ISSN 3125-3695

OBSERVATORIO
de la infancia y la adolescencia
Sociedad Argentina de Pediatría

Sociedad Argentina de Pediatría
Por una niñez y adolescencia sanas, en un mundo mejor

Julio 2026

Informes del Observatorio de la Infancia y Adolescencia de la Sociedad Argentina de Pediatría

Perfil de Mortalidad en Niños, Niñas y Adolescentes, en Argentina, 2024





Informe del Observatorio de la Infancia y Adolescencia
de la Sociedad Argentina de Pediatría
Perfil de Mortalidad en Niños, Niñas y Adolescentes,
en Argentina, 2024

ISSN: 3125-3695 (en línea)

Primera edición: Julio, 2026
Actualización: Noviembre, 2026

© 2026, Sociedad Argentina de Pediatría (SAP)
Observatorio de la Infancia y Adolescencia

Av. Coronel Díaz 1971/75, CABA, Argentina
(+54 11) 4821-8612 | www.sap.org.ar

Redacción y contenido: Observatorio de la Infancia y Adolescencia (SAP).
observatorio@sap.org.ar

Producción Gráfica: Lucila Federico (federicolucila00@gmail.com).
Imágenes de la portada: Aditya Romansa bajo Licencia Unsplash - Brett Sayles

Publicación digital en PDF de acceso libre y gratuito.
Obra bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0) (ver términos).

Informe del Observatorio de la Infancia y Adolescencia
de la Sociedad Argentina de Pediatría
Perfil de Mortalidad en Niños, Niñas y Adolescentes,
en Argentina, 2024

ISSN: 3125-3695 (en línea)

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. Lucion, María 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. Molina Favero, Nicolás

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

Informe del Observatorio de la Infancia y Adolescencia
de la Sociedad Argentina de Pediatría
Perfil de Mortalidad en Niños, Niñas y Adolescentes,
en Argentina, 2024

ISSN: 3125-3695 (en línea)

Observatorio

Directora
Dra. Gentile, Ángela

Área Coordinación técnica y estratégica
Dr. Degiuseppe, Juan Ignacio
Dra. Juárez, María del Valle
Dra. Lucion, María Florencia

Área Investigación y evaluación
Dra. Castellano, Vanesa
Dra. Diana Menéndez, Sofía

Contenidos

Resumen ejecutivo 6

Introducción 11

Objetivos 12

Indicadores 13

Mortalidad general en niños, niñas y adolescentes 14

Mortalidad infantil

A. Análisis general de la mortalidad infantil 18

B. Tendencia, señal 2024 e inequidades jurisdiccionales en la mortalidad infantil 25

Mortalidad en niños y niñas de 1 a 4 años 35

Mortalidad en niños y niñas de 5 a 9 años 38

Mortalidad en adolescentes de 10 a 14 años 41

Mortalidad en adolescentes de 15 a 19 años 44

Suicidio 47

Accidentes de tránsito 50

Homicidios 53

Eventos de intención no determinada 55

Comentarios finales 57

Líneas de acción para el pediatra 60

Resumen ejecutivo

Cifras clave

7.591 muertes	Fallecimientos totales en NNyA (menores de 19 años)
5,6 por 10.000 NNyA	Tasa de mortalidad general NNyA
413.135 nv	Nacidos vivos registrados en Argentina
8,5 por 1.000 nv	Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)
3.513 el 47% del total NNyA	Muertes en menores de 1 año (mayor concentración)
-50% 14.750 → 7.591 muertes	Reducción de muertes en NNyA vs. 2010

Contexto y tendencia histórica

La mortalidad en niños, niñas y adolescentes (NNyA) en Argentina muestra una tendencia descendente sostenida en los últimos 15 años. Entre 2010 y 2024 las muertes se redujeron a la mitad, lo que representa un logro sanitario significativo. Sin embargo, a partir de 2020 las tasas se estabilizaron en torno a 6 muertes cada 10.000 NNyA, lo que señala un estancamiento que demanda renovar los esfuerzos.

- El 47% de todas las muertes en NNyA ocurre en menores de 1 año.
- Los adolescentes de 15 a 19 años concentran el 26% (segundo grupo en magnitud).
- El 59% de las defunciones corresponde a varones; la proporción llega al 67% en el grupo de 15 a 19 años.
- La desigualdad entre jurisdicciones persiste: la brecha entre la de mayor y menor tasa supera las 3 veces.

Distribución por grupos de edad y principales causas:

El perfil de causas de muerte varía marcadamente según la etapa del desarrollo:

Grupo de edad	1ª causa	2ª causa
< 1 año	Afecciones perinatales (58%)	Malformaciones congénitas (28%)
1-4 años	Causas externas (26%)	Malformaciones congénitas (20%)
5-9 años	Tumores (21%)	Demás causas definidas (21%)
10-14 años	Causas externas (29%)	Tumores (19%)
15-19 años	Causas externas (54%)	Tumores (9%)

Las afecciones perinatales y las malformaciones congénitas dominan la mortalidad en el primer año de vida. A partir de los 5 años, los tumores adquieren relevancia. En la adolescencia tardía, las causas externas (accidentes, violencias, suicidio) explican más de la mitad de las muertes.

Mortalidad infantil (menores de 1 año)

La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) de 8,5 por 1.000 nacidos vivos (NV) en 2024 con una distribución entre jurisdicciones es marcadamente inequitativa:

- Corrientes: 14,0 por 1.000 NV (tasa más alta).
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: 4,9 por 1.000 NV (tasa más baja).
- Brecha: casi 3 veces entre ambos extremos.

Momento de ocurrencia: el 71 % de las muertes infantiles ocurre en el periodo neonatal (primeros 28 días de vida), lo que indica una ventana clave de intervención prevenible tanto para la madre durante la gestación como para el recién nacido.

Peso al nacer: casi la mitad de las muertes infantiles se registraron en recién nacidos con menos de 1.500 gramos (32 % en menores de 1.000 gramos y 13 % entre 1.000–1.500 gramos).

Causas principales de Mortalidad Infantil
Afecciones perinatales (58%): dificultad respiratoria del RN (18%), trastornos del crecimiento fetal (17%), otras afecciones respiratorias (17%).
Malformaciones congénitas (28%): malformaciones del corazón (41% dentro del grupo).
Enfermedades respiratorias (4%): neumonía/influenza (27%), bronquiolitis (25%).

Reducibilidad: 7 de cada 10 muertes infantiles corresponden a causas REDUCIBLES, tanto en el periodo neonatal como en el posneonatal. Esto subraya el alto potencial preventivo de las intervenciones en atención primaria, acceso a salud y vacunación.

Determinantes identificados: las jurisdicciones con las tasas más altas de mortalidad infantil presentan simultáneamente mayor proporción de madres con bajo nivel de instrucción y menores coberturas de vacunación DPT3, indicadores directos de vulnerabilidad social y brechas de acceso al sistema de salud.

Causas externas en adolescentes de 15-19 años

Las causas externas representan más del 54 % de todas las muertes en el grupo de 15 a 19 años y constituyen el principal desafío de la mortalidad adolescente. Se detallan a continuación los cuatro mecanismos principales:

Causa externa	Casos (15-19a)	Tendencia 2020-2024
Suicidio	294 (28%)	**Descendente.** Mínimo histórico en 2024.
Eventos de intención no determinada	243 (24%)	**Heterogénea.** Posible subregistro.
Accidentes de tránsito	240 (23%)	**Ascendente.** Máximo en 2023.
Homicidios	92 (9%)	**Descendente.** Mínimo histórico en 2024.

Suicidio:

Con 294 casos en 2024, el suicidio es la principal causa externa de muerte en adolescentes de 15-19 años. La tasa alcanzó su valor mínimo histórico en 2024, con tendencia descendente desde el año 2020. Sin embargo, la heterogeneidad entre provincias es preocupante: Catamarca registra una tasa 8 veces superior a la de la provincia de Buenos Aires.

La mortalidad por suicidio es marcadamente mayor en varones en todas las jurisdicciones y se asocia positivamente con el índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI).

Accidentes de tránsito:

Con 240 muertes en adolescentes de 15-19 años, los accidentes de tránsito muestran una TENDENCIA ASCENDENTE entre 2020 y 2024, con el pico más alto en 2023. Este es el único mecanismo de causa externa con trayectoria al alza, lo que lo convierte en una prioridad de acción urgente. Los varones son los más afectados en casi todas las provincias (hasta 12 veces más en Salta). Misiones encabeza la distribución jurisdiccional con la tasa más elevada.

Homicidios:

Los 92 homicidios registrados en el grupo de 15 a 19 años representan la mayor concentración de esta causa dentro de los NNyA. La tendencia es descendente y 2024 registró el mínimo de la serie. Santa Fe lidera con la tasa más alta (6,8 por 100.000). Afectan casi exclusivamente a varones.

Eventos de intención no determinada:

Con 243 casos (24% de las causas externas), este indicador refleja también la calidad del sistema de certificación de defunciones. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 65% de las muertes por causas externas carece de intención determinada, y en la provincia de Buenos Aires alcanza el 50%. Esta situación limita la precisión del perfil epidemiológico y la orientación de intervenciones preventivas.

Inequidades Jurisdiccionales: un patrón estructural

El informe documenta consistentemente que las mayores tasas de mortalidad se concentran en las jurisdicciones con mayor privación socioeconómica. Esta asociación es robusta y transversal a todos los grupos de edad:

Mayor privación material de los hogares	→	Mayor mortalidad general en NNyA
Mayor proporción de NBI	→	Mayor mortalidad por suicidio adolescente
Mayor porcentaje de madres con bajo nivel de instrucción	→	Mayor mortalidad infantil
Menores coberturas de vacunación DPT3	→	Mayor mortalidad infantil

Las brechas entre jurisdicciones en algunos indicadores superan las 7 veces (grupo 10 a 14 años: Corrientes vs. Tierra del Fuego). Esta desigualdad no es inevitable: tiene causas identificables y es, por tanto, modificable con políticas sanitarias y sociales focalizadas.

Jurisdicciones con mayor carga de mortalidad (2024)
Mortalidad general NNyA: Chaco y Corrientes (las más altas); Tierra del Fuego (la más baja).
Mortalidad infantil: Corrientes 14,0/1.000 NV vs. CABA 4,9/1.000 NV.
Adolescentes 10 a 14 años: Corrientes 4,1/10.000 vs. Tierra del Fuego 0,6/10.000.
Adolescentes 15 a 19 años: Chaco y Formosa 8,2/10.000 vs. Tierra del Fuego 2,7/10.000.
Suicidio (15 a 19 años): Catamarca 26/100.000 vs. provincia de Buenos Aires 3,1/100.000.

Introducción

El conocimiento del perfil de mortalidad en niños, niñas y adolescentes (NNyA) constituye una herramienta fundamental para orientar la práctica pediátrica y para identificar las principales causas de muerte prevenibles en la infancia y la adolescencia. Las estadísticas de mortalidad permiten dimensionar la magnitud del problema, reconocer las desigualdades entre jurisdicciones y establecer prioridades de intervención tanto en el nivel clínico como en el sanitario.

En Argentina, la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación elabora anualmente el informe de Estadísticas Vitales, que constituye la fuente oficial de información sobre nacimientos, defunciones y otros eventos vitales registrados en el país. El presente informe toma como base los datos correspondientes al año 2024 y los analiza en el contexto de la tendencia observada en los últimos años, con el fin de identificar cambios, persistencias y áreas que requieren atención prioritaria.

El Observatorio de la Infancia y la Adolescencia de la Sociedad Argentina de Pediatría elabora este informe con el objetivo de poner a disposición de los equipos de salud una síntesis actualizada y accesible de los indicadores de mortalidad en la población pediátrica, que sirva como marco de referencia para la práctica clínica y para la reflexión sobre los determinantes de la salud infantil en nuestro país, con el objetivo de analizar la situación regional con las diferentes Filiales y elaborar líneas de acción locales.

Objetivos

Objetivo general

Describir el perfil de mortalidad en niños, niñas y adolescentes en Argentina a partir de los datos del informe de Estadísticas Vitales de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación, con énfasis en el año 2024 y su tendencia histórica reciente.

Objetivos específicos

- Describir la distribución de las defunciones en NNyA según grupo de edad y sexo, y su evolución en el tiempo.
- Analizar la tasa de mortalidad infantil a nivel nacional, su tendencia histórica y su distribución por jurisdicción de residencia.
- Describir los componentes neonatal y posneonatal de la mortalidad infantil y sus principales causas.
- Identificar las principales causas de mortalidad según grupo de edad (menores de 1 año, 1 a 4 años, 5 a 9 años, 10 a 14 años y 15 a 19 años).
- Analizar la distribución de las defunciones por causas externas según mecanismo e intencionalidad en NNyA.
- Describir las desigualdades en los indicadores de mortalidad entre las distintas jurisdicciones del país.

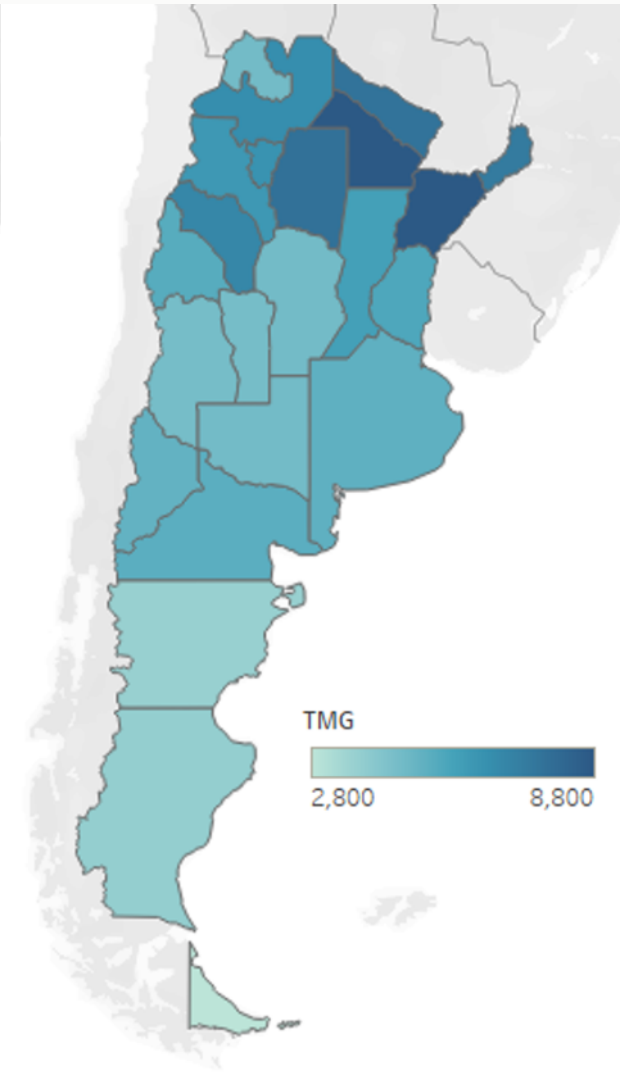
Indicadores

Dimensión	Eje	Indicador
Mortalidad general en NNyA	Mortalidad general	Tasa de mortalidad general en NNyA (por 10.000 menores de 19 años)
Mortalidad infantil	Mortalidad Infantil	Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)
	Período de ocurrencia	Proporción de muertes infantiles según período de ocurrencia (neonatal precoz, neonatal tardío, posneonatal)
	Peso al nacer	Proporción de muertes infantiles según intervalos de peso al nacer
	Reducibilidad	Proporción de defunciones neonatales y posneonatales según criterios de reducibilidad
Mortalidad en niños y niñas de 1 a 4 años	Mortalidad 1-4 años	Tasa de mortalidad en NN 1-4 años (por 10.000)
Mortalidad en niños y niñas de 5 a 9 años	Mortalidad 5-9 años	Tasa de mortalidad en NN 5-9 años (por 10.000)
Mortalidad en adolescentes de 10 a 14 años	Mortalidad 10-14 años	Tasa de mortalidad en adolescentes 10-14 años (por 10.000)
Mortalidad en adolescentes de 15 a 19 años	Mortalidad 15-19 años	Tasa de mortalidad en adolescentes 15-19 años (por 10.000)
	Causas de mortalidad	Tasa de mortalidad por suicidio en adolescentes 15-19 años (por 100.000)
		Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito en adolescentes 15-19 años (por 100.000)
		Tasa de mortalidad por homicidios en adolescentes 15-19 años (por 100.000)
		Proporción de muertes por causas externas sin intencionalidad determinada
Determinantes sociales	Situación socioeconómica	Necesidades básicas insatisfechas (NBI)
	Pobreza	Índice de Privación Material de los Hogares (convergente)
	Educación	Nacidos vivos de madres con nivel de instrucción bajo
	Acceso a la salud	Cobertura de tercera dosis de vacuna triple bacteriana (DPT3)

Mortalidad general en niños, niñas y adolescentes

De acuerdo con el informe de Estadísticas Vitales elaborado por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), en el año 2024 se registraron 413.135 nacidos vivos en Argentina y 7.591 fallecimientos en niños, niñas y adolescentes (NNyA) residentes en el país, lo que representó una tasa de mortalidad general de 5,6 por 10.000 NNyA menores de 19 años. A nivel jurisdiccional, las tasas presentan marcada heterogeneidad, con una brecha mayor a 3 veces entre las jurisdicciones con valores más altos (Chaco y Corrientes) y aquella con la tasa más baja en 2024 (Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur) *(Figura 1).*

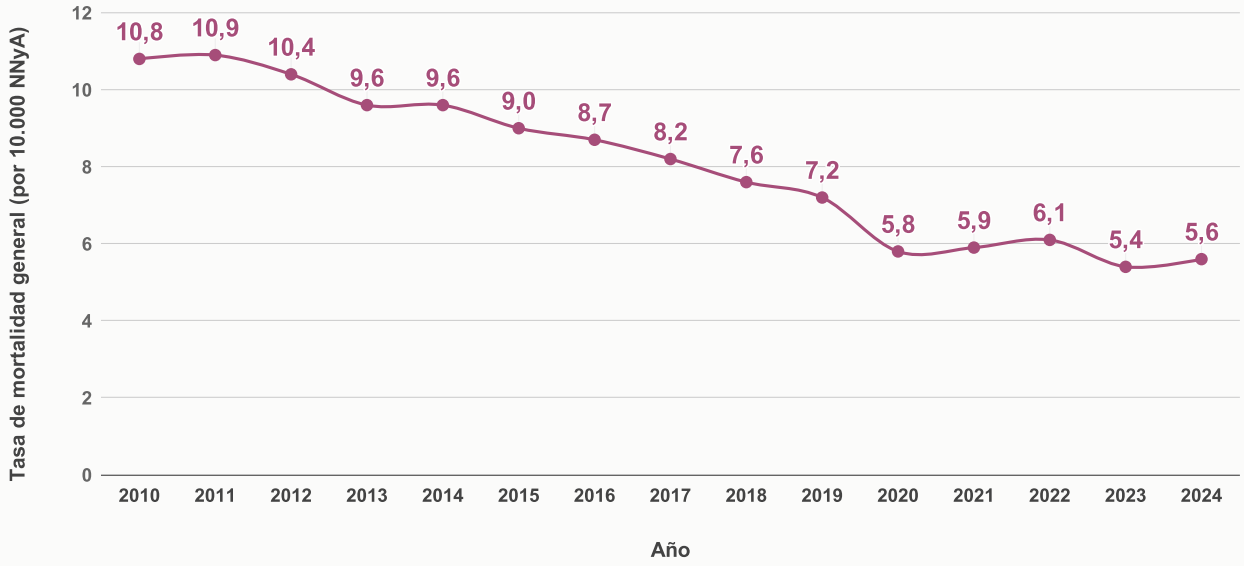
Figura 1. **Tasa de mortalidad general en NNyA (por 10.000 menores de 19 años) según jurisdicción. Argentina, 2024.**



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

La tasa de mortalidad en NNyA muestra una tendencia descendente en los últimos 15 años, con valores relativamente estables a partir del año 2020, en torno a 6 muertes cada 10.000 NNyA *(Figura 2)*. En términos absolutos, la reducción entre 2010 y 2024 fue de aproximadamente el 50% (14.750 vs. 7.591 muertes).

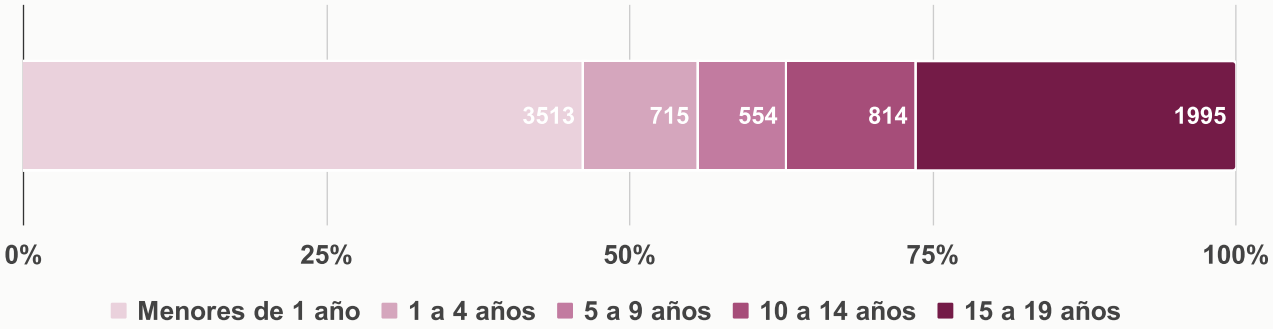
Figura 2. **Tendencia de la tasa de mortalidad global en NNyA (por 10.000 NNyA). Argentina, 2010-2024.**



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

Al analizar las defunciones por grupo de edad, el 47% correspondió a menores de 1 año. Los grupos de 1 a 4 años, 5 a 9 años, 10 a 14 años y 15 a 19 años aportaron el 9%, 7%, 11% y 26% restante, respectivamente *(Figura 3)*.

