13	14	21	12	17	15	15	20	15	18
Formosa	21	22	28	23	29	29	10	20	35	41
Jujuy	33	48	43	32	31	27	19	31	24	27
La Pampa	1	2	3	2	3	4	0	0	2	1
La Rioja	6	2	2	4	2	1	2	0	0	5
Mendoza	16	11	11	8	12	13	10	9	9	8
Misiones	12	14	16	14	12	11	20	20	13	22
Neuquén	1	1	3	1	1	4	2	4	1	2
Río Negro	1	2	5	4	6	1	1	4	5	5
Salta	49	52	73	65	59	42	57	45	69	59
San Juan	0	1	2	2	4	4	7	6	3	4
San Luis	0	3	2	2	1	3	1	0	2	3
Santa Cruz	5	1	0	0	7	3	3	7	1	3
Santa Fe	52	56	52	52	71	42	41	62	54	74
Santiago del Estero	4	4	10	5	5	3	5	5	2	4
Tierra del Fuego	0	0	0	0	2	2	0	0	1	3
Tucumán	15	18	15	19	22	14	18	13	19	26
Total general	995	1026	1123	1148	1192	1038	1247	1179	1330	1554

Fuente: elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

La tuberculosis pediátrica continúa siendo un problema de salud pública vigente. Su aumento reciente, especialmente en adolescentes, refuerza la importancia del rol del pediatra como actor clave en la detección temprana, el estudio de contactos y la prevención de formas graves en la infancia.



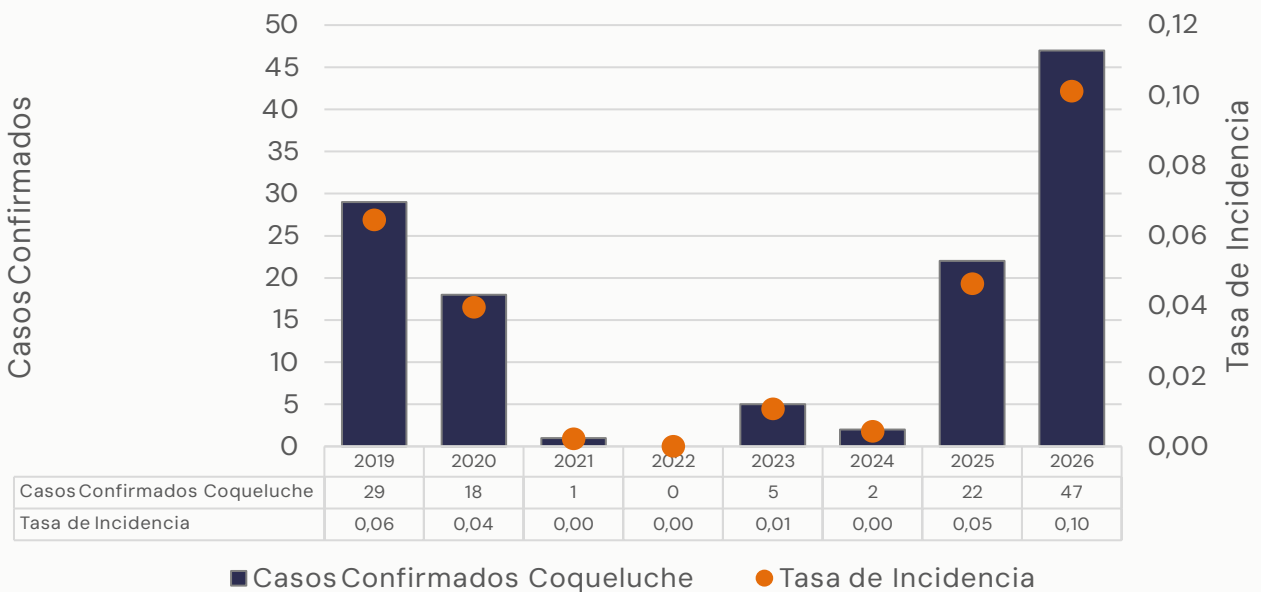
5. COQUELUCHE

La coqueluche presenta un comportamiento cíclico, con brotes cada 3–5 años. Tras la disminución observada durante la pandemia (2020–2022), asociada a menor circulación y subdiagnóstico, desde 2023 se evidencia una reaparición progresiva de casos, con aumento marcado en 2025 y 2026.

El ascenso reciente sugiere acumulación de susceptibles y recuperación de la transmisión comunitaria, fenómeno ya descrito en otros países tras la interrupción de las estrategias de control durante la pandemia.

La curva epidémica muestra aumento sostenido de notificaciones desde la segunda mitad de 2025, con mayor concentración de casos en la región Centro, seguida por aportes del Sur y NOA. Este patrón evidencia diseminación geográfica progresiva, lo que refuerza la necesidad de vigilancia activa, diagnóstico oportuno y estrategias de bloqueo ante brotes locales.

Figura 14.
Casos confirmados y tasa de incidencia acumulada de coqueluche cada 100.000 habitantes por año. Argentina. 2019-2026.



Fuente: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. Publicado en: [Boletín Epidemiológico Nacional N°792, SE 2, Año 2026.](#)

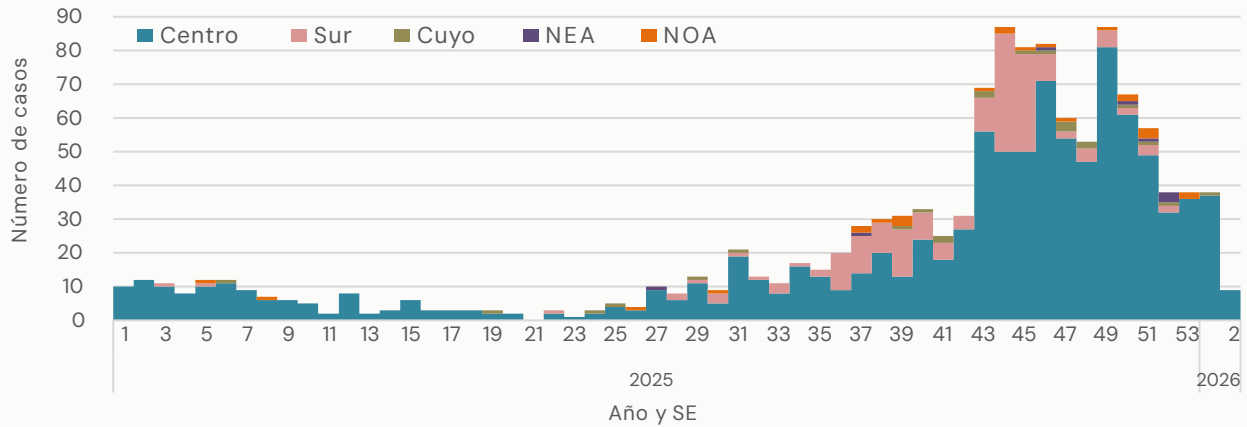
Se observan marcadas diferencias interjurisdiccionales, con algunas provincias concentrando gran parte de los casos recientes (por ejemplo, Buenos Aires y CABA), mientras otras mantienen cifras bajas o esporádicas.

Estas variaciones pueden reflejar diferencias en densidad poblacional, acceso al diagnóstico, oportunidad de notificación y heterogeneidad en coberturas vacunales.



Figura 15.

Casos confirmados de coqueluche según SE y región. Argentina. SE 1/2025- SE 2/2026.



Fuente: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. Publicado en: [Boletín Epidemiológico Nacional N°792, SE 2, Año 2026.](#)

Tabla 5.

Casos de coqueluche por año y jurisdicción. Argentina. 2019-2025.

Jurisdicciones	Casos Confirmados						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Buenos Aires	216	49	45	58	47	73	648
CABA	21	11	0	3	2	53	119
Catamarca	6	0	0	11	2	0	0
Chaco	5	3	0	2	0	0	4
Chubut	12	6	3	1	2	0	11
Córdoba	192	31	37	5	81	11	78
Corrientes	2	0	0	1	0	0	0
Entre Ríos	42	1	1	0	1	2	10
Formosa	2	2	0	1	0	0	2
Jujuy	2	0	3	0	2	0	1
La Pampa	8	0	0	0	0	0	3
La Rioja	1	0	0	0	25	1	3
Mendoza	241	12	17	13	25	1	17
Misiones	10	1	5	5	9	1	2
Neuquén	1	1	0	0	2	0	8
Río Negro	5	1	0	0	1	1	14
Salta	146	23	68	93	423	43	3
San Juan	3	1	0	0	0	0	4
San Luis	8	5	1	0	0	0	1
Santa Cruz	0	1	0	0	0	0	5
Santa Fe	14	5	0	7	43	5	89
Sgo del Estero	2	0	0	0	0	0	10
Tierra del Fuego	7	2	0	0	0	0	138
Tucumán	7	4	1	0	2	0	7
Total Nacional	953	159	181	200	667	191	1177

Fuente: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. Publicado en: [Boletín Epidemiológico Nacional N°792, SE 2, Año 2026.](#)



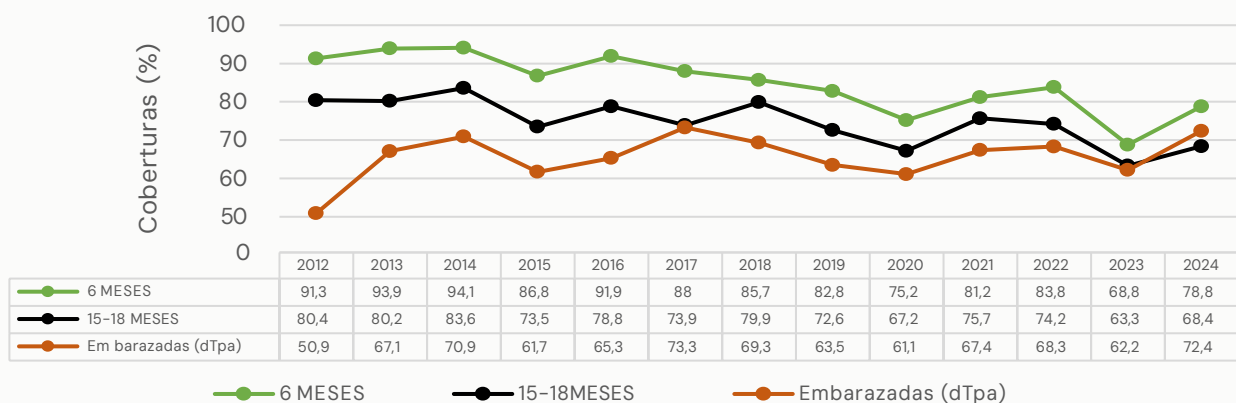
Las coberturas del esquema con componente *pertussis* muestran descensos relevantes durante la pandemia, con recuperación parcial posterior.

Las dosis del primer año de vida se mantienen cercanas al 80–85%, pero persisten brechas respecto a la meta $\geq 95\%$. La vacunación materna (dTpa) muestra mejoras recientes, aunque aún con heterogeneidad territorial.

La combinación de coberturas subóptimas, acumulación de susceptibles y ciclos epidémicos genera condiciones propicias para la reemergencia de brotes.

Figura 16.

Coberturas de vacunación con componente *pertussis*. Argentina. 2012-2024.



Fuente: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. Publicado en: [Boletín Epidemiológico Nacional N°792, SE 2, Año 2026](#).

La coqueluche continúa siendo una enfermedad prevenible con vacunas, pero con comportamiento cíclico y riesgo de reemergencia cuando las coberturas disminuyen. El aumento reciente de casos en Argentina refuerza la importancia de sostener esquemas completos en la infancia y la vacunación materna como estrategia central para proteger a los lactantes más vulnerables.

Recordá que:

- Coqueluche se presenta con ciclos epidémicos
- Las coberturas subóptimas y brechas provinciales aumentan el riesgo de brotes.
- Vacunación materna clave para proteger lactantes
- Necesario reforzar captación prenatal y esquemas de calendario.



Tabla 6.
Coberturas de vacunación con componente *pertussis* por jurisdicción. Argentina. 2024.

Jurisdicción	Quíntuple /Séxtuple (dos meses)	Quíntuple /Séxtuple (cuatro meses)	Quíntuple /sextuple (seis meses)	Refuerzo (15-18 meses)	Refuerzo (5 años)	Refuerzo (11 años)	Embarazada
Buenos Aires	69,74	68,95	66,16	59,19	44,17	44,84	64,65
CABA	75,06	75,94	66,42	35,59	44,63	35,52	47,09
Catamarca	90,41	91,26	86,36	68,91	65,71	71,11	85,48
Chaco	91,77	91,01	86,09	75,12	63,39	64,18	90,15
Chubut	92,86	92,9	87,85	78,39	59,99	62,5	86,61
Coba	89,43	88,62	82,82	76,77	60,16	61,46	82,84
Corrientes	91,78	88,01	79,49	61,74	50,49	49,25	89,77
Entre Ríos	91,73	90,36	85,21	78,88	51,64	61,97	90,36
Formosa	79,66	77,86	74,19	54,08	55,9	55,73	81,27
Jujuy	96,96	98,54	94,6	90,09	82,24	80,27	92,4
La Pampa	97,42	98,78	96,84	90,08	67,91	78,67	93,34
La Rioja	95,08	92,57	86,14	73,98	71,14	67,88	89,21
Mendoza	92,38	91,57	88,4	83,5	91,75	85,94	81,01
Misiones	95,84	91,59	80,49	60,94	65,58	64,92	90,5
Neuquén	96,3	94,21	90,86	88	84,96	84,63	92,45
Río Negro	101,95	101,37	96,36	80	66,1	56,82	95,36
Salta	91,61	89,62	86,01	82,32	81,83	95,39	86,84
San Juan	98,81	98,06	89,96	76,61	75,16	73,05	90,55
San Luis	95,1	93,65	91,08	93,35	82,82	80,54	91,41
Santa Cruz	96,08	93,79	91,16	78,92	77,61	72,73	96,11
Santa Fe	83,4	85,86	82,97	68,59	58,46	59,25	80,99
S. del Estero	93,07	90,72	82,63	68,28	54,6	62,38	87,46
T. del Fuego	101,51	104,98	97,96	103,29	73,15	74,47	98,94
Tucumán	83,67	85,01	82,86	79,08	71,48	72,35	79,08

Fuente: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

¿Por qué importa especialmente al pediatra?

- Mayor letalidad en <6 meses.
- Frecuente internación en lactantes pequeños.
- Síntomas iniciales inespecíficos → alto riesgo de subdiagnóstico.
- Necesidad de quimioprofilaxis a contactos.



Acciones concretas en la consulta

- ✓ Verificar esquema completo en niños.
- ✓ Indicar dTpa en cada embarazo.
- ✓ Sospecha clínica precoz ante tos paroxística o prolongada.
- ✓ Notificación inmediata.

EN RESUMEN

Las enfermedades respiratorias transmisibles continúan representando una proporción sustancial de la carga asistencial pediátrica en Argentina. Tras la interrupción de la circulación durante la pandemia de COVID-19, se observa una reemergencia heterogénea: las infecciones virales agudas (ETI, bronquiolitis, neumonía) retomaron su estacionalidad con picos más intensos, mientras que enfermedades prevenibles por vacunación como coqueluche muestran brotes cíclicos asociados a coberturas subóptimas.

En paralelo, la tuberculosis mantiene una tendencia ascendente, particularmente en adolescentes, reflejando transmisión comunitaria persistente y determinantes sociales.

La vigilancia oportuna, el fortalecimiento de las coberturas vacunales y la detección precoz en el primer nivel de atención continúan siendo estrategias centrales para reducir hospitalizaciones y formas graves.

Tabla 7.

Aspectos clave y situación actual de las enfermedades respiratorias transmisibles en niños, niñas y adolescentes de Argentina.

Evento	Tendencia reciente	Grupo de mayor riesgo	Estacionalidad	Situación actual	Herramienta preventiva clave	Mensaje para el pediatra
ETI (enfermedad tipo influenza)	↑ rebrote pospandemia	<5 años	Invierno	Alta carga ambulatoria	Vacuna antigripal	Vacunar y anticipar picos
Bronquiolitis (VSR)	↓ en lactantes	<1 año	Invierno	Descenso respecto prepandemia	Vacunación materna VSR	Proteger gestantes
Neumonía	↔ con picos	<5 años	Invierno	Variabilidad interanual	Vacuna antineumocócica	Completar refuerzos
Tuberculosis	↑ sostenido	Adolescentes / <5 años (graves)	No estacional	Transmisión comunitaria activa	BCG + control de contactos	Sospecha clínica precoz
Coqueluche	↑ cíclico (brote)	<6 meses	Brotes periódicos	Reemergente	dTpa materna + esquema infantil	Indicar dTpa en cada embarazo

Fuente: Elaboración propia.



ENFERMEDADES RESPIRATORIAS NO TRANSMISIBLES

1. ASMA

El asma es una enfermedad respiratoria crónica caracterizada por inflamación persistente de la vía aérea, hiperreactividad bronquial y episodios recurrentes de sibilancias, disnea y tos. En la población pediátrica constituye una de las patologías crónicas más frecuentes y una causa importante de consultas ambulatorias, visitas a guardias e internaciones. Su inicio suele darse en la infancia y, aunque muchos niños logran un buen control con tratamiento adecuado, el asma mal controlada puede afectar el desarrollo pulmonar, la calidad de vida y el rendimiento escolar.

