

Sociedad Argentina de Pediatría

Observatorio de la Infancia y la Adolescencia

Salud, educación y situación económica de los niños, niñas y adolescentes en Argentina: una mirada más allá de las cifras.



Sociedad Argentina de Pediatría

Observatorio de la Infancia y la Adolescencia

Salud, educación y situación económica de los niños, niñas y adolescentes en Argentina: una mirada más allá de las cifras.

OBSERVATORIO

Dra. Ángela Gentile
Directora

Integrantes

Dra. Vanesa Castellano
Mg. Juan Ignacio Degiuseppe
Dra. Sofía Diana Menéndez
Dra. María del Valle Juárez
Dra. María Florencia Lución

Comité de Pediatría Social

Dra. Mirta Garategaray
Dra. María Florencia Giuliano
Dra. Erica Hammermüller
Dra. Virginia López Casariego
Dra. Graciela Muñecas
Dra. Julia Saulino
Dra. Ana Laura Tellechea

Sociedad Argentina
de Pediatría



Por una niñez y
adolescencia sanas,
en un mundo mejor

SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA

Comisión Directiva

Dr. Indart de Arza, Miguel Javier
Presidente

Dra. Giubergia, Verónica Sabina
Vicepresidente 1^o.

Dra. Molina, Fabiana Gabriela
Vicepresidente 2^o.

Dra. Arpí, Lucrecia Georgina
Secretaria General

Dr. Rocca Rivarola, Manuel
Prosecretario General

Dra. Bogdanowicz, Elizabeth Patricia
Tesorera

Dra. Prieto, Myriam
Secretaria de Comites y Grupos de Trabajo

Dra. Soto Conti, Constanza Pola
Secretaria de Relaciones Institucionales

Dr. Dartiguelongue, Juan Bautista
Secretario de Educación Continua

Dra. Arturi, Analía Susana
Secretaria de Filiales y Delegaciones

Dr. Pace, Alejandro Eugenio
Secretario de Actas

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

Dr. Favero Molina, Nicolás
Vocal 1^o.

Dra. Cipriani, Silvina
Vocal 2^o.

Dra. Bianco, Silvina Elizabeth
Vocal 3^{ra}.

Sociedad Argentina de Pediatría

Observatorio de la Infancia y la Adolescencia

Salud, educación y situación económica de los niños, niñas y adolescentes en Argentina: una mirada más allá de las cifras.

Contenido

Dimensión Socioeconómica y Ambiental	4
Pobreza e Indigencia	5
Condiciones Habitacionales	9
Nivel de Instrucción Materna	24
Cobertura De Salud	26
Inversión Presupuestaria en Salud	27
Resumen Ejecutivo Dimensión Socioeconómica y Ambiental	30
Dimensión Salud	31
Embarazo Durante La Adolescencia	33
Mortalidad	36
Enfermedades Transmisibles	53
Enfermedades No Transmisibles	60
Inmunizaciones	64
Violencias	68
Resumen Ejecutivo Dimensión Salud	71
Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías	73
Educación	75
Trabajo	91
Acceso A Tecnologías	92
Resumen Ejecutivo Dimensión Educación	98
Comentarios Finales	100
Líneas De Acción Propuestas	102

Dimensión Socioeconómica y Ambiental



En la última década, se ha observado en el país un aumento generalizado en los precios de bienes y servicios junto con una reducción relativa de los ingresos, que afectó especialmente a los hogares de los estratos socioeconómicos bajos y medio bajos. Este fenómeno ha resultado en un incremento tanto de la pobreza como de la indigencia.

Este período de deterioro económico puede atribuirse a varios factores. La inflación persistente ha erosionado el poder adquisitivo de los salarios, lo cual hizo que se destine gran parte de los recursos a la satisfacción de necesidades básicas. A su vez, la falta de actualización salarial ha impedido que los ingresos mantengan el ritmo del aumento del costo de vida.

Por otro lado, en el contexto internacional, se ha exacerbado la crisis política, social y económica, y se ha intensificado la desigualdad en múltiples dimensiones. La economía global ha enfrentado diversos retos. Sin propósitos de ser exhaustivos, mencionamos la creciente concentración económica, las fluctuaciones en los precios de las materias primas, los impactos de la pandemia por COVID-19 entre otros factores. Esto ha repercutido negativamente y contribuyó a un ambiente económico global desfavorable.

La crisis se evidencia de forma más drástica en los estratos económicos más bajos y en las regiones urbanas.

En nuestro país, constatamos una ampliación en el reconocimiento de los derechos mediante la implementación de políticas públicas destinadas a atemperar/mitigar el impacto de la crisis en los sectores más vulnerables, como las transferencias monetarias (Asignación Universal por Hijo, Asignación Universal por Embarazo y Tarjeta Alimentar) entre otras estrategias.

En este contexto, la salud es entendida como una construcción social, histórica y cultural, multidimensional (dimensiones físicas, psíquicas, sociales, espirituales y culturales) y determinada por factores económicos, políticos, sociales, culturales, religiosos, ambientales, etc. En este sentido, la salud integral y el derecho a la salud se vinculan con las posibilidades de las personas de lograr un desarrollo pleno y una mejor calidad de vida.

En este marco, la supervivencia y desarrollo óptimos son principios fundantes de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN), ratificada en nuestro país desde el año 1990 y con rango constitucional en la reforma de 1994.

La perspectiva de derechos constituye un marco fundamental en el que se basan las políticas públicas destinadas al cuidado de la salud de las mujeres, niños, niñas y adolescentes (NNyA). Este enfoque permite analizar y responder a los problemas de salud pública desde una mirada integradora y superadora de la biomédica.

Dimensión Socioeconómica y Ambiental

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el enfoque de la salud basado en los derechos humanos permite una lectura más integral del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado en términos de equidad tomando en cuenta los determinantes sociales y ambientales de la salud. Por este motivo, la salud depende poco de los servicios de salud, pues no se trata solo del acceso.

En la misma línea, la OMS plantea que los determinantes sociales de la salud son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen en estas condiciones, incluidas políticas económicas y sociales, planes de desarrollo, normas sociales y sistemas políticos. El motivo por el que se destaca el abordaje de los determinantes es porque estructuran los comportamientos relacionados con la salud y, también, permiten predecir, analizar y transformar las inequidades sanitarias.

Las inequidades sanitarias son aquellas desigualdades en materia de salud entre grupos poblacionales que se consideran injustas y, por ende, evitables. A su vez, la salud y la enfermedad siguen un gradiente social asociado a las brechas socioeconómicas y culturales. Por lo tanto, para alcanzar la equidad sanitaria se requiere mejorar las condiciones de vida de las personas. Y en el caso particular de NNyA, destinar recursos en el desarrollo de la primera infancia es una de las mejores medidas para reducir estas inequidades.

Sobre la base de numerosos estudios, es que la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (OMS) formuló tres recomendaciones generales para hacerle frente al fenómeno de la inequidad sanitaria, que constituyen tres grandes principios de acción:

1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

Este último es, en parte, el objetivo del trabajo del Observatorio.

Pobreza e Indigencia

En nuestro país, de acuerdo con los datos de 2023 de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), 12.300.481 personas se encontraban viviendo en condiciones de pobreza, lo que representó el 41,7% de la población relevada.

Al analizar este indicador en términos de tendencia, en los últimos años se observa un comportamiento ascendente entre 2017 y 2020, una disminución en 2021 y una nueva tendencia ascendente hasta el año 2023 (Figura 1).

Por otra parte, los datos de 2023 de la EPH señalan que el 58,5% de los NNyA hasta 17 años relevados están por debajo de la línea de pobreza en Argentina.