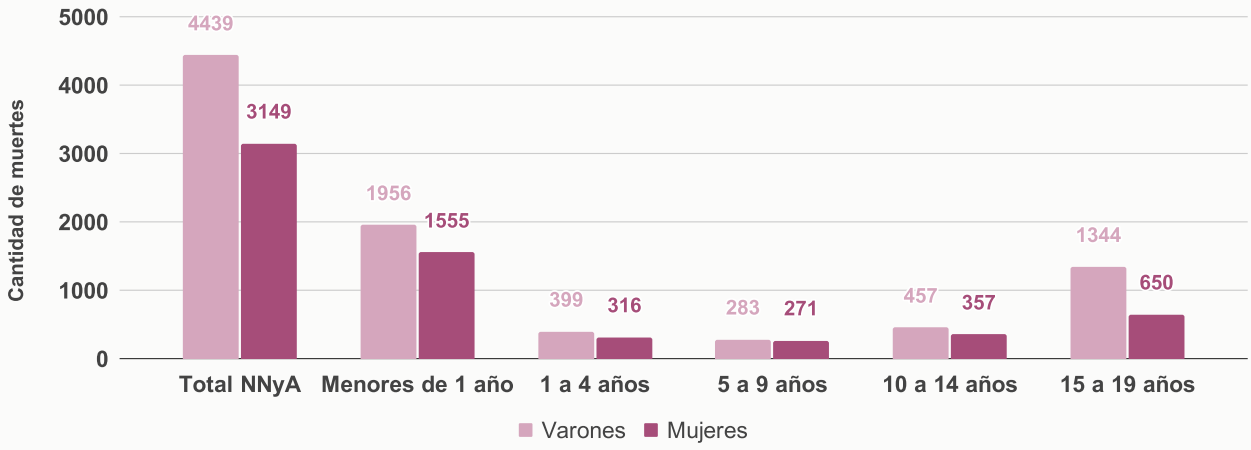
Figura 3. **Cantidad y proporción de muertes en NNyA según grupos de edad. Argentina, 2024.**



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

En cuanto al sexo, el 59% de las defunciones correspondió a varones, con la diferencia más pronunciada en el grupo de adolescentes entre 15 y 19 años, en el cual esa proporción ascendió al 67% *(Figura 4)*.

Figura 4. **Cantidad de muertes en NNyA según sexo y grupos de edad. Argentina, 2024.**



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

Las causas de muerte mostraron un patrón diferente según el grupo de edad. En los menores de 1 año predominaron las afecciones perinatales y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. A partir del primer año de vida, las causas externas, los tumores y las demás causas definidas concentraron la mayor parte de las defunciones, con distinta distribución según la edad. En el grupo de 15 a 19 años, las causas externas representaron más de la mitad de todas las muertes *(Tabla 1)*.

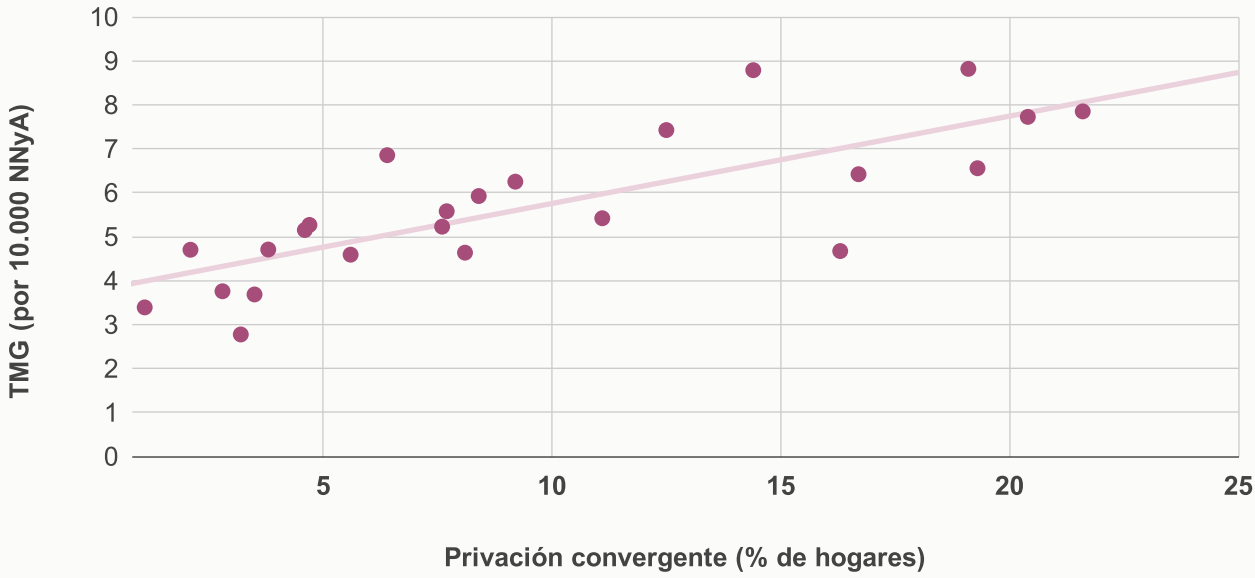
Tabla 1. **Principales causas de muerte según grupos de edad. Argentina, 2024.**

Causas de muerte	Menores de 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años
1°	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (58%)	Causas externas (26%)	Tumores (21%)	Causas externas (29%)	Causas externas (54%)
2°	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (28%)	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (20%)	Demás causas definidas (21%)	Tumores (19%)	Tumores (9%)
3°	Enfermedades del sistema respiratorio (4%)	Demás causas definidas (15%)	Causas externas (18%)	Demás causas definidas (17%)	Demás causas definidas (9%)

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

La distribución jurisdiccional de la tasa de mortalidad general en NNyA muestra una asociación positiva con el Índice de Privación Material de los Hogares (convergente): **a mayor nivel de privación, mayor mortalidad en NNyA** *(Figura 5).*

Figura 5. **Relación entre la tasa de mortalidad general en NNyA (por cada 10.000 NNyA) y el Índice de Privación Material de los Hogares (privación convergente[1]) de las jurisdicciones. Argentina, 2024.**



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

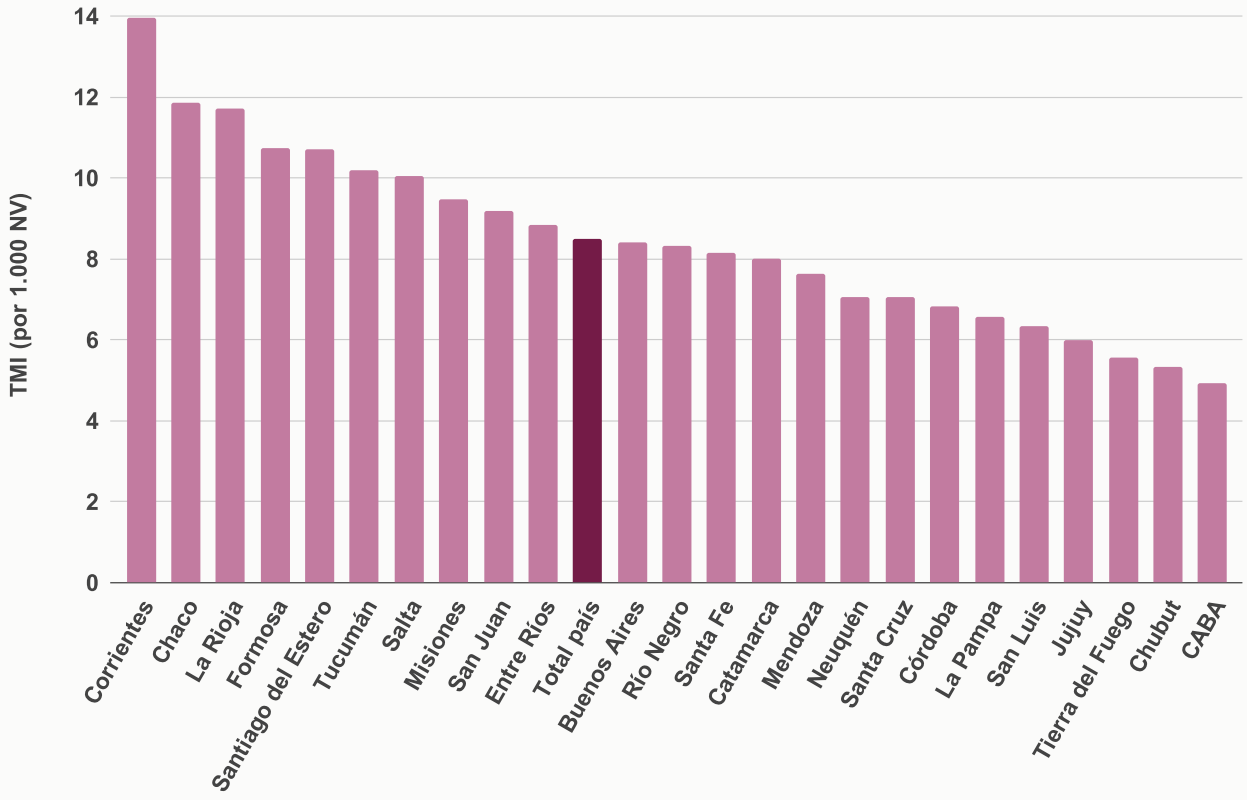
1. Privación convergente: porcentaje de hogares que presentan simultáneamente privación patrimonial (condiciones materiales de la vivienda) y privación de recursos corrientes (capacidad económica), según la definición del INDEC.

Mortalidad Infantil

A. Análisis general de la mortalidad infantil

En el año 2024 se registraron 3.513 muertes en menores de 1 año y 413.135 nacidos vivos (NV) lo que resulta una tasa de mortalidad infantil (TMI) de 8,5 cada 1.000 NV. Este grupo etario concentró la mayor proporción de muertes en NNyA (47 %). La mortalidad infantil, sin embargo, no se distribuye homogéneamente en el país: la jurisdicción con la tasa más alta fue Corrientes (14,0 cada 1.000 NV) y la de menor tasa fue la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (4,9 cada 1.000 NV), lo que representa una brecha de casi 3 veces entre ambos extremos *(Figura 6)*.

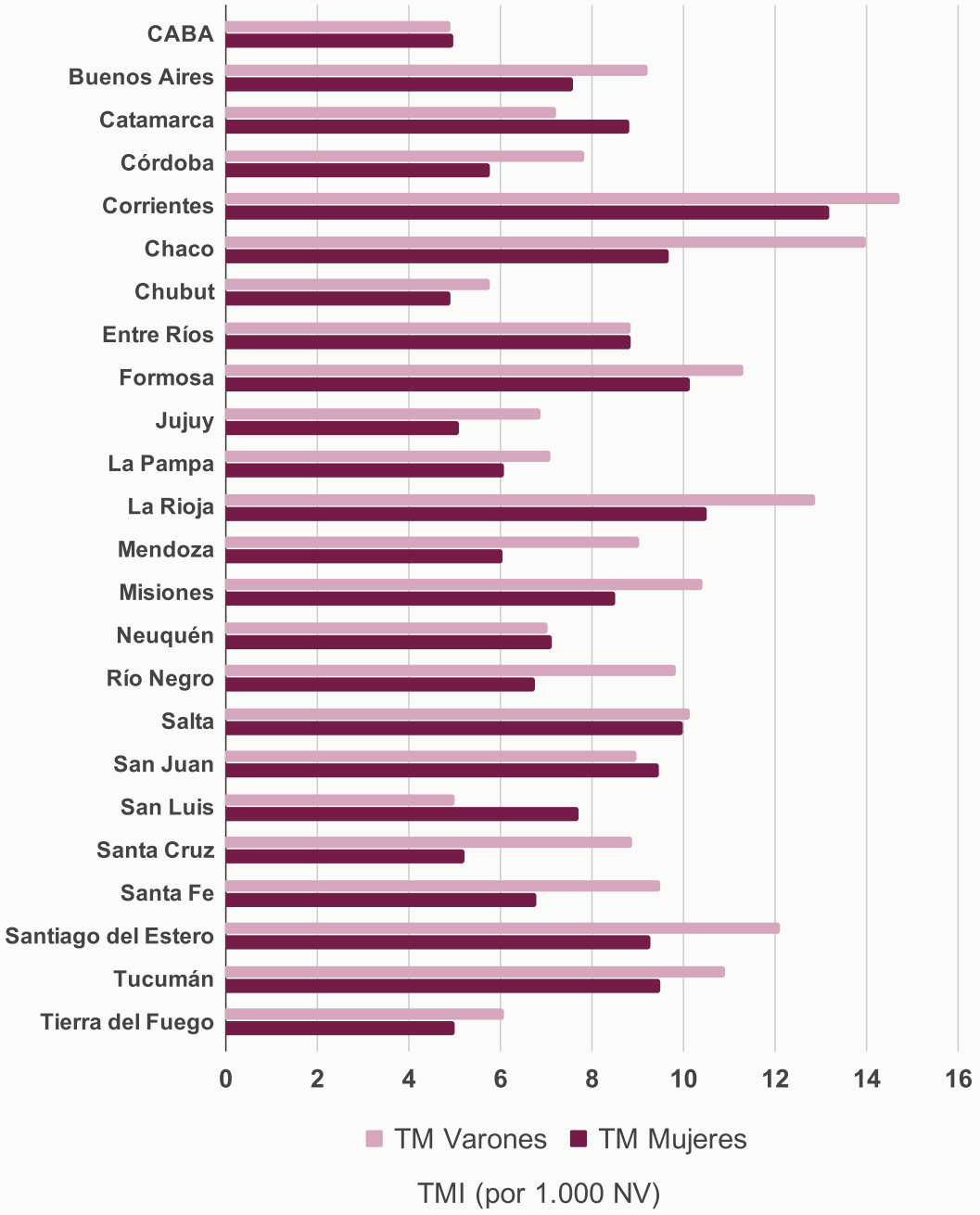
Figura 6. **Tasa de mortalidad infantil cada 1.000 NV según jurisdicciones. Argentina, 2024.**



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

Al analizar la TMI por sexo, las tasas resultaron similares entre varones y mujeres. Si bien en 19 jurisdicciones la tasa en varones superó a la de mujeres, solo en una (Santa Cruz) esa diferencia fue mayor al 50 % *(Figura 7)*.

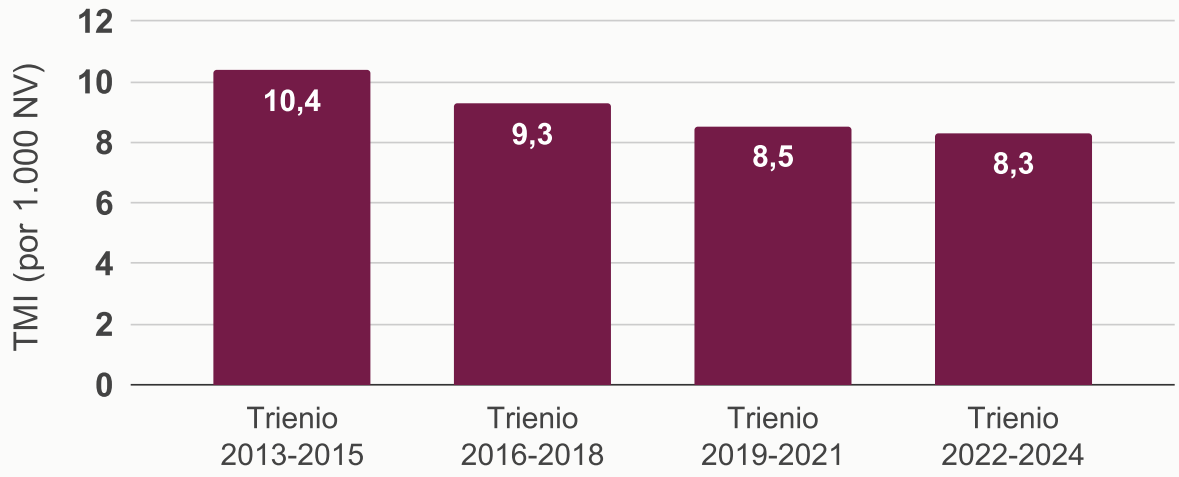
Figura 7. **Tasa de mortalidad infantil cada 1.000 NV según jurisdicciones y sexo. Argentina, 2024.**



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

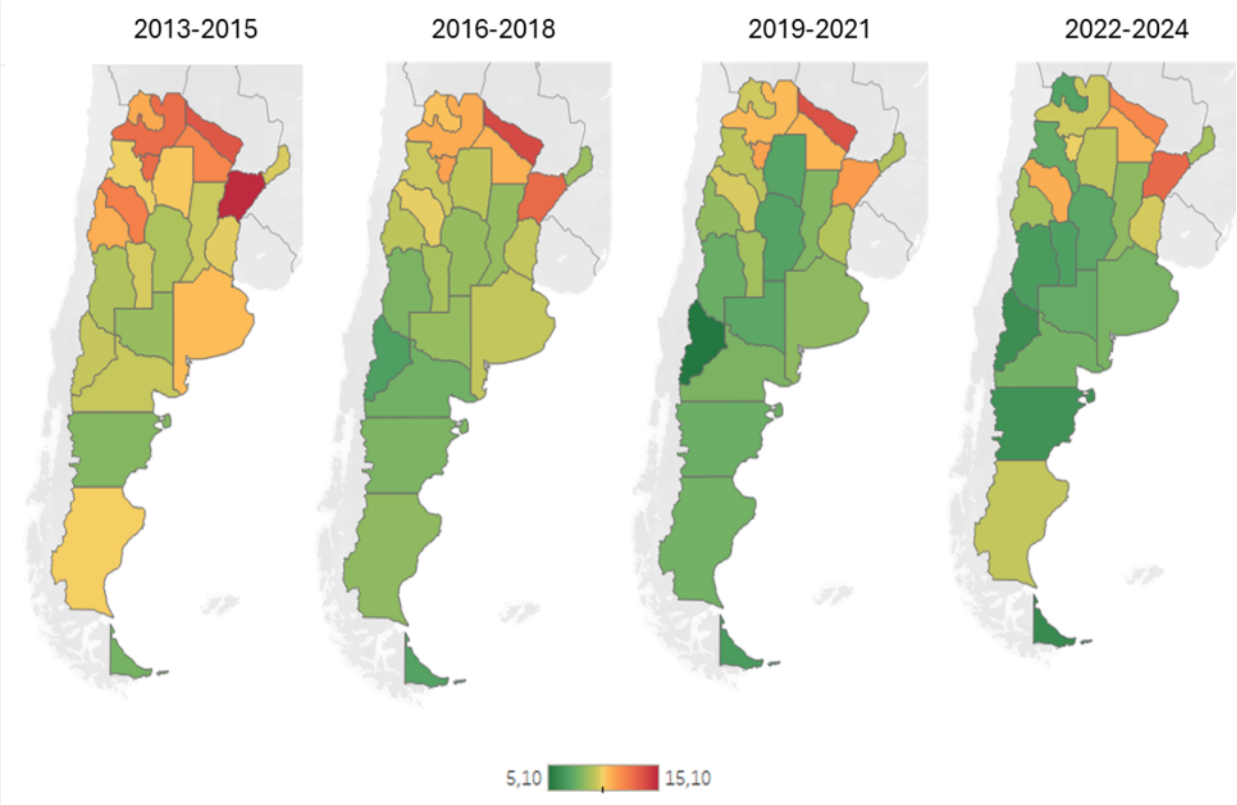
En cuanto a la tendencia, el trienio 2022-2024 registró la TMI más baja de la serie analizada *(Figura 8)*. Sin embargo, el ritmo de descenso se atenuó respecto del trienio 2019-2021, y 11 jurisdicciones mostraron tasas superiores en el trienio más reciente *(Figura 9)*.

Figura 8. **Tasa de mortalidad infantil cada 1.000 NV según trienios. Argentina, 2013-2024.**



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

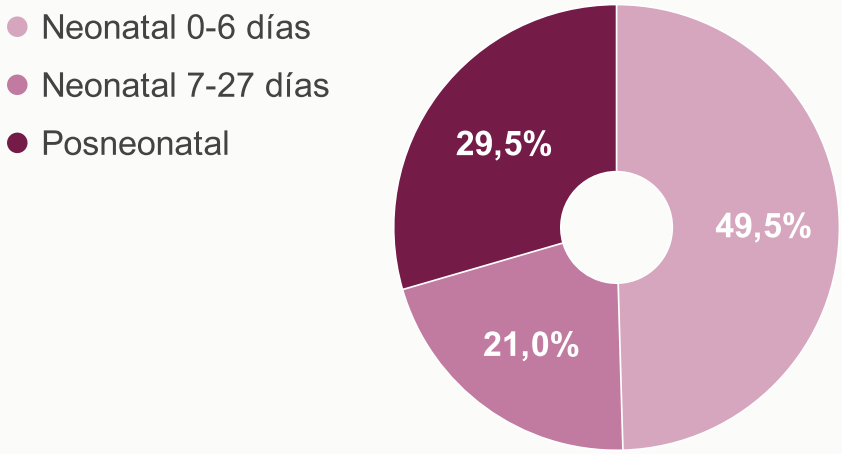
Figura 9. **Tasa de mortalidad infantil cada 1.000 NV según jurisdicciones y trienios. Argentina, 2013-2024.**



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

Considerando el momento de ocurrencia de las muertes infantiles, casi tres cuartas partes (71%) se produjeron dentro del primer mes de vida, con una mayor frecuencia en la primera semana de vida *(Figura 10)*.

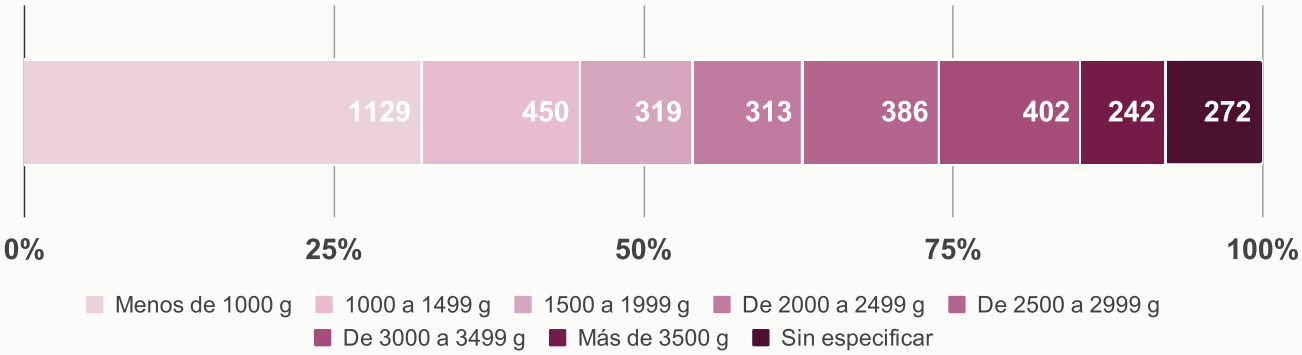
Figura 10. **Proporción de muertes infantiles según momento de ocurrencia. Argentina, 2024.**



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

En relación con el peso al nacer, la mayor proporción de muertes se concentró en los NV con menos de 1.000 gramos (32 %), seguidos por aquellos con peso entre 1.000 y 1.500 gramos (13 %). En conjunto, casi la mitad de las muertes infantiles ocurrió en NV con menos de 1.500 gramos al nacer *(Figura 11)*.