Desde una perspectiva de salud pública, el asma representa un desafío por su alta prevalencia, su impacto en la carga de enfermedad y las desigualdades asociadas a factores ambientales y sociales, como la exposición a contaminantes, humo de tabaco y condiciones habitacionales inadecuadas. El diagnóstico oportuno, el acceso continuo a medicación y la educación para el autocuidado son pilares fundamentales para reducir exacerbaciones, prevenir secuelas a largo plazo y disminuir la carga sanitaria en la población pediátrica.

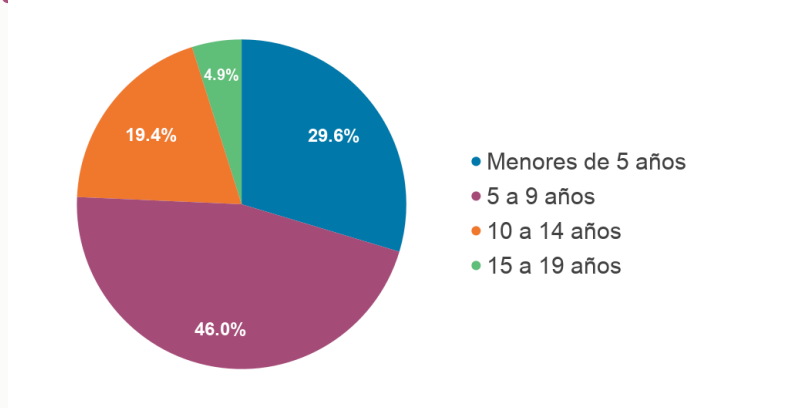
A diferencia de las enfermedades respiratorias transmisibles, el asma carece en Argentina de un sistema de vigilancia epidemiológica específico y continuo que permita estimar su prevalencia, incidencia, control y carga real en la población pediátrica.

La información disponible proviene principalmente de registros de egresos hospitalarios del subsector público, lo que representa solo la fracción más grave del espectro clínico y no refleja adecuadamente la magnitud del problema en el ámbito ambulatorio.

En 2022 se registraron 20.895 egresos hospitalarios por asma y estado asmático (CIE-10 J45–J46) en niñas, niños y adolescentes menores de 19 años, concentrándose el 46% en el grupo de 5 a 9 años y el 30% en el de 10 a 14 años. Sin embargo, estos datos no permiten dimensionar la prevalencia total de asma, el nivel de control de la enfermedad ni las inequidades en el acceso al diagnóstico y tratamiento, lo que limita la planificación de estrategias preventivas y de manejo integral (*Figura 17*).

Figura 17.

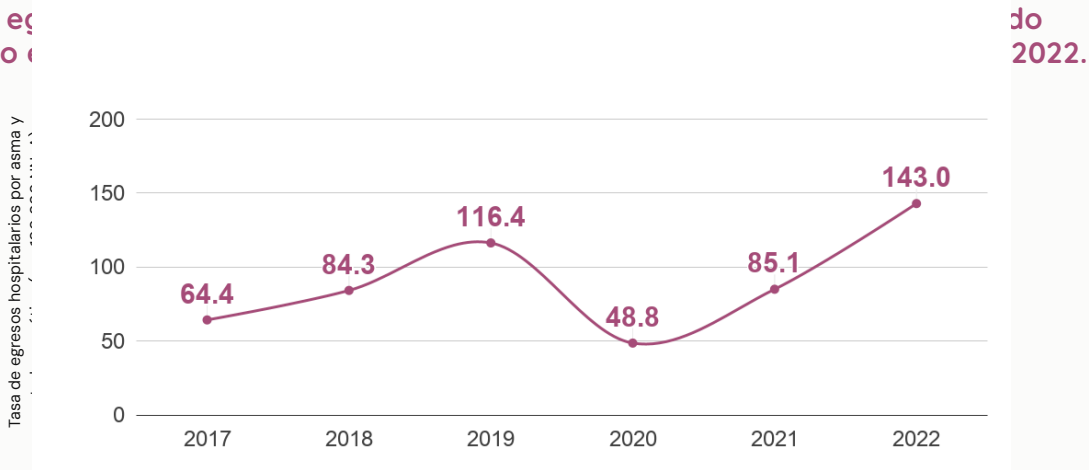
Proporción de egresos hospitalarios a causa de asma y estado asmático en establecimientos: Argentina, 2022.





De cualquier manera, aun considerando las limitaciones en el uso de los datos oficiales de los egresos hospitalarios, en los últimos años se observa una tendencia oscilante. A partir del año 2017 la tasa de egresos hospitalarios a causa de asma y estado asmático en NNyA mostró un ascenso progresivo hasta el año 2019 y en el 2020 la tasa disminuyó abruptamente. Sin embargo, a partir de ese año nuevamente la tendencia es ascendente, incluso con tasas superiores a las registradas en el periodo prepandémico (Figura 18).

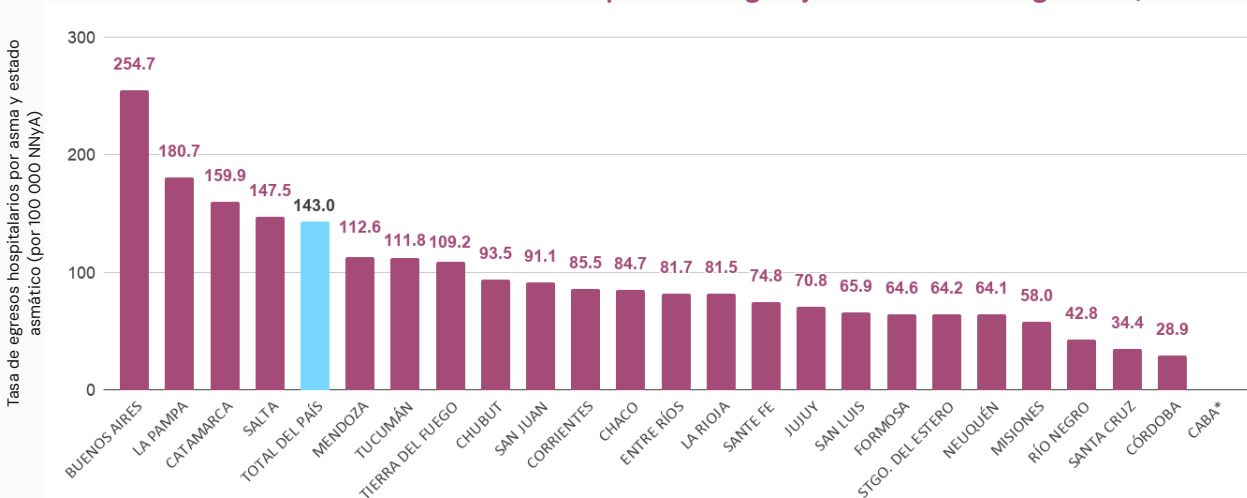
Figura 18.
Tasa de egresos hospitalarios por asma y estado asmático en NNyA, Argentina, 2017-2022.



Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS.

Al desagregar la información del último año disponible por jurisdicción (año 2022), se observa que las provincias Buenos Aires, La Pampa, Catamarca y Salta presentaron tasas superiores a la media nacional. Por otro lado, Río Negro, Santa Cruz y Córdoba registraron las menores tasas en el país. Es importante mencionar que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires no aportó información acerca de los egresos hospitalarios para la elaboración del informe a nivel nacional (Figura 19).

Figura 19.
Tasa de egresos hospitalarios en menores de 19 años a causa de asma y estado asmático en establecimientos oficiales del subsector público según jurisdicciones. Argentina, 2022.



Fue...



En los últimos 5 años (2019–2023), se registraron 42 muertes a causa de asma y estado asmático en NNyA menores de 19 años. La mayor cantidad de fallecidos se observó en el año 2022 (14 muertes), mientras que la menor cantidad se registró en el 2023 (5 muertes).

El diagnóstico del asma en niños, niñas y adolescentes presenta una complejidad intrínseca que, sumada a la ausencia de registros sistemáticos y datos oficiales consolidados, dificulta la construcción de un panorama epidemiológico preciso a nivel nacional. Los indicadores disponibles se restringen en gran medida al subsector público, con una cobertura dispar según la jurisdicción, lo que introduce sesgos importantes en la estimación de la carga real de la enfermedad. Esta fragmentación se traduce en la falta de un sistema nacional de vigilancia de asma pediátrica, limitación que compromete tanto la planificación sanitaria como la evaluación de las políticas de control ambiental orientadas a esta población.

2. FIBROSIS QUÍSTICA

La fibrosis quística es una enfermedad genética, crónica y multisistémica que afecta principalmente al aparato respiratorio y al sistema digestivo. Es causada por mutaciones en el gen CFTR (*Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator*), que alteran el transporte de cloro y sodio a través de las membranas celulares, generando secreciones espesas y viscosas. En el sistema respiratorio, esta alteración favorece la obstrucción de las vías aéreas, la colonización bacteriana persistente y la inflamación crónica, lo que conduce a infecciones respiratorias recurrentes y daño pulmonar progresivo.

En la población pediátrica, la fibrosis quística constituye una de las enfermedades respiratorias crónicas más relevantes por su impacto en la morbilidad, la calidad de vida y la necesidad de seguimiento especializado. El diagnóstico temprano (facilitado por la pesquisa neonatal) y el acceso a tratamientos específicos han mejorado significativamente la supervivencia y el pronóstico en las últimas décadas, aunque continúa siendo una condición de alta complejidad clínica que requiere un abordaje integral y multidisciplinario.

Fortalezas y desafíos del registro nacional

El marco legal actual, sustentado por las Leyes Nacionales 26.279 y 27.552, garantiza tanto la pesquisa neonatal sistemática como la cobertura total de las prestaciones y tratamientos moduladores. Para coordinar este abordaje, el país cuenta con el Registro Nacional de Fibrosis Quística (ReNaFQ), el cual permite el seguimiento oficial de los casos y es un requisito fundamental para acceder a la cobertura pública. El ReNaFQ es coordinado en conjunto entre el INER "Emilio Coni" de la ANLIS "Carlos G. Malbrán" y el Programa Nacional de Enfermedades Poco Frecuentes del Ministerio de Salud de la Nación. Está vinculado con el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) y la carga de las personas con fibrosis quística en el ReNaFQ realiza automáticamente la notificación a ese sistema.

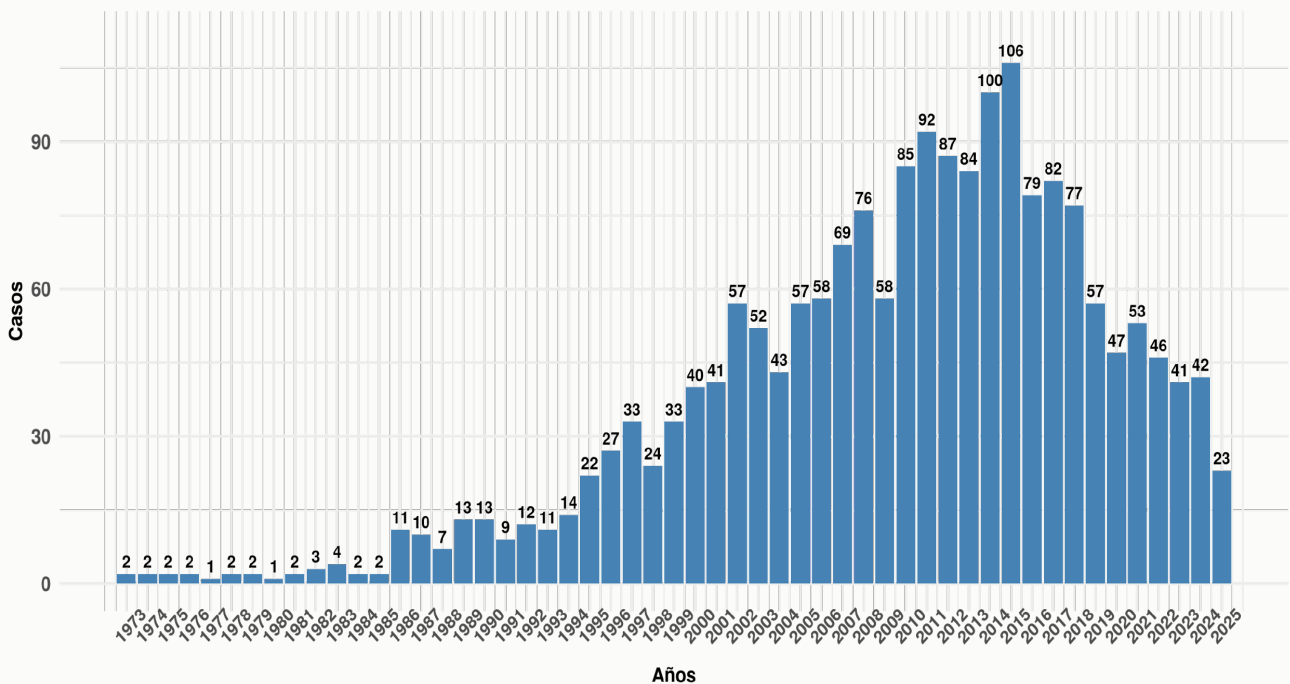
Al mes de enero de 2026, se registraron en el ReNaFQ 1.987 personas con fibrosis quística. La tendencia en el registro mostró un comportamiento ascendente hasta alcanzar la mayor cantidad de casos en el año 2015 (106), con un descenso posterior (*Figura 20*).



En el año 2025 se registraron 23 personas. Por otra parte, en el último trienio 2023–2025 se registraron 26 fallecimientos de personas con enfermedad fibroquística, de los cuales 4 se produjeron en el año 2025. Globalmente, el perfil de mortalidad muestra que casi el 65 % de los desenlaces fatales ocurren antes de los 20 años de edad.

Figura 20.

Casos de fibrosis quística por año de diagnóstico. Argentina, 1973-2025.

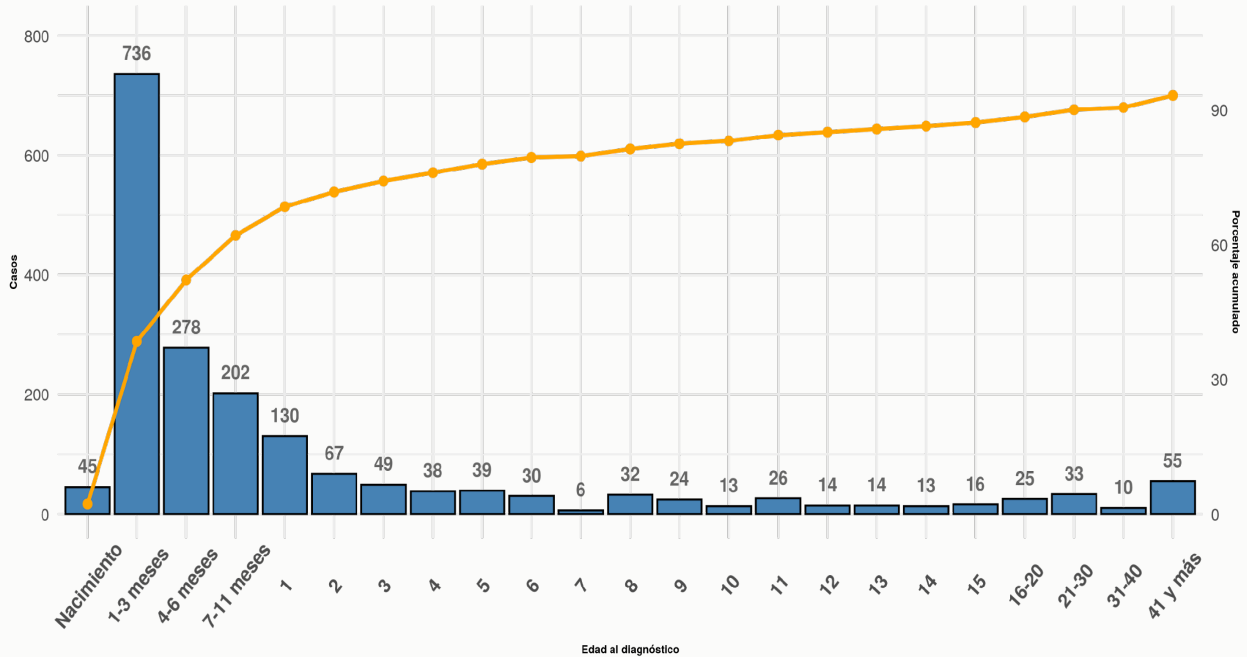


Fuente: INER-ANLIS "Dr. Emilio Coni"

En términos epidemiológicos, la enfermedad presenta un perfil eminentemente infanto-juvenil, ya que el 77 % de los casos registrados corresponden a personas menores de 25 años. La detección se produce mayoritariamente en las etapas más tempranas de la vida: un 59 % de los diagnósticos se realizan antes de los seis meses de edad y casi el 80 % se concretan antes de cumplir los tres años (*Figura 21*). Es relevante destacar que, a pesar de la obligatoriedad de la pesquisa, los síntomas respiratorios continúan siendo el motivo principal de sospecha diagnóstica en el 45 % de los casos, superando a la pesquisa neonatal, que representa el 38 % (*Figura 22*).