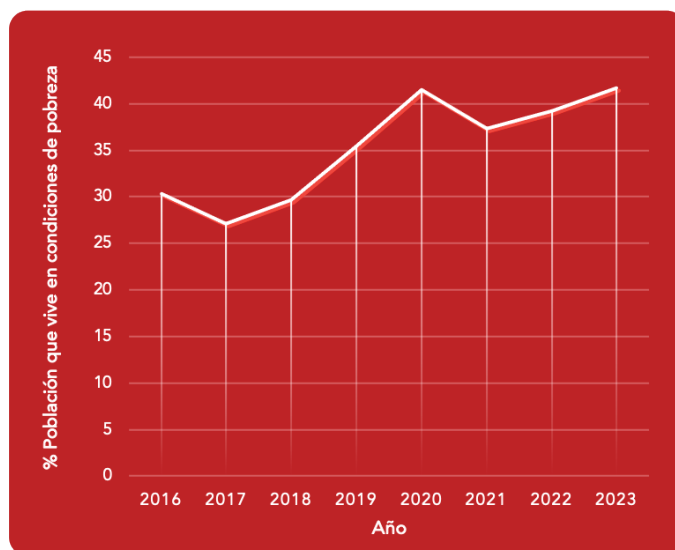


Figura 1. Porcentaje de la población que vive en condiciones de pobreza. Argentina, 2016-2023

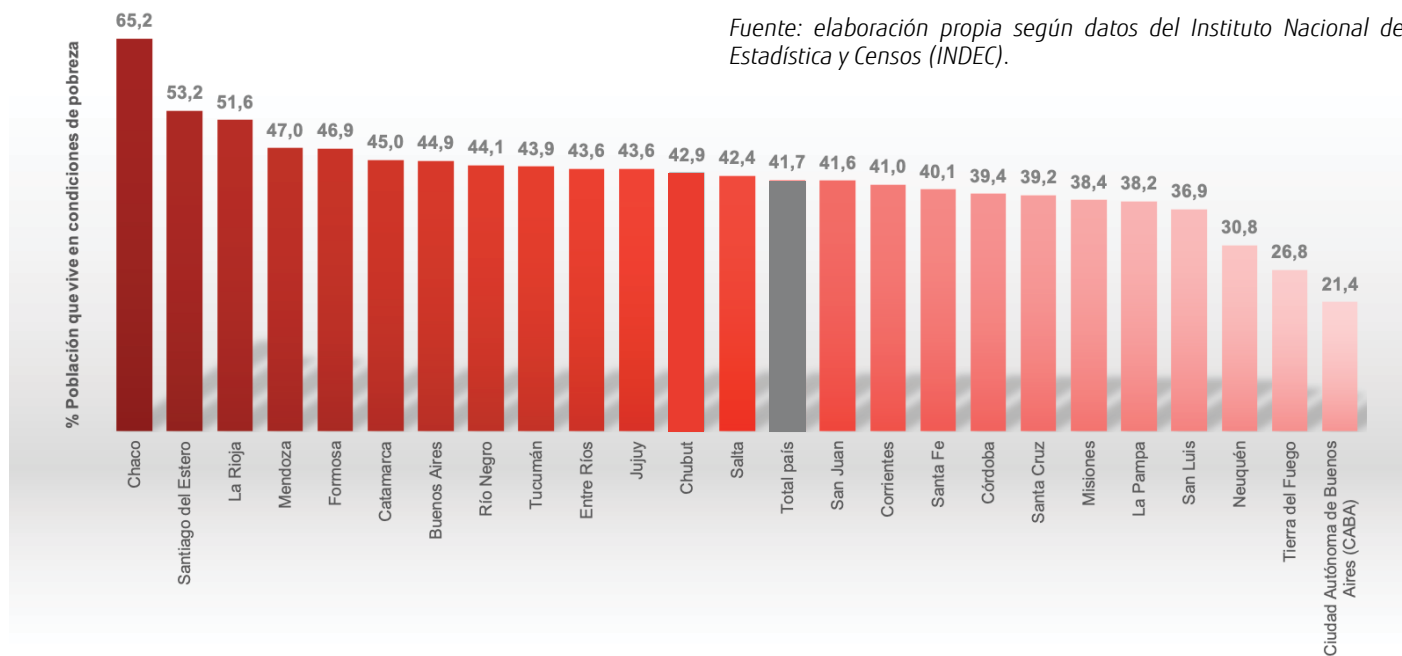
Fuente: elaboración propia según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

Dimensión Socioeconómica y Ambiental

El estudio del porcentaje de población que vive en condiciones de pobreza por jurisdicción demostró heterogeneidad, con una brecha de tres veces entre aquellas con la mayor y menor proporción, respectivamente. Trece jurisdicciones presentaron un porcentaje superior a la media nacional, de las cuales las más elevadas se observaron en las jurisdicciones del norte argentino (Chaco, Santiago del Estero y La Rioja) con más de la mitad de la población que vive en condiciones de pobreza (Figura 2).

Figura 2. Porcentaje de la población que vive en condiciones de pobreza según jurisdicción. Argentina, 2023

Fuente: elaboración propia según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).



Si estos resultados son analizados de acuerdo con una variable de estratificación como la tasa de mortalidad infantil, utilizándose como indicador indirecto de condiciones de salud, observamos un gradiente en el cual los mayores niveles de población que vive en condiciones de pobreza se encuentran en el estrato compuesto por las jurisdicciones con las mayores tasas de mortalidad infantil (Figura 3).

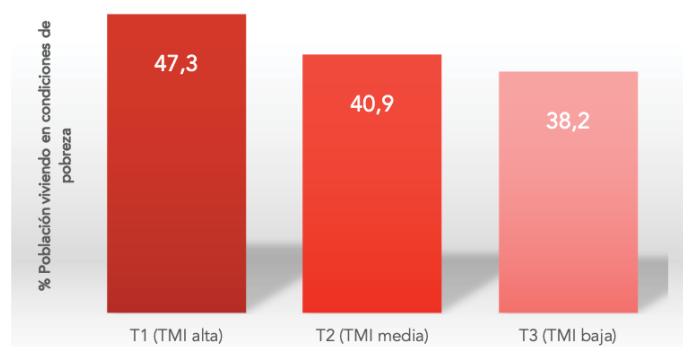


Figura 3. Porcentaje de población que vive en condiciones de pobreza según estratos de mortalidad infantil. Argentina, 2023

Fuente: elaboración propia según datos de la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (DEIS) y del INDEC.

Dimensión Socioeconómica y Ambiental

Por otra parte, 3.520.174 personas se encontraban viviendo en condiciones de indigencia en 2023, lo que representó el 11,9% de la población relevada. Este indicador en términos de tendencia mostró el mismo comportamiento que lo observado respecto de la pobreza (Figura 4). Particularmente, el 18,9% de los NNyA hasta 17 años relevados viven en condiciones de indigencia en Argentina.

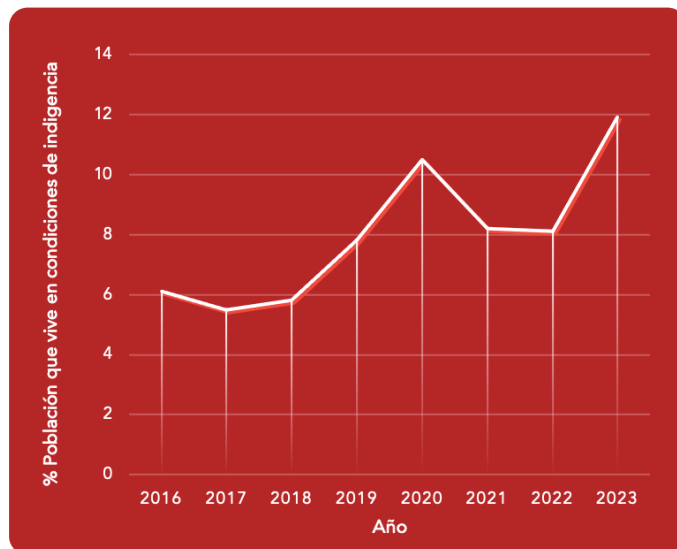


Figura 4. Porcentaje de la población que vive en condiciones de indigencia. Argentina, 2016-2023

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC

El porcentaje de población que vive en condiciones de indigencia por jurisdicción mostró también heterogeneidad, con una brecha de casi seis veces entre aquellas con la mayor y menor proporción, respectivamente.

Ocho jurisdicciones presentaron un porcentaje superior a la media nacional, de las cuales la más elevada se observó en Chaco (24,4%), seguida por La Pampa (15,8%) y Formosa (14,9%) (Figura 5).