Figura 11. **Cantidad y proporción de muertes infantiles según intervalos de peso al nacer. Argentina, 2024.**



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

Con respecto a las causas, las afecciones originadas en el periodo perinatal, las malformaciones congénitas y las enfermedades respiratorias concentraron las mayores proporciones de mortalidad infantil. *(Tabla 2)*.

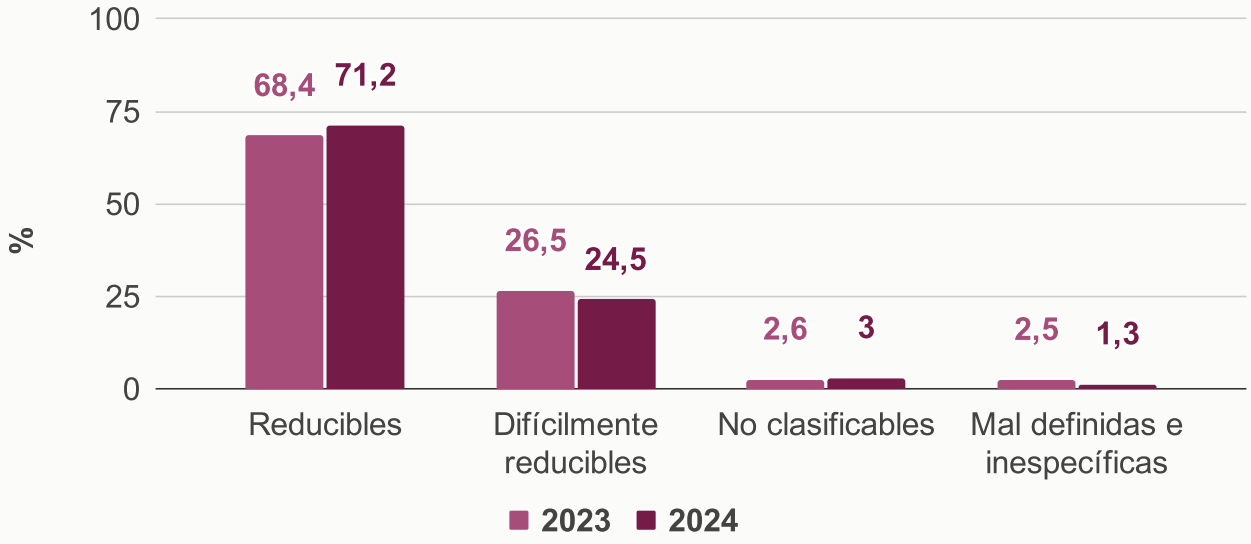
Tabla 2. **Principales causas de mortalidad infantil. Argentina, 2024.**

Grupos de causas	Causas
Afecciones del periodo perinatal (58 %)	Dificultad respiratoria del recién nacido (18 %)
	Trastornos relacionados con la duración de gestación y crecimiento fetal (17 %)
	Otras afecciones respiratorias del recién nacido (17 %)
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (28 %)	Malformaciones congénitas del corazón (41 %)
Enfermedades del sistema respiratorio (4 %)	Neumonía e influenza (27 %)
	Bronquitis y bronquiolitis aguda (25 %)

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

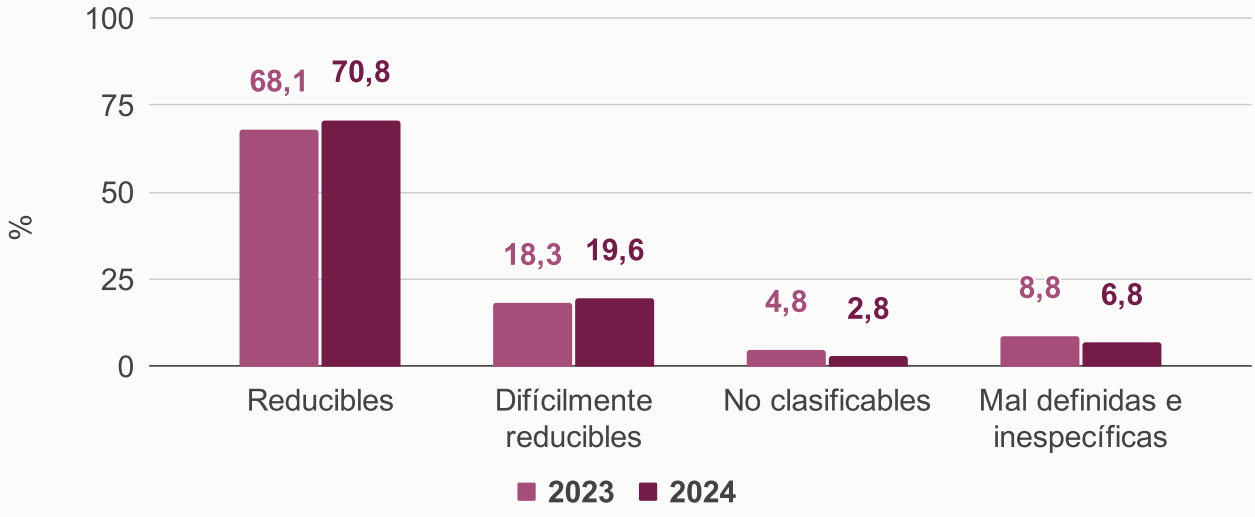
El análisis según criterios de reducibilidad muestra que 7 de cada 10 muertes infantiles corresponden a causas reducibles, tanto en el periodo neonatal (Figura 12) como en el posneonatal (Figura 13). En el periodo neonatal, la proporción de causas reducibles aumentó tres puntos porcentuales respecto de 2023, al tiempo que las causas mal definidas e inespecíficas disminuyeron un punto porcentual. Dentro de las causas reducibles neonatales, las de mayor proporción son las reducibles preferentemente en el recién nacido (49 %), con predominio del abordaje clínico (70%). En el período posneonatal, las causas reducibles también aumentaron dos puntos porcentuales respecto del año anterior, con una disminución equivalente en las causas mal definidas e inespecíficas. Entre las causas reducibles posneonatales se observa una distribución prácticamente paritaria entre aquellas abordables preferentemente mediante acciones de promoción y prevención primaria (47%) y las de prevención secundaria (50%).

Figura 12. **Proporción de defunciones neonatales según grupos de causas basados en criterios de reducibilidad. Argentina, 2023 y 2024.**



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

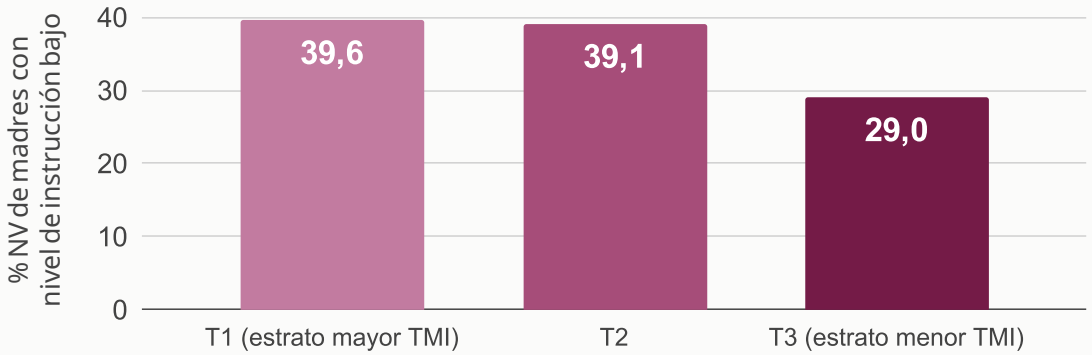
Figura 13. **Proporción de defunciones posneonatales según grupos de causas basados en criterios de reducibilidad. Argentina, 2023 y 2024.**



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

Al analizar la TMI según el nivel de instrucción materna, reconocido factor de riesgo en la mortalidad infantil, se identifica un gradiente entre jurisdicciones: aquellas con las tasas más altas presentan la mayor proporción de NV de madres con nivel de instrucción bajo (secundario incompleto o menor), mientras que las jurisdicciones con las menores tasas registran la menor proporción de NV en esa categoría *(Figura 14)*.

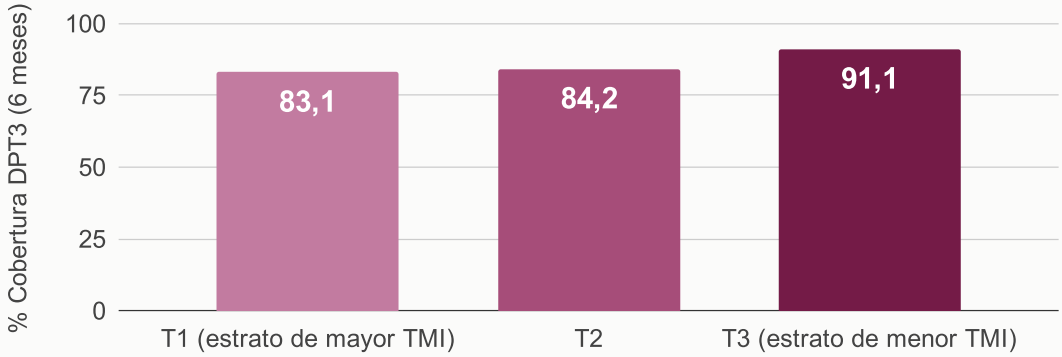
Figura 14. **Proporción de NV de madres con nivel de instrucción bajo según estratos de mortalidad infantil. Argentina, 2024.**



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

Un análisis similar, tomando la cobertura de la tercera dosis de vacuna triple bacteriana (DPT3, administrada a los 6 meses según el Calendario de Vacunación vigente) como indicador indirecto de acceso a los servicios de salud, muestra un patrón coincidente: las jurisdicciones con las tasas de mortalidad infantil más elevadas son las que registran las menores coberturas de DPT3, en tanto que aquellas con las tasas más bajas presentan las coberturas más altas *(Figura 15)*.

Figura 15. **Proporción de cobertura de tercera dosis de vacuna triple bacteriana (DPT3) según estratos de mortalidad infantil. Argentina, 2024.**



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

B. Tendencia, señal 2024 e inequidades jurisdiccionales en la mortalidad infantil

1. ¿La tendencia descendente de largo plazo continúa o se detuvo?
2. ¿El aumento de 2024 es una señal real o variación esperable?
3. ¿Qué jurisdicciones requieren atención prioritaria y por qué?

Para el equipo pediatra: para qué se hace este análisis y por qué importa

La **tasa de mortalidad infantil (TMI)** es uno de los indicadores más importantes del estado de salud de una población, ya que resume tanto las condiciones de salud materno-infantil como factores sociales, económicos y del sistema de salud. La TMI se calcula dividiendo las muertes en menores de un año por los nacidos vivos. Parece un número simple, pero comparar TMI entre años o entre provincias requiere cuidado estadístico, porque los valores fluctúan por azar puro cuando el número de muertes es pequeño. Una provincia con 40 defunciones puede mostrar una tasa muy diferente de un año al otro solo por variación aleatoria, sin que nada haya cambiado realmente en el sistema de salud. Este apartado usa tres herramientas que permiten distinguir la **señal real del ruido estadístico:**

Regresión de Poisson GLM — para evaluar tendencias

Modela la cantidad de defunciones en función del año, usando los nacidos vivos como denominador. Permite estimar si la tasa está subiendo o bajando de forma significativa, y cuánto cambia por año. El resultado clave es el IRR (razón de incidencia): un IRR de 0,96 significa que la tasa baja un 4% por año.

Test binomial exacto (equivalente Poisson) — para comparar dos momentos

Compara directamente el número de muertes observadas en 2024 contra lo esperado según el nivel histórico. El p-valor indica la probabilidad de ver esa diferencia por azar. Un $p<0,05$ confirma que el cambio es estadísticamente significativo.

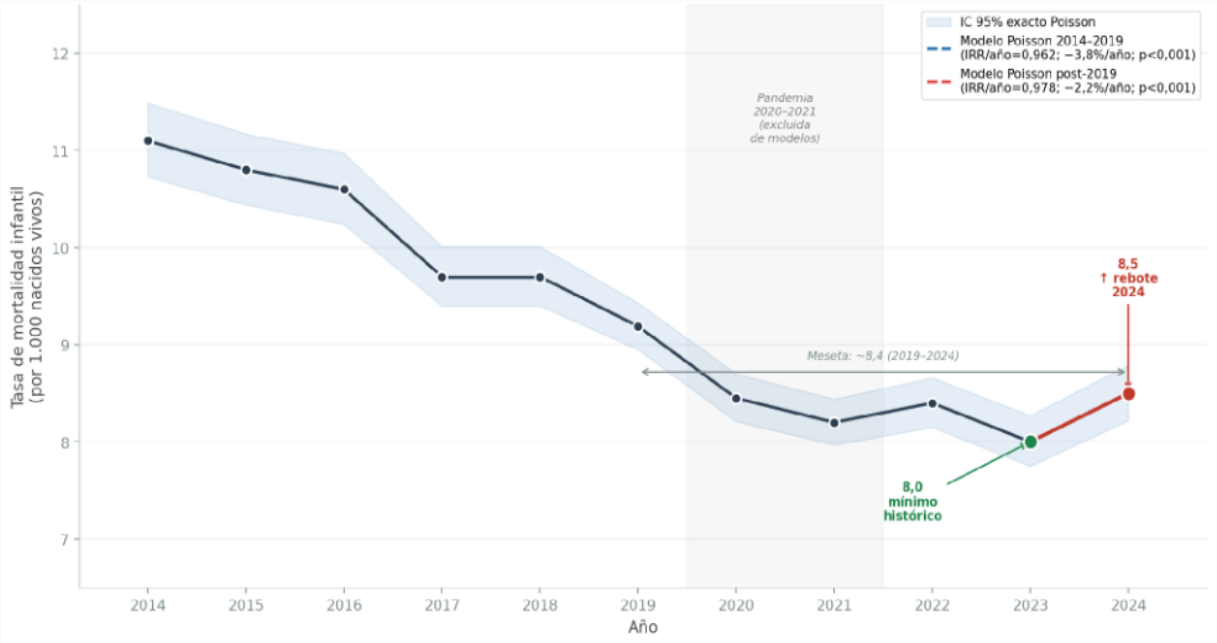
IC 95% exacto de Poisson — para leer cada tasa con su incertidumbre

Cada TMI tiene un intervalo de confianza. Por ejemplo, una tasa de 11,7 con IC [8,4 – 15,9] significa que el valor real podría estar en cualquier punto de ese rango. Provincias con pocos nacimientos tienen IC amplios — sus tasas son menos estables y deben interpretarse con mayor cautela.

Tendencia histórica 2014–2024: un logro real que se frenó

La Figura 16 muestra la TMI nacional junto a dos modelos estadísticos formales. El primero (línea azul) estima la tendencia entre 2014 y 2019; el segundo (línea roja) estima qué ocurrió después de 2019, excluyendo los años de pandemia (2020–2021) para no distorsionar el análisis.

Figura 16. **Tendencia de la tasa de mortalidad infantil según modelos de regresión Poisson (GLM). Argentina, 2014–2024.**



La banda azul clara representa los IC 95% exactos. La zona gris corresponde al período pandémico, excluido de los modelos.

Fuente: elaboración propia.

Los tres hallazgos clave de la Figura 16

1. La caída 2014–2019 fue real y significativa: la TMI bajaba un 3,8% por año (IRR=0,962; p<0,001; R^2=0,95). Era uno de los mejores ritmos de descenso de la región.

2. Ese ritmo se frenó significativamente tras 2019: el cambio de pendiente es estadísticamente confirmado (p=0,0003). La TMI pasó a oscilar alrededor de 8,4 sin descender claramente. Este estancamiento equivale a muertes que deberían haberse evitado y no se evitaron.

3. El rebote de 2024 (8,0 → 8,5) es real pero no excepcional: es significativo respecto a 2023 (p=0,010) pero compatible con el nivel promedio de la meseta post-2019. El año anómalo no fue 2024, fue 2023, que alcanzó el mínimo histórico. El problema mayor es el estancamiento de 5 años, no el rebote puntual.

Panel de datos por jurisdicción: 24 contextos

La tabla 3 presenta para cada provincia la TMI de 2023 y 2024, el cambio o "delta" (Δ), y tres variables estructurales que el modelo estadístico identificó como predictores significativos del nivel de mortalidad infantil entre jurisdicciones: porcentaje de la población viviendo con necesidades básicas insatisfechas (NBI), porcentaje de nacidos vivos de madres con nivel instrucción bajo y porcentaje de controles prenatales (CPN) insuficientes durante el embarazo.

Tabla 3. **Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 NV) según jurisdicciones y variables predictoras. Argentina, 2023-2024.**

Jurisdicción	TMI2023	TMI2024	Δ	NBI (%)	Instr.baja (%)	CPN insuf. (%)	Estado
Sgo. del Estero	8.26	**10.70**	**+2.44**	22.4	38.9	31.4	**Deterioro sig.**
Chaco	9.48	**11.85**	**+2.37**	24.6	40.2	29.7	**Deterioro sig.**
Corrientes	11.65	**13.96**	**+2.31**	19.8	38.7	27.4	**Tendencia alerta**
Mendoza	5.84	7.62	**+1.78**	9.8	24.3	11.4	**Deterioro sig.**
La Rioja	10.28	**11.70**	**+1.42**	14.8	30.1	26.7	**Solo nivel**
Tucumán	8.85	**10.20**	**+1.35**	14.9	33.6	23.1	**Tendencia alerta**
Río Negro	7.05	8.33	**+1.28**	11.4	22.7	16.1	No significativo
Buenos Aires	7.59	8.40	**+0.81**	8.2	28.1	18.2	**Deterioro sig.**
Misiones	8.77	9.47	+0.70	19.5	38.1	24.9	No significativo
Formosa	10.18	**10.73**	+0.55	27.1	42.8	32.1	No significativo
Neuquén	6.97	7.07	+0.10	9.1	19.8	10.2	No significativo
San Luis	6.04	6.35	+0.31	8.9	22.8	14.7	No significativo
San Juan	8.88	9.19	+0.31	11.2	28.9	22.5	No significativo
Salta	9.78	**10.06**	+0.28	19.7	37.4	26.3	No significativo
Chubut	5.15	5.34	+0.19	10.3	22.1	15.4	No significativo
Santa Fe	8.56	8.16	**-0.40**	7.3	22.4	17.3	No significativo
CABA	5.46	4.94	**-0.52**	4.1	10.3	8.1	No significativo
Entre Ríos	9.45	8.85	**-0.60**	9.4	27.3	19.6	No significativo
Córdoba	7.48	6.82	**-0.66**	7.1	20.5	14.8	No significativo
Catamarca	8.71	8.02	**-0.69**	14.2	31.4	24.3	No significativo
Jujuy	7.20	5.98	**-1.22**	16.3	34.2	20.8	**Mejora sig.**
La Pampa	8.96	6.58	**-2.38**	6.2	18.6	12.3	No significativo
Tierra del Fuego	8.33	5.56	**-2.77**	6.1	14.2	9.8	No significativo
Santa Cruz	11.47	7.05	**-4.42**	7.8	16.4	13.8	No significativo

Clasificación: Deterioro sig. = cambio positivo significativo (p<0,05, test binomial exacto). Tendencia alerta = exceso de muertes positivo sobre el nivel histórico (p<0,05 vs pool 2019+2020+2023). Solo nivel = TMI ≥10,0 pero sin cambio significativo puntual. Mejora sig. = cambio negativo significativo (p<0,05). No significativo = cambio dentro del rango esperable de variación aleatoria. Variables incluidas: NBI = porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas (Censo 2022). Instrucción baja = porcentaje de nacidos vivos de madres con secundario incompleto o menos (DEIS 2024). CPN insuficiente = porcentaje de gestantes con menos de 8 controles prenatales (SIP-G 2023).
Nota: provincias con menos de 50 defunciones anuales tienen IC amplios. Sus tasas pueden fluctuar varios puntos por azar puro. Interpretar con cautela: La Rioja (41 defunciones), Tierra del Fuego (7), La Pampa (20), Santa Cruz (19).

Fuente: elaboración propia

Análisis jurisdiccional: cambio en 2024 y determinantes (controles prenatales y educación materna)

ρ = 0,86 CPN insuficiente correlaciona con TMI 2024 (p<0,001)	**ρ = 0,80** Instrucción materna baja correlaciona con TMI 2024 (p<0,001)	**+36,6%** Más muertes infantiles por cada 10 pp más de CPN insuficiente
5,4 pts Diferencia de TMI entre quintil mejor y peor CPN (6,4 vs 11,8)	**5,1 pts** Diferencia de TMI entre quintil mejor y peor instrucción (6,2 vs 11,3)	**2 de 3** Determinantes significativos en modelo multivariado ajustado

Referencias: CPN insuficiente = porcentaje de gestantes con menos de 8 controles prenatales (SIP-G 2023); Instrucción materna baja = porcentaje de nacidos vivos de madres con secundario incompleto o menos (DEIS 2024); TMI= tasa de mortalidad infantil (DEIS 2026).

¿Por qué estudiar estos determinantes?

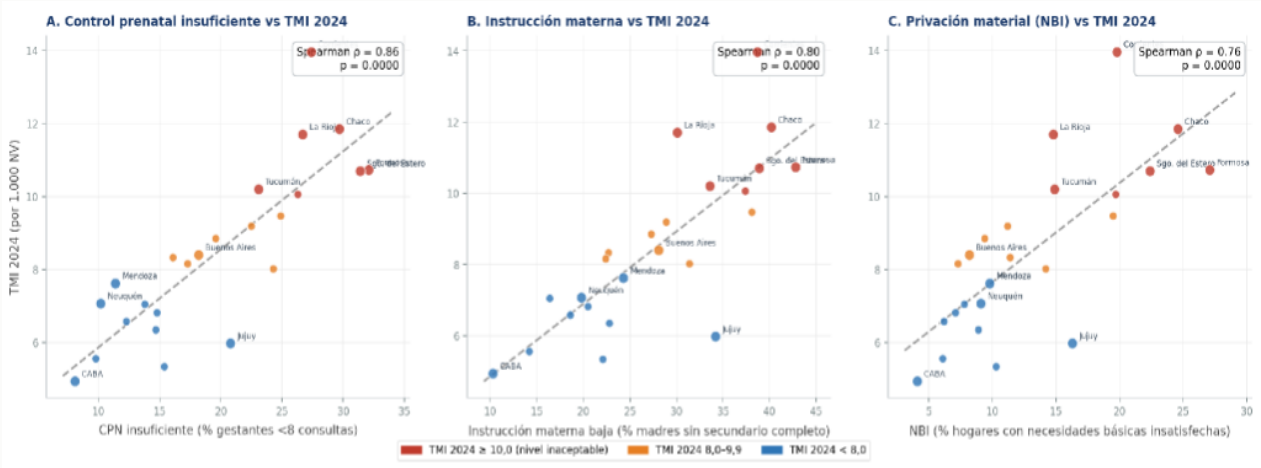
La mortalidad infantil no se distribuye aleatoriamente entre las provincias argentinas. Hay un patrón estructural robusto: las jurisdicciones con **peores condiciones socioeconómicas y menor acceso a atención prenatal** tienen tasas consistentemente más altas. Este análisis cuantifica esa relación con métodos estadísticos formales, para ir más allá de la descripción y responder una pregunta accionable: **¿qué factores están directamente asociados con la mortalidad y en qué magnitud?**

La respuesta tiene implicancias directas para la práctica pediátrica: si el control prenatal insuficiente y el nivel educativo materno predicen la mortalidad infantil, **cada consulta es una oportunidad de intervención** para pesquisar el estado del control prenatal, reforzar la adherencia y articular con los equipos obstétricos.