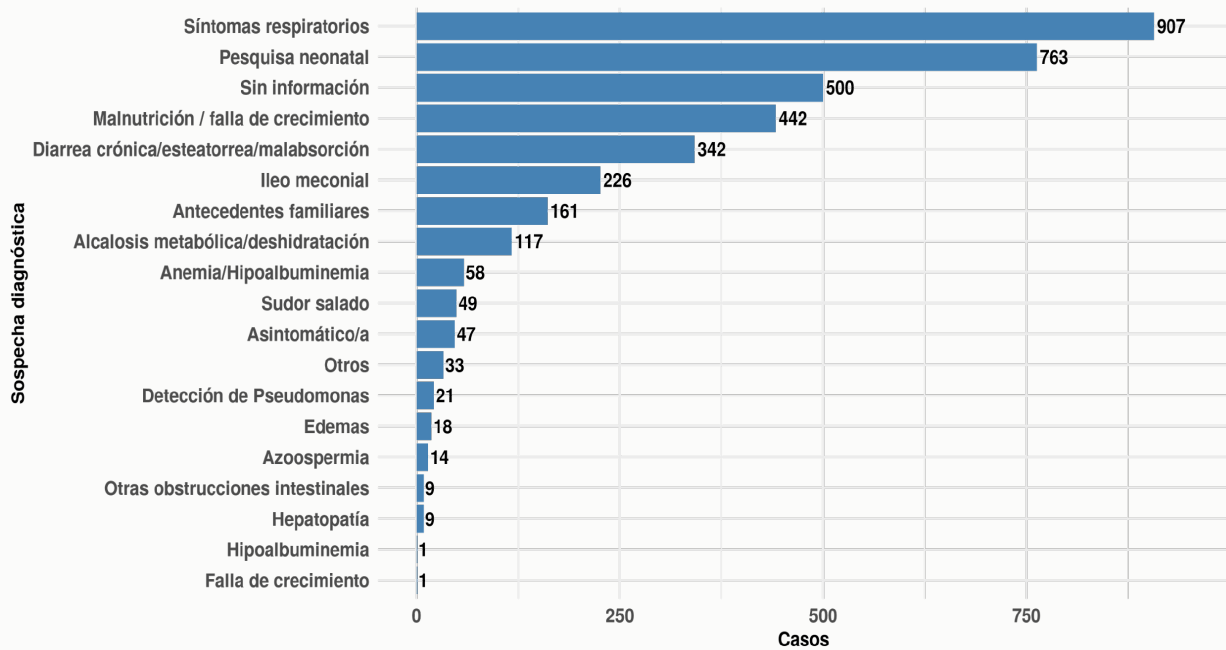


Figura 21.
Casos de fibrosis quística por grupos de edad al diagnóstico y porcentaje acumulado. Argentina, 1973-2025.



Fuente: INER-ANLIS "Dr. Emilio Coni"

Figura 22.
Casos de fibrosis quística por motivo de sospecha diagnóstica. Argentina, 1973-2025.

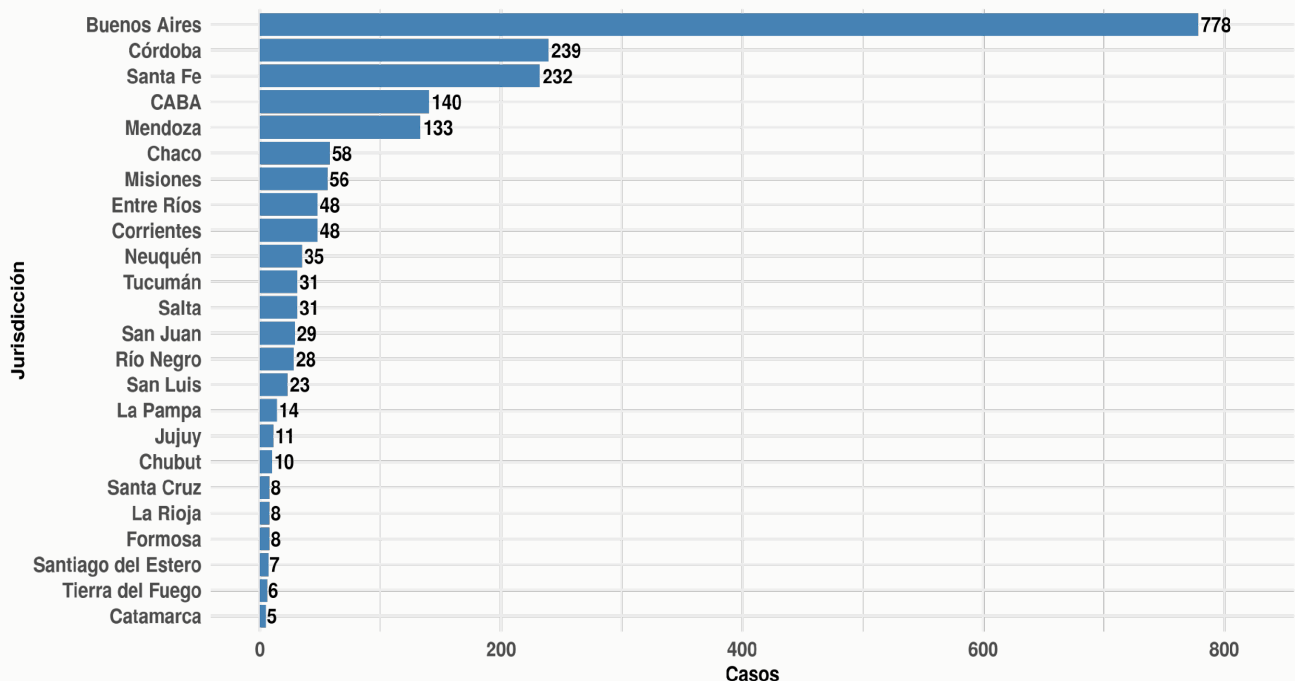


Fuente: INER-ANLIS "Dr. Emilio Coni"



Respecto a la distribución geográfica y social, la gran mayoría de los pacientes residen en las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, Mendoza, Chaco y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, jurisdicciones que concentran casi el 80 % del total nacional (Figura 23). En cuanto al acceso a la salud, un 33 % de la población afectada cuenta únicamente con cobertura pública exclusiva. No obstante, persisten desafíos significativos para el seguimiento clínico, ya que casi un 13 % de los casos activos no registran controles desde su notificación inicial. Además, existen brechas de información importantes, como el hecho de que más de la mitad de los registros carecen de datos sobre la pesquisa neonatal y un 8 % de los pacientes aún tienen pendiente su estudio genético.

Figura 23.
Casos de fibrosis quística según jurisdicción de residencia. Argentina, 1973-2025.



Fuente: INER-ANLIS "Dr. Emilio Coni"

En síntesis, la situación de la fibrosis quística en niños, niñas y adolescentes en Argentina presenta un contraste relevante respecto de otras patologías respiratorias crónicas: la existencia de un marco normativo sólido, una pesquisa neonatal sistemática y un registro nacional articulado con el sistema de vigilancia constituyen herramientas de considerable valor para la planificación sanitaria y el seguimiento de los pacientes. Sin embargo, la persistencia del subregistro y la heterogeneidad en la cobertura jurisdiccional señalan que la fortaleza institucional no se traduce aún de manera uniforme en la práctica. Avanzar hacia una mayor completitud del ReNaFQ y una carga de datos más homogénea entre jurisdicciones resulta, por tanto, una condición necesaria para aprovechar plenamente el potencial de las herramientas disponibles y orientar con mayor precisión las políticas de atención integral de esta población.



3. CONSULTAS AMBULATORIAS DE NEUMONOLOGÍA PEDIÁTRICA Y OTORRINOLARINGOLOGÍA

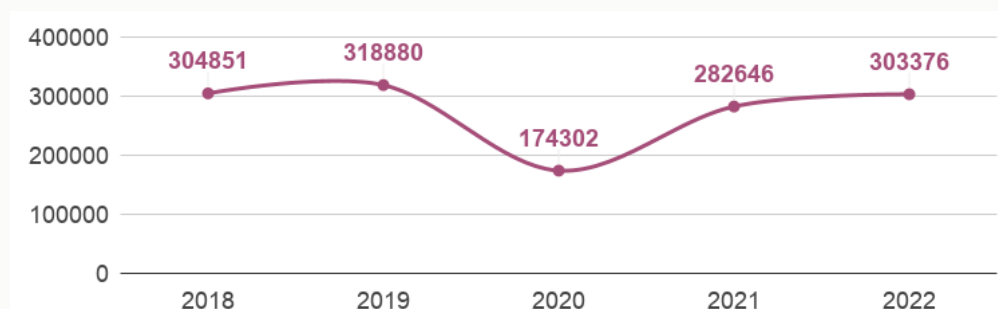
La epidemiología de los servicios de salud constituye una herramienta fundamental para comprender cómo las enfermedades se expresan en la demanda de atención y cómo los sistemas sanitarios responden a esas necesidades. A través del análisis de consultas ambulatorias es posible aproximarse no sólo a la carga de enfermedad en la población, sino también a los patrones de acceso, utilización y organización de los servicios, así como a los cambios en la demanda asociados a factores epidemiológicos, sociales y contextuales. En el caso de niños, niñas y adolescentes, este enfoque adquiere especial relevancia, dado que las consultas reflejan tanto la ocurrencia de eventos frecuentes como la oportunidad de intervención temprana y prevención de complicaciones. Dentro de este marco, las especialidades ambulatorias de otorrinolaringología (ORL) y neumonología pediátrica ocupan un rol central en la atención de las enfermedades respiratorias, que representan una de las principales causas de consulta en la población pediátrica. El análisis de las consultas en estas especialidades permite explorar tendencias temporales, identificar variaciones en la demanda y evaluar el impacto de eventos sanitarios relevantes ocurridos en los últimos años.

De acuerdo con el informe de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), en el año 2022 se registraron 147.003.434 consultas ambulatorias en establecimientos asistenciales del subsector oficial, de las cuales 18.833.144 (13%) correspondieron a algún tipo de atención pediátrica. Dentro de este conjunto, las especialidades médicas vinculadas al sistema respiratorio concentraron 303.376 consultas ambulatorias (2%), de las cuales 220.271 (73%) correspondieron a neumonología pediátrica y 83.105 (27%) a otorrinolaringología pediátrica. Si bien la proporción de consultas en especialidades respiratorias resulta relativamente baja en el total, la neumonología pediátrica se ubicó entre las cinco especialidades de mayor demanda cuando se excluyen la consulta clínica pediátrica general y las atenciones por emergencias y urgencias.

Este indicador se mantuvo relativamente estable en los últimos cinco años, con el mayor registro observado en 2019, cuando se contabilizaron 318.880 consultas. Cabe destacar que en 2020 se registró una disminución significativa en la cantidad de consultas de estas especialidades (174.302), fenómeno que se asocia al impacto de la pandemia y que, en los años posteriores, fue recuperando progresivamente los valores pre-pandémicos.

Figura 24.

Número de consultas ambulatorias de las especialidades neumonología pediátrica y ORL pediátrica en establecimientos asistenciales del subsector oficial. Argentina, 2018-2022.



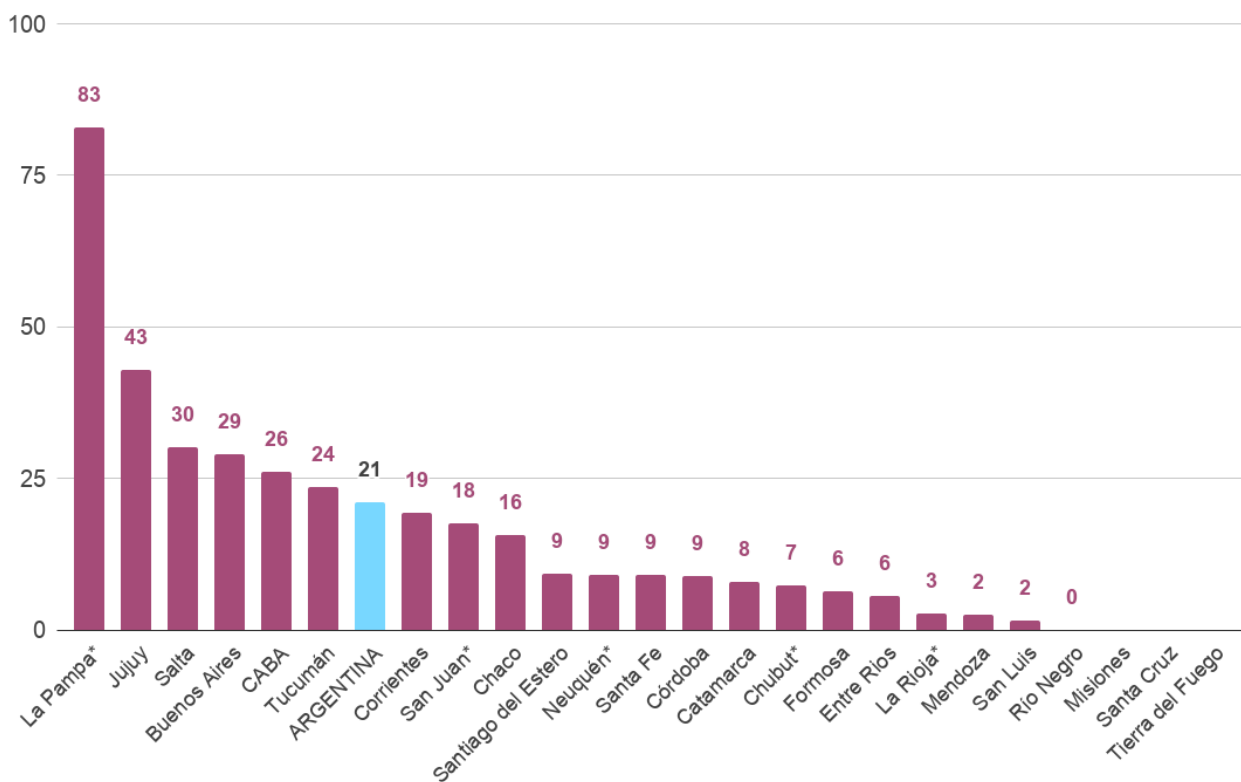
Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS



El análisis desagregado por jurisdicción muestra que, en 2022, la provincia de La Pampa registró la mayor tasa de consultas ambulatorias per cápita (83 consultas por cada 1.000 NNyA), aun considerando la ausencia de información disponible sobre consultas de ORL pediátrica. En segundo lugar, se ubicó la provincia de Jujuy, con 43 consultas por cada 1.000 NNyA. En contraste, las provincias de Mendoza, San Luis y Río Negro presentaron las menores tasas de consultas per cápita. Cabe señalar que en las provincias de Misiones, Santa Cruz y Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur no se dispone de datos, debido a la falta de notificación en estas categorías (*Figura 25*). Las consultas ambulatorias reflejan tanto carga de enfermedad como acceso al sistema, por lo que las variaciones territoriales pueden interpretarse también como diferencias en disponibilidad de recursos.

Figura 25.

Tasa de consultas ambulatorias de las especialidades neumonología pediátrica y ORL pediátrica en establecimientos asistenciales del subsector oficial per cápita. Argentina y jurisdicciones, 2022.



■ no hay datos disponibles.

* Corresponde solo a las consultas de la especialidad neumonología pediátrica.

Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS.



ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y EXPOSICIONES AMBIENTALES

1. INTOXICACIÓN Y EXPOSICIÓN A MONÓXIDO DE CARBONO

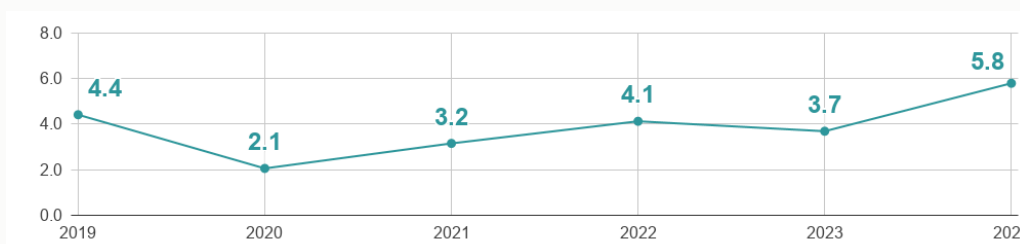
La intoxicación y exposición al monóxido de carbono constituye un evento prevenible de alto impacto en la salud respiratoria y general de niños, niñas y adolescentes, y se inscribe dentro del grupo de las enfermedades respiratorias no transmisibles de origen ambiental. El monóxido de carbono es un gas incoloro, inodoro y altamente tóxico, generado principalmente por la combustión incompleta de combustibles utilizados en el hogar, cuya inhalación interfiere con el transporte de oxígeno y puede provocar desde síntomas respiratorios leves hasta cuadros graves que requieren internación e incluso pueden ocasionar la muerte. En la población pediátrica, la mayor susceptibilidad fisiológica y la dependencia de las condiciones del entorno domiciliario incrementan el riesgo de exposición y la gravedad de los eventos.

Desde una perspectiva de salud pública, el análisis de la intoxicación por monóxido de carbono permite evaluar no solo la magnitud del daño en términos de casos notificados, internaciones y muertes, sino también las desigualdades asociadas a las condiciones habitacionales, el acceso a fuentes de energía seguras y la calidad de las estrategias de prevención. Cabe destacar que, si bien las condiciones de precariedad habitacional constituyen un factor de riesgo relevante, la intoxicación por monóxido de carbono puede ocurrir en cualquier contexto socioeconómico, por lo que su vigilancia requiere una mirada amplia sobre los determinantes involucrados. El estudio de este indicador resulta clave para identificar patrones temporales y territoriales, orientar acciones de vigilancia y fortalecer intervenciones intersectoriales destinadas a reducir eventos evitables y proteger la salud respiratoria de la población pediátrica.