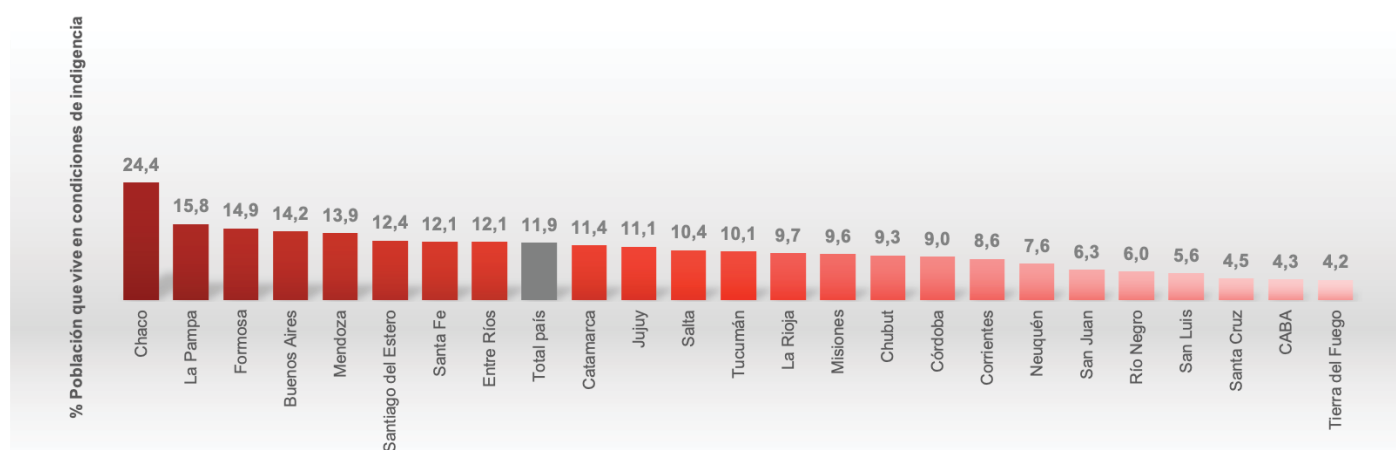


Figura 5. Porcentaje de la población que vive en condiciones de indigencia según jurisdicción. Argentina, 2023

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC

Dimensión Socioeconómica y Ambiental

Si analizamos este indicador en relación con la tasa de mortalidad infantil, se observó que los mayores niveles de población que vive en condiciones de indigencia se presentan en el estrato con las mayores tasas de mortalidad infantil; mientras que, en los estratos de mortalidad medio y bajo, la proporción es prácticamente igual (Figura 6).

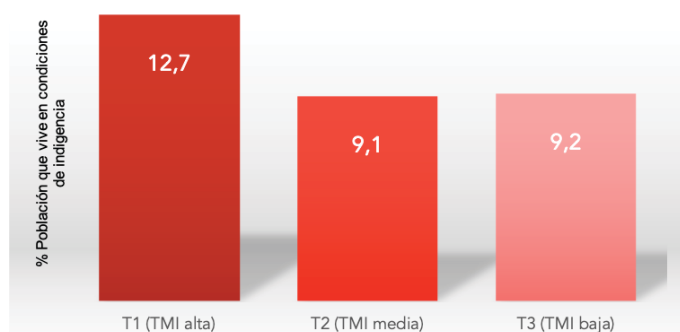


Figura 6. Porcentaje de población que vive en condiciones de indigencia según estratos de mortalidad infantil. Argentina, 2023

Fuente: elaboración propia según datos de la DEIS y del INDEC.

UNICEF define la pobreza infantil como la privación de los servicios sociales y ha enumerado una canasta de bienes y servicios que considera esenciales para asegurar el bienestar de NNyA.

De acuerdo con la definición, niños y niñas que viven en la pobreza sufren una privación de los recursos materiales, espirituales y emocionales necesarios para sobrevivir, desarrollarse y prosperar, lo que les impide disfrutar sus derechos, alcanzar su pleno potencial o participar como miembros plenos y en pie de igualdad en la sociedad. La pobreza es el determinante más importante de la salud y el desarrollo de los NNyA, especialmente por su impacto de larga duración en dicha población, actúa como un obstáculo significativo para su desarrollo integral afectando su salud de manera multidimensional y perpetuando ciclos de desigualdad y exclusión.

Si bien la pobreza puede ser analizada desde varios enfoques, es fundamental considerar la privación de las necesidades básicas desde una perspectiva de derechos humanos.

En la última década, la población de NNyA que viven en hogares pobres ha crecido de modo sostenido. Por otra parte, el incremento de la indigencia afectó de modo particular a NNyA. Según cifras oficiales, en el segundo semestre del año 2023, la pobreza alcanzaba al 58,5% de la población de NNyA y la indigencia, al 18,9% de ellos y ellas. Extrapolando estos porcentajes a la población total de Argentina, tomando en cuenta que el Censo 2022 relevó a 12,2 millones de NNyA, podemos decir que más de 7 millones serían pobres, de los cuales 2,3 millones serían indigentes.¹

Este es un dato alarmante, no solo por la condición de vulnerabilidad biológica en este período, crítico para el desarrollo, sino también por las situaciones socioambientales a las que están expuestos (violencia, barreras al acceso a servicios de educación y salud, inseguridad alimentaria, entre otras).

¹Defensoría de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. (2024). Pronunciamiento N.º 23 "Pobreza e indigencia en las familias con niñas, niños y adolescentes: es urgente mejorar los ingresos y garantizar la seguridad alimentaria". Argentina. Recuperado de: https://defensoraderechosnnya.gob.ar/tipo_documento/pronunciamientos/

Dimensión Socioeconómica y Ambiental

Condiciones Habitacionales

La falta de acceso a agua potable (o de conexión dentro de la vivienda), la mala calidad del piso o el techo, la falta de acceso a gas de red, el mal manejo de excretas, vivir en zonas inundables o cerca de basurales vulneran el derecho de NNyA a vivir en un ambiente sano.

Generalmente, vivir en estas condiciones se expresa en mayor incidencia de infecciones gastrointestinales y respiratorias, de enfermedades transmitidas por vectores y de intoxicaciones agudas.

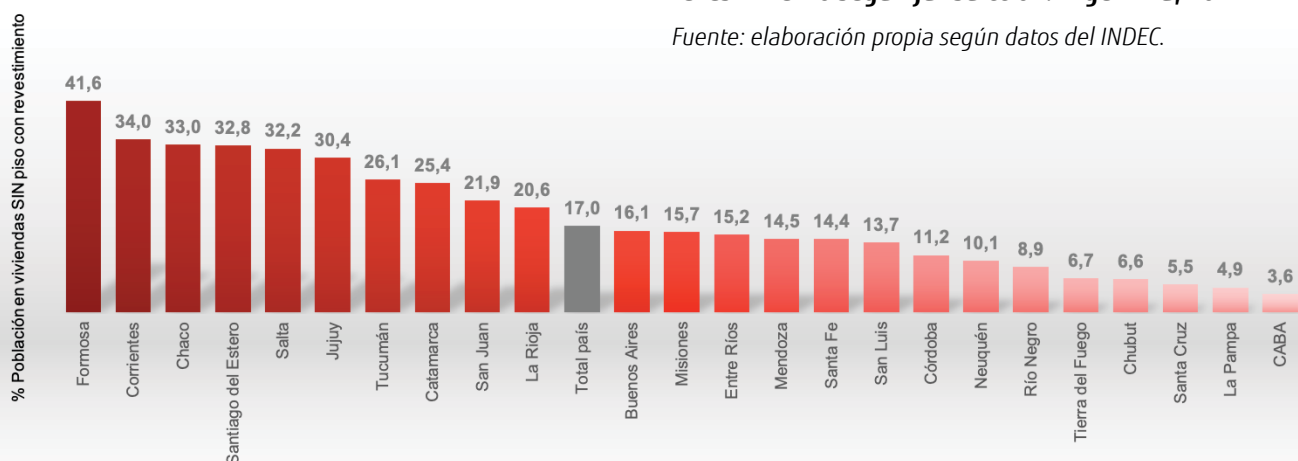
1. Calidad del piso de la vivienda

De acuerdo con lo relevado por el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (CNPHV), en 2022, 7.756.811 personas habitaban en viviendas particulares con pisos sin revestimiento, lo que representó el 17,0% de la población censada.

El análisis desagregado por jurisdicción reveló que existe una gran brecha entre los extremos (superior a once veces), ya que en Formosa se observó el mayor valor de población en viviendas con pisos sin revestimiento (41,6%), mientras que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires registró un valor de 3,6%. En este sentido, se advierte que en las provincias de la región norte es donde se concentra la mayor proporción de población cuyas viviendas presentan materiales considerados insuficientes para el piso (Figura 7).