Las tres correlaciones más fuertes

La Figura 17 presenta los diagramas de dispersión para cada determinante versus la TMI 2024 de las 24 jurisdicciones. La correlación de Spearman, una medida no paramétrica robusta, adecuada cuando los datos no siguen una distribución normal, confirma asociaciones fuertes y estadísticamente significativas en los tres casos, tanto para el **nivel** de TMI 2024 como para el **cambio** respecto a 2023.

Figura 17. **Correlación entre determinantes estructurales y TMI por jurisdicción. Argentina, 2024.**



Cada punto representa una provincia. Color rojo=TMI ≥10,0 (nivel inaceptable); naranja=8,0–9,9; azul=<8,0.

Variable estructural	Nivel TMI 2024			Δ TMI 2023 → 2024		
	ρ Spearman	p-valor	Sig.	ρ Spearman	p-valor	Sig.
Control prenatal insuficiente (<8 consultas)	+0,857	p<0,001	***	+0,488	p=0,025	*
Instrucción materna baja (sin secundario completo)	+0,804	p<0,001	***	+0,529	p=0,014	*
NBI (hogares con privación material)	+0,762	p<0,001	***	+0,553	p=0,009	**

Nota metodológica: la correlación de Spearman mide la fuerza de la asociación monotónica entre dos variables. Un ρ de 0,86 (CPN) es una correlación muy alta en estudios ecológicos de salud pública. El hecho de que las tres variables muestren correlaciones significativas tanto con el nivel de TMI como con el cambio anual indica que estas variables reflejan determinantes reales del fenómeno, no artefactos estadísticos.

Fuente: elaboración propia.

¿Cuánto pesa cada determinante?

Las correlaciones muestran que las variables están asociadas, pero no cuantifican el efecto independiente de cada una cuando se consideran juntas. Para eso se usa la **regresión de Poisson multivariada,** método estándar para modelar tasas de mortalidad. Este modelo estima el efecto de cada variable **manteniendo constantes las otras dos**, lo que permite saber si la asociación es directa o si está mediada por los otros factores.

Variable (modelo multivariado, N=24)	IRR	IC 95%	p-valor	Sig.
CPN insuficiente (<8 consultas)	1,023	[1,004–1,043]	0,0194	*
Instrucción materna baja (sin secundario completo)	1,016	[1,002–1,030]	0,0239	*
NBI (hogares con privación material)	0,989	[0,976–1,003]	0,113	NS

Nota IRR = razón de incidencia (por cada punto porcentual adicional de la variable). IC 95% = intervalo de confianza. NS = no significativo. Modelo Poisson GLM con offset log(NV). AIC=189,8. Los IRR son por 1 pp; para 10 pp se aplica la fórmula (IRR^10 -1)×100.

Para leer el IRR: un ejemplo concreto

La TMI de Corrientes (13,96) casi duplica la de Neuquén (7,07). Una diferencia importante entre ambas es el **CPN insuficiente:** 27,4% en Corrientes vs 10,2% en Neuquén, una brecha de 17 puntos porcentuales. Según el modelo, esa diferencia en CPN explica un aumento del **82%** en la tasa de defunciones, independientemente de la pobreza material. El CPN insuficiente no es solo un indicador de precariedad, es un factor de riesgo independiente.

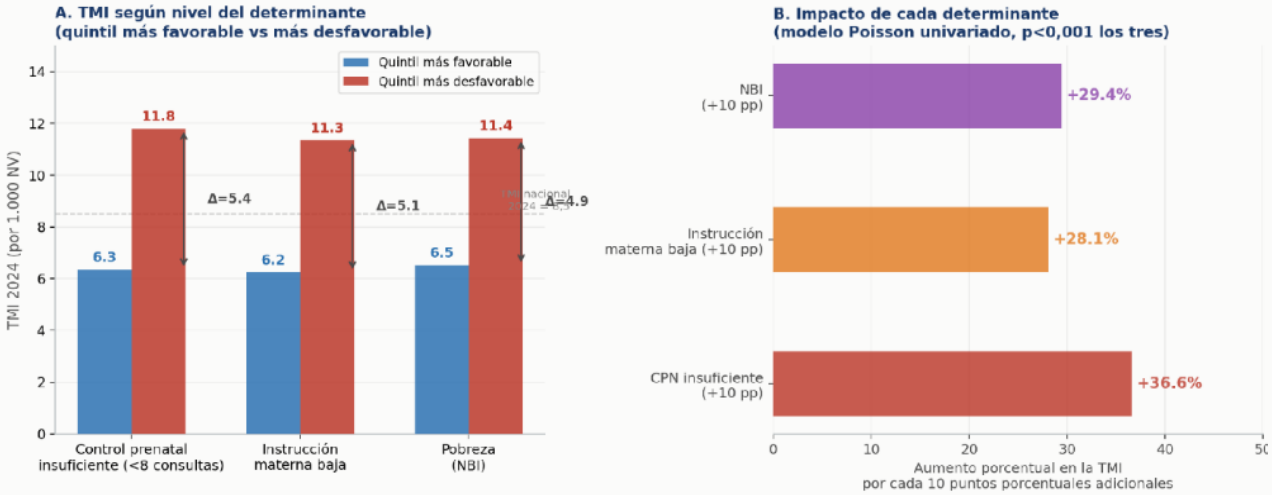
¿Por qué el NBI no es significativo en el modelo multivariado?

El NBI tiene una correlación alta con la TMI cuando se lo analiza solo (ρ=0,76, p<0,001). Pero cuando se controla simultáneamente el CPN y la instrucción materna, pierde significancia. Esto indica que **la pobreza opera sobre la mortalidad infantil principalmente a través de sus efectos sobre el acceso al control prenatal y el nivel educativo,** no de forma directa e independiente. En términos prácticos: mejorar el CPN en hogares pobres puede reducir la mortalidad infantil incluso sin eliminar la pobreza material.

La magnitud del efecto: ¿qué significa para el consultorio?

La Figura 18 traduce los resultados estadísticos a términos comprensibles para el trabajo clínico y la planificación sanitaria local.

Figura 18. **Tasa de mortalidad infantil según quintil más favorable y más desfavorable de determinantes seleccionados (Panel A) y aumento porcentual de la tasa de mortalidad infantil por cada 10 puntos porcentuales adicionales de cada variable en modelo Poisson univariado (Panel B). Argentina, 2024.**



Fuente: elaboración propia

Lo que muestra el Panel A — La brecha es de 5 puntos

- Las provincias del quintil con **mejor** control prenatal (menos del 13% de gestantes con CPN insuficiente) tienen una TMI media de **6,4** por mil. Las del quintil con **peor** control prenatal (más del 26% de CPN insuficiente) tienen una TMI media de **11,8** por mil. La **brecha es de 5,4 puntos** — casi todo el recorrido entre la TMI de Neuquén (7,1) y la de Corrientes (14,0).

- El patrón se repite para la instrucción materna: las provincias con menor porcentaje de madres con instrucción baja tienen TMI de 6,2; las del quintil más desfavorable, de 11,3. Una **diferencia de 5,1 puntos** que no puede atribuirse al azar (p<0,001).

Lo que muestra el Panel B — El impacto clínico directo

- Por cada 10 puntos porcentuales más de embarazadas con control prenatal insuficiente, la tasa de mortalidad infantil aumenta un 36,6% (modelo Poisson univariado, p<0,001).
- Por cada 10 puntos porcentuales más de madres con instrucción baja, la TMI aumenta un 28,1% (p<0,001).
- Una provincia que pasa de 10% a 30% de CPN insuficiente — un incremento de 20 puntos — tendría una TMI estimada un 88% más alta que si mantuviera el nivel bajo.

Las cinco provincias que requieren atención prioritaria

El ranking se construye con tres criterios estadísticos independientes: **(A)** tendencia ascendente confirmada por Poisson GLM (IRR>1, p<0,05); **(B)** señal 2024 significativa — exceso positivo de muertes sobre el nivel histórico (p<0,05); **(C)** nivel 2024 inaceptable — TMI ≥10,0/mil, que es la meta de la OPS para 2030 en la región. El score refleja cuántos criterios cumple cada provincia (0 a 3), no la gravedad absoluta.

1. Santiago del Estero · Score 3/3 · TMI 2024: 10,70

Única provincia con los tres criterios confirmados. La tasa creció un 62% entre 2019 y 2024 (IRR=1,079/año; p=0,0009). El deterioro es nuevo, acelerado y estructural — partió de niveles relativamente bajos (6,6 en 2019). Exceso de 37 muertes sobre el nivel histórico en 2024 (p=0,001). Requiere una investigación urgente de qué cambió institucionalmente desde 2019.

2. Corrientes · Score 2/3 · TMI 2024: 13,96 (la más alta del país)

La tasa más alta de Argentina en 2024. Entra por nivel y señal 2024 (exceso de 31 muertes, p=0,028), pero no por tendencia significativa, con 12.000 - 14.000 NV por año el modelo tiene potencia limitada. La pregunta correcta no es si empeoró sino por qué lleva 5 años entre 11 y 14 sin bajar. Intervención justificada por nivel, no por tendencia.

3. Chaco · Score 1/3 + señal anual · TMI 2024: 11,85

El deterioro 2023→2024 es el más robusto del NEA en el análisis anual (p=0,046). Chaco había bajado de 12,5 en 2019 a 9,5 en 2023, un logro real, y rebotó a 11,9 en 2024. Algo ocurrió específicamente en 2024 que merece investigación. El rebote anula parcialmente 4 años de mejora.

4. La Rioja · Score 1/3 — con cautela · TMI 2024: 11,70 (IC: 8,4 – 15,9)

Entra solo por nivel. Con 41 defunciones en 2024 el intervalo de confianza es muy amplio. La TMI real podría estar entre 8,4 y 15,9. Es el caso más inestable del ranking: si en 2025 se repite ≥10, el diagnóstico se consolida; si baja, fue variación aleatoria. Incluirla aquí es una alerta temprana, no un diagnóstico definitivo.

5. Buenos Aires (caso especial) · Score 1/3 — impacto poblacional · TMI 2024: 8,40

No supera el umbral de nivel (8,4 < 10,0) ni tiene tendencia ascendente. Pero concentra más de un tercio de todos los nacimientos del país, y el rebote 2023→2024 es significativo (p=0,012) con un exceso absoluto de 120 muertes — la cifra más alta del país. Cualquier variación en Buenos Aires mueve el indicador nacional. Se incluye por impacto demográfico, no por gravedad relativa.

Nota sobre Formosa, Tucumán y Salta: tienen TMI ≥10 en 2024 pero tendencias descendentes estadísticamente significativas (Formosa: IRR=0,928/año, p=0,002; Tucumán: IRR=0,942, p=0,0003). El mensaje correcto es sostener la mejora, no alarmar.

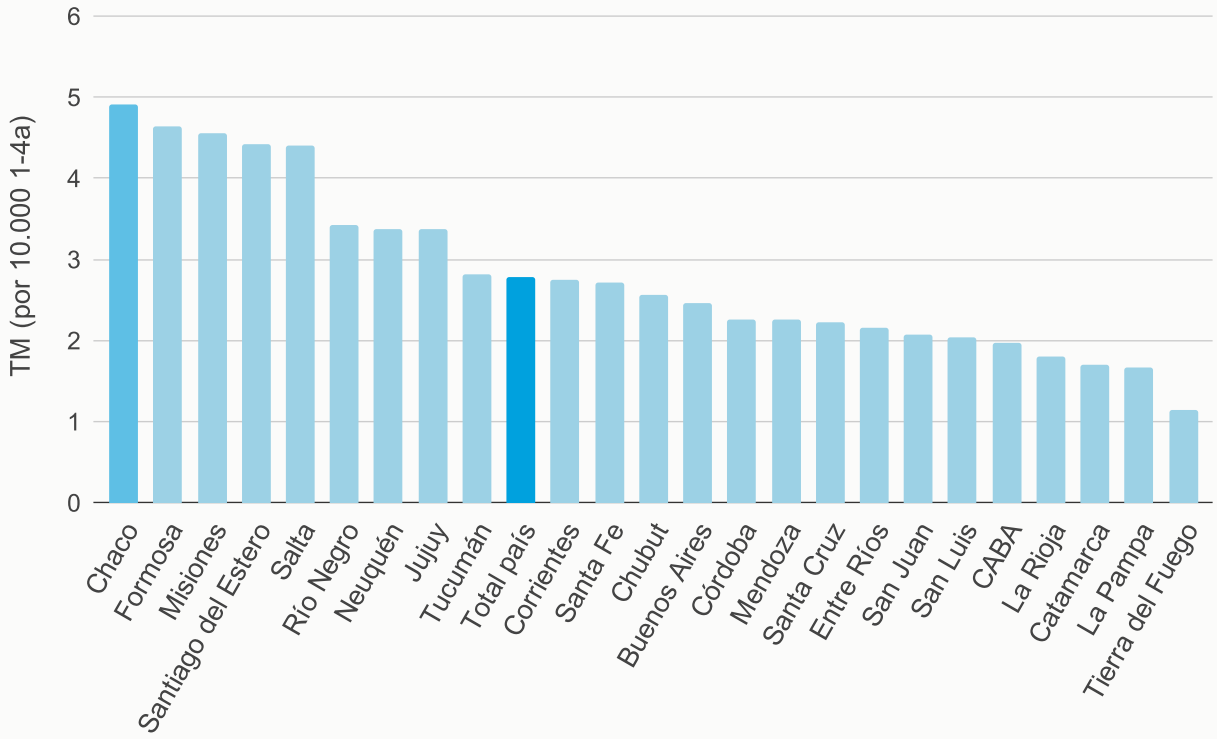
¿Qué puede hacer el pediatra con esta información?

- **Preguntar siempre por el estado del control prenatal de la mamá** en cada consulta del recién nacido y del lactante menor. El número de controles es un indicador trazador de acceso al sistema.
- **Identificar a las mamás con instrucción baja como un grupo de mayor riesgo** que puede requerir acompañamiento adicional, explicaciones más detalladas y articulación con trabajo social.
- **Usar estos datos para la sala de espera, la comunidad y la gestión local:** el vínculo entre CPN e instrucción materna con la mortalidad infantil es tan robusto que justifica priorizar la mejora del acceso prenatal como política sanitaria local, no solo nacional.
- **Vigilar el dato de 2025 para las provincias de alerta:** si Chaco, Santiago del Estero o Corrientes mantienen TMI elevada, el patrón se consolida. Si mejoran, confirma que las intervenciones focalizadas funcionan.

Mortalidad en niños y niñas de 1 a 4 años

En el año 2024 se registraron 715 fallecimientos en niños y niñas de 1 a 4 años (NN 1-4 años), lo que representó una tasa de mortalidad de 2,8 por cada 10.000 NN en ese grupo etario. La distribución entre jurisdicciones fue heterogénea: Chaco registró la tasa más elevada (4,9 por cada 10.000 NN 1-4 años), mientras que Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, la más baja (1,1 por cada 10.000 NN 1-4 años), con una brecha mayor a 4 veces entre ambos extremos *(Figura 19)*.

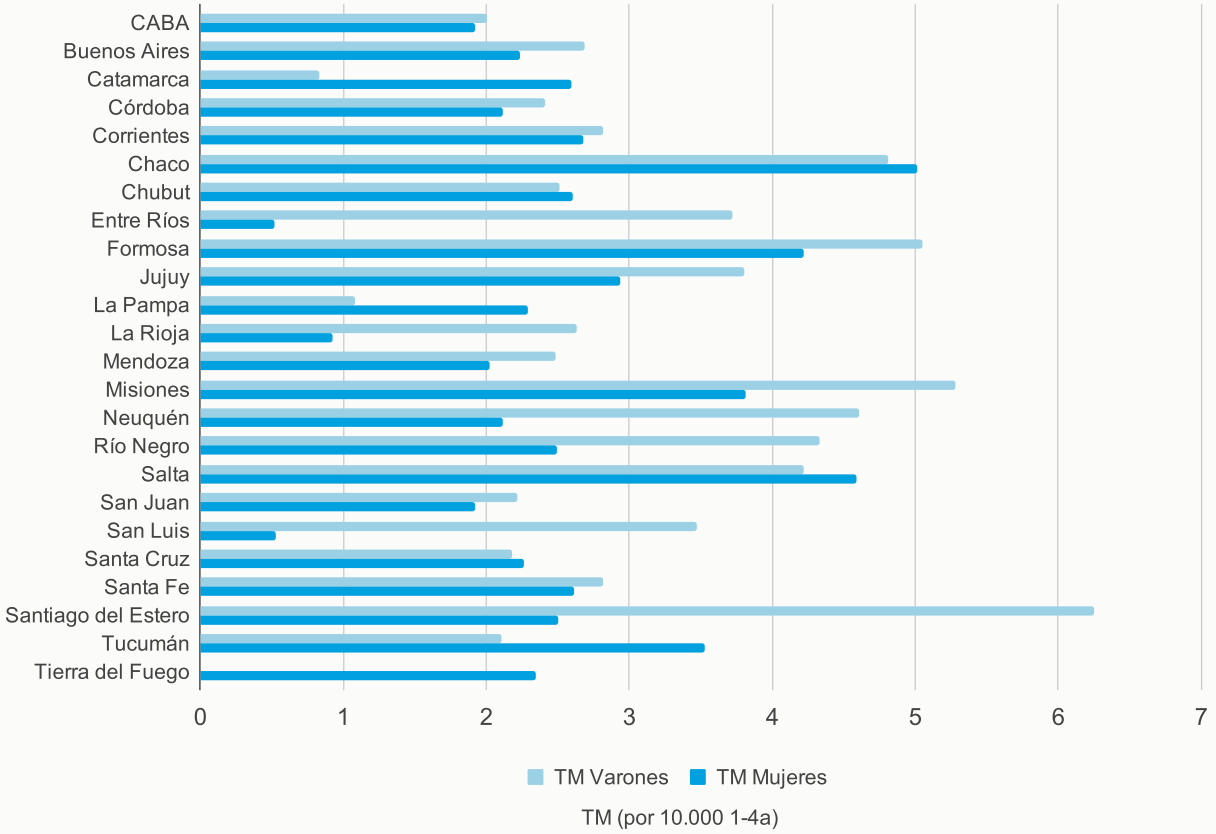
Figura 19. **Tasa de mortalidad de NN 1-4 años cada 10.000 según jurisdicciones. Argentina, 2024.**



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

En cuanto al sexo, en 15 jurisdicciones las tasas de mortalidad fueron similares entre varones y mujeres. Sin embargo, en 6 la mortalidad en varones superó a la de las mujeres, con diferencias particularmente marcadas en Entre Ríos (donde la tasa en varones fue 7 veces superior) y en San Luis (6 veces superior). Por el contrario, en 3 jurisdicciones la tasa en mujeres fue mayor, destacándose Catamarca con una tasa 3 veces mayor a la de los varones *(Figura 20)*.

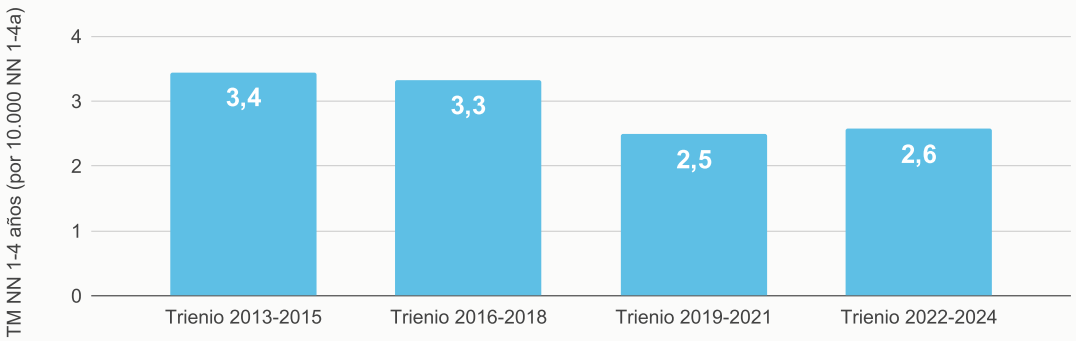
Figura 20. **Tasa de mortalidad en NN 1 - 4 años cada 10.000 según jurisdicciones y sexo. Argentina, 2024.**



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

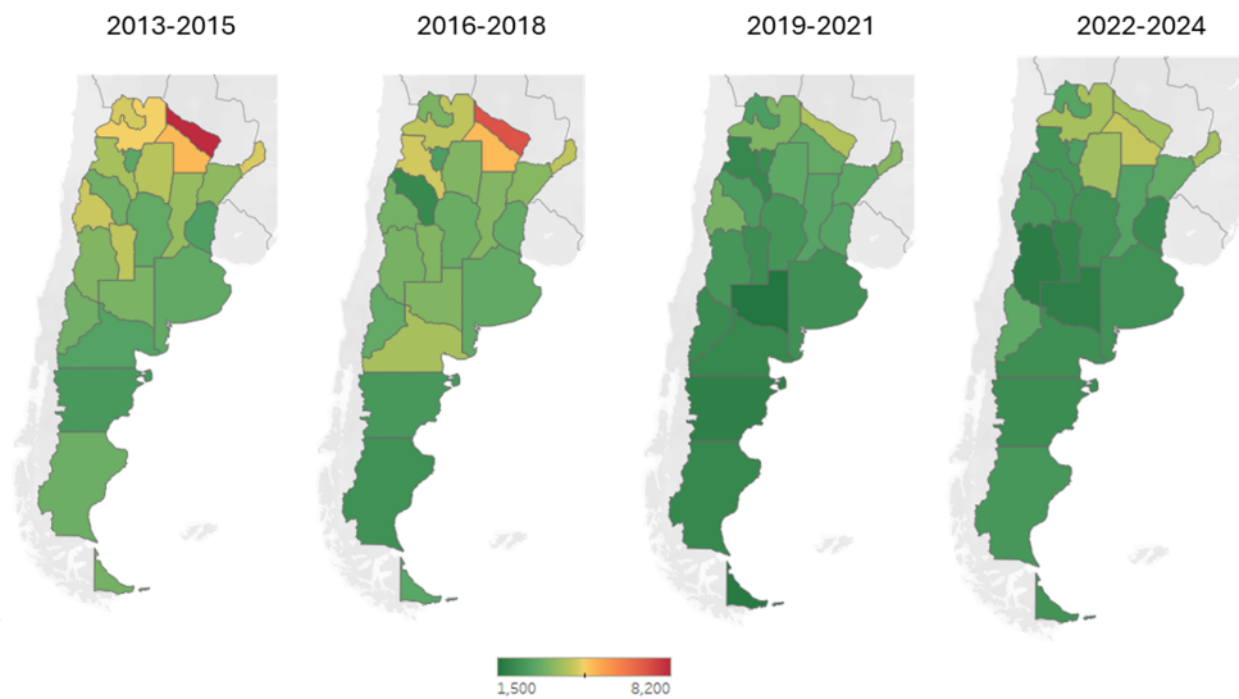
La tasa de mortalidad en NN 1-4 años mostró un descenso en la última década (Figura 21). No obstante, en el trienio 2022-2024, 14 jurisdicciones registraron tasas superiores a las del trienio precedente *(Figura 22)*.