En el año 2024 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 850 eventos de intoxicación y/o exposición al monóxido de carbono en menores de 19 años, lo que representó una tasa de notificación de 5,8 casos cada 100.000 niños, niñas y adolescentes. Este valor constituye el más alto registrado en los últimos años y se inscribe en una tendencia general oscilante, caracterizada por una marcada disminución durante el período de aislamiento y distanciamiento social implementado en el contexto de la pandemia de COVID-19, seguida de una recuperación progresiva de las tasas de notificación en los años posteriores. Este comportamiento sugiere que las variaciones observadas podrían reflejar tanto cambios en la exposición como en la capacidad de detección y notificación del evento.

Figura 26.

Tasa de notificación de casos de intoxicación/exposición al monóxido de carbono en menores de 19 años. Argentina, 2019-2024.



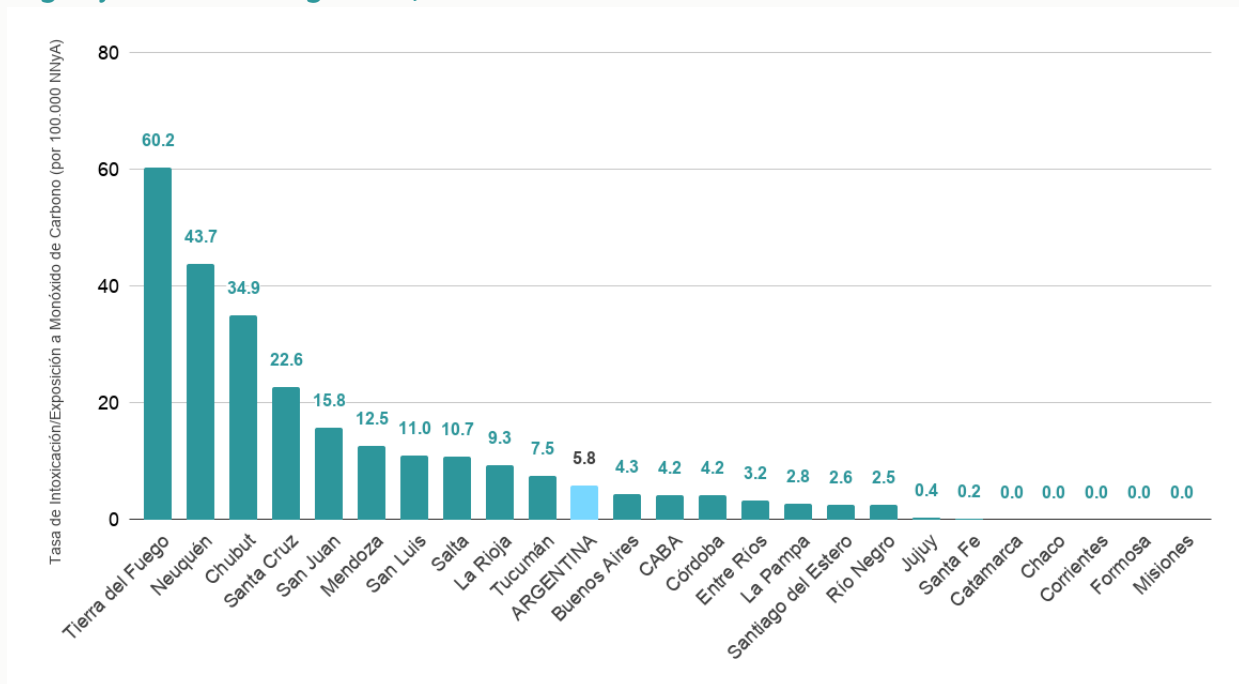
Fuente: elaboración propia en base a datos del SNVS2.0



El análisis desagregado por jurisdicción evidenció marcadas diferencias en las tasas de notificación. La mayor tasa se registró en la provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, con un valor que superó en más de diez veces la media nacional, seguida por otras provincias de la región patagónica, como Neuquén, Chubut y Santa Cruz. Asimismo, las provincias que integran la región de Cuyo (San Juan, Mendoza y San Luis) presentaron tasas que duplicaron la media nacional. En contraste, en las provincias del Nordeste argentino (Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones) y en Catamarca no se registraron eventos de intoxicación y/o exposición al monóxido de carbono durante el año 2024 (Figura 27).

Figura 27.

Tasa de notificación de casos de intoxicación/exposición al monóxido de carbono según jurisdicción. Argentina, 2024

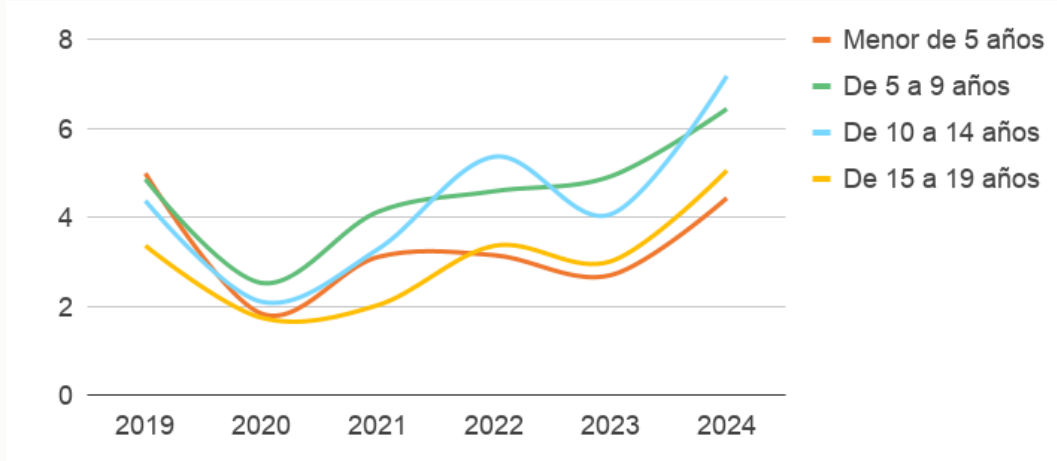


El análisis de la tasa de notificación de intoxicación y/o exposición al monóxido de carbono según grupos etarios muestra diferencias claras en la magnitud y la evolución temporal del evento. En todos los grupos se observa una marcada disminución en el año 2020, coincidente con el período de aislamiento social, seguida de una recuperación progresiva en los años posteriores. Sin embargo, la intensidad de este aumento y los valores alcanzados difieren según la edad. En 2024, las tasas más elevadas se registraron en los grupos de 10 a 14 años y de 5 a 9 años, siendo el primero el que alcanzó el valor más alto del período, evidenciando un incremento sostenido y pronunciado en los últimos años. El grupo de 15 a 19 años también mostró un aumento relevante, especialmente a partir de 2023, con una tendencia ascendente marcada. Por su parte, los menores de 5 años presentaron tasas consistentemente más bajas en comparación con los otros grupos etarios, aunque con un patrón similar de descenso durante la pandemia y posterior recuperación (Figura 28).



Figura 28.

Tasa de notificación de casos de intoxicación/exposición al monóxido de carbono según grupos etarios. Argentina, 2019-2024.

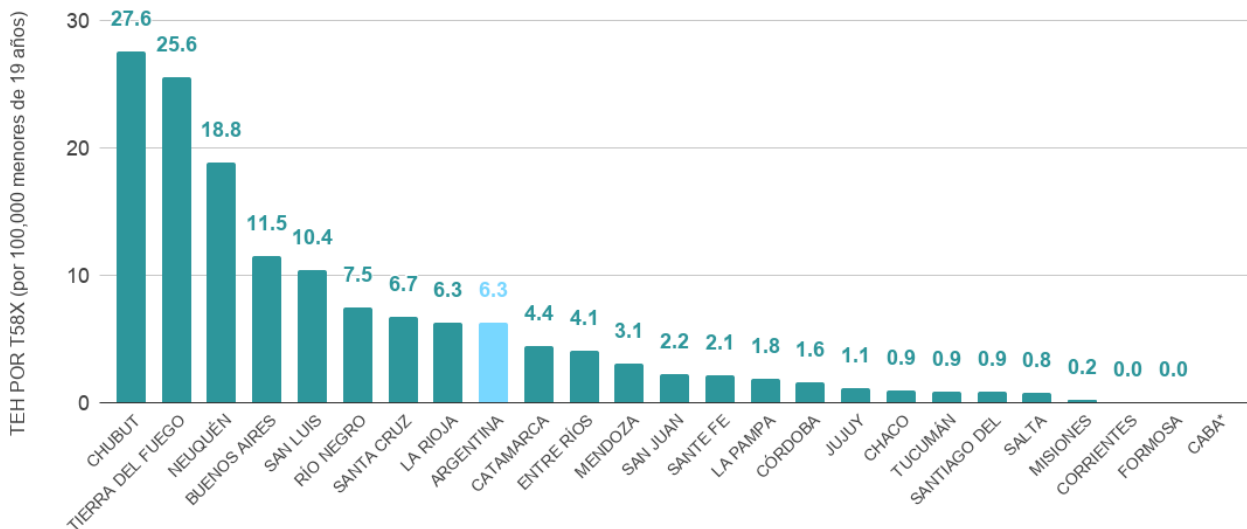


Fuente: elaboración propia en base a datos del SNVS2.0

De acuerdo con los últimos datos oficiales disponibles, en el subsector público se registraron 925 egresos hospitalarios en menores de 19 años a causa de exposición a monóxido de carbono. Esto representa una tasa a nivel nacional de 6 internaciones por esta causa cada 100.000 NNyA.

Figura 29.

Tasa de egresos hospitalarios a causa de exposición a monóxido de carbono en menores de 19 años (por cada 100.000 NNyA), según jurisdicciones. Argentina, 2022.



A nivel jurisdiccional, 3 provincias patagónicas registraron una tasa mayor de 3 veces de la media nacional: Chubut, Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, y Neuquén. Por el contrario, las provincias de Corrientes y Formosa no registraron egresos



hospitalarios por esta causa. Cabe mencionar que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires no aportó información para la elaboración del informe a nivel nacional. En términos de subgrupos etarios, los NNyA entre 5 y 14 años fueron aquellos con mayor proporción de internaciones (31 % entre 5 y 9 años y 31 % entre 10 y 14 años), mientras que los y las adolescentes entre 15 y 19 años registraron la menor proporción (14 %).

En el último quinquenio 2019–2023 no se registraron muertes en menores de 19 años a causa de esta exposición.

2. CALIDAD DEL AIRE EN ARGENTINA

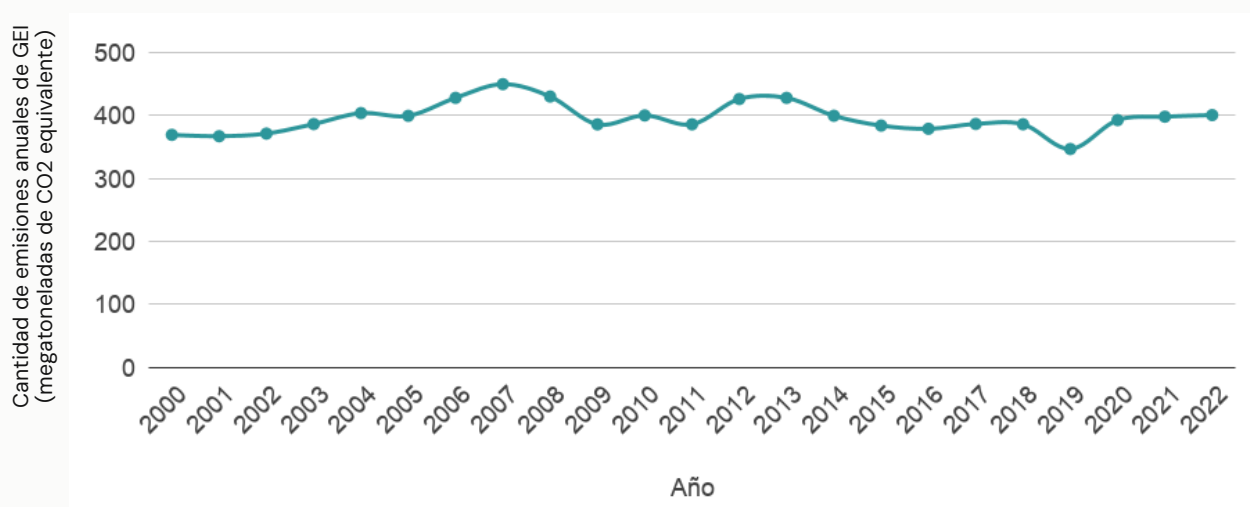
La calidad del aire en una región se determina a partir de un umbral de concentración de sustancias emitidas a la atmósfera. Cuando estas sustancias superan un nivel determinado, se consideran un riesgo no solo para los seres humanos, sino también para la flora, la fauna, los suelos, el agua y el patrimonio histórico.

Estas sustancias se clasifican principalmente en:

- Contaminantes criterio: incluyen el material particulado (MP10 y MP2,5), ozono troposférico (O³), dióxido de nitrógeno (NO²), dióxido de azufre (SO²), monóxido de carbono (CO) y plomo (Pb). Se llaman así porque están directamente vinculados con impactos en la salud pública, pudiendo causar enfermedades respiratorias, cardíacas y cerebrovasculares.
- Contaminantes climáticos: aquellos que afectan la capa de ozono o aumentan los gases de efecto invernadero (GEI), como el dióxido de carbono (CO²), el metano (CH⁴), el óxido nitroso (N²O) y los hidrofluorocarbonos (HFC), entre otros.

Figura 30.

Cantidad de emisiones anuales de gases de efecto invernadero (GEI). Argentina, 2000 al 2022.



Fuente: elaboración propia en base a datos de la Subsecretaría de Ambiente



Parámetros de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

La OMS es la entidad internacional que establece las Directrices sobre la Calidad del Aire. En 2021, actualizó sus niveles guía (que no son jurídicamente vinculantes) y definió "objetivos intermedios" para reducir progresivamente los riesgos a la salud. Estos estándares sirven como herramienta para que los países generen sus propias políticas y legislaciones.

Funcionamiento del control en Argentina

En nuestro país, la regulación tiene una base histórica en la Ley 20.284 de Contaminación Atmosférica de 1973. Aunque esta ley nacional no fue reglamentada en su totalidad, muchas provincias adhirieron a ella y desarrollaron sus propias normas. Actualmente, Argentina no cuenta con una red de monitoreo continuo de los parámetros de calidad de aire a nivel nacional por falta de infraestructura necesaria. Sin embargo, existen iniciativas regionales y locales muy robustas que monitorean principalmente puntos críticos de PM10, NO², SO², O³ y CO, cerca de zonas industriales:

- **Ciudad Autónoma de Buenos Aires**
- **Provincia de Buenos Aires**, en distintos puntos geográficos:
 - Cuenca Matanza Riachuelo: ACUMAR monitorea estaciones en Dock Sud y La Matanza.
 - Zárate-Campana.
 - Bahía Blanca.
- **Córdoba**
- **San Juan**
- **Tierra del Fuego**

Resultados de los centros relevados

Según los datos de 2023, la situación general es favorable, ya que en la mayoría de los centros no se superaron los límites regulados, aunque se registraron algunas excepciones por excedencia puntuales:

- **Zárate-Campana:** el ozono (O³) superó el límite regulado en días específicos de octubre y diciembre. Por otro lado, el material particulado (PM10) superó el límite en tres ocasiones, alcanzando un pico en enero.
- **Bahía Blanca:** se registró un valor por encima del límite de PM10 a fines de abril de 2023.



- **Córdoba:** Se registraron siete días en los cuales el NO² superó el rango de calidad del aire considerado bueno, entrando en nivel moderado.

Es importante destacar que muchas de las excedencias de material particulado en 2023 se atribuyeron a incendios forestales provocados por la sequía y las altas temperaturas, más que a una falla en los controles industriales. Aunque se observan estos picos, la tendencia general muestra una disminución del promedio anual de contaminantes respecto a años anteriores (2021 y 2022). La prevención requiere intervenciones intersectoriales que incluyan educación comunitaria, regulación de artefactos y acceso a energía segura.

3. EXPOSICIÓN AL HUMO DEL TABACO

La exposición al humo de tabaco constituye uno de los principales factores de riesgo prevenibles para las enfermedades respiratorias en niños, niñas y adolescentes. Tanto la exposición activa en la adolescencia como, especialmente, la exposición pasiva al humo ambiental del tabaco desde edades tempranas se asocia con un mayor riesgo de infecciones respiratorias agudas, exacerbaciones de asma, bronquiolitis, neumonía y deterioro de la función pulmonar. En la población pediátrica, estos efectos resultan particularmente relevantes debido a la inmadurez del sistema respiratorio y a la mayor vulnerabilidad biológica frente a contaminantes ambientales.