Figura 7. Porcentaje de población en viviendas con piso sin revestimiento según jurisdicción. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC.



Al analizar este indicador según estratos de tasa de mortalidad infantil, observamos una relación directa entre el estrato con tasas de mortalidad más altas y la mayor proporción de población en viviendas con materiales insuficientes en pisos (Figura 8). Asimismo, esta relación se verifica si se analiza de acuerdo con los quintiles de población que vive en condiciones de pobreza: los estratos con mayor pobreza presentan la mayor proporción de materiales insuficientes para el piso en sus viviendas, y viceversa (Figura 9).

Dimensión Socioeconómica y Ambiental

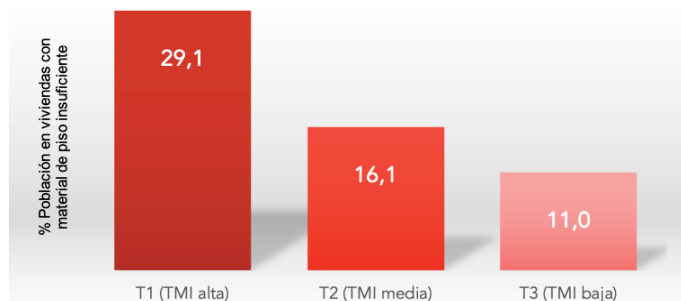


Figura 8. Porcentaje de población en viviendas con material de piso insuficiente según estratos de tasa de mortalidad infantil (TMI). Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC y la DEIS.

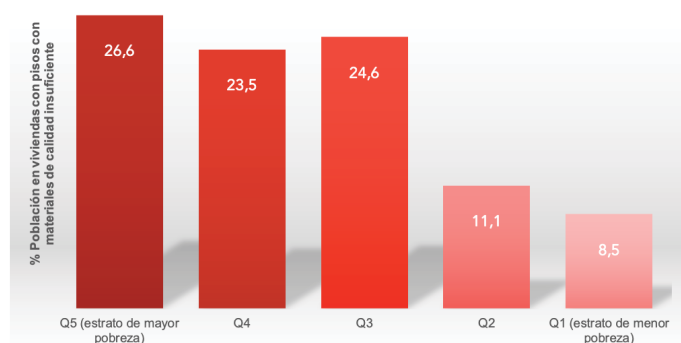


Figura 9. Porcentaje de población en viviendas con material de piso insuficiente según estratos de población que vive en condiciones de pobreza. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC.



2. Calidad del techo de la vivienda

En el año 2022, el CNPHV reveló que 16.165.546 personas habitan en viviendas particulares sin revestimiento o cielorraso en el techo, lo cual representa el 35,4% de la población en Argentina.

Si bien este indicador también demostró brechas al analizarlo por jurisdicciones, la relación entre las jurisdicciones con mayor (Jujuy) y menor (Santa Cruz) proporción de hogares con materiales considerados insuficientes para el techo es de algo más de cuatro veces.

Esencialmente, las jurisdicciones que han mostrado una proporción mayor a la media nacional pertenecen a las regiones del NOA (Norroeste Argentino) y del NEA (Noreste Argentino); sin embargo, las regiones de Cuyo y Centro también comparten esta característica, lo que sugiere que hay una variedad de factores económicos, políticos y sociales en juego que deben ser considerados para entender plenamente estas diferencias regionales (Figura 10).

Figura 10. Porcentaje de población en viviendas con techo sin revestimiento según jurisdicción. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC

Dimensión Socioeconómica y Ambiental

Por otra parte, a pesar de que no observó un gradiente tan pronunciado como en el caso anterior, se mantiene la relación directa en la cual el estrato con mayor TMI y los estratos con mayor población en condiciones de pobreza presentan la mayor proporción de personas que viven con materiales insuficientes para el piso (Figuras 11 y 12).

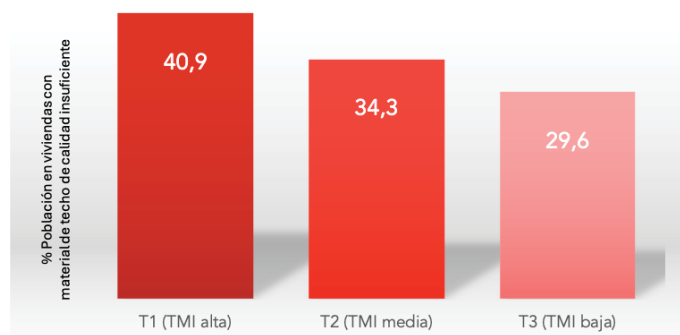


Figura 11. Porcentaje de población en viviendas con material de techo de calidad insuficiente, según estratos de tasa de mortalidad infantil (TMI). Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC y la DEIS.

Figura 13. Porcentaje de la población en viviendas sin acceso a agua por red pública según jurisdicción. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC

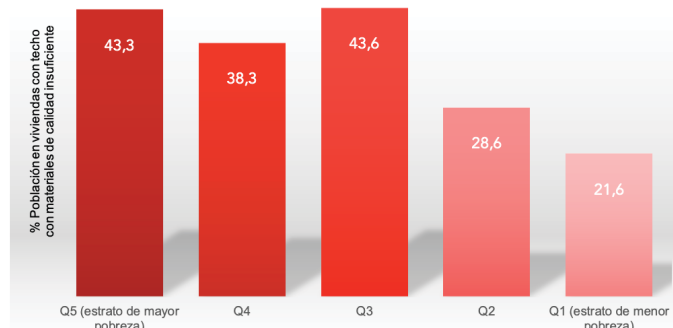
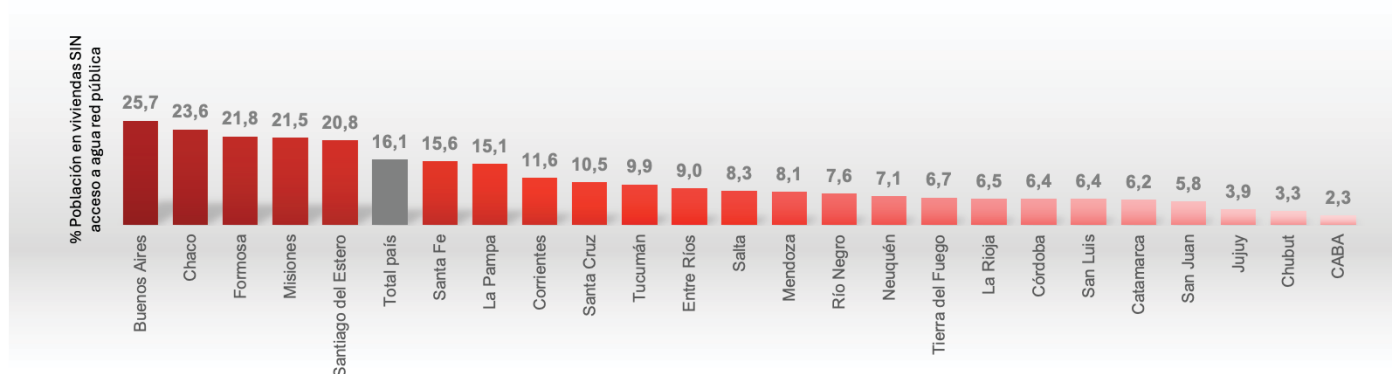


Figura 12. Porcentaje de población en viviendas con material de techo de calidad insuficiente según estratos de población que vive en condiciones de pobreza. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC.

3. Población sin acceso al agua potable y sin agua dentro de la vivienda

El CNPHV relevó, en el año 2022, que 7.339.106 personas no tenían acceso a agua potable en Argentina, lo cual representa el 16,1% de la población.

El análisis desagregado por jurisdicción muestra heterogeneidad, con una brecha de más de diez veces entre los extremos. Buenos Aires es la provincia que registra la mayor proporción de la población sin acceso a agua de red pública (25,7%), mientras que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la menor (2,3%). Asimismo, cuatro provincias del norte argentino (Chaco, Formosa, Misiones y Santiago del Estero) muestran un porcentaje mayor a la media nacional (16,1%) (Figura 13).

Dimensión Socioeconómica y Ambiental

Si bien no se observó una relación directa entre el porcentaje de la población sin acceso a agua potable y los estratos de TMI y pobreza, se advirtió que aquellos sectores con menor TMI y con menor porcentaje de población que vive en condiciones de pobreza registran un mayor acceso al agua de red pública (Figuras 14 y 15).