Figura 21. **Tasa de mortalidad en NN 1-4 años cada 10.000 según trienios. Argentina, 2013-2024.**



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

Figura 22. **Tasa de mortalidad en NN 1-4 años cada 10.000 según jurisdicciones y trienios. Argentina, 2013-2024.**



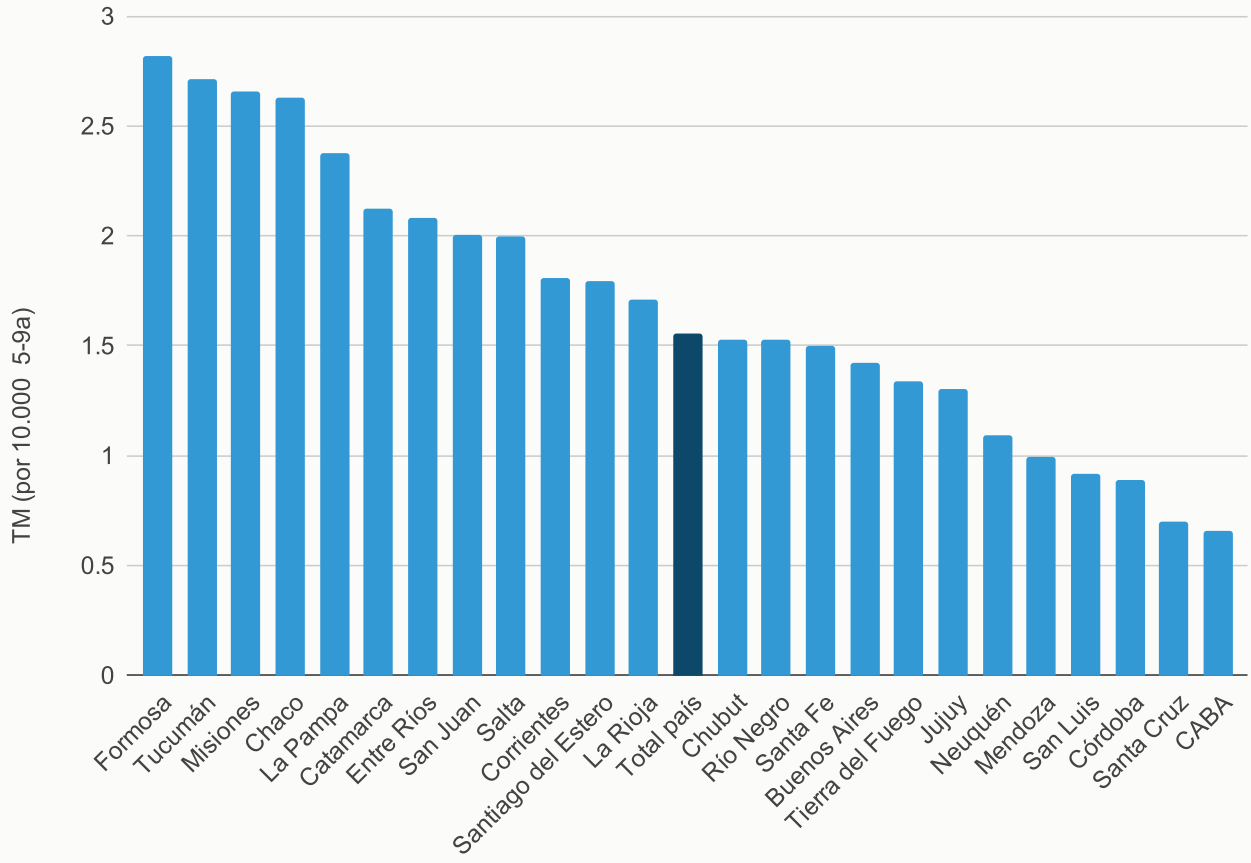
Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS.

Las causas externas representaron aproximadamente 1 de 4 muertes en este grupo, seguidas por las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, y demás causas definidas. Dentro de las causas externas, el ahogamiento y la sumersión accidental constituyeron la causa más frecuente (27 %), seguidos de otras causas externas de traumatismos accidentales (22 %) y los eventos de intención no determinada (20 %). En cuanto a las malformaciones congénitas, la mayor concentración de muertes se registró en el subgrupo de 1 a 2 años de edad, con predominio de las malformaciones congénitas del corazón.

Mortalidad en niños y niñas de 5 a 9 años

El grupo de 5 a 9 años registró 554 fallecimientos en 2024, con una tasa de mortalidad de 1,6 por cada 10.000 NN en ese grupo etario. Entre jurisdicciones, Formosa presentó el valor más alto (2,8 por cada 10.000 NN 5-9 años) y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el más bajo (0,7 por cada 10.000 NN 5-9 años), con una brecha de 4 veces entre ambos extremos *(Figura 23)*.

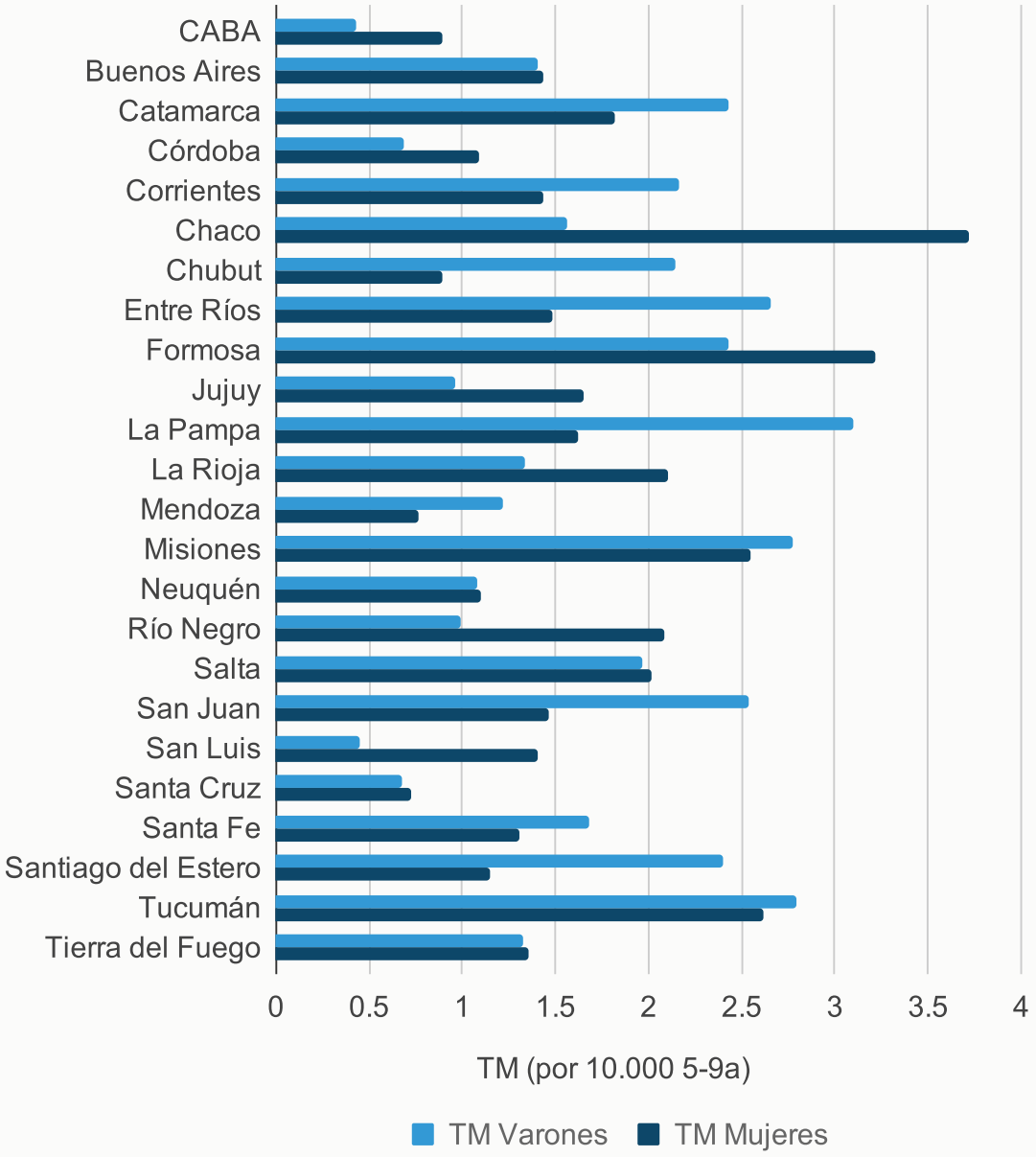
Figura 23. **Tasa de mortalidad de NN 5-9 años cada 10.000 según jurisdicciones. Argentina, 2024.**



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

La distribución por sexo mostró tasas similares en 10 jurisdicciones. En 7, los varones presentaron tasas más elevadas, con las diferencias más pronunciadas en Chubut y Santiago del Estero, donde la tasa masculina duplicó a la femenina. En otras 7 jurisdicciones ocurrió lo inverso, siendo San Luis la de mayor contraste, con una tasa en mujeres 3 veces superior a la de los varones *(Figura 24)*.

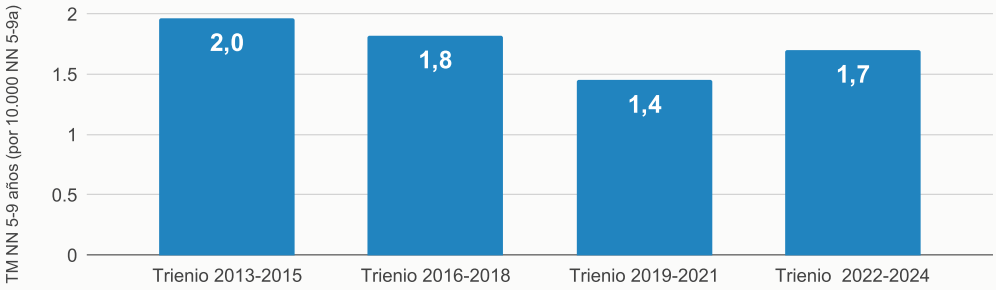
Figura 24. **Tasa de mortalidad en NN 5-9 años cada 10.000 según jurisdicciones y sexo. Argentina, 2024.**



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

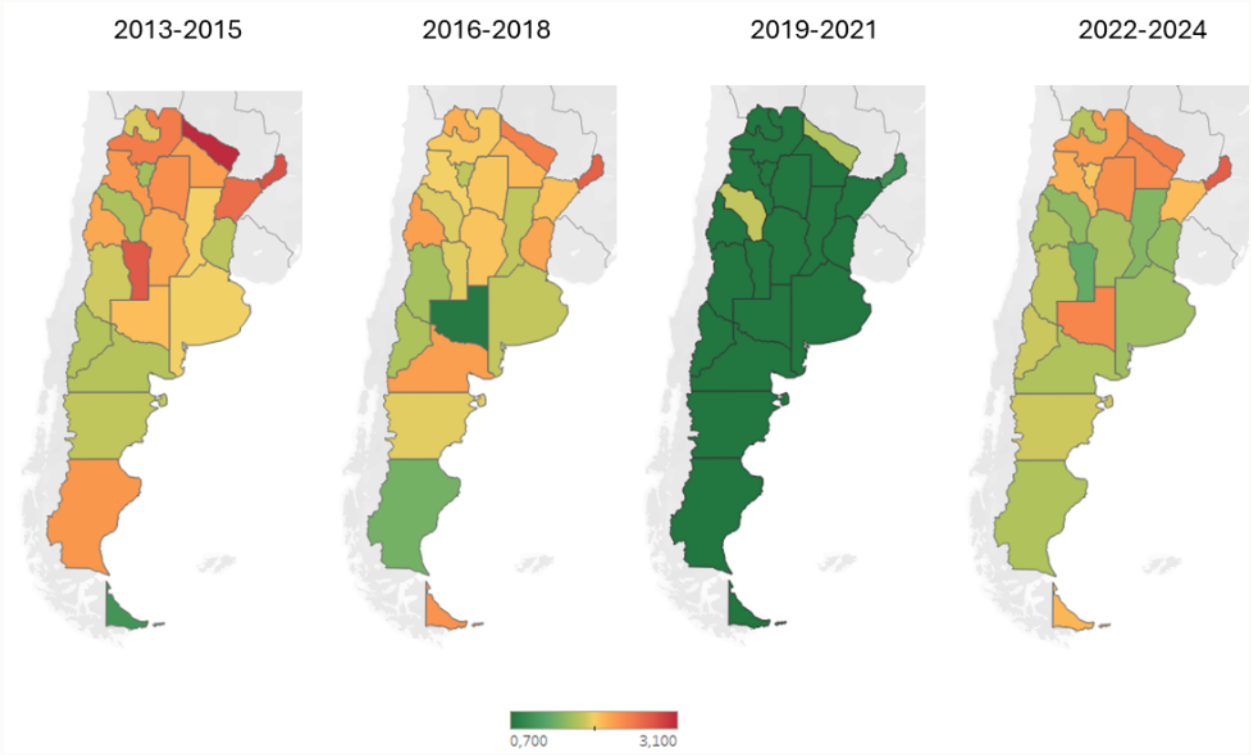
A diferencia de los grupos etarios menores, la tasa de mortalidad en NN 5-9 años se mantuvo relativamente estable a lo largo de la última década. El valor más bajo de la serie correspondió al trienio 2019-2021, pero en el período 2022-2024 las tasas retomaron niveles similares a los registrados previamente *(Figura 25)*, comportamiento que se replica en casi todas las jurisdicciones *(Figura 26)*.

Figura 25. **Tasa de mortalidad en NN 5-9 años cada 10.000 según trienios. Argentina, 2013-2024.**



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

Figura 26. **Tasa de mortalidad en NN 5-9 años cada 10.000 según jurisdicciones y trienios. Argentina, 2013-2024.**



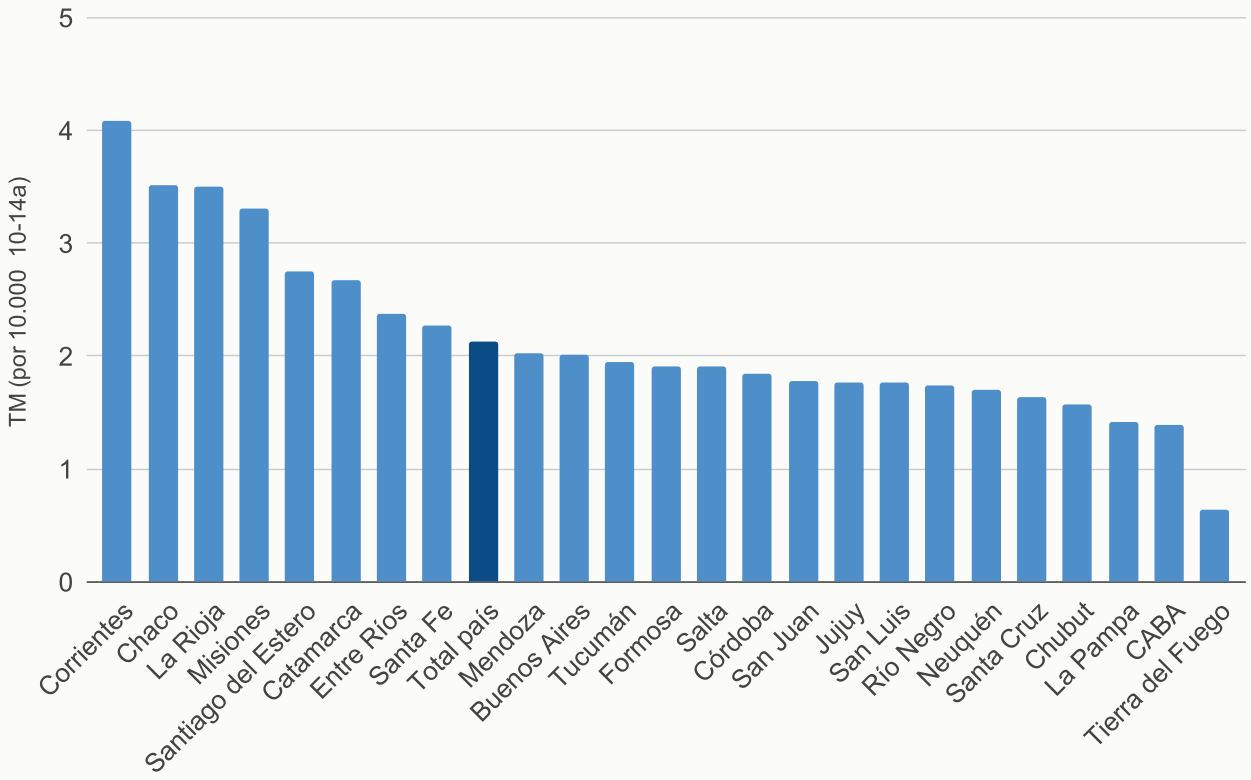
Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS.

Las muertes en este grupo etario estuvieron encabezadas por los tumores, las causas externas y las demás causas definidas. Entre los tumores, los tipos más frecuentes fueron las leucemias (43 %) y los tumores del encéfalo y otras partes del sistema nervioso central (27 %). Las causas externas, por su parte, estuvieron dominadas por los accidentes de tránsito (27 %), seguidos por otras causas de traumatismos accidentales (23 %) y los eventos de intención no determinada (19 %).

Mortalidad en adolescentes de 10 a 14 años

Con 814 fallecimientos en 2024, el grupo de 10 a 14 años presentó una tasa de mortalidad de 2,1 por cada 10.000 adolescentes. La dispersión entre jurisdicciones fue notable: mientras Corrientes alcanzó el valor más alto (4,1 por cada 10.000 adolescentes de 10-14 años), Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur registró el más bajo (0,6 por cada 10.000), con una brecha de casi 7 veces entre ambos extremos *(Figura 27)*.

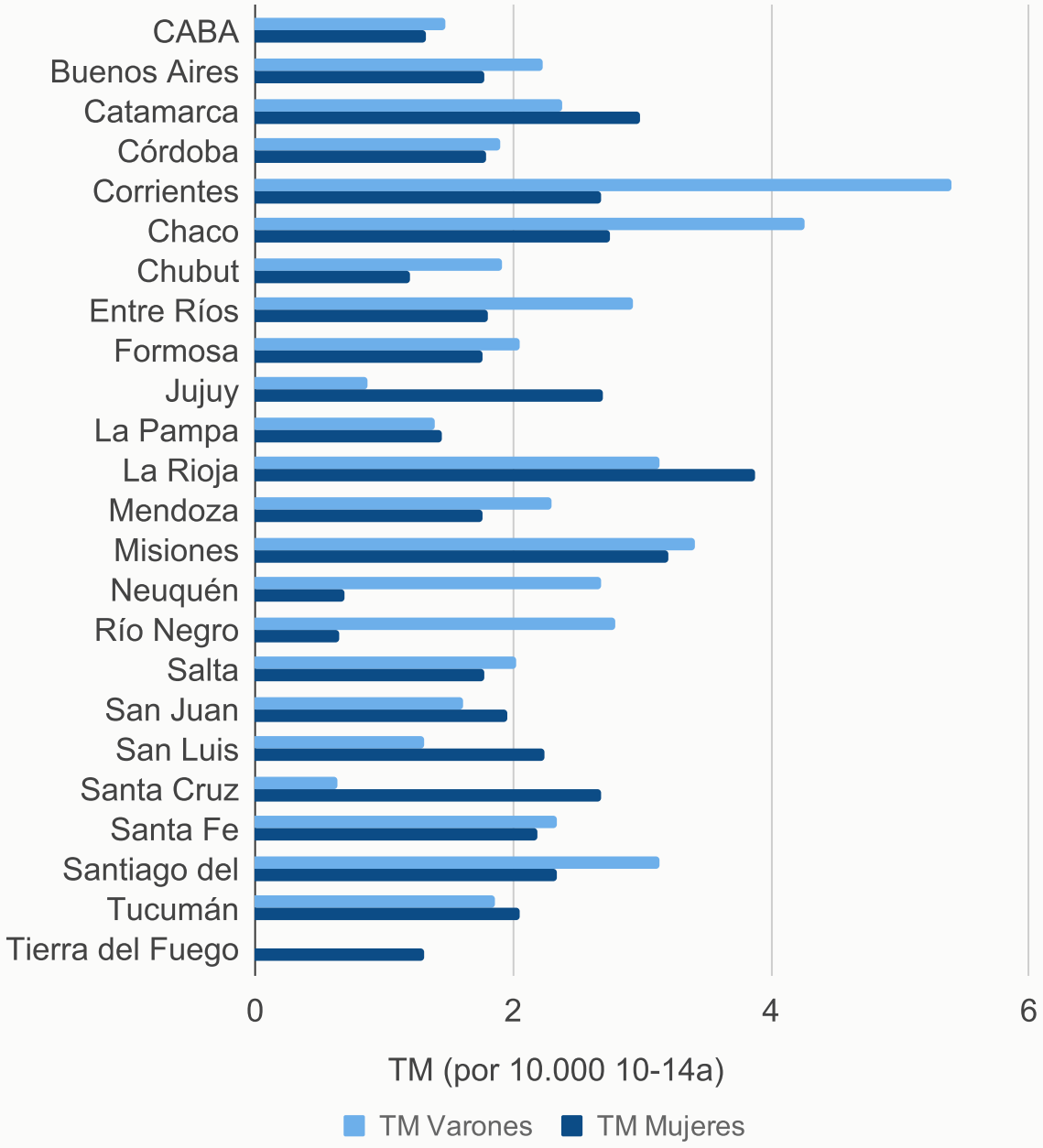
Figura 27. **Tasa de mortalidad de adolescentes de 10 a 14 años cada 10.000 según jurisdicciones. Argentina, 2024.**



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

En 18 jurisdicciones las tasas fueron similares entre sexos. Las diferencias más marcadas a favor de los varones se observaron en Río Negro y Neuquén (tasa cuádruple respecto de las mujeres) y en Corrientes (doble). En sentido contrario, Santa Cruz registró una tasa femenina 4 veces superior a la masculina y Jujuy, 3 veces superior. Cabe señalar que en Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur no se registraron fallecimientos en varones de este grupo, con solo una defunción en una adolescente mujer *(Figura 28)*.