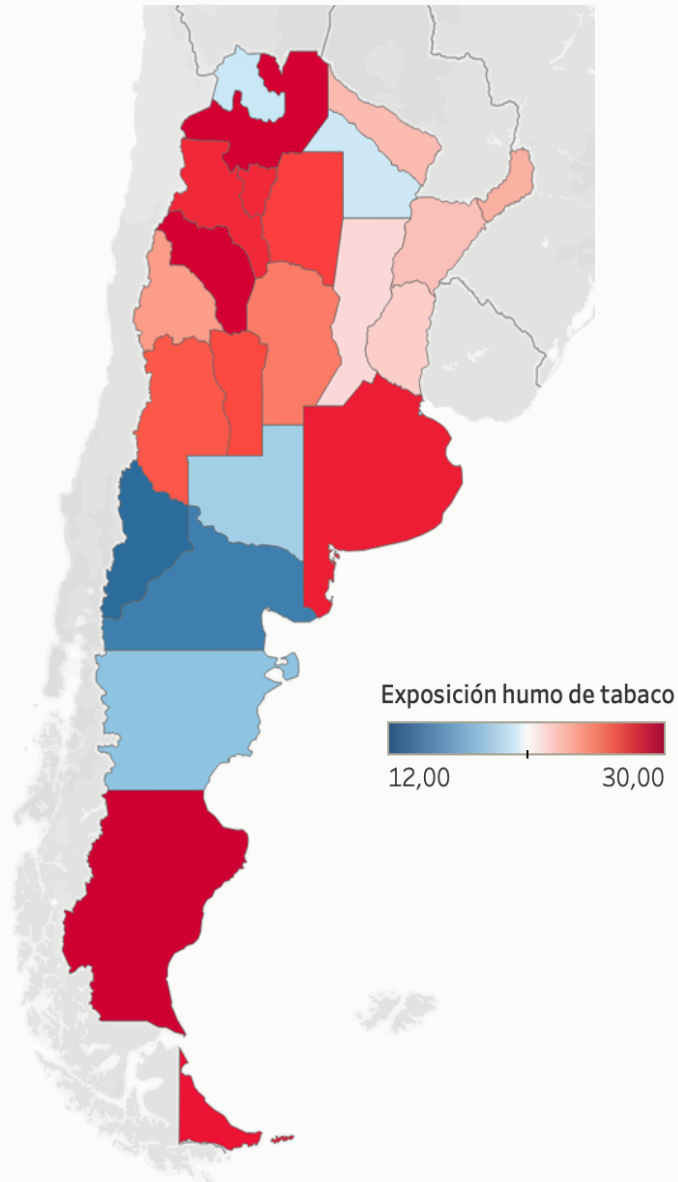
Desde una perspectiva de salud pública, la exposición al humo de tabaco refleja no solo una conducta individual, sino también un determinante social de la salud estrechamente vinculado a las condiciones del hogar, el entorno familiar y el nivel socioeconómico. La persistencia de esta exposición evidencia desigualdades en la protección del derecho a un ambiente saludable y plantea desafíos para la prevención de enfermedades respiratorias evitables. Analizar la magnitud y distribución de la exposición al humo de tabaco en la población pediátrica permite identificar grupos de mayor riesgo, orientar estrategias de promoción de entornos libres de humo y fortalecer políticas públicas destinadas a reducir la carga de enfermedad respiratoria en la infancia y la adolescencia.

De acuerdo con la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo disponible (año 2018) el 25 % de la población encuestada refirió haber estado expuesto en los últimos 30 días al humo de tabaco ajeno en el hogar; este indicador se redujo significativamente respecto de la edición anterior (27,6%). Por otra parte, la distribución del porcentaje muestra heterogeneidad entre las distintas jurisdicciones del país (*Figura 31*).



Figura 31.

Porcentaje de la población expuesta a humo de tabaco ajeno en el hogar. Argentina, 2022



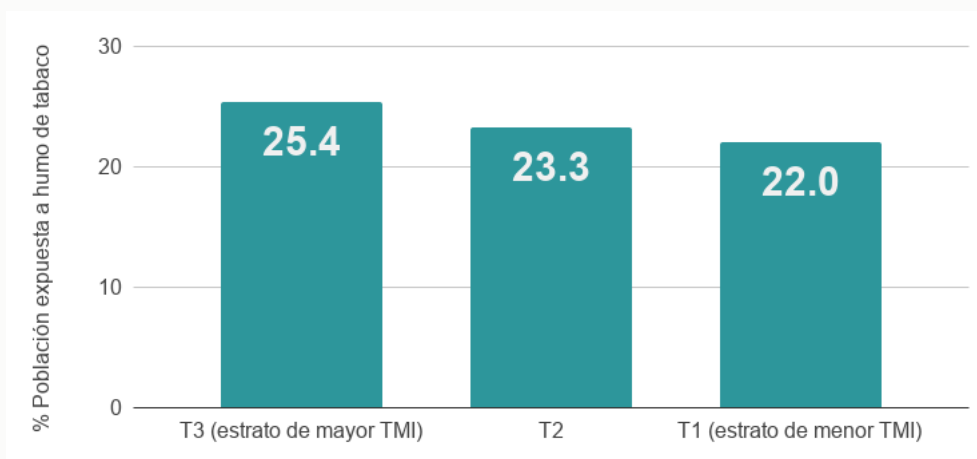
Fuente: elaboración propia en base a datos de la ENFR.

La provincia de Santa Cruz presentó el mayor porcentaje de exposición, con un 29%, seguida por Salta, La Rioja y Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. En el extremo opuesto, Neuquén registró el menor porcentaje de población expuesta, con 13%, seguida por Río Negro. Por lo tanto, la brecha absoluta entre la jurisdicción con mayor y menor exposición supera los 15 puntos porcentuales y representa algo más del doble, lo que evidencia importantes desigualdades territoriales en la exposición al humo de tabaco ajeno.



Si bien se observa un gradiente entre la población expuesta a humo de tabaco ajeno en el hogar y los estratos de mortalidad infantil, la diferencia entre el estrato con mayor TMI y el menor difieren en 3 puntos porcentuales (*Figura 32*).

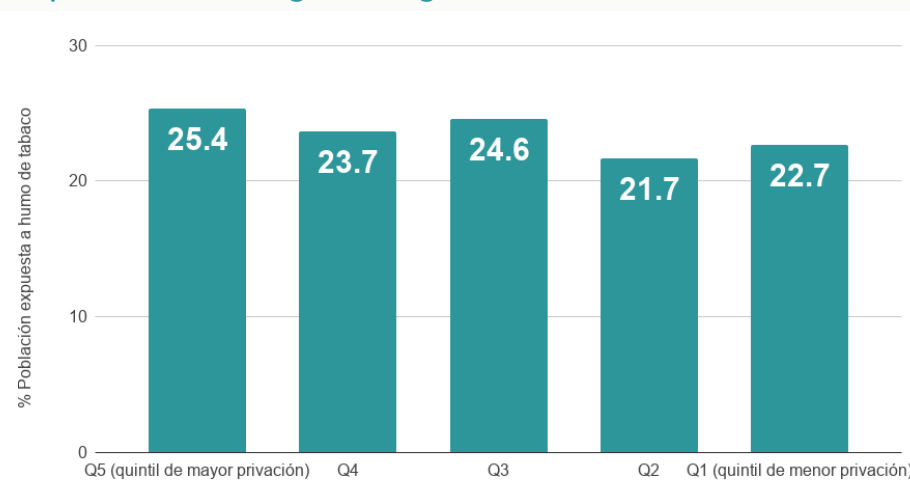
Figura 32.
Porcentaje de la población expuesta a humo de tabaco ajeno en el hogar, según estratos de mortalidad infantil (TMI). Argentina, 2022.



Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS y el INDEC.

Esta relación también se observa según quintiles de privación convergente, ya que aunque el mayor porcentaje de la población expuesta al humo de tabaco ajeno en el hogar se presenta en los quintiles con mayor proporción de población que vive con privación convergente y aquellos con menor proporción de privación son los que registraron la menor proporción de la población expuesta, la diferencia es despreciable.

Figura 33.
Porcentaje de la población expuesta a humo de tabaco ajeno en el hogar, según quintiles de privación convergente. Argentina, 2022.



Fuente: elaboración propia en base a datos del INDEC.



4. PRODUCTOS DE TABACO Y SU IMPACTO SOBRE LOS ADOLESCENTES. ARGENTINA. 2025. ESTUDIO REMAP

Aunque el consumo de tabaco ha disminuido en algunos países como resultado de las políticas de control, continúa siendo una de las principales causas de enfermedad, mortalidad prematura e inequidad en salud, particularmente en países de ingresos bajos y medianos. En este contexto, la industria tabacalera ha diversificado su oferta y sus estrategias de marketing con el objetivo de iniciar y sostener la adicción a la nicotina, incorporando nuevos productos como los cigarrillos electrónicos, el tabaco calentado, las bolsas de nicotina y los cigarrillos saborizados. Estos productos, especialmente atractivos para adolescentes y jóvenes, tienden a reducir la percepción de riesgo y favorecer el inicio y la continuidad del consumo, lo que genera creciente preocupación sanitaria.

Ante la limitada evidencia regional disponible, el Proyecto REMAP aportó información clave para comprender el impacto de las estrategias de comercialización de la industria tabacalera sobre el consumo de productos de tabaco y nicotina en adolescentes de América Latina. El estudio se desarrolló en Argentina, Guatemala, México y Perú, y analizó tanto la promoción y el uso de productos tradicionales y emergentes —como el tabaco para armar, los cigarrillos electrónicos y las bolsas de nicotina— como el potencial de intervenciones disuasivas. Mediante relevamientos en puntos de venta, grupos focales y encuestas a adolescentes, el proyecto evaluó la influencia del marketing y del diseño de los productos sobre el atractivo, la percepción de daño y las intenciones de consumo, así como el grado de apoyo a posibles regulaciones.

La investigación se estructuró en torno a dos objetivos centrales:

- Describir las formas de comercialización de los productos de tabaco y nicotina en cuatro países de ingresos medios de América Latina, y analizar el impacto de estas estrategias sobre las actitudes, intenciones y patrones de consumo en adolescentes.
- Evaluar el impacto de los cigarrillos disuasivos (con colores poco atractivos y/o advertencias impresas en el propio cigarrillo) como estrategia para reducir su atractivo y desalentar el inicio del consumo entre jóvenes.

Para alcanzar estos objetivos se desarrollaron tres estudios interrelacionados en cuatro ciudades de cada país. El primer estudio consistió en un relevamiento en puntos de venta, orientado a analizar las estrategias de marketing, evaluar el cumplimiento de la normativa vigente y describir las características de los paquetes disponibles en el mercado. El segundo incluyó grupos focales con adolescentes de 13 a 17 años, con el fin de explorar sus percepciones sobre la comercialización de estos productos, el daño atribuido y la aceptabilidad de los cigarrillos disuasivos. El tercer estudio correspondió a una encuesta realizada a adolescentes de 12 a 17 años, que permitió relevar patrones de consumo, percepciones de riesgo, apoyo a posibles regulaciones y, mediante un diseño experimental, analizar la influencia del diseño del cigarrillo sobre el atractivo y la intención de uso.



Dado que en Argentina no se dispone de registros oficiales sistemáticos sobre el consumo de estos productos en población adolescente, el presente informe incorpora los resultados de este último estudio multicéntrico como fuente principal de información.

4.1 Patrones de consumo y percepciones sobre productos de tabaco y nicotina: encuesta a adolescentes de cuatro ciudades argentinas

Con el objetivo de conocer los **patrones de consumo y las percepciones de adolescentes de 12 a 17 años** respecto de distintos productos de tabaco y nicotina —incluyendo cigarrillos tradicionales con y sin cápsulas de sabor, tabaco para armar, cigarrillos electrónicos y bolsitas de nicotina— se llevó a cabo una **encuesta anónima entre abril y junio de 2025**.

El relevamiento se realizó en establecimientos educativos, durante el horario escolar y sin participación de las autoridades institucionales en la administración del instrumento. La encuesta indagó características sociodemográficas, patrones de consumo, percepciones de riesgo y opiniones sobre políticas de control del tabaco y la nicotina. **Participaron 3.149 adolescentes de cuatro ciudades del país: Córdoba (provincia de Córdoba), Quilmes (provincia de Buenos Aires), San Salvador de Jujuy (provincia de Jujuy) y Santa Rosa (provincia de La Pampa)**. El 50,8% fueron mujeres, el 45,2% varones, el 0,8% se identificó con otro género y el 3,2% no respondió. Las edades oscilaron entre 12 y 17 años. En relación con el nivel socioeconómico (NSE), el 26,3% correspondió a NSE bajo, el 39,3% a NSE medio, el 28,9% a NSE alto y el 5,5% no respondió.

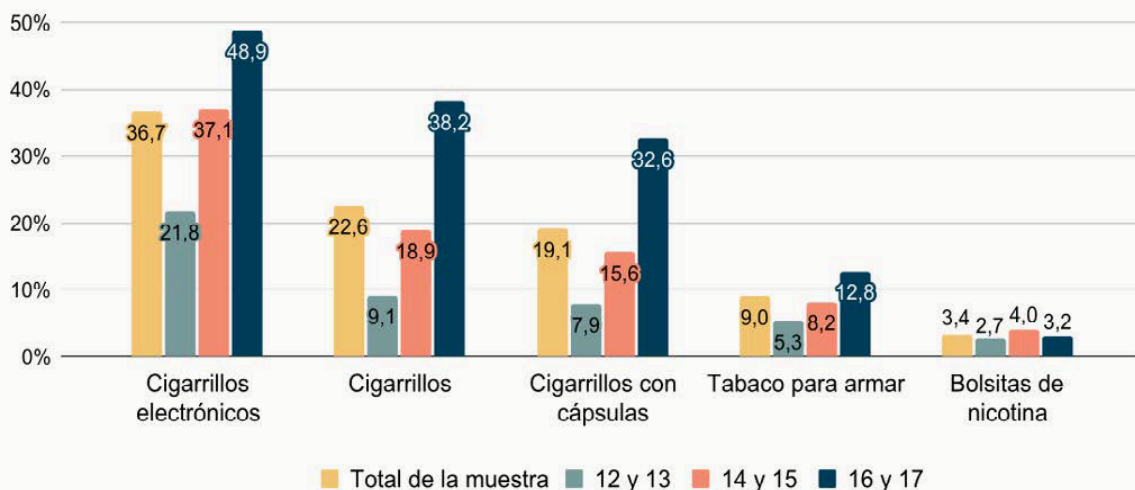
4.1.1 Patrones de consumo y susceptibilidad a los distintos productos de tabaco y nicotina

1. Experimentación: ¿Alguna vez habían probado distintos productos de tabaco y nicotina?

El 36,7% (n=1.156) indicó que había experimentado con **cigarrillos electrónicos**, lo que lo convirtió en el producto más probado. En segundo lugar, aparecieron los **cigarrillos (22,6%, n=712)**, seguidos por los **cigarrillos con cápsulas de sabor (19,1%, n=603)**, el **tabaco para armar (9,0%, n=282)** y, finalmente, las **bolsitas de nicotina**, que fueron el producto con menor nivel de experimentación entre los encuestados (3,4%, n=106).

Figura 34.

Porcentaje de participantes que probaron cada producto según edad.



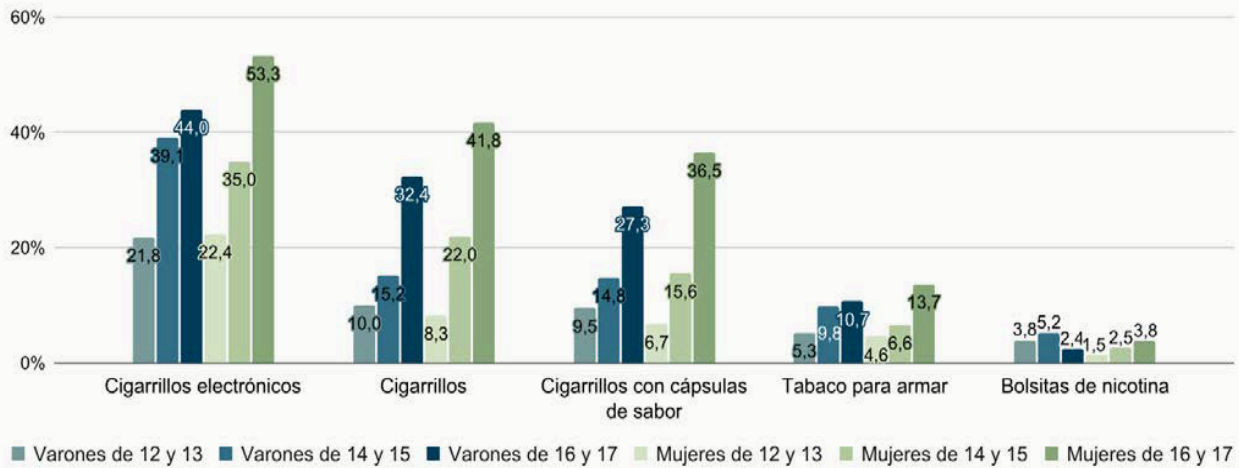
Fuente: proyecto REMAP



La experimentación con productos de tabaco y nicotina aumentó progresivamente con la edad para casi todos los productos analizados, con excepción de las bolsitas de nicotina.