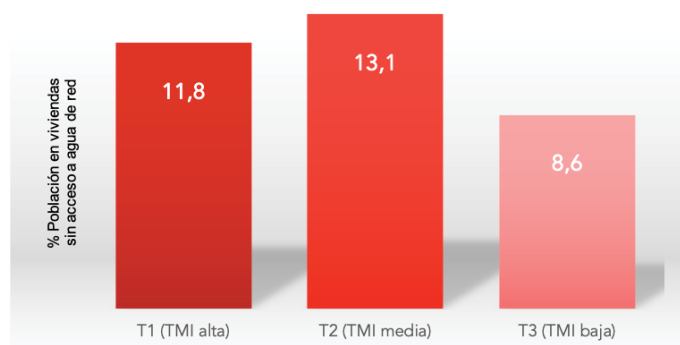


Figura 14. Porcentaje de la población en viviendas sin acceso a agua por red pública según estratos de tasa de mortalidad infantil (TMI). Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC y la DEIS.

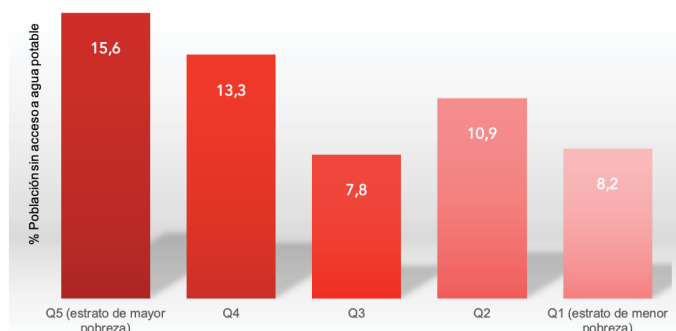


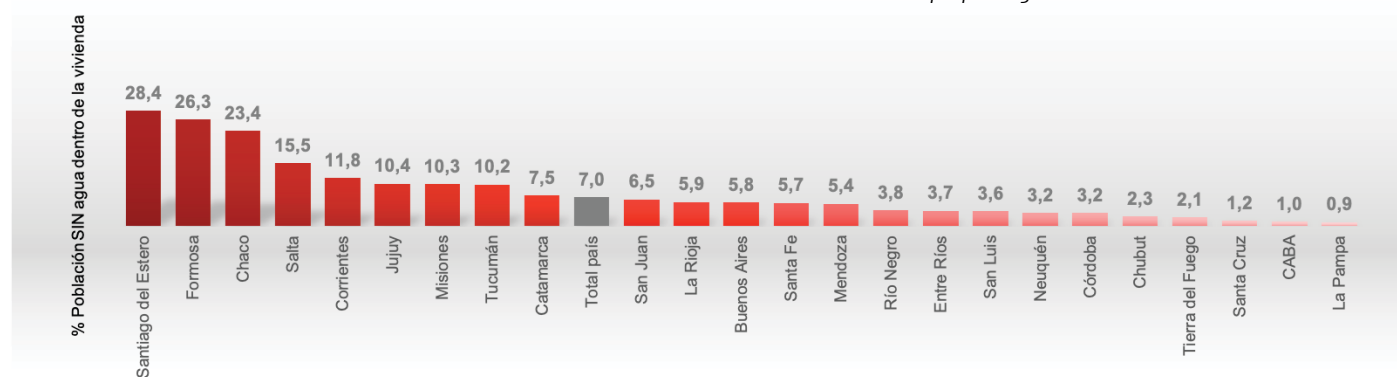
Figura 15. Porcentaje de la población en viviendas sin acceso a agua por red pública, según estratos de población que vive en condiciones de pobreza. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC.

En 2022, el CNPHV registró que en Argentina 3.214.969 personas no contaban con acceso a agua dentro de sus viviendas (7,0%). Santiago del Estero, Formosa y Chaco fueron las jurisdicciones con proporción mayor al 20%, casi cuatro veces superior a la media nacional (7,0%). En contraste, La Pampa registró el menor porcentaje (0,9%), reflejando una brecha elevada entre los extremos y una distribución heterogénea por jurisdicción (Figura 16).

Figura 16. Porcentaje de la población sin acceso a agua dentro de la vivienda según jurisdicción. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC.



Dimensión Socioeconómica y Ambiental

El análisis de este indicador según estratos de TMI señala que aquellas jurisdicciones con peores condiciones de salud presentan la mayor proporción de personas en viviendas sin acceso a agua dentro de la vivienda (Figura 17). Asimismo, esta relación se observa de manera más clara según el porcentaje de población que vive en condiciones de pobreza: los sectores que registran la mayor pobreza son aquellos en los que hay una mayor proporción de personas en viviendas sin acceso a agua dentro de la vivienda, y viceversa (Figura 18).

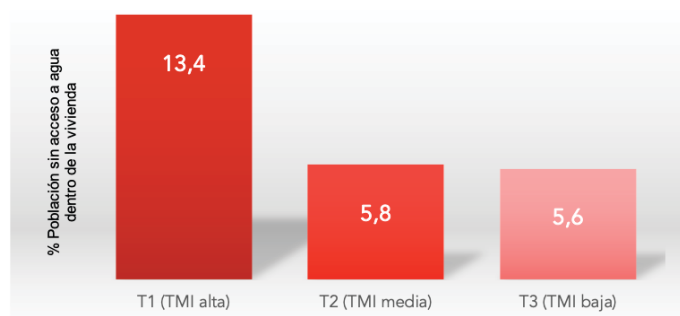


Figura 17. Porcentaje de la población sin acceso a agua dentro de la vivienda según estratos de tasa de mortalidad infantil (TMI). Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC y la DEIS.

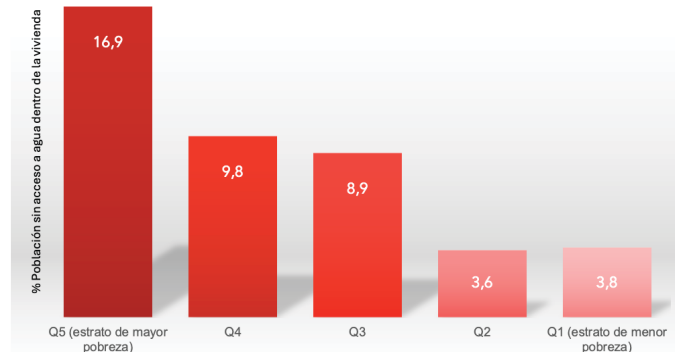
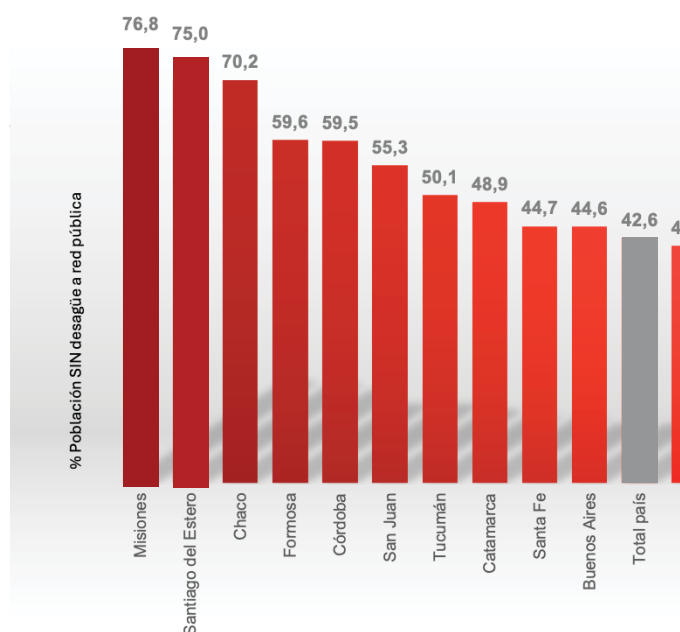


Figura 18. Porcentaje de la población sin acceso a agua dentro de la vivienda según estratos de porcentaje de población que vive en condiciones de pobreza. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC.