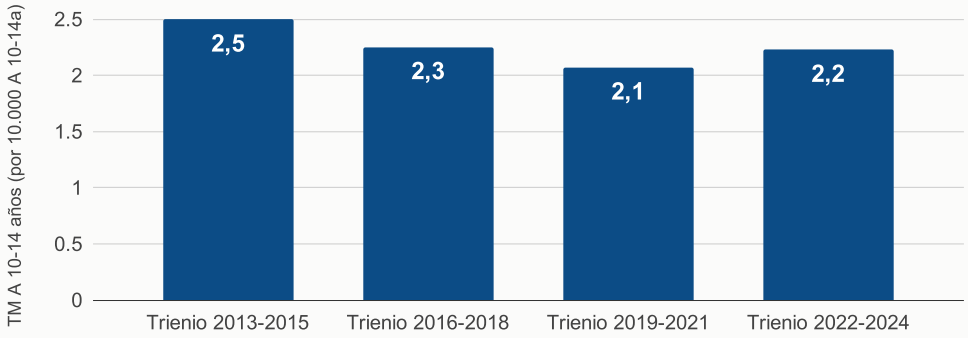
Figura 28. **Tasa de mortalidad en adolescentes de 10 a 14 años cada 10.000 según jurisdicciones y sexo. Argentina, 2024.**



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

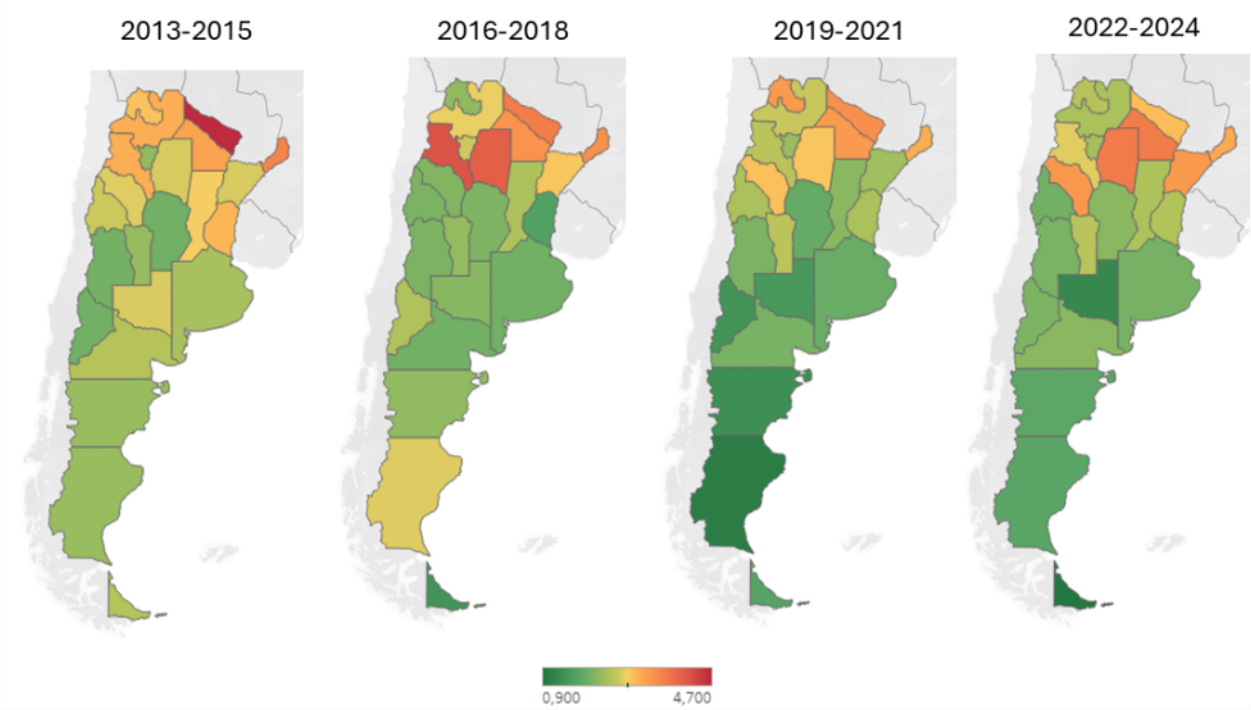
La tasa de mortalidad en este grupo se mantuvo estable a lo largo de la última década, aunque con variaciones entre jurisdicciones en distintos trienios *(Figuras 29 y 30).*

Figura 29. **Tasa de mortalidad en adolescentes de 10 a 14 años cada 10.000 según trienios. Argentina, 2013-2024.**



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

Figura 30. **Tasa de mortalidad en adolescentes entre 10 y 14 años cada 10.000 según jurisdicciones y trienios. Argentina, 2013-2024.**



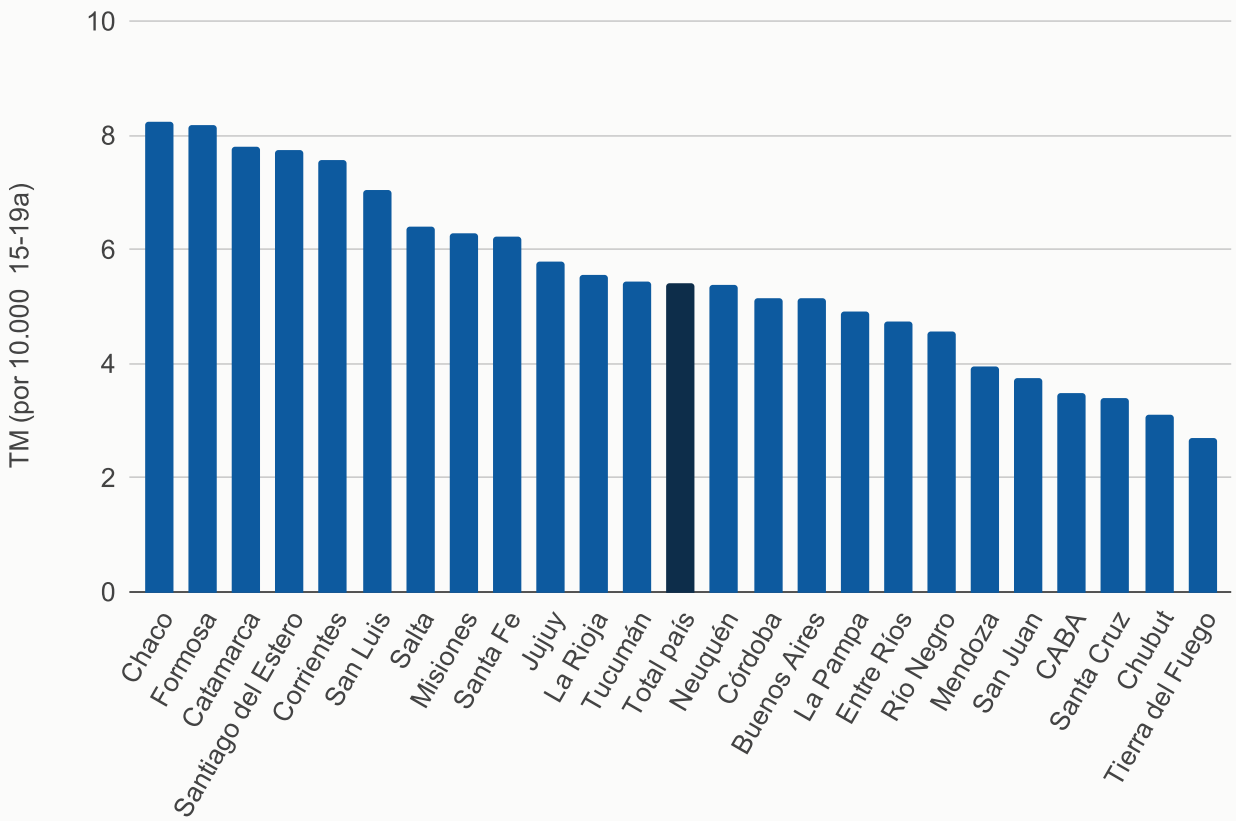
Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS.

Las causas externas encabezaron las muertes en este grupo, seguidas por los tumores y las demás causas definidas. Entre las causas externas, los eventos de intención no determinada representaron la mayor proporción (25 %), seguidos por el suicidio (23 %) y los accidentes de tránsito (18 %). En los tumores, las leucemias fueron la causa más frecuente (40 %), seguidas por los tumores del encéfalo y otras partes del sistema nervioso central (18 %).

Mortalidad en adolescentes de 15 a 19 años

Con 1.995 fallecimientos en 2024 y una tasa de 5,4 por cada 10.000 adolescentes, el grupo de 15 a 19 años concentró el segundo lugar en proporción de muertes dentro de los NNyA. La mortalidad en la adolescencia tardía presentó un perfil heterogéneo entre jurisdicciones: Chaco y Formosa encabezaron la serie con las tasas más elevadas (8,2 por cada 10.000) y Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur registró la más baja (2,7 por cada 10.000), con una brecha de 3 veces entre ambos extremos *(Figura 31)*.

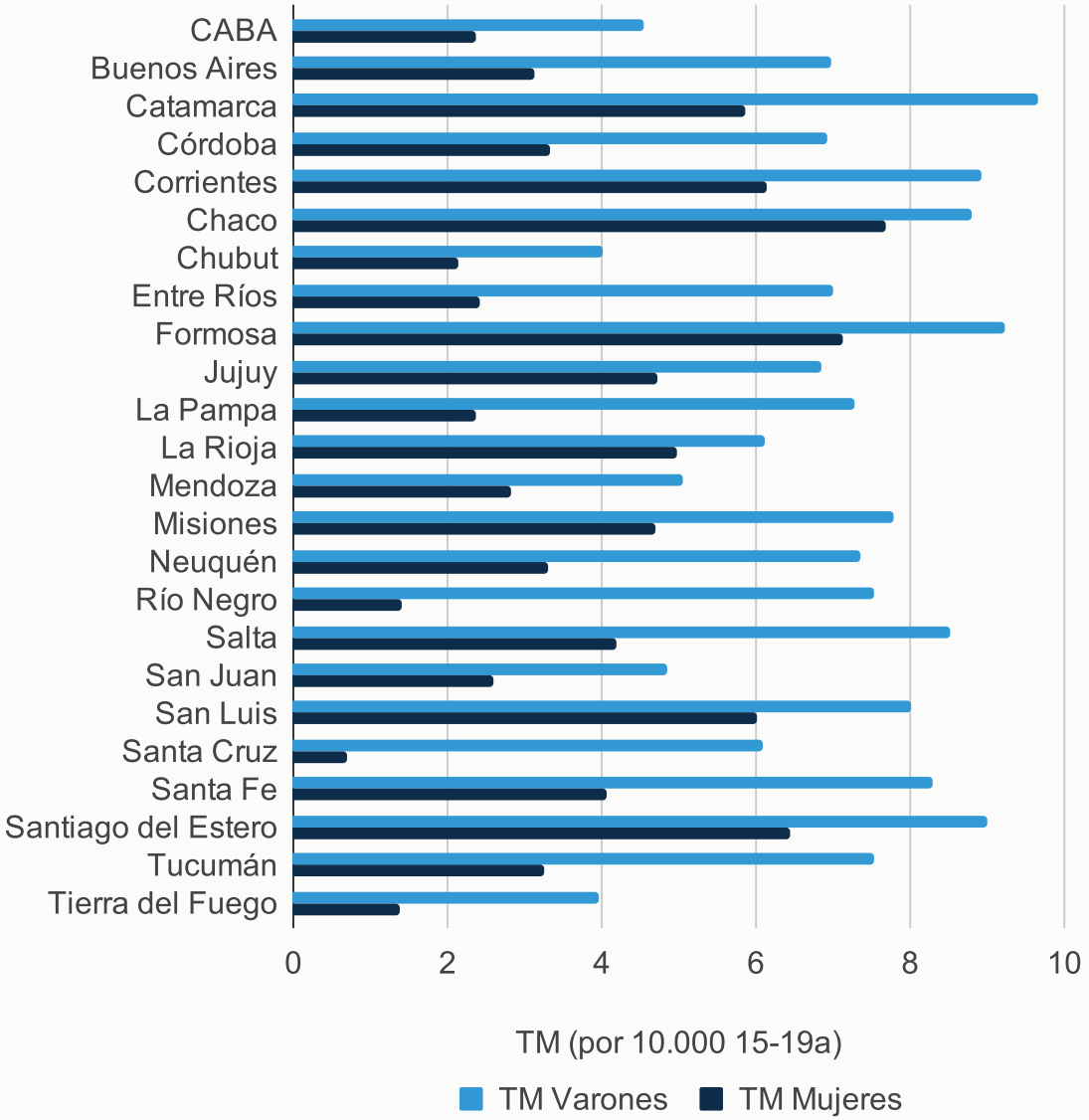
Figura 31. **Tasa de mortalidad de adolescentes de 15 a 19 años cada 10.000 según jurisdicciones. Argentina, 2024.**



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

A diferencia de los grupos etarios anteriores, la brecha por sexo en este grupo fue consistente en todo el país: en las 24 jurisdicciones la tasa de mortalidad en varones superó a la de las mujeres en al menos un 15%. Las razones más extremas se registraron en Santa Cruz (casi 9 veces superior), Río Negro (5 veces) y La Pampa y Entre Ríos (3 veces) *(Figura 32)*.

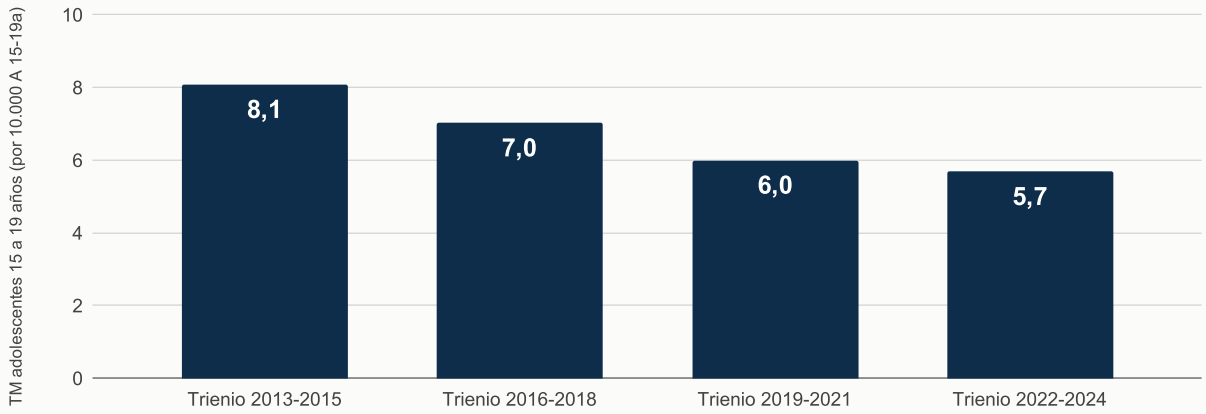
Figura 32. **Tasa de mortalidad en adolescentes de 15 a 19 años cada 10.000 según jurisdicciones y sexo. Argentina, 2024.**



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

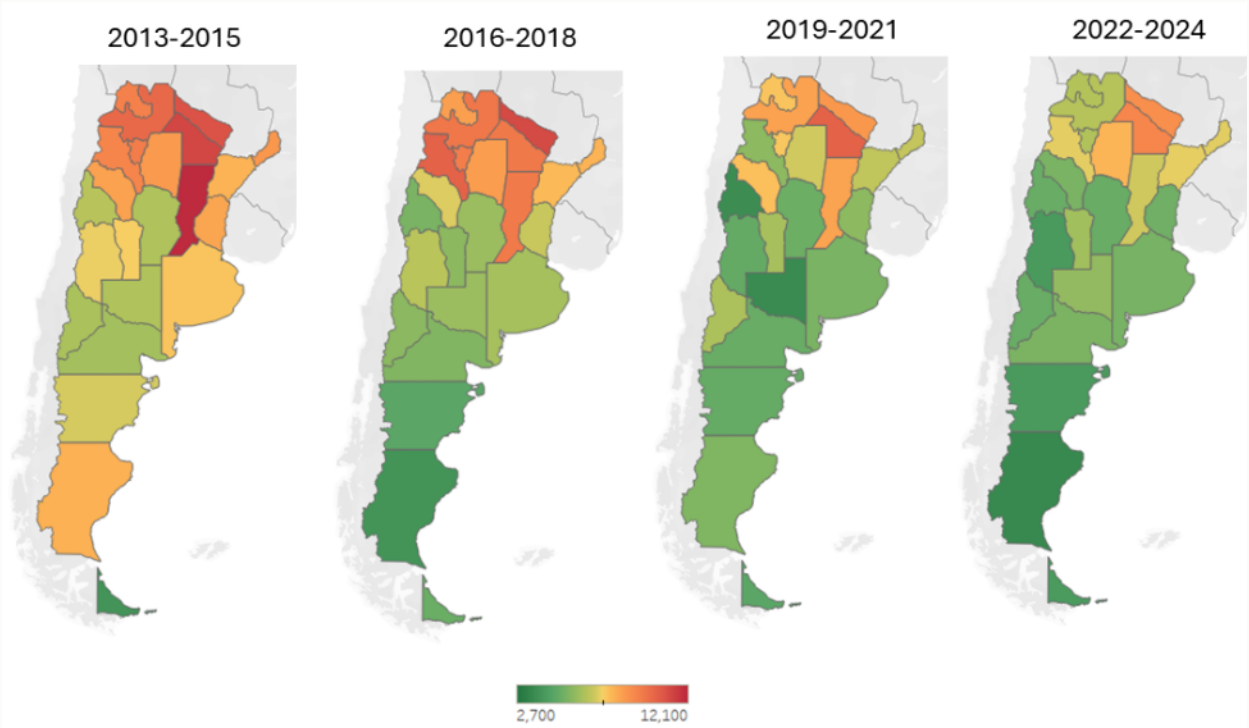
La tasa de mortalidad en este grupo mostró un descenso progresivo a lo largo de la última década, caracterizado por una reducción paulatina de aproximadamente un punto por trienio desde principios de los años 2010 *(Figura 33)*. En el último trienio 2022-2024, ese ritmo de descenso se atenuó respecto del período precedente. A nivel jurisdiccional, si bien la mayoría registró una reducción en sus tasas, 7 mostraron un aumento al comparar los dos últimos trienios *(Figura 34)*.

Figura 33. **Tasa de mortalidad en adolescentes de 15 a 19 años cada 10.000 según trienios. Argentina, 2013-2024.**



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

Figura 34. **Tasa de mortalidad en adolescentes entre 15 y 19 años cada 10.000 según jurisdicciones y trienios. Argentina, 2013-2024.**



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

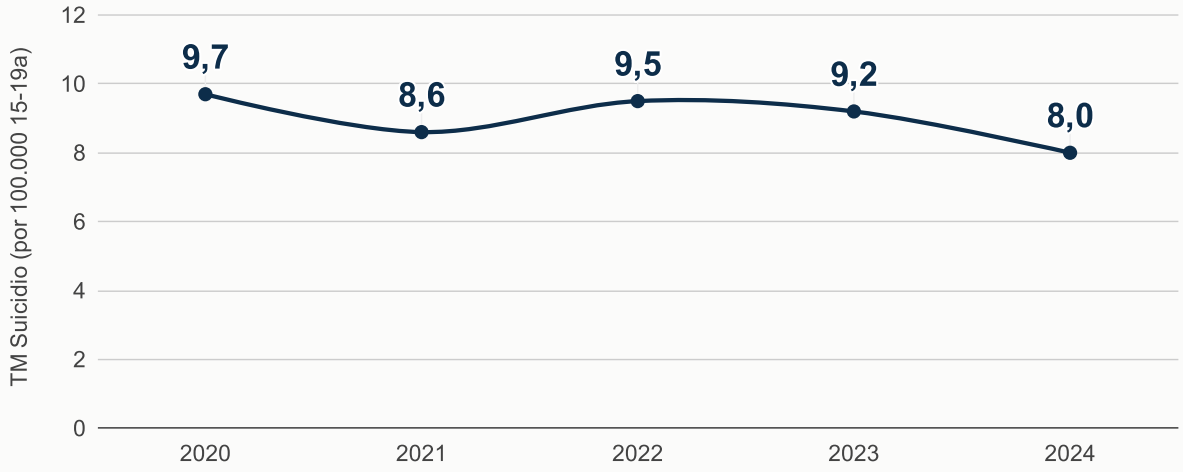
Las causas externas concentraron más de la mitad de las muertes en la adolescencia tardía. Los tumores ocuparon el segundo lugar, con aproximadamente 1 de cada 10 defunciones, siendo las leucemias (25%) y los tumores del encéfalo y otras partes del sistema nervioso central (14%) las formas más frecuentes, representando entre ambas alrededor de la mitad de los casos en esa categoría.

Dada la magnitud de su carga asociada, las causas externas merecen un análisis más detallado. El suicidio fue la principal causa de muerte dentro de este grupo (294 casos; 28%), seguido por los eventos de intención no determinada (243 casos; 24%) y los accidentes de tránsito (240; 23%). También en este grupo etario se registró la mayor cantidad de homicidios en NNyA (92 casos; 9%).

Suicidio

En 2024 se registraron 294 suicidios en adolescentes de 15 a 19 años. La tasa de mortalidad por esta causa describió una dinámica fluctuante con tendencia al descenso en el período 2020-2024, alcanzando en 2024 el valor más bajo de la serie *(Figura 35)*.