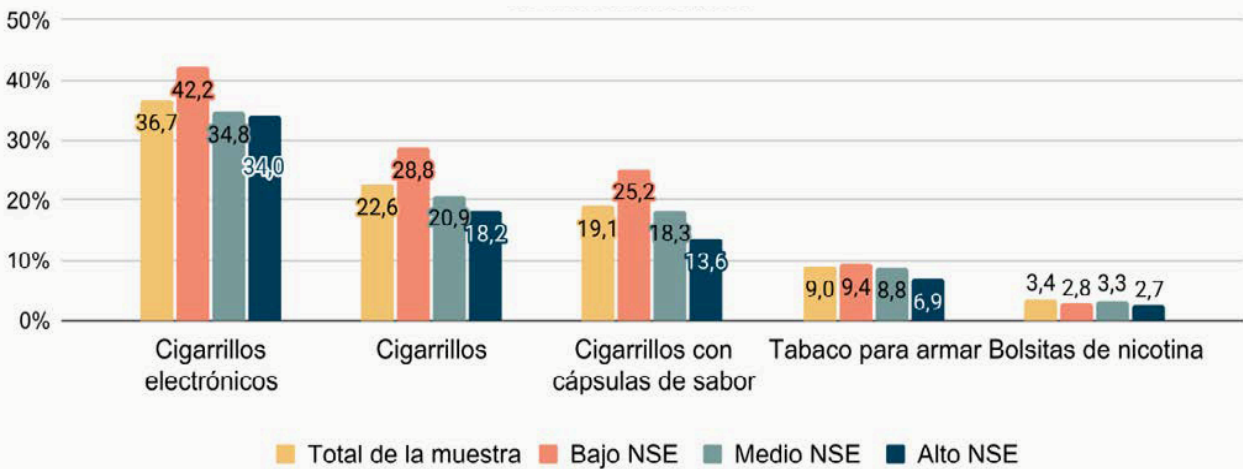
Al desagregar por género, se observó que la experimentación también se incrementaba con la edad en ambos grupos, aunque en general **los porcentajes fueron más elevados entre las mujeres**, especialmente en los grupos etarios mayores. Por ejemplo, el **53,3% de las mujeres de 16 y 17 años había probado cigarrillos electrónicos**, en comparación con el **44,0% de los varones de la misma edad**. Asimismo, se identificó un gradiente socioeconómico: a menor nivel socioeconómico (NSE), mayor proporción de experimentación. Mientras que el **34,0% de los adolescentes de NSE alto había probado cigarrillos electrónicos**, esta proporción ascendía al **42,2% en el NSE bajo**, patrón que se replicó también para los cigarrillos tradicionales, con y sin cápsulas de sabor.

Figura 35.
Porcentaje de participantes que probaron cada producto según género y edad.



Fuente: proyecto REMAP

Figura 36.
Porcentaje de participantes que probaron cada producto según NSE.



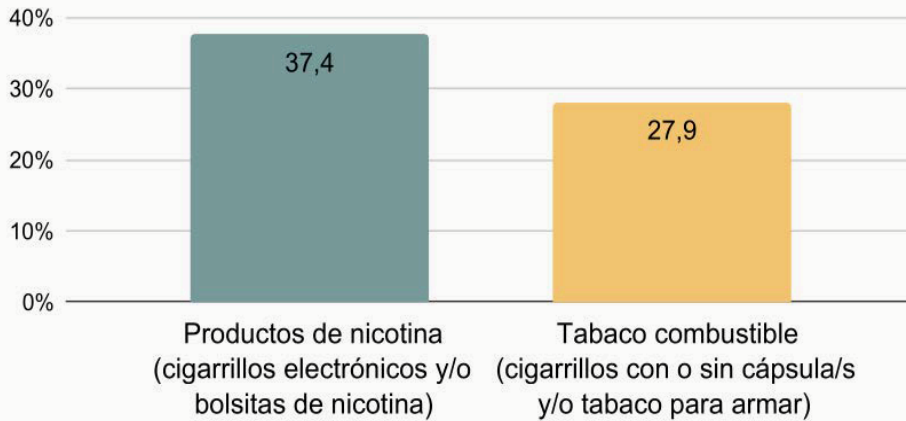
Fuente: proyecto REMAP



El **37,4% (n=1.179)** probó alguna vez algún **producto de nicotina no combustible**, mientras que el **27,9% (n=880)** probó algún producto de tabaco combustible.

Figura 37.

Porcentaje de participantes que probaron algún producto de tabaco y/o nicotina.



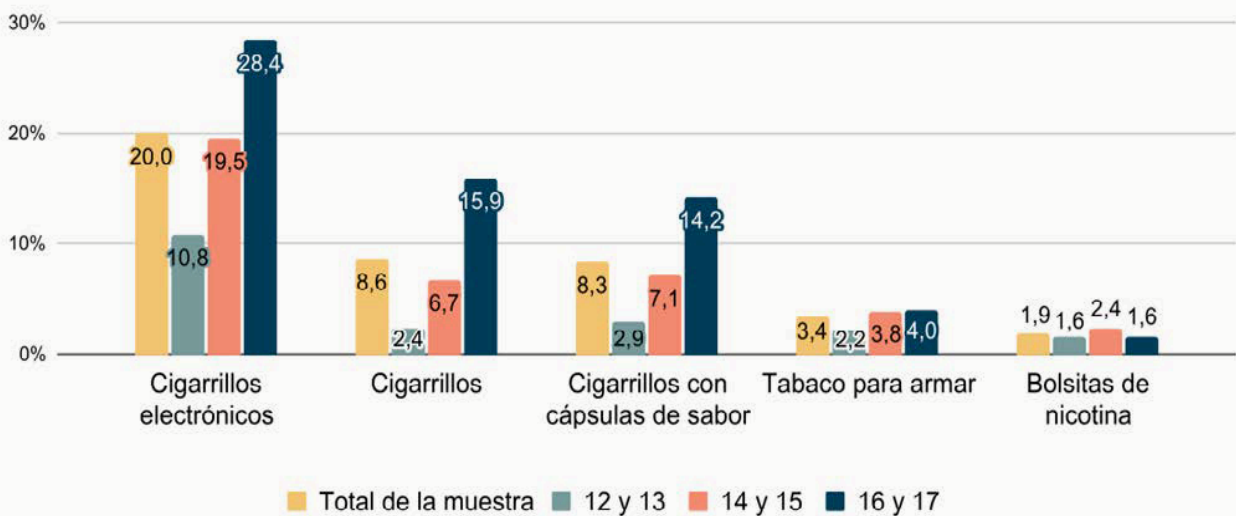
Fuente: proyecto REMAP

2. Consumo: ¿Habían consumido estos productos en los últimos 30 días?

Casi 4 de cada 10 adolescentes (36,7%; n=1.156) habían probado cigarrillos electrónicos alguna vez, y 2 de cada 10 (20,0%; n=630) los habían utilizado en los últimos 30 días. En comparación, el 22,6% (n=712) había experimentado con cigarrillos tradicionales, aunque solo el 8,6% (n=271) reportó consumo reciente. Estos datos muestran una mayor penetración y uso actual de los cigarrillos electrónicos en relación con los cigarrillos convencionales en la población adolescente estudiada.

Figura 38.

Porcentaje de participantes que consumieron en los últimos 30 días cada producto según edad.

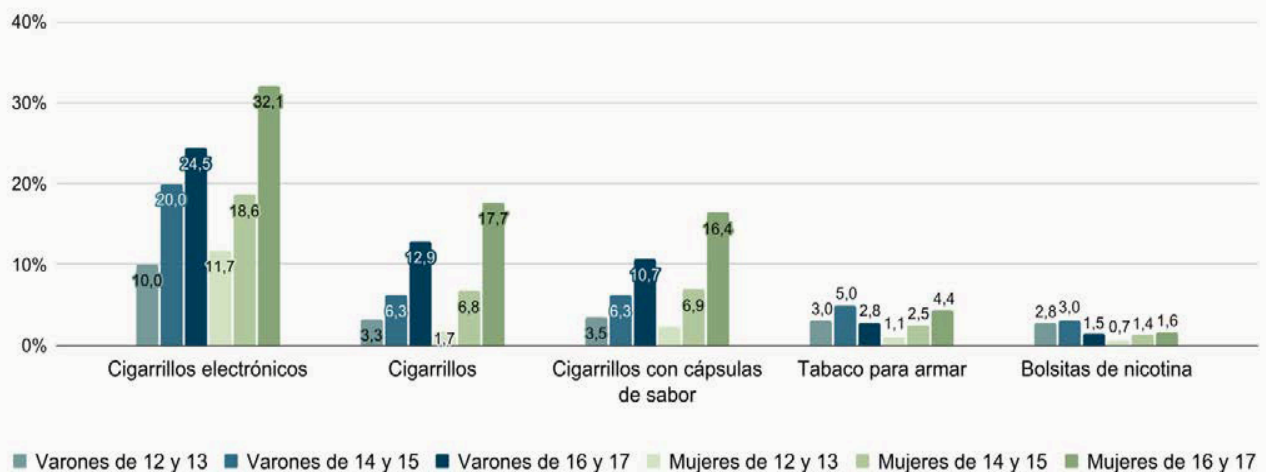


Fuente: proyecto REMAP



El consumo de productos de tabaco y nicotina mostró un incremento progresivo con la edad en ambos géneros, particularmente en el caso de los cigarrillos electrónicos y los cigarrillos tradicionales. Mientras que entre los adolescentes de 12 a 15 años las tasas de consumo fueron similares entre varones y mujeres, en el grupo de 16 y 17 años se observó una mayor proporción de consumo entre las mujeres. Asimismo, se identificó un gradiente socioeconómico, con mayores niveles de consumo en los adolescentes pertenecientes a estratos de menor nivel socioeconómico. Dos de cada diez adolescentes (20,7%; n=653) reportaron haber consumido productos de nicotina en los últimos 30 días, mientras que uno de cada diez (11,9%; n=376) declaró consumo reciente de tabaco combustible.

Figura 39.
Porcentaje de participantes que consumieron en los últimos 30 días cada producto según género y edad.



Fuente: proyecto REMAP

Al analizar los resultados por ciudad, se observaron diferencias relevantes respecto del promedio general. San Salvador de Jujuy presentó una mayor proporción de consumo de productos de nicotina, con un 26,2% (n=210) de adolescentes que reportaron uso en el último mes. Por su parte, Quilmes mostró niveles superiores al promedio en consumo de tabaco combustible, con un 17,3% (n=136) de consumo reciente.

3. Susceptibilidad

La susceptibilidad se evaluó entre adolescentes que no habían consumido productos de tabaco o nicotina recientemente, considerando la intención de uso en los próximos 12 meses o ante la oferta de un par. Se clasificó como no susceptibles únicamente a quienes respondieron negativamente en ambas situaciones.



La susceptibilidad fue mayor para los cigarrillos electrónicos, seguida por los cigarrillos tradicionales, los cigarrillos con cápsulas de sabor, el tabaco para armar y las bolsitas de nicotina. Además, aumentó progresivamente con la edad y fue más elevada entre las mujeres. Cabe destacar que 4 de cada 10 adolescentes que al momento no vapeaban se consideraron susceptibles a iniciar su consumo.

4. Formas de acceso a estos productos

En los últimos 30 días, el 21,3% de los adolescentes accedió a paquetes de cigarrillos, el 17,5% a cigarrillos sueltos, el 29,1% a cigarrillos electrónicos —pese a su comercialización ilegal en Argentina— y el 6,0% a tabaco para armar.

Dado que se trata de menores de edad, se analizaron las modalidades de acceso. Una proporción relevante logró adquirir los productos de manera directa, especialmente cigarrillos sueltos (12,6%) y paquetes de cigarrillos (18,2%), mientras que la compra directa de cigarrillos electrónicos fue menos frecuente (3,8%). En el caso de estos últimos, el principal mecanismo de acceso fue a través de terceros (24,5%), a diferencia de los cigarrillos tradicionales, que se obtuvieron en mayor medida mediante compra directa.

5. Exposición a través de los medios de comunicación

En los últimos 30 días, el 75,3% reportó haber visto cigarrillos o personas fumando en televisión o servicios de streaming. La exposición en también fue elevada, con más del 60% que recordó haber visto cigarrillos electrónicos y el 67,0% cigarrillos tradicionales, mientras que en YouTube (35%) y videojuegos (30%) la exposición fue menor, aunque aún relevante.

6. Comportamientos y opiniones del entorno social

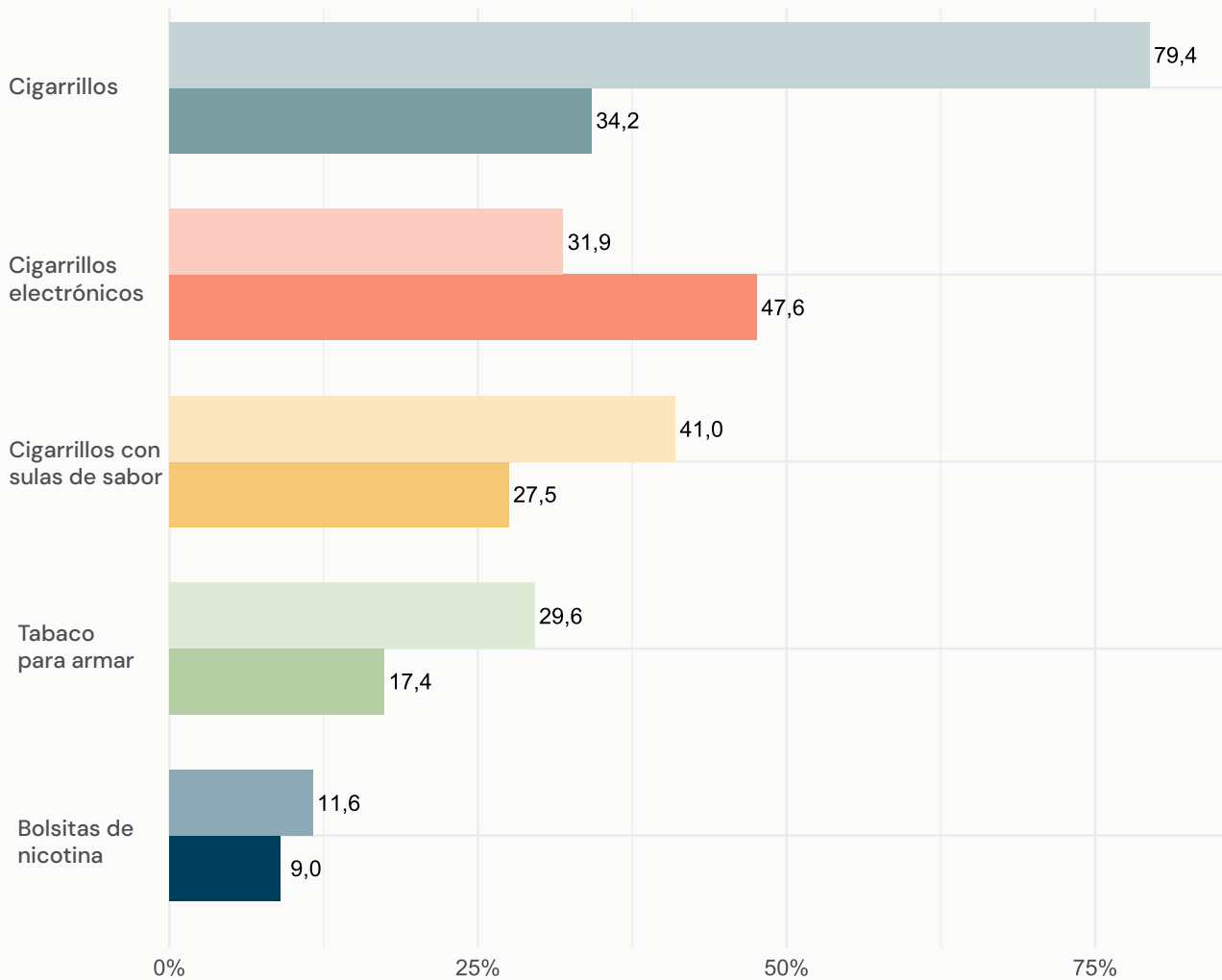
La influencia del entorno cercano mostró patrones diferenciales según el tipo de producto. El 79,4% de los adolescentes refirió tener familiares fumadores, frente al 34,2% que indicó tener amigos que fumaban. En contraste, el uso de cigarrillos electrónicos fue más frecuente entre pares: casi la mitad señaló tener amigos que vapeaban, mientras que el 31,9% observó este comportamiento en su ámbito familiar.

En consonancia con estos hallazgos, el consumo de cigarrillos electrónicos fue el que presentó mayor percepción de aprobación social: el 11,6% de los adolescentes consideró que su entorno lo aprobaría. Por el contrario, el consumo de cigarrillos tradicionales fue percibido como el más desaprobado, con un 66,1% que anticipó rechazo, frente al 50,2% en el caso de los cigarrillos electrónicos.

Estos resultados sugieren un proceso de mayor normalización social del vapeo entre adolescentes, particularmente en el ámbito de los pares, lo que podría contribuir a reducir la percepción de riesgo y facilitar el inicio del consumo en edades tempranas.



Figura 40.
Porcentaje de participantes que tienen algún familiar y/o amigo que consume cada producto.