4. Población sin acceso a cloacas y sin baño dentro de la vivienda

En 2022, 19.423.273 de personas residían en viviendas sin desagües del inodoro a una red pública (cloaca), lo que representa el 42,6% de la población argentina. El análisis desagregado por jurisdicción indicó que más del 70% de la población en Misiones, Santiago del Estero y Chaco no tiene acceso a desagüe por red pública. Asimismo, este indicador refleja una extrema desigualdad en el acceso a cloacas, ya que se observa una brecha casi del doble entre Misiones (76,8%) y la media nacional (42,6%), y mayor a cincuenta veces entre Misiones y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1,5%) (Figura 19).

Figura 19. Porcentaje de población en viviendas sin inodoros con desague a la red pública según jurisdicción. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC.

Dimensión Socioeconómica y Ambiental

El análisis según estratos de mortalidad infantil demostró que el estrato con la menor tasa es aquel que tiene el mayor acceso a cloacas (Figura 20), al igual que lo observado según quintiles de población que vive en condiciones de pobreza, relación que se aprecia con mayor claridad (Figura 21).

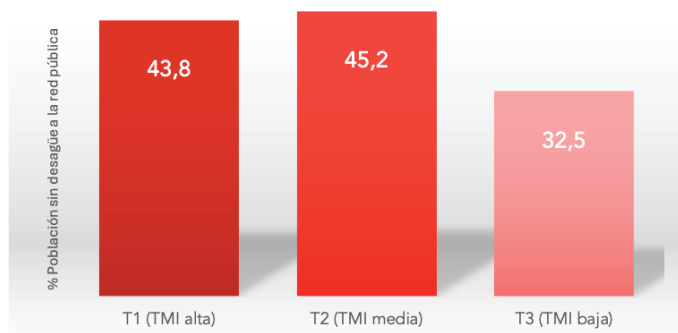


Figura 20. Porcentaje de población en viviendas sin inodoros con desagüe a la red pública según estratos de tasa de mortalidad infantil (TMI). Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC y la DEIS

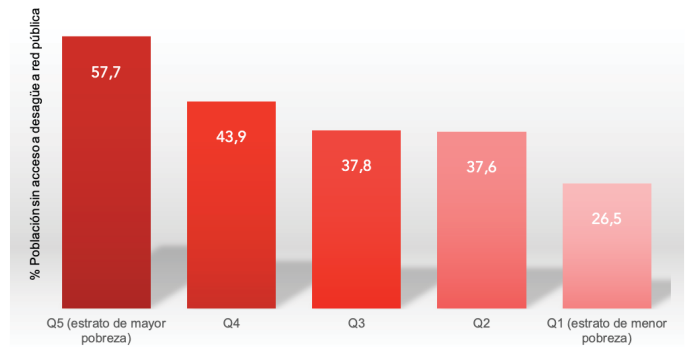


Figura 21. Porcentaje de población en viviendas sin inodoros con desagüe a la red pública según estratos de proporción de población que vive en condiciones de pobreza. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC.

Por otra parte, de acuerdo con lo relevado por la EPH, en el año 2023, 906.170 personas residen en viviendas sin acceso a baño dentro de la vivienda, lo que representa, en términos de proporción de hogares, el 2,5% de las viviendas. Salta y Chaco fueron las jurisdicciones en las cuales aproximadamente el 10% de los hogares no presentan acceso a un baño dentro de la vivienda. En contraste, la EPH no relevó hogares con esta condición en Río Negro, Santa Cruz ni Tierra del Fuego. En este sentido, se observa una elevada inequidad con una brecha de casi cuatro veces con respecto a la media nacional y mayor a doce veces entre aquellas jurisdicciones con el mayor y el menor porcentaje registrado (Figura 22).

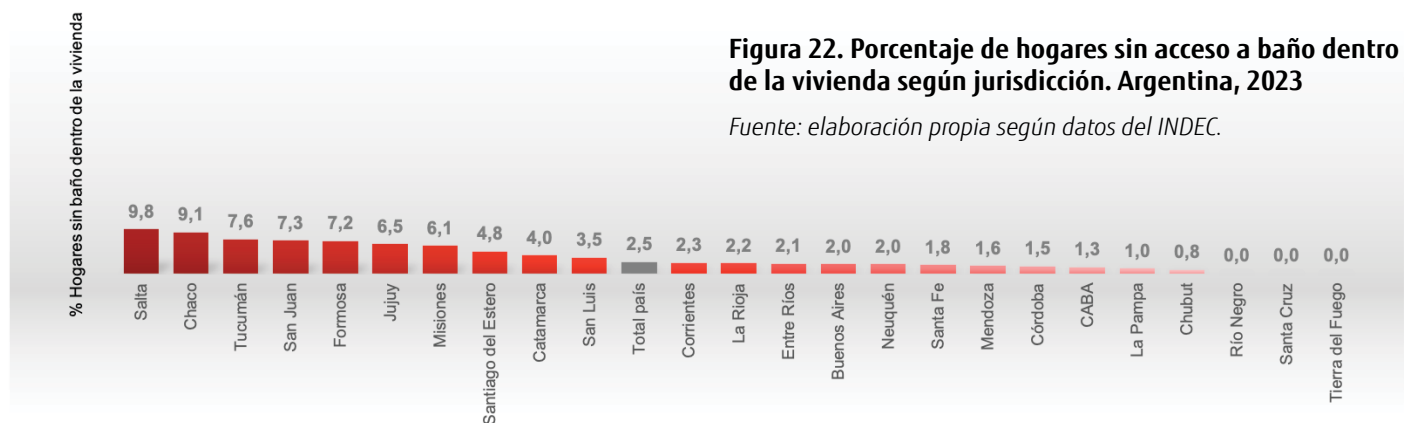


Figura 22. Porcentaje de hogares sin acceso a baño dentro de la vivienda según jurisdicción. Argentina, 2023

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC.

Dimensión Socioeconómica y Ambiental

Es de destacar que el estrato con las peores condiciones de vida (mayores TMI) presentó el mayor porcentaje de hogares sin acceso a baño dentro de la vivienda, mientras que en aquellas jurisdicciones con menores TMI se observó la menor proporción de hogares con esta condición (Figura 23). Por otra parte, al analizar este mismo indicador de acuerdo a los quintiles de población que vive en condiciones de pobreza, si bien no se observa un gradiente, los estratos de mayor pobreza presentan la mayor proporción de viviendas con baño fuera de la vivienda y, en aquellos menos pobres, esta proporción es menor al 2% (Figura 24).

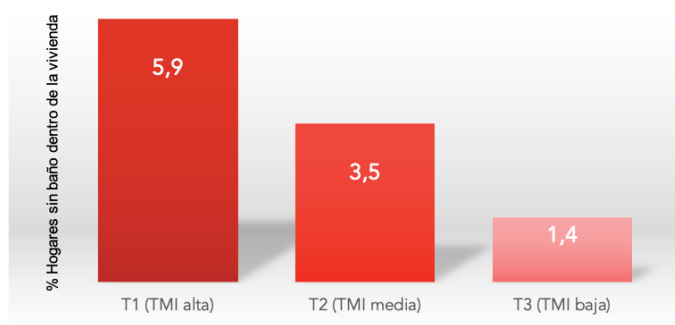


Figura 23. Porcentaje de hogares sin acceso a baño dentro de la vivienda según estratos de tasa de mortalidad infantil (TMI). Argentina, 2023

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC y la DEIS.