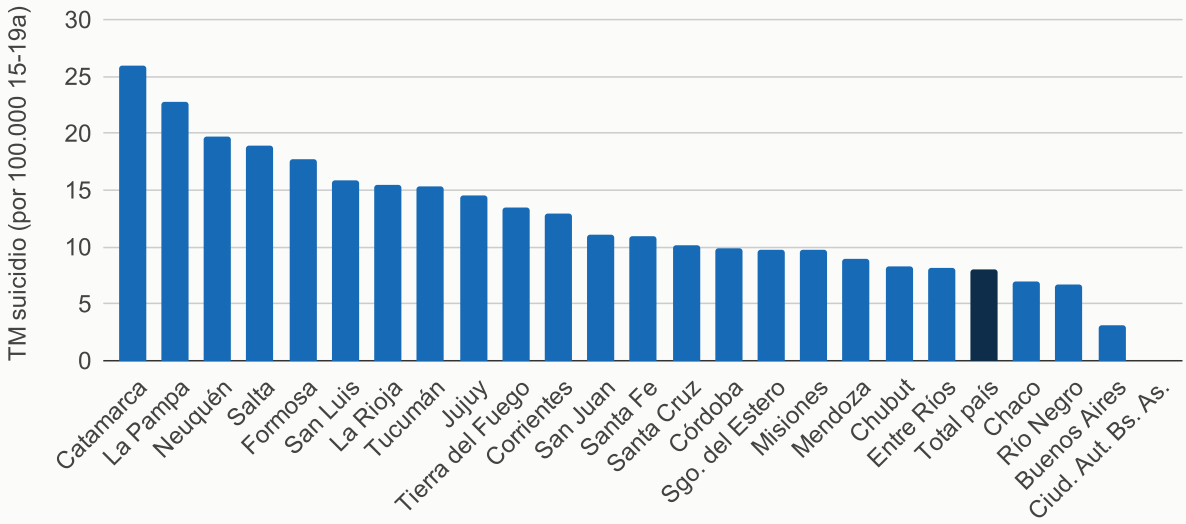
Figura 35. **Tendencia en la tasa de mortalidad por suicidio en adolescentes de 15 a 19 años cada 100.000. Argentina, 2020-2024.**



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

La distribución jurisdiccional evidenció marcadas diferencias: Catamarca registró la tasa más elevada (26 suicidios por cada 100.000 adolescentes de 15 a 19 años), en tanto la provincia de Buenos Aires presentó la más baja (3,1 por cada 100.000). En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires no se registraron suicidios en 2024 *(Figura 36)*.

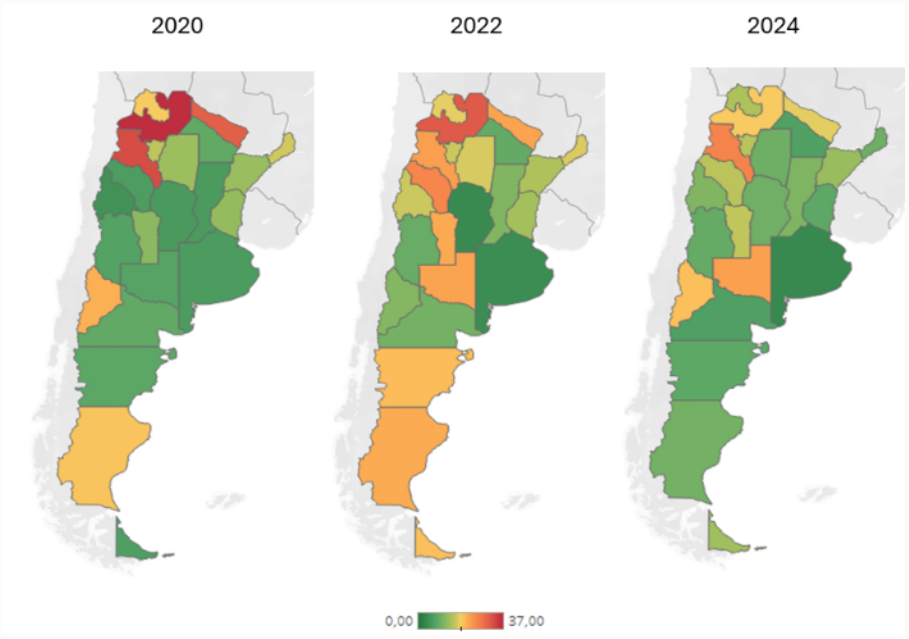
Figura 36. **Tasa de mortalidad por suicidio en adolescentes de 15 a 19 años cada 100.000 según jurisdicción. Argentina, 2024.**



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

Esa heterogeneidad se mantuvo a lo largo del período analizado pese a la tendencia general al descenso, aunque en algunas jurisdicciones la tasa de mortalidad por suicidio aumentó en 2024 respecto de años anteriores *(Figura 37).*

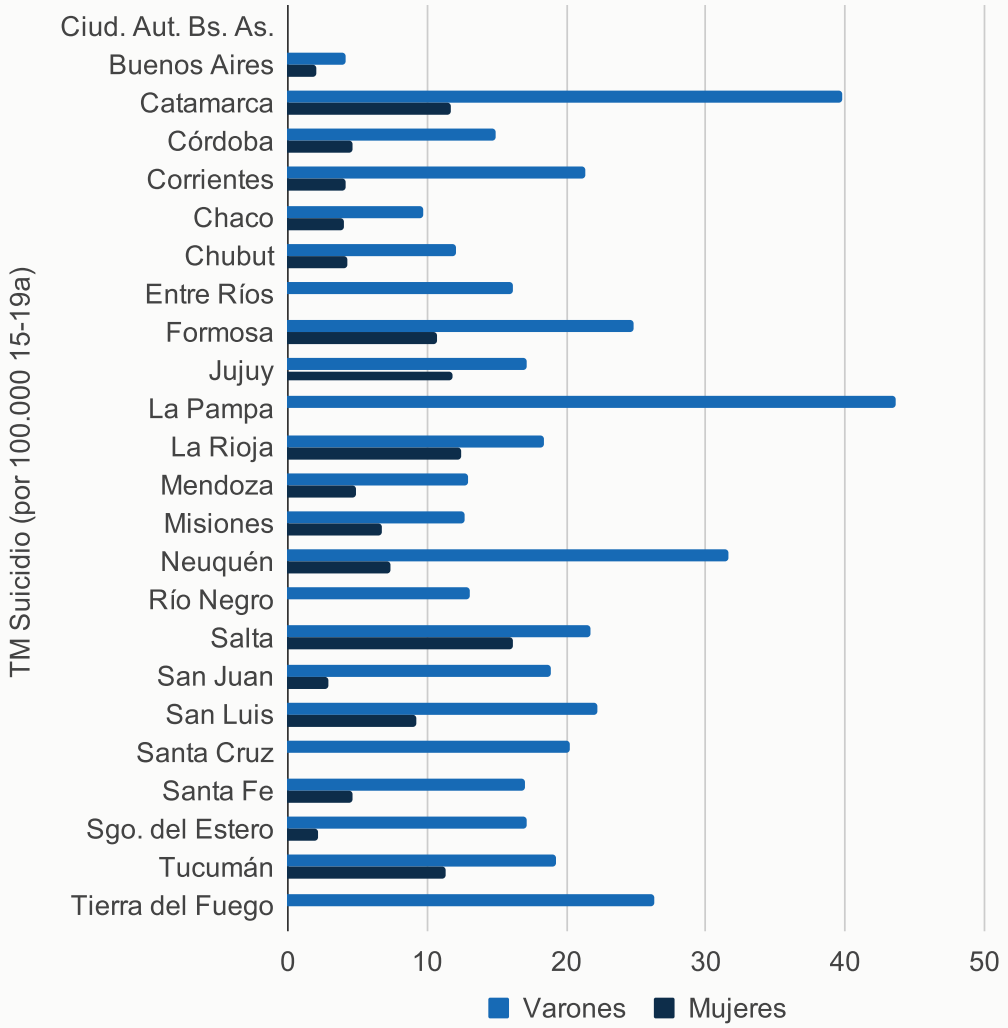
Figura 37. **Tasa de mortalidad por suicidio en adolescentes entre 15 y 19 años cada 100.000 según jurisdicciones y años seleccionados. Argentina, 2020, 2022 y 2024.**



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

La mortalidad por suicidio fue más alta en varones que en mujeres en la totalidad de las jurisdicciones que registraron muertes por esta causa. Las razones más elevadas correspondieron a Santiago del Estero (casi 8 veces superior), San Juan (casi 7 veces) y Corrientes (5 veces). En Entre Ríos, La Pampa, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur no se registraron suicidios en mujeres en 2024 *(Figura 38)*.

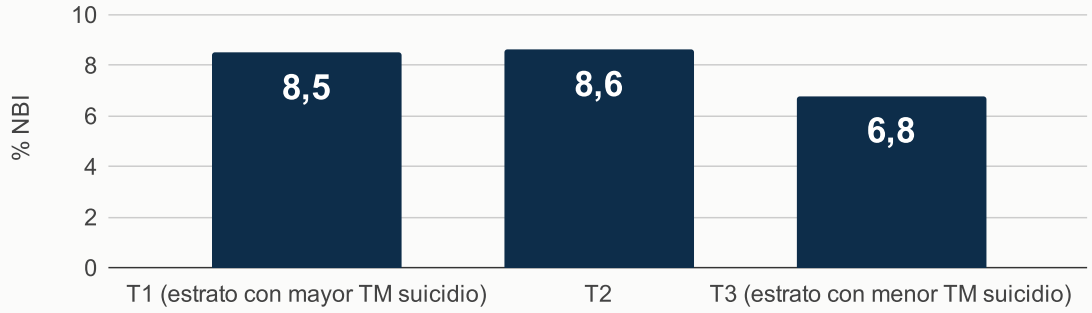
Figura 38. **Tasa de mortalidad por suicidio en adolescentes de 15 a 19 años cada 100.000 según jurisdicciones y sexo. Argentina, 2024.**



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

La distribución de la mortalidad por suicidio según necesidades básicas insatisfechas (NBI), indicador de pobreza estructural y vulnerabilidad socioeconómica, muestra que las jurisdicciones con las tasas más elevadas de suicidio adolescente presentan también la mayor proporción de hogares con NBI, mientras que las de tasas más bajas concentran la menor proporción *(Figura 39)*.

Figura 39. **Proporción de necesidades básicas insatisfechas según estratos de mortalidad por suicidio adolescente. Argentina, 2022 y 2024.**

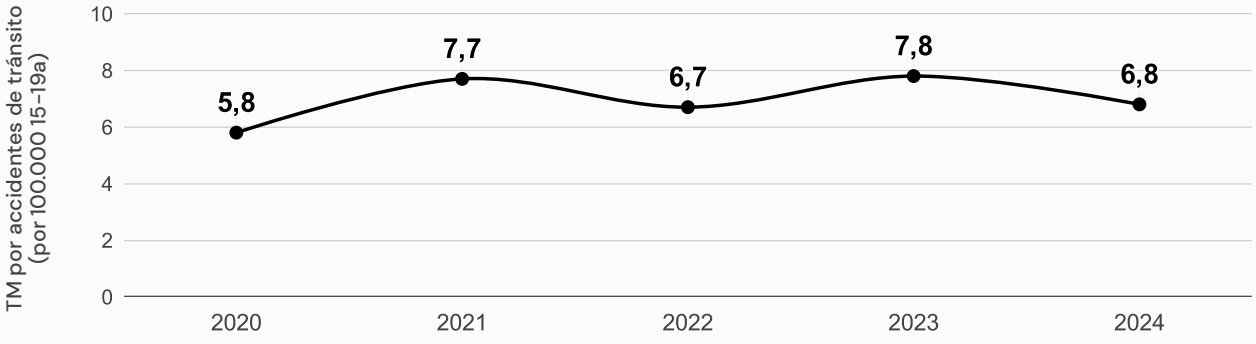


Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS y el INDEC.

Accidentes de tránsito

Los accidentes de tránsito causaron 240 muertes en adolescentes de 15 a 19 años durante 2024. A diferencia de la mortalidad por suicidio, cuya tendencia fue descendente, la tasa por esta causa describió una trayectoria ascendente en el período 2020-2024, con el valor más alto de la serie registrado en 2023 *(Figura 40).*

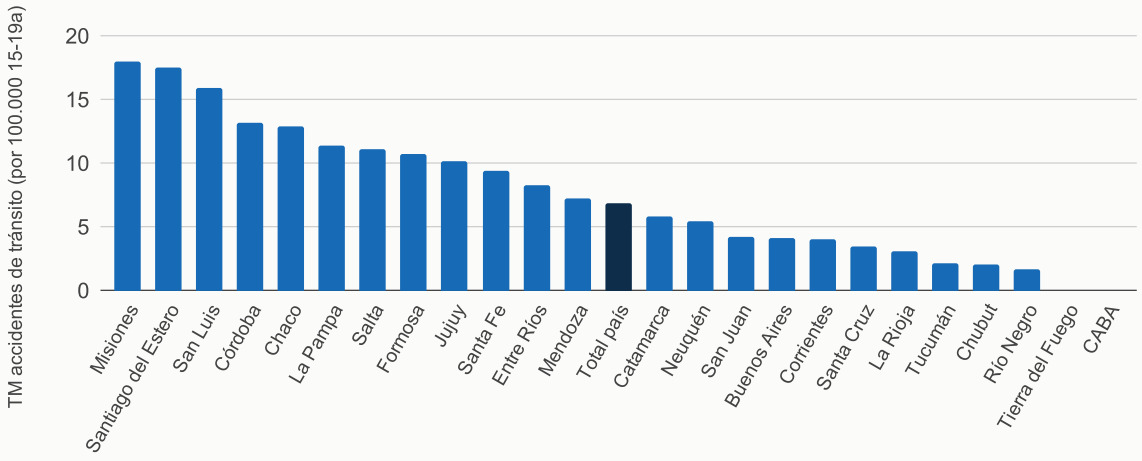
Figura 40. **Tendencia en la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito en adolescentes de 15 a 19 años cada 100.000. Argentina, 2020-2024.**



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

Entre jurisdicciones, la dispersión fue pronunciada: Misiones encabezó la serie con la tasa más elevada (17,9 por cada 100.000 adolescentes de 15 a 19 años), mientras que Río Negro registró la más baja entre las jurisdicciones con muertes reportadas (1,7 por cada 100.000). La Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur no registraron muertes por esta causa en 2024 *(Figura 41).*

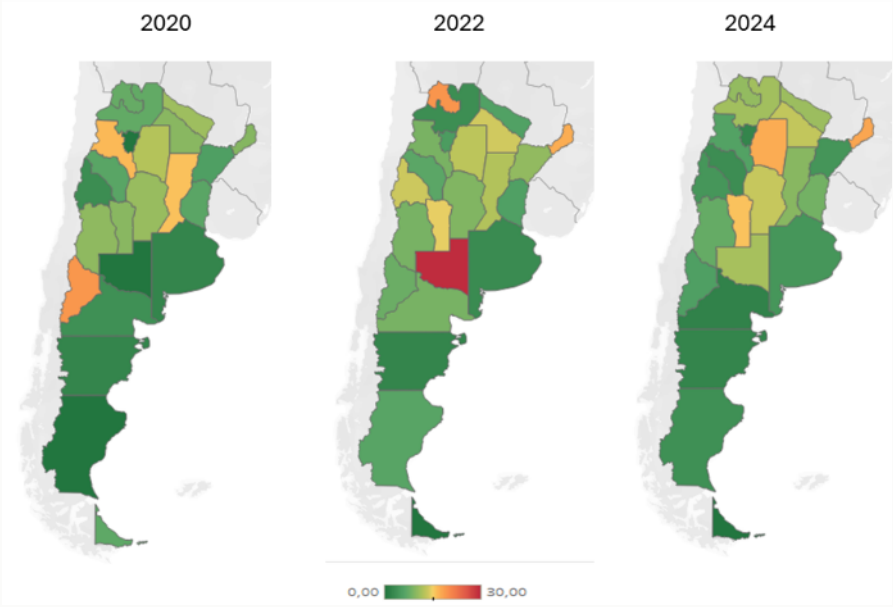
Figura 41. **Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito en adolescentes de 15 a 19 años cada 100.000 según jurisdicción. Argentina, 2024.**



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

La evolución de las tasas a nivel jurisdiccional no muestra un patrón uniforme a lo largo del período 2020-2024: algunas jurisdicciones registraron aumentos sostenidos, otras describen trayectorias oscilantes, y en varias el problema emergió en años recientes tras períodos sin muertes registradas. Esa heterogeneidad dificulta identificar una tendencia común y sugiere que los factores determinantes operan de manera diferencial según el territorio *(Figura 42)*.

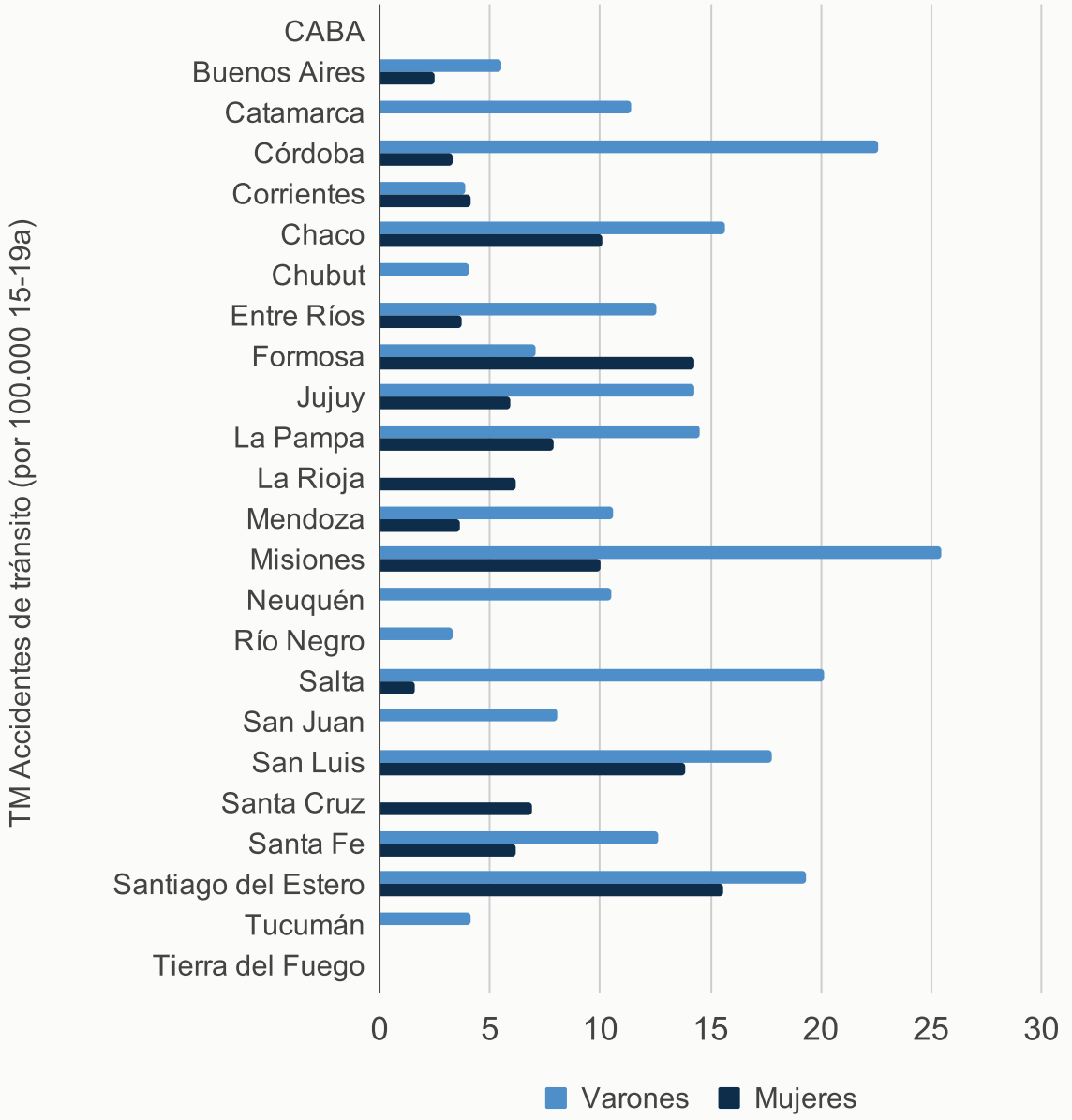
Figura 42. **Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito en adolescentes entre 15 y 19 años cada 100.000 según jurisdicciones y años seleccionados. Argentina, 2020, 2022 y 2024.**



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

La mortalidad por accidentes de tránsito afectó predominantemente a varones en casi todas las jurisdicciones con muertes registradas. Las brechas más extremas se observaron en Salta, donde la tasa masculina fue 12 veces superior a la femenina, y en Córdoba, casi 7 veces superior. Formosa fue la única jurisdicción donde la relación se invirtió. En Catamarca, Chubut, Neuquén, Río Negro, San Juan y Tucumán no se registraron muertes en mujeres, mientras que en La Rioja no hubo muertes en varones *(Figura 43).*

Figura 43. **Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito en adolescentes de 15 a 19 años cada 100.000 según jurisdicciones y sexo. Argentina, 2024.**

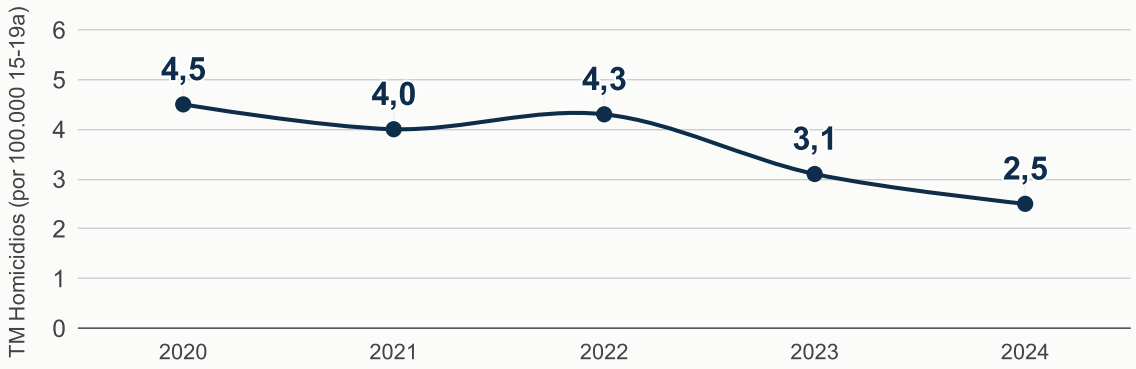


Fuente: elaboración propia en base a datos de la DEIS.