Fuente: proyecto REMAP

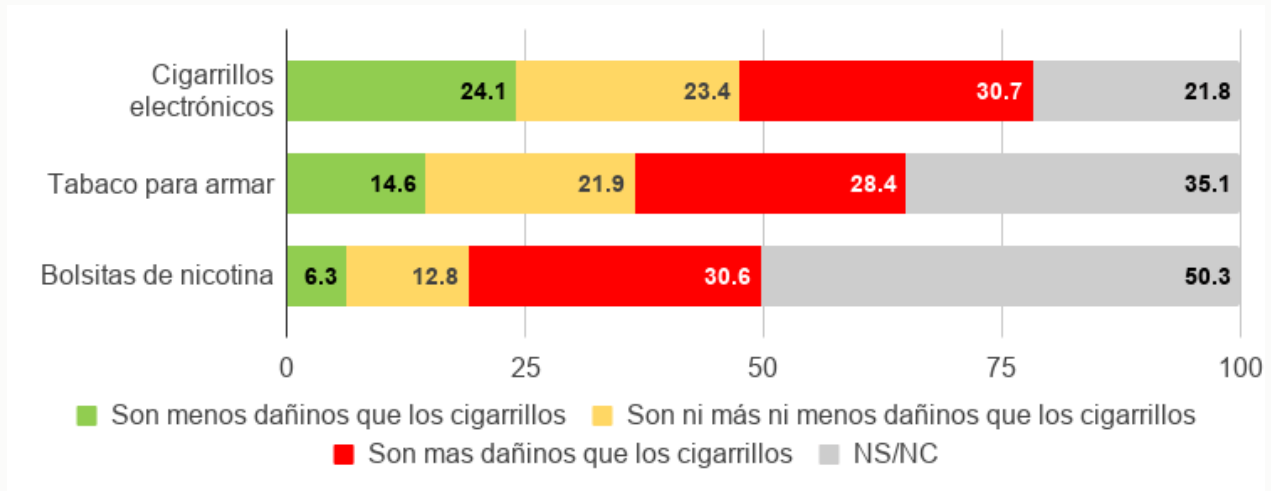
7. Percepciones sobre el daño de los distintos productos

Al indagar la percepción de daño, un tercio de los adolescentes consideró que los productos emergentes de tabaco y nicotina eran más dañinos que los cigarrillos tradicionales. Sin embargo, una proporción significativa los percibió como menos perjudiciales, especialmente en el caso de los cigarrillos electrónicos (24,1%), en comparación con el tabaco para armar (14,6%) y las bolsitas de nicotina (6,3%). Esta menor percepción de riesgo, particularmente respecto del vapeo, podría vincularse con estrategias de marketing que los posicionan como alternativas "más seguras" frente al tabaco combustible y, en el contexto argentino, con la ausencia de advertencias sanitarias visibles en productos cuya comercialización se encuentra prohibida.



Asimismo, más de la mitad de los adolescentes (50,3%) manifestó no saber o no responder acerca del daño asociado a las bolsitas de nicotina, lo que sugiere un bajo nivel de conocimiento sobre este producto emergente y evidencia un área prioritaria para intervenciones educativas.

Figura 41.
Percepción sobre el daño de cada producto en comparación con los cigarrillos tradicionales.



Fuente: proyecto REMAP

8. Factores asociados a la susceptibilidad

El análisis multivariado identificó múltiples factores asociados a la susceptibilidad al consumo de cigarrillos electrónicos. Se observaron mayores probabilidades entre mujeres (OR 1,47; IC95% 1,21–1,80), adolescentes con amigos que vapean (OR 2,38; IC95% 1,95–2,90) y quienes estaban expuestos a cigarrillos electrónicos o a su uso en televisión/streaming (OR 1,68; IC95% 1,36–2,08) y en redes sociales (OR 1,40; IC95% 1,11–1,76). Asimismo, la percepción de menor daño respecto de los cigarrillos tradicionales se asoció fuertemente con mayor susceptibilidad (OR 2,42; IC95% 1,85–3,17), al igual que la sobreestimación de la prevalencia de uso entre pares (OR 1,65 y OR 2,15 según el nivel de percepción).

Como factores protectores se identificaron la percepción de desaprobación del entorno cercano (OR 0,57; IC95% 0,46–0,71) y la incertidumbre respecto del daño comparativo con el cigarrillo tradicional (OR 0,67; IC95% 0,49–0,92).

En relación con el consumo de cigarrillos tradicionales, los principales factores asociados fueron tener amigos que fuman (OR 2,53; IC95% 2,09–3,07), familiares fumadores (OR 1,65; IC95% 1,39–1,97), la exposición en televisión/streaming (OR 1,31; IC95% 1,04–1,64) y en redes sociales (OR 1,64; IC95% 1,33–2,01), además de la percepción de alta prevalencia entre pares. Ser mujer también se asoció, aunque con menor magnitud (OR 1,20; IC95% 1,01–1,44).

Para el consumo de tabaco para armar, los factores más relevantes fueron mayor edad (15–17 años) (OR 1,65; IC95% 1,38–2,02), tener amigos (OR 2,44; IC95% 1,93–3,09) o



familiares (OR 1,79; IC95% 1,47–2,17) que lo consumen, y la exposición en plataformas como YouTube (OR 1,89; IC95% 1,39–2,75).

En conjunto, los resultados muestran que la influencia de los pares, la exposición mediática y la percepción de normas sociales desempeñan un rol central tanto en la susceptibilidad como en el consumo.

Recomendaciones:

Resulta prioritario fortalecer las políticas de prevención del consumo de productos de tabaco y nicotina, con especial énfasis en los cigarrillos electrónicos, que concentran la mayor popularidad entre adolescentes. En este sentido, se recomienda:

- ✓ Reforzar el cumplimiento de la Disposición ANMAT N° 3226/2011, que prohíbe la importación, comercialización y publicidad de los cigarrillos electrónicos, intensificando los controles tanto en los puntos de venta físicos como en el comercio online.
- ✓ Regular y monitorear de manera efectiva la publicidad, promoción y exhibición de estos productos en medios de comunicación y plataformas digitales, mediante estrategias de fiscalización innovadoras y adaptadas a los entornos digitales.
- ✓ Implementar acciones sostenidas de concientización y comunicación dirigidas a adolescentes, familias y equipos de salud, que informen sobre los riesgos y daños asociados al uso de cigarrillos electrónicos y promuevan un debate público informado.

Rol del pediatra:

Promover la pesquisa sistemática del consumo de cigarrillos electrónicos y otros productos de tabaco y nicotina en la consulta pediátrica, especialmente en adolescentes, incorporando preguntas breves y no punitivas sobre vapeo y consumo ocasional. Asimismo, se recomienda brindar consejería clara y basada en evidencia, reforzando que estos productos no son inocuos, y orientar a adolescentes y familias en estrategias de prevención, reducción de daños y, cuando corresponda, acompañamiento para la cesación.



5. USO DE GAS EN GARRAFA

El análisis de los factores de riesgo asociados a las enfermedades respiratorias resulta fundamental para comprender su distribución y persistencia en la población pediátrica. Entre ellos, las condiciones del hogar ocupan un lugar central, en particular el uso de gas en garrafa como fuente principal de energía para la cocción y la calefacción. Este tipo de combustible, frecuentemente asociado a contextos de vulnerabilidad socioeconómica y a viviendas con ventilación inadecuada, puede generar exposición a contaminantes intradomiciliarios que incrementan el riesgo de infecciones respiratorias agudas, exacerbaciones de enfermedades respiratorias crónicas y otros eventos adversos en niños, niñas y adolescentes. El uso de combustibles sólidos o gas en garrafa en viviendas con ventilación insuficiente incrementa la concentración intradomiciliaria de material particulado fino y monóxido de carbono.

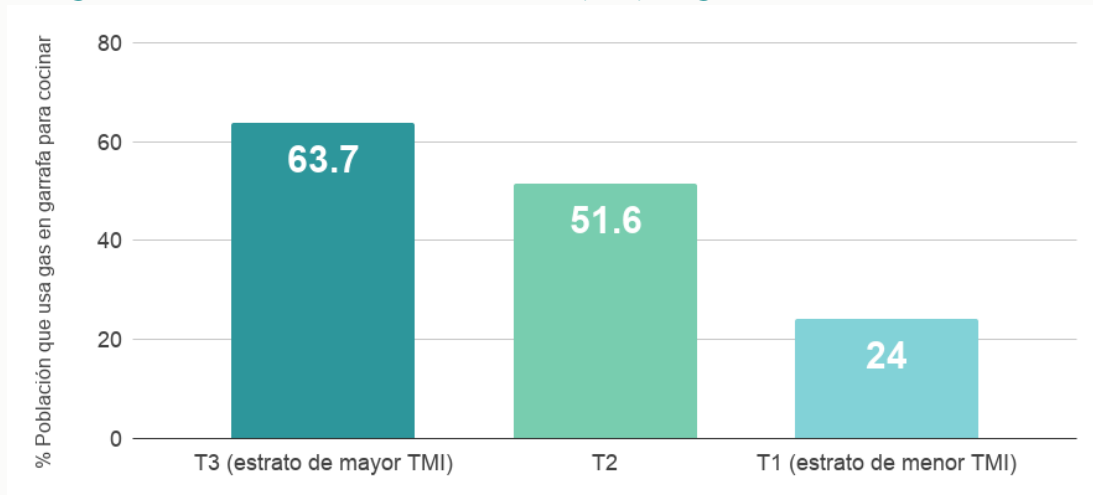
Desde una perspectiva de salud pública, el uso de gas en garrafa no solo constituye un factor de riesgo ambiental evitable, sino también un indicador indirecto de desigualdades estructurales que condicionan la salud respiratoria y el acceso a condiciones de vida saludables.

De acuerdo con los datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022, 20.028.544 personas residen en viviendas particulares que utilizan principalmente gas en garrafa para cocinar, lo que representa el 44% de la población del país. No obstante, esta proporción presenta una marcada heterogeneidad territorial. Mientras que en jurisdicciones como Santa Cruz, Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, La Pampa y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires menos del 10% de la población utiliza gas en garrafa como fuente principal para la cocción de alimentos, en las provincias de la región del noreste argentino (Corrientes, Chaco, Misiones y Formosa) más del 80% de la población depende de este tipo de combustible (*Figura 42*). Esta disparidad refleja una brecha de hasta 26 veces entre la jurisdicción con mayor proporción de población que utiliza gas en garrafa y aquella con la menor proporción, evidenciando profundas desigualdades estructurales en el acceso a fuentes de energía seguras.



Figura 43.

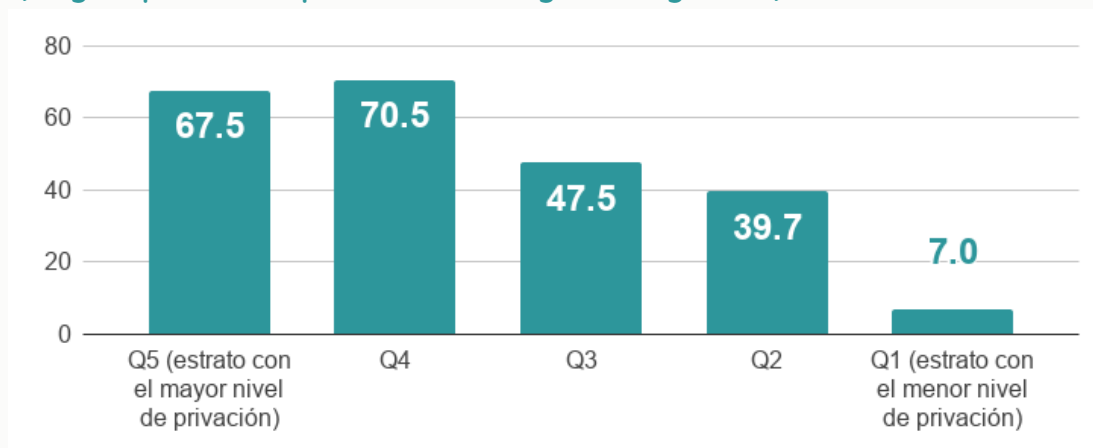
Porcentaje de la población de viviendas particulares que utiliza gas en garrafa para cocinar, según estratos de mortalidad infantil (TMI). Argentina, 2022.



Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS y el INDEC.

Figura 44.

Porcentaje de la población de viviendas particulares que utiliza gas en garrafa para cocinar, según quintiles de privación convergente. Argentina, 2022



Fuente: elaboración propia en base a datos del INDEC.

6. VIVIENDAS CERCANAS A BASURALES

La proximidad de las viviendas a basurales constituye un importante factor de riesgo ambiental para la salud respiratoria de niños, niñas y adolescentes. La exposición a contaminantes derivados de la acumulación y quema de residuos, la proliferación de vectores, los olores y el material particulado en suspensión genera un entorno adverso que incrementa el riesgo de infecciones respiratorias, crisis asmáticas y otras afecciones respiratorias agudas y crónicas. En la población pediátrica, estos efectos se ven potenciados por la inmadurez del sistema respiratorio y por una mayor exposición relativa al ambiente domiciliario y comunitario.

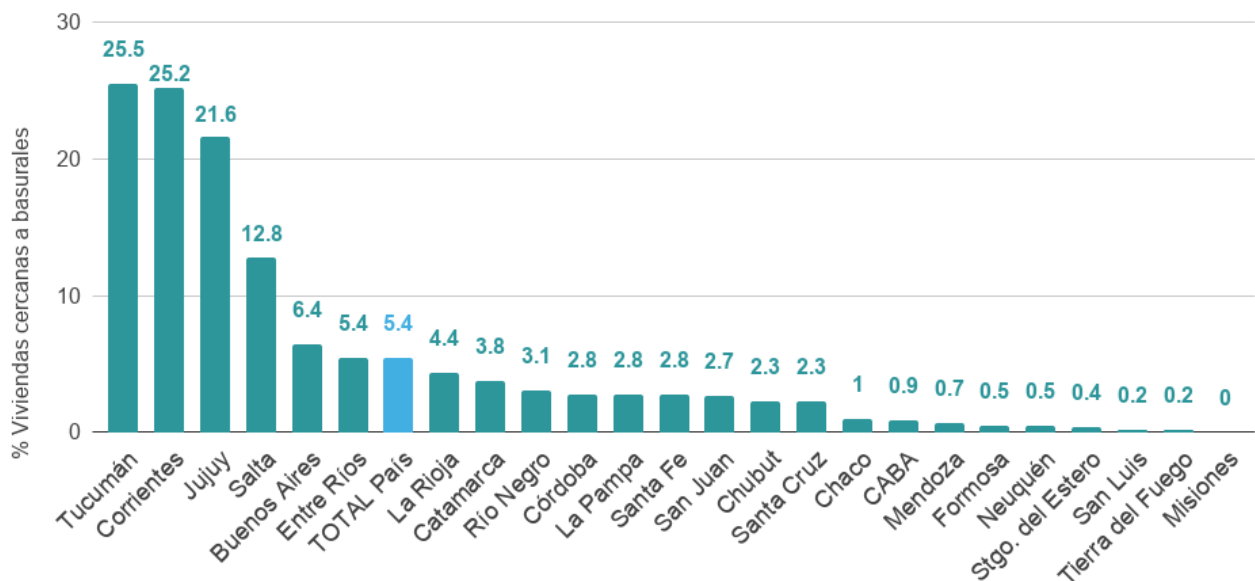


Desde una perspectiva de salud pública, la presencia de viviendas cercanas a basurales es un indicador indirecto de vulnerabilidad socioambiental y de desigualdades estructurales en el acceso a condiciones de vida saludables. Este tipo de exposición refleja fallas en la gestión de residuos, la planificación territorial y la protección del derecho a un ambiente sano. Analizar la magnitud y distribución de este indicador permite identificar territorios de mayor riesgo, orientar intervenciones intersectoriales y fortalecer políticas públicas destinadas a reducir la carga de enfermedades respiratorias evitables en la infancia y la adolescencia.

En el año 2024, la Encuesta Permanente de Hogares revela que algo más del 5% de las viviendas en los aglomerados urbanos de Argentina se sitúan cerca de basurales. Estos datos representan que 1.884.000 personas se encuentran expuestas a esta clase de entornos.

Al igual que se observa con otros indicadores se observa una marcada desigualdad entre jurisdicciones, donde algunas provincias del norte presentan las mayores proporciones: Tucumán, Corrientes, Jujuy y Salta. Particularmente, las tres primeras superan en 4 veces a la media nacional, lo que representa que 1 de cada 4 viviendas se sitúa a tres cuadras de distancia o menos de basurales. En contraste, en el centro urbano de Misiones no se registraron viviendas con esta condición (Figura 45).

Figura 45.
Porcentaje de viviendas cercanas a basurales según jurisdicción. Argentina. 2024.