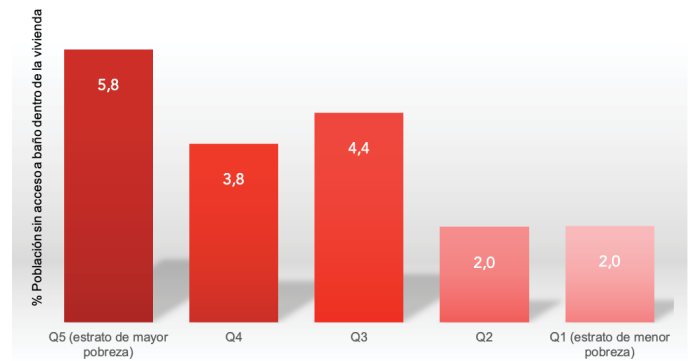
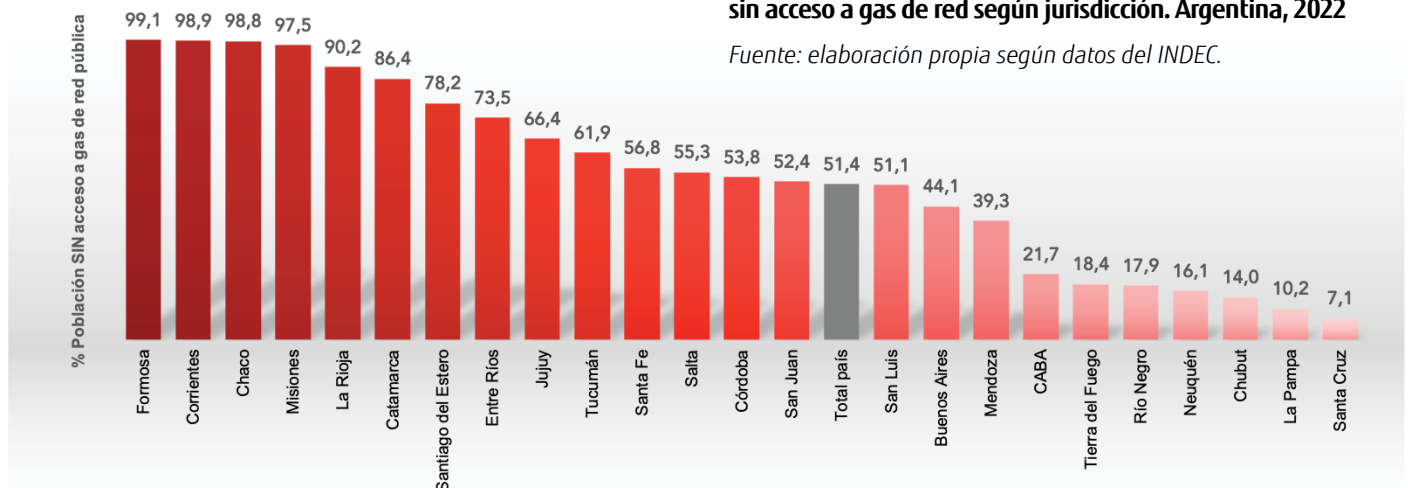


Figura 24. Porcentaje de hogares sin acceso a baño dentro de la vivienda según estratos de proporción de población que vive en condiciones de pobreza. Argentina, 2023

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC.

5. Población con acceso a gas de red

El CNPHV registró, en 2022, 23.450.997 personas que no tienen acceso a gas de red como combustible principal para cocinar, lo cual representa el 51,4% de la población argentina. De cualquier modo, lo más llamativo es la desigualdad observada entre las jurisdicciones debido a que hay provincias, principalmente de la región del NEA, en que prácticamente el acceso es nulo y en algunas del NOA el acceso es menor al 25%. En contraste, se observa que en la región patagónica el acceso es cercano al 90% (Figura 25). Este fenómeno es probable que responda, en principio, a cuestiones vinculadas con las condiciones geográficas y climáticas.

Figura 25. Porcentaje de la población en viviendas particulares sin acceso a gas de red según jurisdicción. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC.

Dimensión Socioeconómica y Ambiental

Por otra parte, se observa una marcada relación entre el acceso a gas de red pública y los estratos de mortalidad infantil, ya que el estrato con menores tasas es aquel en el que los hogares tienen mayor acceso (incluso con más del doble en la proporción de acceso) y viceversa (Figura 26). Esta relación también se observa, aunque de manera no tan lineal, según quintiles de pobreza, ya que el mayor porcentaje de la población con acceso a gas de red se presenta en los quintiles con menor proporción de población que vive en condiciones de pobreza y aquellos con mayor proporción de pobreza son los que registraron la menor proporción de la población con acceso a gas de red (Figura 27).

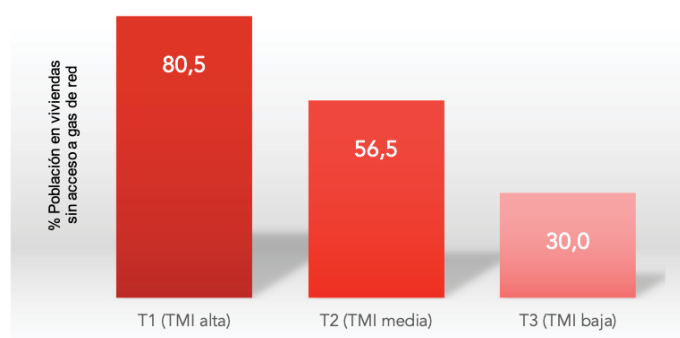


Figura 26. Porcentaje de la población en viviendas particulares sin acceso a gas de red según estratos de tasas de mortalidad infantil (TMI). Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC y la DEIS.

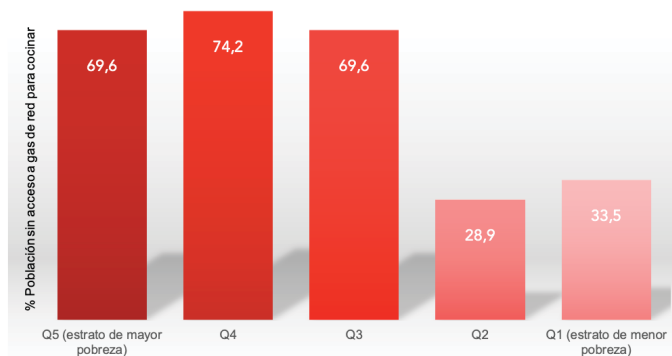


Figura 27. Porcentaje de la población en viviendas particulares sin acceso a gas de red según estratos de población que vive en condiciones de pobreza. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC.

6. Hacinamiento crítico

Otro indicador de condiciones habitacionales es el hacinamiento crítico, entendido cuando más de tres personas comparten un mismo cuarto. En este caso, globalmente en Argentina para el año 2023 en algo más del 2% de los hogares encuestados se daba esta situación, fenómeno que se observa estable al menos en los últimos 8 años (Figura 28).

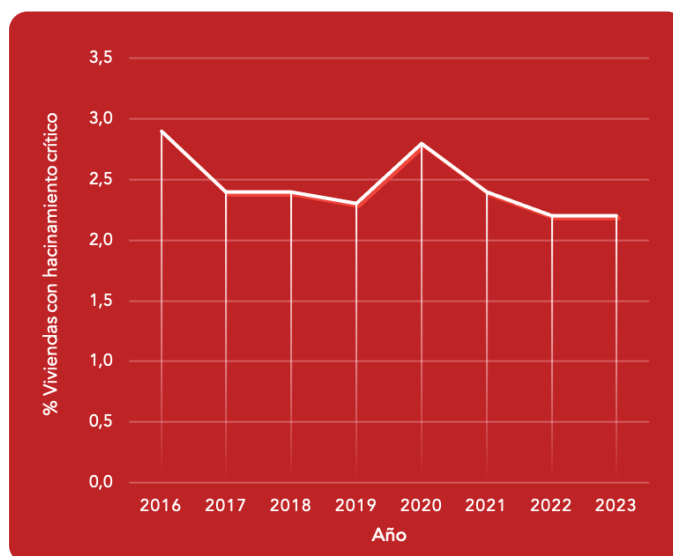


Figura 28. Porcentaje de viviendas con hacinamiento crítico. Argentina, 2016-2023

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC.

Dimensión Socioeconómica y Ambiental

Se observa una distribución heterogénea entre las jurisdicciones, con una brecha superior al doble entre Formosa y la media nacional, y de diez veces entre los extremos. En Formosa, Jujuy y Entre Ríos, se observó que la proporción de viviendas con hacinamiento crítico fue mayor al 3%. En contraste, en Tierra del Fuego no se registraron viviendas con esta condición (Figura 29).