Homicidios

Con 92 casos, los homicidios representaron la mayor carga de muertes por esta causa en el conjunto de los NNyA, concentrada en el grupo de 15 a 19 años. La tasa mostró una tendencia descendente en el período 2020-2024, alcanzando en 2024 su valor mínimo (2,5 homicidios por cada 100.000 adolescentes de 15 a 19 años) *(Figura 44)*.

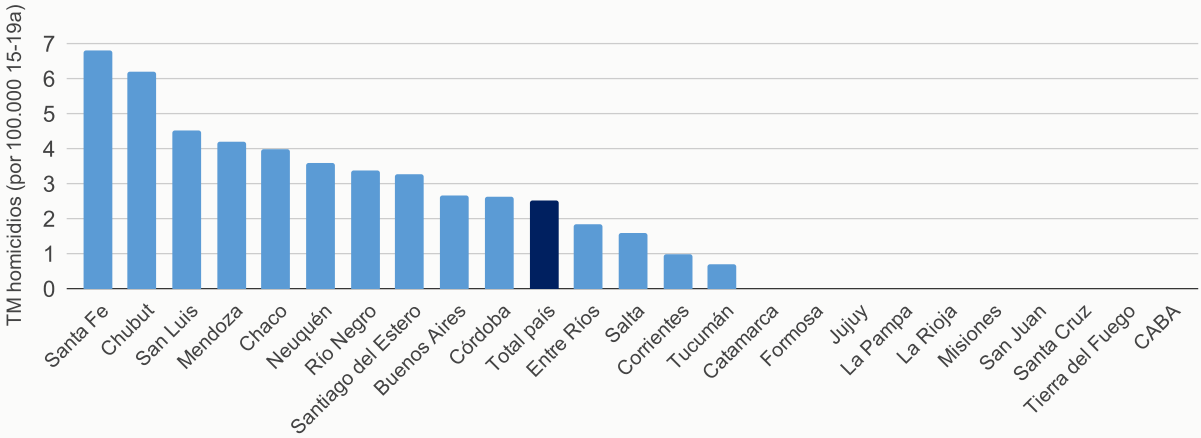
Figura 44. **Tendencia en la tasa de mortalidad por homicidios en adolescentes de 15 a 19 años cada 100.000. Argentina, 2020-2024.**



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

La distribución por jurisdicciones resultó marcadamente polarizada: mientras 10 jurisdicciones no registraron ningún homicidio en adolescentes de este grupo durante 2024, Santa Fe encabezó la serie con la tasa más elevada (6,8 por cada 100.000 adolescentes de 15 a 19 años) *(Figura 45)*.

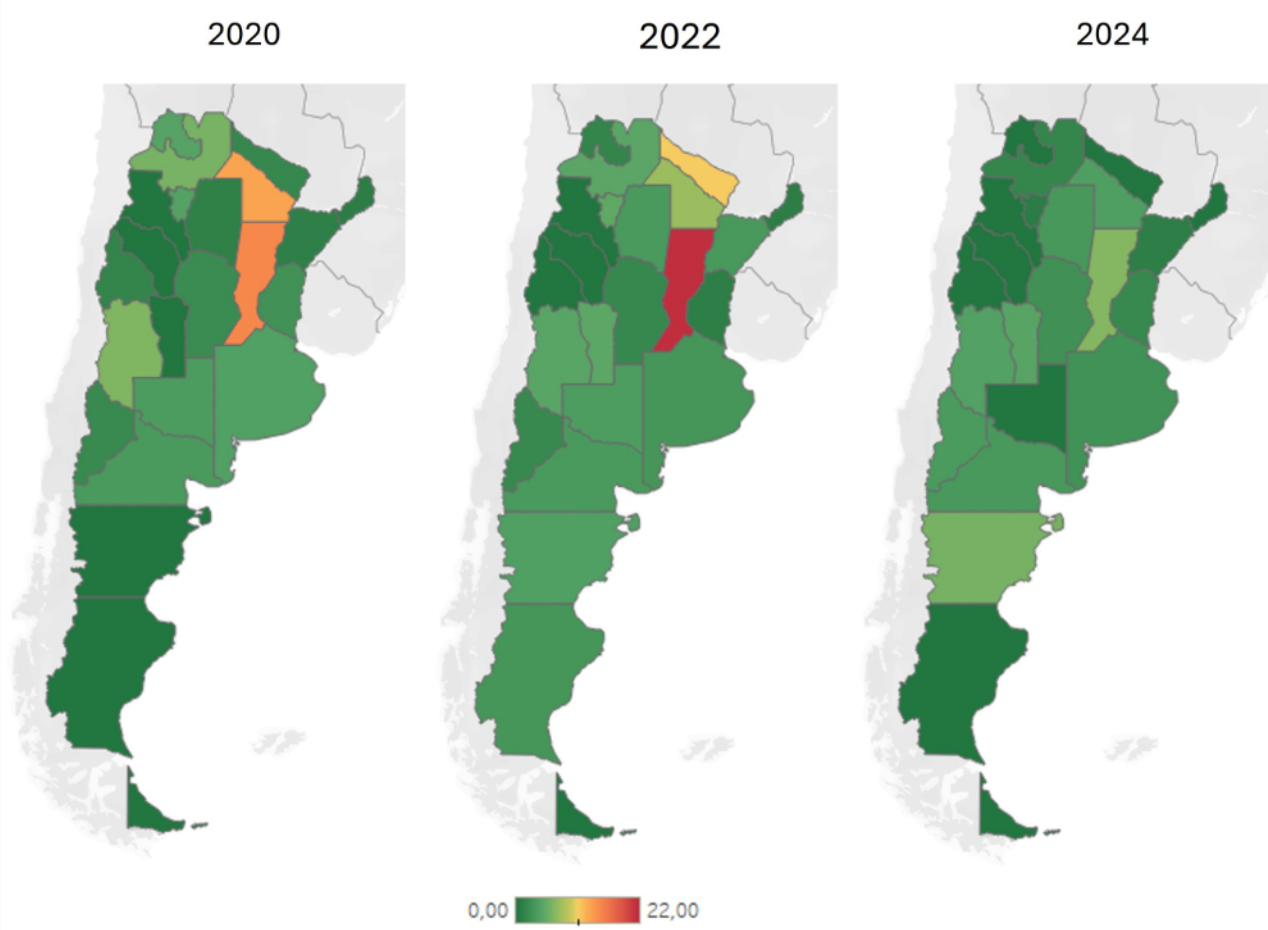
Figura 45. **Tasa de mortalidad por homicidio en adolescentes de 15 a 19 años cada 100.000 según jurisdicción. Argentina, 2024.**



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

En el período analizado se observó una reducción en las jurisdicciones donde los homicidios de adolescentes representaban la carga más elevada, con descensos notorios en Santa Fe y Chaco *(Figura 46)*.

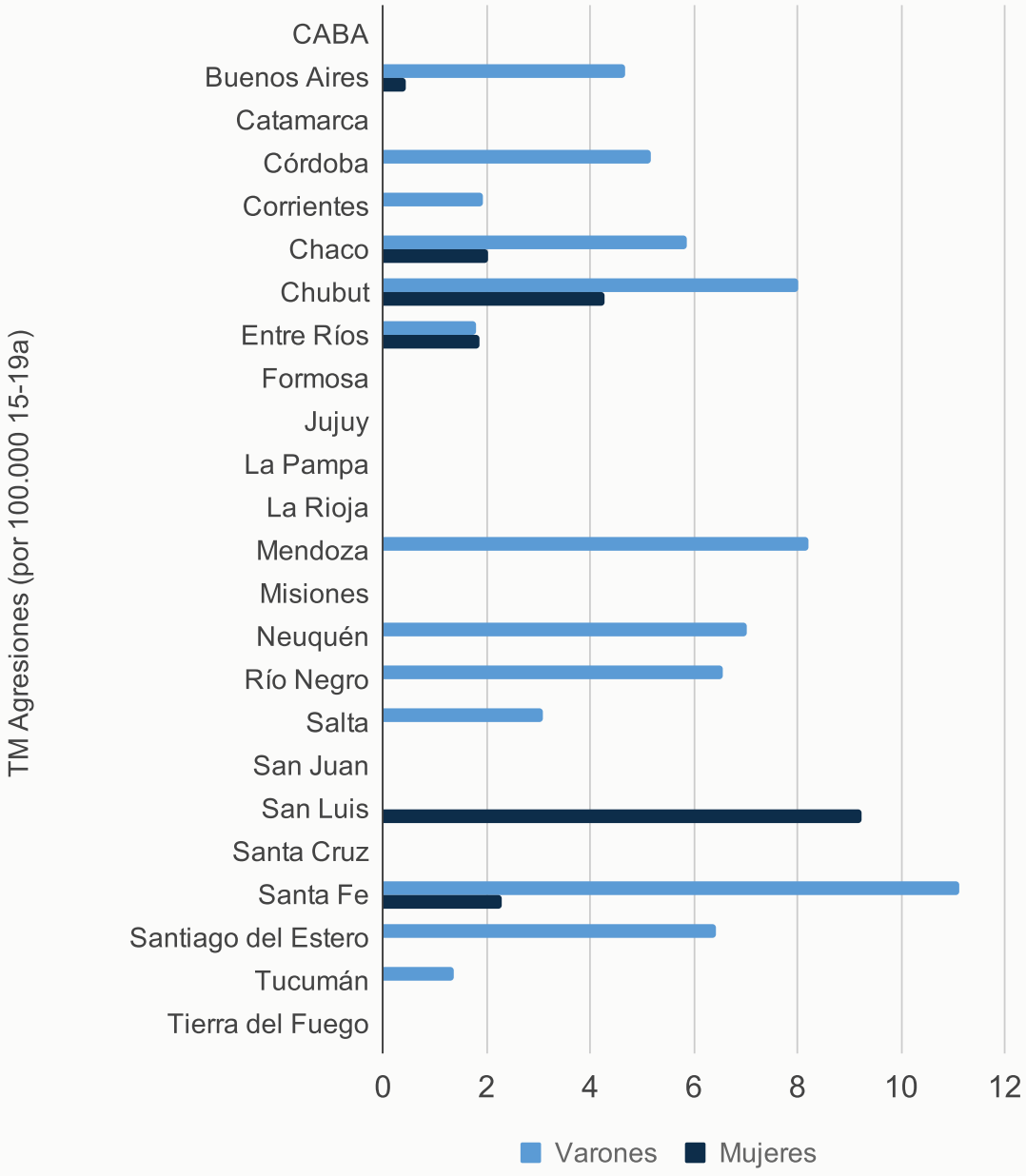
Figura 46. **Tasa de mortalidad por homicidios en adolescentes entre 15 y 19 años cada 100.000 según jurisdicciones y años seleccionados. Argentina, 2020, 2022 y 2024.**



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

En las jurisdicciones con muertes registradas, los homicidios afectaron casi exclusivamente a varones o presentaron un marcado predominio masculino. Buenos Aires registró la brecha más extrema (tasa en varones 10 veces superior a la de las mujeres), seguida por Santa Fe con una razón de casi 5 veces. San Luis constituyó la única excepción, con homicidios registrados únicamente en adolescentes mujeres *(Figura 47)*.

Figura 47. **Tasa de mortalidad por homicidio en adolescentes de 15 a 19 años cada 100.000 según jurisdicciones y sexo. Argentina, 2024.**



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

Eventos de intención no determinada

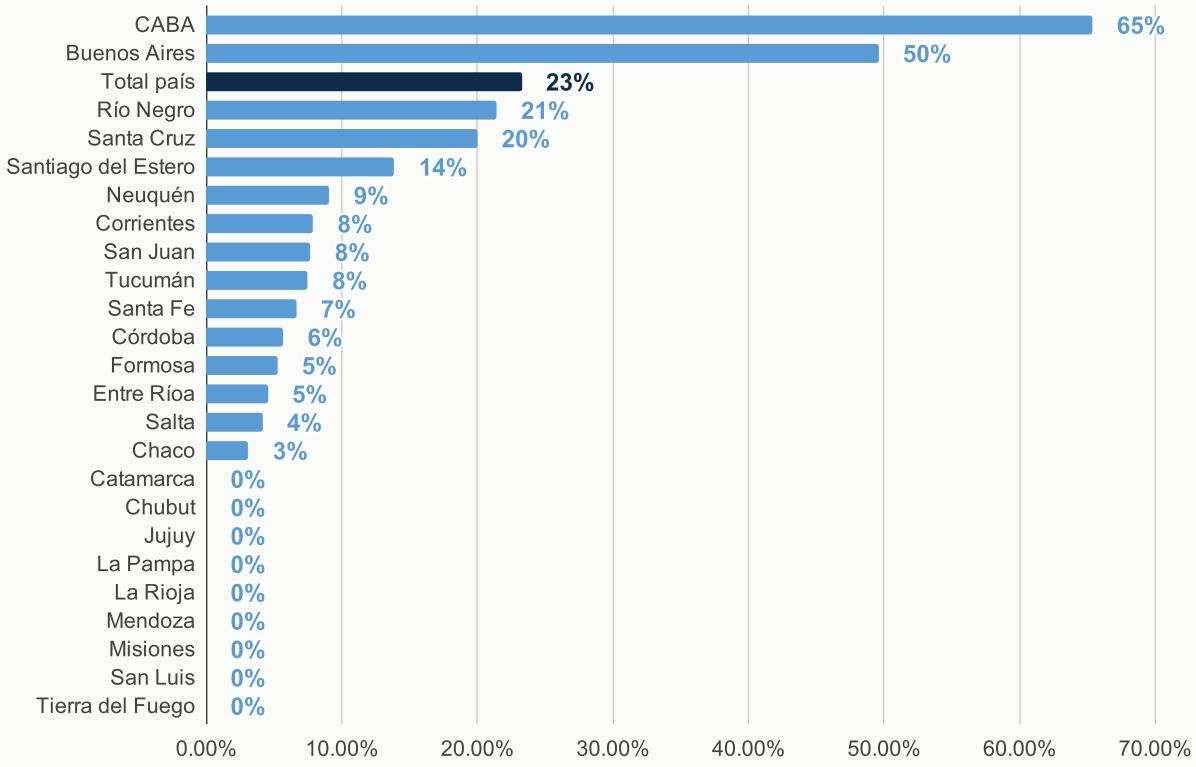
Los eventos de intención no determinada son aquellos en los que el médico certificante no dispone de elementos suficientes para establecer si la muerte por causa externa fue

accidental, homicida o autoinfligida. Más allá de su valor como categoría epidemiológica, este indicador refleja indirectamente la calidad del proceso de certificación de defunciones: una proporción elevada de muertes sin intencionalidad determinada limita la capacidad de caracterizar con precisión el perfil de mortalidad por causas externas y, con ello, de orientar intervenciones preventivas específicas.

En el grupo de 15 a 19 años, los eventos de intención no determinada representaron el 23 % de las defunciones por causas externas en 2024, aunque esa proporción mostró una distribución marcadamente desigual entre jurisdicciones *(Figura 48)*. La media nacional estuvo fuertemente influenciada por los valores extremos: mientras que en 9 jurisdicciones no se registró ningún evento de este tipo, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el 65 % de las muertes por causas externas careció de intencionalidad determinada, y en la provincia de Buenos Aires esa proporción alcanzó el 50%.

Estos resultados señalan la necesidad de revisar y fortalecer los procesos de certificación de defunciones a nivel jurisdiccional, con el objetivo de reducir la proporción de muertes sin intencionalidad determinada y mejorar así la capacidad de caracterizar el perfil de mortalidad por causas externas en la adolescencia.

Figura 48. **Proporción de registros de muertes por eventos de intención no determinada en adolescentes de 15 a 19 años según jurisdicción. Argentina, 2024.**



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

Comentarios Finales

El análisis del perfil de mortalidad en niños, niñas y adolescentes en Argentina durante 2024 permite trazar un panorama que, si bien refleja avances sostenidos en las últimas décadas, también expone inequidades persistentes y desafíos que demandan una respuesta activa desde los equipos de salud.

La tendencia descendente de las tasas de mortalidad a lo largo del tiempo es un logro que debe reconocerse. Sin embargo, ese descenso no ha sido uniforme ni continuo en todas las jurisdicciones, y en algunos grupos etarios y causas específicas los avances se han estancado o revertido. Conocer ese perfil no es un ejercicio estrictamente epidemiológico: es información con valor preventivo concreto, tanto para la toma de decisiones en política sanitaria como para la práctica cotidiana del pediatra y del equipo de salud en la consulta individual.

Los dos grupos que concentran la mayor carga de mortalidad (menores de 1 año y adolescentes de 15 a 19 años) son también los más distintos entre sí en términos de causas, determinantes y posibilidades de intervención. En los primeros, las afecciones perinatales y las malformaciones congénitas dominan el perfil, y los factores protectores identificados (nivel de instrucción materna, acceso a la salud, coberturas de vacunación, menores niveles de privación material) señalan con claridad las áreas donde fortalecer el cuidado del binomio madre-hijo. En este sentido, marcos normativos como la Ley Nacional de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia (Ley 27.611, también conocida como la Ley de los 1.000 días) ofrecen un encuadre que el equipo de salud puede y debe aprovechar en cada contacto con la familia. En los y las adolescentes de 15 a 19 años, en cambio, las causas externas (suicidio, accidentes de tránsito, homicidios) concentran más de la mitad de las muertes, con un predominio marcado en varones que interpela directamente las construcciones de masculinidad y los modos en que los adolescentes varones se vinculan con el riesgo, el cuidado y la búsqueda de ayuda.

La transición que se observa a lo largo de la niñez y la adolescencia (desde las afecciones perinatales y las malformaciones congénitas hacia los tumores y, finalmente, hacia las causas externas) tampoco es solo epidemiológica: refleja que cada etapa del desarrollo se asocia a distintos tipos y niveles de riesgo, y que las estrategias de prevención deben adaptarse a esa dinámica. Del mismo modo, la transición desde tasas de mortalidad similares entre sexos en los primeros años de vida hacia un marcado predominio masculino en la adolescencia tardía no puede leerse solo en términos biológicos, sino también desde una perspectiva de género y masculinidades que oriente el acompañamiento de los adolescentes varones en la consulta.

La mortalidad por suicidio merece una mención particular. Ya en la adolescencia temprana emerge como una causa relevante de fallecimiento, y su distribución se asocia a factores socioculturales conocidos: nivel educativo, integración social, percepción de

apoyo familiar y entre pares, experiencias de maltrato y victimización. El equipo de salud ocupa un lugar estratégico para la detección precoz de situaciones de riesgo, no desde una lógica de juicio sino desde el acompañamiento sostenido de los adolescentes y sus familias. A esto se suma la preocupación por el posible subregistro de estas muertes, producto de la multiplicidad de actores y sistemas de registro involucrados, de las diferencias en los niveles de capacitación entre jurisdicciones y del estigma que puede recaer sobre las familias. Mejorar la calidad de los registros de mortalidad no es una cuestión técnico-administrativa menor: es una condición necesaria para conocer mejor el problema y tomar decisiones más precisas.

En un contexto de reducción sostenida de nacimientos, el desafío ya no es solo disminuir la mortalidad sino garantizar que cada niño, niña y adolescente que nace tenga posibilidades reales de crecer, desarrollarse y transitar hacia la adultez en condiciones de equidad. Los determinantes sociales de la salud (privación material, el acceso a servicios básicos, la educación, la cobertura de salud) operan de manera diferencial entre jurisdicciones y condicionan de forma estructural los resultados en salud. Esa desigualdad no es inevitable: tiene causas identificables y, por tanto, es modificable.

Los y las pediatras y otros integrantes del equipo de salud no somos simples observadores de estas tendencias. Cada consulta es una oportunidad para evaluar el contexto socioeconómico de la familia, reforzar factores protectores, detectar situaciones de vulnerabilidad y articular con otros sectores. Entender la salud en su sentido más amplio es el punto de partida para que ese encuentro clínico tenga un impacto que trascienda la consulta individual y contribuya, en conjunto, a seguir reduciendo la mortalidad evitable en la infancia y la adolescencia.

Líneas de acción para el pediatra

Fortalecer el cuidado integral durante los primeros 1.000 días:
Promover el seguimiento del binomio madre-hijo desde el embarazo hasta los primeros años de vida, favoreciendo la detección precoz de factores de riesgo y el acceso oportuno a la atención especializada.

Aprovechar cada consulta como una oportunidad para vacunar:
Verificar sistemáticamente el carnet de vacunación, recuperar esquemas atrasados y promover las vacunas del Calendario Nacional, especialmente en las jurisdicciones con mayores brechas de cobertura.

Incorporar los determinantes sociales a la práctica pediátrica:
Explorar en forma sistemática las condiciones de vida, el nivel educativo materno y las barreras de acceso a la salud para identificar familias en situación de vulnerabilidad y orientar intervenciones oportunas.

Priorizar la salud integral de los adolescentes:
Incorporar la perspectiva de género y masculinidades en la atención de los varones adolescentes, pesquisar de manera rutinaria factores de riesgo para suicidio, consumos problemáticos y otras conductas de riesgo, fortaleciendo el acompañamiento de las familias.

Promover la prevención de lesiones y causas externas:
Brindar consejería sobre seguridad vial, uso de casco y cinturón de seguridad, consumo de alcohol y otras sustancias, reconociendo que las causas externas constituyen la principal causa de muerte en la adolescencia.

Trabajar en red con la comunidad:
Fortalecer la articulación con escuelas, equipos de salud mental, servicios sociales y organizaciones comunitarias para abordar los determinantes sociales que impactan en la salud y el desarrollo de niños, niñas y adolescentes.

Utilizar la información epidemiológica para orientar la práctica:
Conocer y utilizar los indicadores del Observatorio para identificar las principales problemáticas sanitarias de la región, reconocer inequidades y priorizar acciones preventivas en el consultorio.

Recursos

- Estadísticas Vitales. Información Básica. Argentina – Año 2024. Serie 5 Número 68. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie_5_nro_68_anuario_vitales_v4_revisada_ok.pdf

- Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-165

ISSN 3125-3695

OBSERVATORIO
de la infancia y la adolescencia
Sociedad Argentina de Pediatría

Sociedad Argentina de Pediatría
Por una niñez y adolescencia sanas, en un mundo mejor

INFORME DEL OBSERVATORIO DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. PERFIL DE MORTALIDAD EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, EN ARGENTINA, 2024. JULIO 2026.