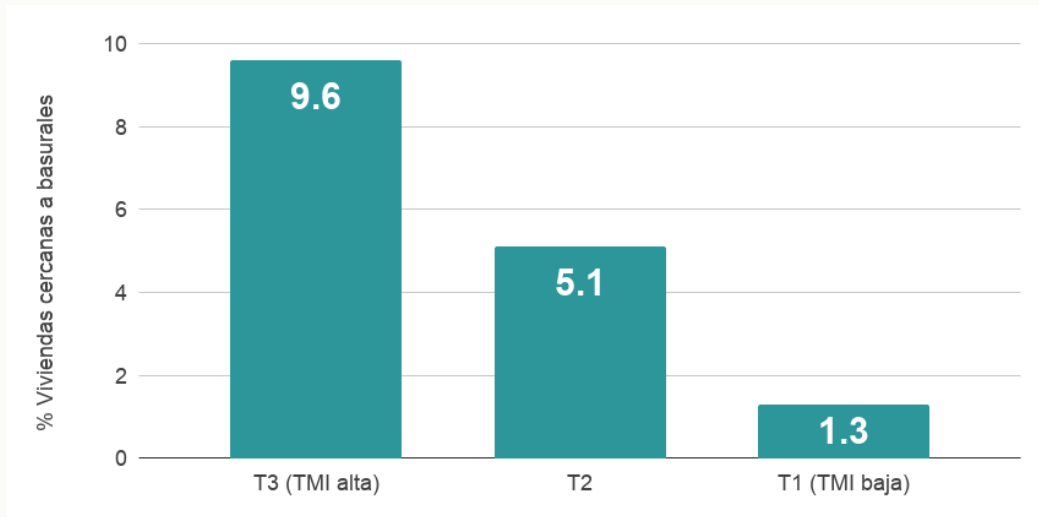


Por otra parte, se observa una clara relación con las tasas de mortalidad infantil, ya que el estrato con las tasas de mortalidad más altas (peores condiciones de salud) es el que muestra la mayor proporción de viviendas situadas cerca de basurales (9 %), mientras que en el tercil con las mejores condiciones de salud, se observa una proporción menor al 2 % (Figura 42). Esta relación también se observa, aunque de manera no tan lineal, según quintiles de privación convergente, ya que el mayor porcentaje de viviendas cercanas a



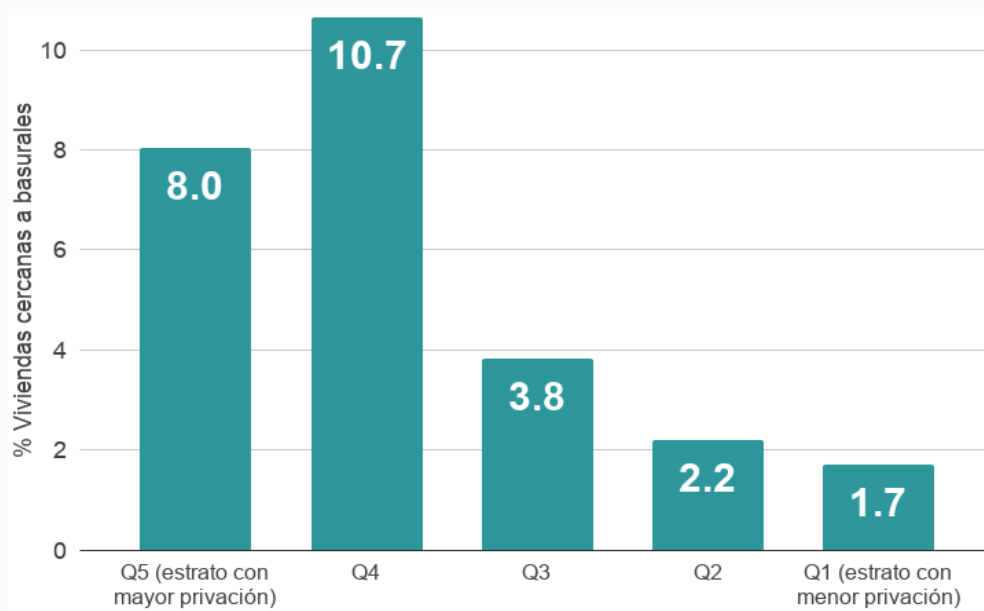
basurales se presenta en los quintiles con mayor proporción de población que vive con privación convergente y aquellos con menor proporción de privación son los que registraron la menor proporción de viviendas situadas en este entorno (*Figura 47*).

Figura 46.
Porcentaje de viviendas cercanas a basurales, según estratos de mortalidad infantil (TMI). Argentina, 2024.



Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS y el INDEC.

Figura 47.
Porcentaje de viviendas cercanas a basurales, según quintiles de privación convergente. Argentina, 2024.



Fuente: elaboración propia en base a datos del INDEC.



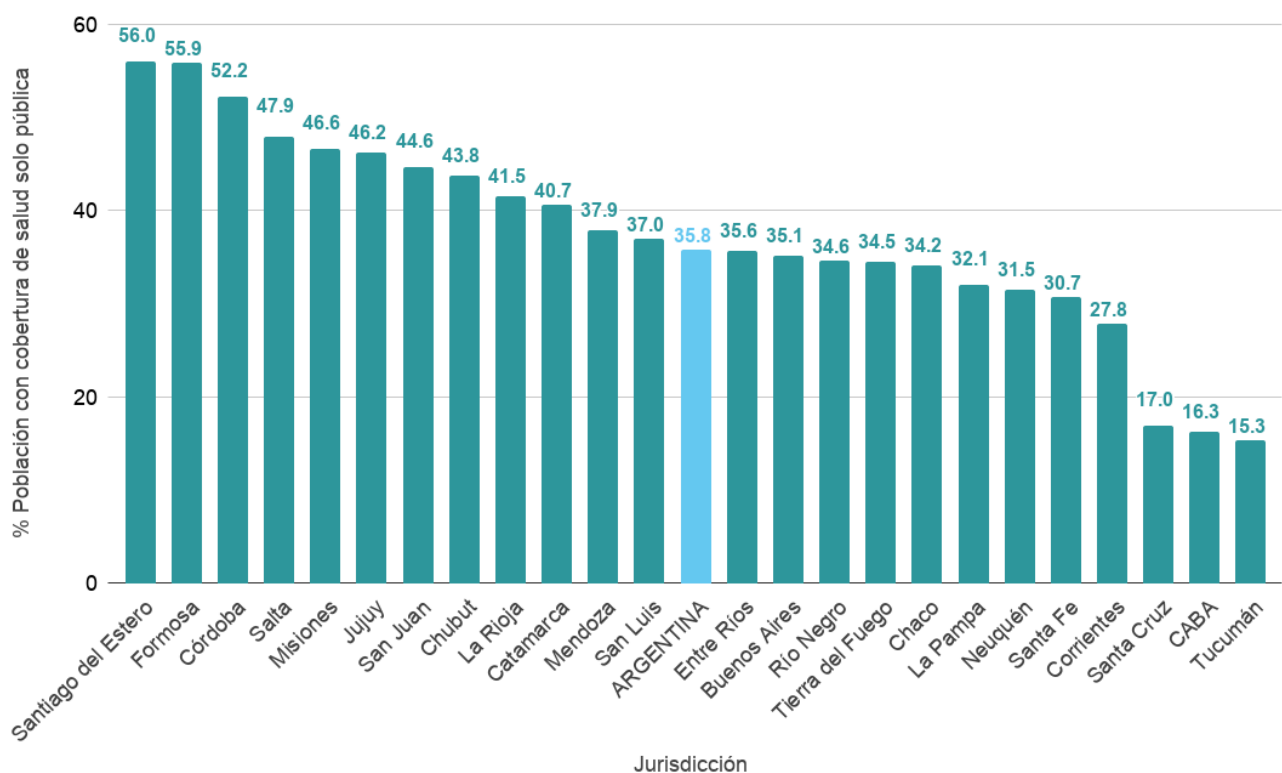
7. COBERTURA DE SALUD SOLO PÚBLICA

La cobertura de salud exclusivamente pública constituye un determinante central en el acceso oportuno y continuo a los servicios de salud, especialmente en la población pediátrica. Los niños, niñas y adolescentes que dependen únicamente del subsector público suelen estar más expuestos a barreras estructurales vinculadas a la disponibilidad de recursos, la oportunidad de la atención y la continuidad del cuidado, lo que puede configurar un escenario de mayor vulnerabilidad sanitaria. En el contexto de las enfermedades respiratorias, una de las principales causas de consulta y morbilidad en la infancia, el análisis de la cobertura pública permite identificar desigualdades en el acceso a la atención especializada y comprender cómo estas condiciones pueden influir en la demanda de servicios, la evolución clínica y los resultados en salud.

En 2022, el CNPHV relevó que 16.317.432 personas contaban con cobertura de salud exclusivamente pública, lo que representa el 35,8 % de la población. En Santiago del Estero, Formosa y Córdoba, se observa que más de la mitad de la población posee cobertura exclusivamente pública. En contraste, en Santa Cruz, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Tucumán, la proporción es menor al 20 %. La brecha entre los extremos es de casi cuatro veces, con una marcada distribución heterogénea (Figura 48).

Figura 48.

Porcentaje de la población que tiene cobertura de salud pública, según jurisdicciones. Argentina, 2022





La población que depende exclusivamente de la cobertura de salud pública no presentó variaciones de acuerdo con los terciles de mortalidad infantil (*Figura 49*). Sin embargo, a pesar de que tampoco se observó un gradiente definido según quintiles de población que vive con privaciones convergentes, el estrato con la mayor proporción de privación es aquel que presenta la mayor población que depende de la cobertura de salud pública y el estrato con la menor proporción de privación es aquel que presenta la menor población que depende de la cobertura de salud pública (*Figura 50*).

Figura 49.

Porcentaje de la población que presenta cobertura de salud pública, según estratos de mortalidad infantil (TMI). Argentina, 2022.

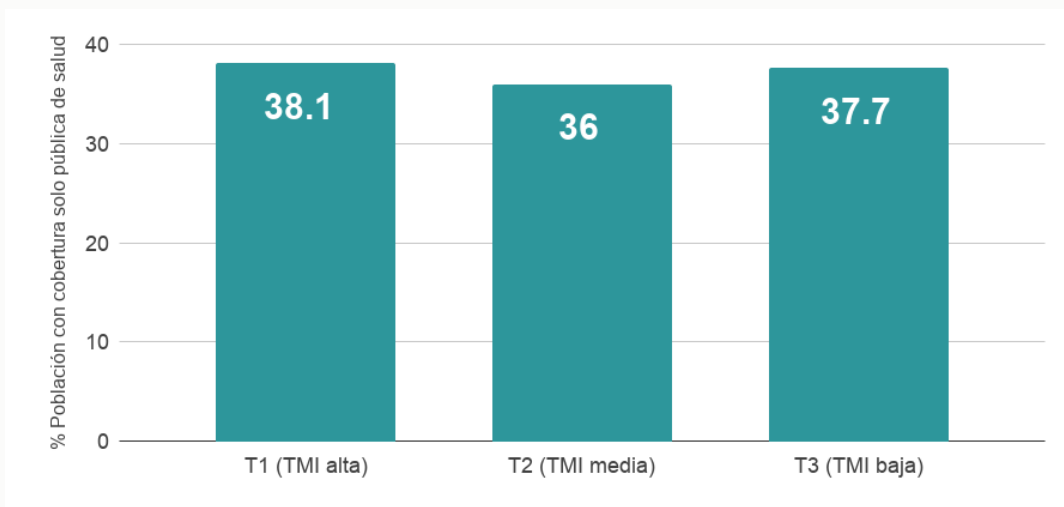


Figura 50.

Proporción de la población que presenta cobertura de salud pública según estratos de población con privación convergente. Argentina, 2022.





COMENTARIOS FINALES

Palabras del Comité de Neumonología

Las enfermedades respiratorias continúan representando una de las principales causas de consulta, internación y carga de enfermedad en la infancia y la adolescencia en nuestro país. Su impacto se refleja no sólo en la elevada carga de consultas e internaciones, sino también en las desigualdades sociales y ambientales que condicionan el riesgo de enfermar y la gravedad de los cuadros.

En los últimos años, la incorporación de nuevas estrategias de prevención frente al Virus Sincicial Respiratorio (como el anticuerpo monoclonal de acción prolongada Nirsevimab) ha abierto una perspectiva relevante no solo en la reducción de hospitalizaciones por infecciones respiratorias bajas en lactantes, sino también en su posible impacto a mediano plazo sobre la morbilidad respiratoria posterior. Diversos estudios han señalado la asociación entre infecciones tempranas por VSR y un mayor riesgo de sibilancias recurrentes y exacerbaciones de asma en la infancia. En este contexto, la prevención eficaz de estas infecciones durante el primer año de vida podría contribuir a disminuir la frecuencia de exacerbaciones respiratorias en etapas posteriores, aunque la evidencia disponible aún es limitada y se requieren estudios de seguimiento a largo plazo para confirmar este potencial beneficio. No obstante, estas estrategias preventivas representan una oportunidad relevante para modificar el curso de la enfermedad respiratoria en la infancia y constituyen un área de creciente interés en salud pública pediátrica.

Este informe pone de manifiesto que el comportamiento de las infecciones respiratorias no depende únicamente de la circulación de agentes infecciosos, sino también de múltiples determinantes sociales, ambientales y sanitarios que condicionan la vulnerabilidad de niños, niñas y adolescentes.

La reemergencia de infecciones respiratorias tras la pandemia, la persistencia de enfermedades prevenibles por vacunación, el aumento de la tuberculosis en adolescentes y la creciente influencia de factores ambientales —como la contaminación del aire, el humo de tabaco, el vapeo y las condiciones habitacionales— evidencian la necesidad de abordar la salud respiratoria desde una mirada integral.

En este contexto y frente a este escenario, la mirada sobre la salud respiratoria infantil debe ser necesariamente integral. El pediatra y los equipos de salud ocupan un lugar estratégico en este proceso. La consulta pediátrica constituye un espacio privilegiado para anticipar riesgos, promover conductas protectoras y acompañar a las familias en el cuidado de la salud respiratoria. No alcanza con abordar la enfermedad una vez instalada: es fundamental fortalecer las estrategias de prevención, promover ambientes saludables y garantizar el acceso oportuno a intervenciones efectivas, como la vacunación, el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado y anticipar complicaciones en los grupos más vulnerables.

El consumo de tabaco y el uso de cigarrillos electrónicos constituyen hoy una de las amenazas emergentes más relevantes para la salud respiratoria de niños, niñas y adolescentes. La creciente difusión del vapeo, frecuentemente percibido como una alternativa



inocua, favorece el inicio precoz de la adicción a la nicotina y expone a la población joven a sustancias tóxicas que pueden producir inflamación de la vía aérea, alteraciones de la función pulmonar y mayor probabilidad de progresión hacia el consumo de tabaco convencional. Desde una perspectiva de salud pública, es fundamental reforzar las estrategias de prevención, regulación y control de estos productos, así como promover entornos libres de humo y aerosoles, reconociendo el rol central del equipo de salud y particularmente del pediatra en la educación, detección precoz y acompañamiento de niños, niñas, adolescentes y sus familias hacia una vida libre de tabaco y nicotina.

Desde el Comité de Neumonología consideramos fundamental continuar fortaleciendo los sistemas de vigilancia epidemiológica, mejorar la disponibilidad y calidad de los registros de enfermedades respiratorias crónicas, y promover políticas públicas intersectoriales orientadas a reducir las exposiciones ambientales nocivas. Proteger la salud respiratoria desde los primeros años de vida es una inversión fundamental para el bienestar y el desarrollo de toda la sociedad.

Palabras del Comité de Salud infantil y ambiente

Las exposiciones ambientales analizadas muestran que la salud respiratoria pediátrica no depende exclusivamente de la circulación viral o del acceso a vacunas, sino también de condiciones estructurales como la calidad del aire, el tipo de energía domiciliar, la exposición al humo de tabaco y la disponibilidad de entornos libres de contaminantes. Estas exposiciones presentan marcadas desigualdades territoriales y socioeconómicas, configurando un escenario de vulnerabilidad diferencial que impacta en la incidencia, gravedad y persistencia de enfermedades respiratorias en la infancia.



LÍNEAS DE ACCIÓN PROPUESTAS POR EL COMITÉ DE NEUMONOLOGÍA

El Comité de Neumonología propone priorizar las siguientes líneas de acción para mejorar la salud respiratoria de niños, niñas y adolescentes:

- **Fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica de enfermedades respiratorias**, mejorando la calidad y disponibilidad de los registros e incorporando herramientas que permitan dimensionar con mayor precisión la carga de enfermedades respiratorias crónicas en la infancia, particularmente el asma.
- **Optimizar las estrategias de prevención de infecciones respiratorias**, fortaleciendo las coberturas del calendario nacional de vacunación y promoviendo nuevas herramientas preventivas frente al Virus Sincicial Respiratorio, incluyendo la vacunación materna y el uso del anticuerpo monoclonal de acción prolongada Nirsevimab en poblaciones de riesgo.
- **Reducir las exposiciones ambientales que afectan la salud respiratoria**, fortaleciendo las políticas de control del tabaquismo, regulando el uso de cigarrillos electrónicos y promoviendo entornos libres de humo y de aerosoles en los espacios donde viven, estudian y se desarrollan niños, niñas y adolescentes.
- **Reforzar las estrategias de prevención, diagnóstico oportuno y control de la tuberculosis en adolescentes**, promoviendo el rastreo de contactos y el acceso temprano al tratamiento.
- **Promover la educación sanitaria y las intervenciones preventivas en la comunidad**, orientadas a mejorar la percepción de riesgo frente al tabaquismo, el vapeo y otros factores que impactan en la salud respiratoria.
- **Fortalecer el seguimiento de niños y adolescentes con enfermedades respiratorias crónicas complejas**, como la fibrosis quística y otras enfermedades pulmonares crónicas (Displasia Broncopulmonar – Bronquiectasias no fibroquísticas– Disquinesia ciliar primaria), promoviendo su atención en centros especializados que garanticen acceso a tratamientos adecuados, seguimiento multidisciplinario y programas de transición ordenada hacia la atención en la adultez.



LÍNEAS DE ACCIÓN PROPUESTAS POR EL COMITÉ DE SALUD INFANTIL Y AMBIENTE

- Identificar factores ambientales como determinantes de la salud.
- Generar concientización a través de campañas de salud acerca de la prevención de las exposiciones que contaminan el aire (tanto en el interior de las viviendas como en el exterior) en especial monóxido de carbono, material particulado, humo de tabaco, vapeo, contaminación de colillas, aerosoles, aero alergenicos, sustancias químicas peligrosas, etc.
- Capacitar a los profesionales de la salud sobre las enfermedades con carga ambiental.
- Promover el cumplimiento efectivo de la notificación obligatoria de casos de intoxicación por monóxido de carbono entre los profesionales de salud.

Realizado con el apoyo de

 **Fundación
Pablo Cassará**



**INFORME DE LA SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN PEDIATRÍA Y
LAS INFLUENCIAS DE LOS FACTORES AMBIENTALES. MAYO 2026.**