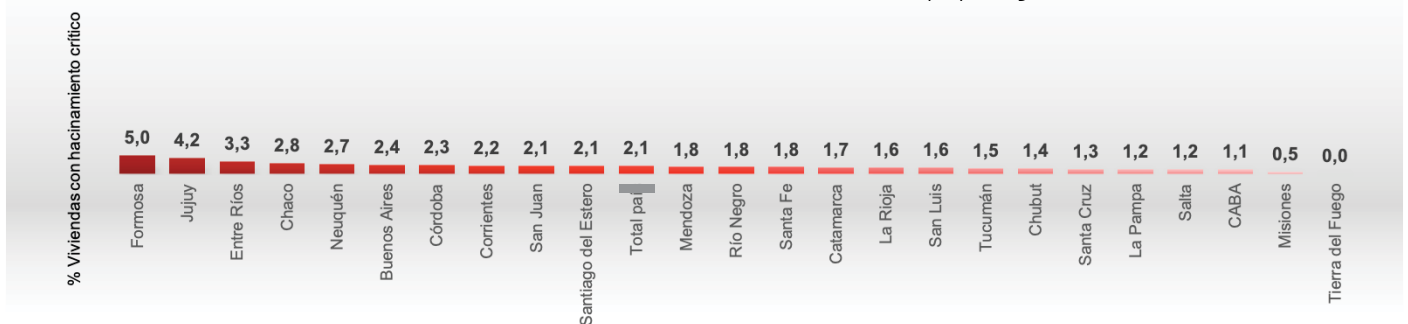


Figura 29. Porcentaje de viviendas con hacinamiento crítico según jurisdicción. Argentina, 2023

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC.

Al analizar este indicador según los estratos de mortalidad infantil, se observó claramente que los mayores porcentajes de hacinamiento crítico se presentaron en aquellas jurisdicciones con peores condiciones de salud, con un gradiente en la relación de estos indicadores (Figura 30). En este sentido, si bien no es tan marcado como en el caso anterior, en los estratos con mayor proporción de población que vive en condiciones de pobreza, se observó también el mayor porcentaje de viviendas con hacinamiento crítico (Figura 31).

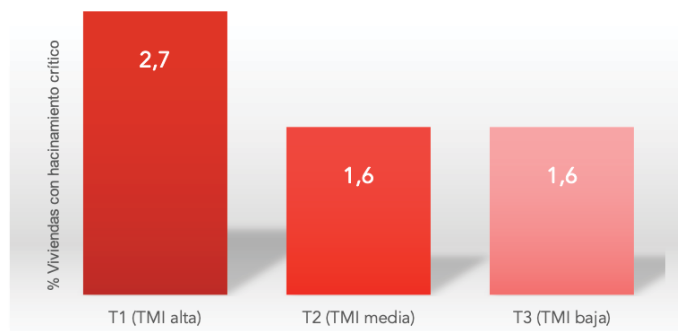


Figura 30. Porcentaje de viviendas con hacinamiento crítico según estratos de tasa de mortalidad infantil (TMI). Argentina, 2023

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC y la DEIS.

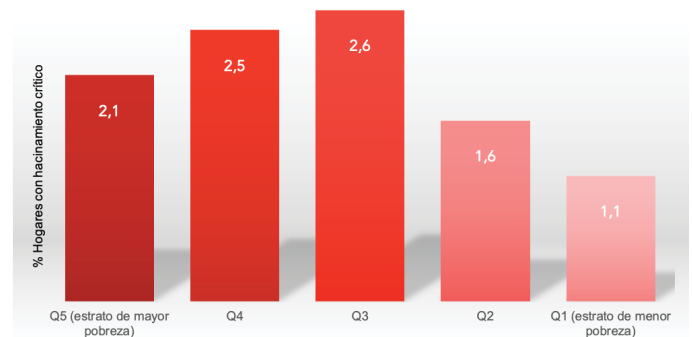


Figura 31. Porcentaje de viviendas con hacinamiento crítico según estratos de proporción de población que vive en condiciones de pobreza. Argentina, 2023

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC.

7. Viviendas cercanas a basurales y en zonas inundables

En el año 2023, la EPH releva que alrededor del 5% de las viviendas en los aglomerados urbanos de Argentina se sitúan cerca de basurales. Estos datos representan que 1.653.119 personas se encuentran expuestas a esta clase de entornos.

Dimensión Socioeconómica y Ambiental

Es importante destacar la marcada desigualdad que se observa entre jurisdicciones, donde provincias del norte presentan las mayores proporciones: Jujuy, Tucumán, Corrientes y Salta. Particularmente, en el aglomerado urbano de Jujuy, algo más del 30% de las viviendas están situadas cerca de un basural. En contraste, en los grandes centros urbanos de Formosa, San Luis y Tierra del Fuego, no se registraron viviendas con esta condición (Tabla 1).

Tabla 1. Porcentaje de viviendas ubicadas cerca de basurales y en zonas inundables según jurisdicción. Argentina, 2023

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC.

Por otra parte, con respecto a las viviendas ubicadas en zonas inundables, en 2023, alrededor del 7% de las viviendas referían estar en una zona inundable según la EPH, con aproximadamente 2.391.119 personas expuestas a este tipo de entornos. De la misma manera, se observa una mayor proporción de viviendas ubicadas en zonas inundables en las provincias del norte argentino. Los centros urbanos de Jujuy y Chaco registran más de un 20% de viviendas situadas en zonas inundables, mientras que, en los centros urbanos de Formosa, Misiones, San Luis, Santiago del Estero y Tierra del Fuego, no se relevaron hogares en esta situación (Tabla 1).

Jurisdicción	Porcentaje de viviendas ubicadas cerca de basurales	Porcentaje de viviendas ubicadas en zonas inundables
Buenos Aires	5,8	10,8
Catamarca	10,6	9,2
CABA	0,5	0,8
Chaco	1	20,5
Chubut	3,5	2
Córdoba	1,3	2,3
Corrientes	16,1	12,7
Entre Ríos	1,4	2,2
Formosa	0	0
Jujuy	31,2	22,6
La Pampa	4	6,5
La Rioja	4,6	4,9
Mendoza	1,3	1,3
Misiones	0,1	0
Neuquén	1,8	7,8
Río Negro	0,6	1
Salta	15,8	11,7
San Juan	4,8	0,2
San Luis	0	0
Santa Cruz	3,1	9,1
Santa Fe	1,8	1,6
Santiago del Estero	0,6	0
Tierra del Fuego	0	0
Tucumán	25,7	16
TOTAL PAIS	5,0	7,4

Dimensión Socioeconómica y Ambiental

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 (12%), mientras que, en el tercil con las mejores condiciones de salud, se observa una proporción de viviendas cercanas a basurales menor al 2% (Figura 32). Por otra parte, se vuelve a observar una relación entre las viviendas situadas en zonas inundables y los estratos de mortalidad infantil, ya que el tercil con las mayores tasas presenta un porcentaje de viviendas en zonas inundables de casi diez puntos porcentuales más (y quintuplica) al estrato con las menores tasas, reflejando un claro gradiente entre estos parámetros (Figura 32).

Fig 32 (a)

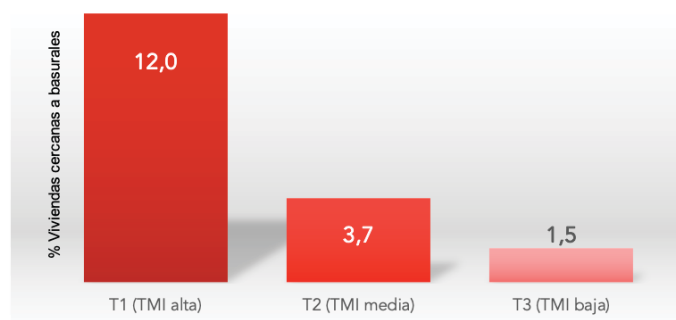
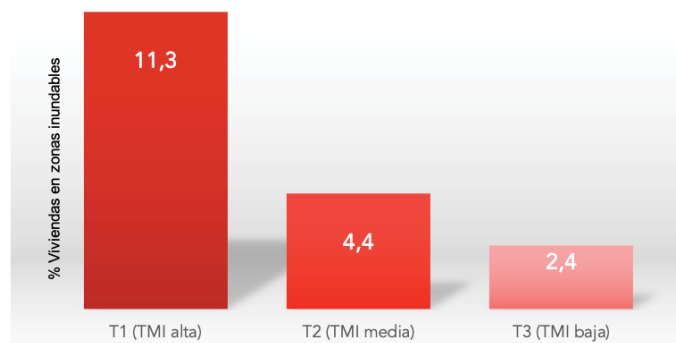


Figura 32. Porcentaje de viviendas situadas cerca de basurales (a) y en zonas inundables (b) según estratos de tasas de mortalidad infantil (TMI). Argentina, 2023

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC y la DEIS.

Fig 32 (b)



Llamativamente, esta relación no se observa en el análisis de ambos indicadores según quintiles de la población que vive en condiciones de pobreza. Sin embargo, en los quintiles de menor pobreza, se observan las menores proporciones de viviendas situadas cercanas a basurales y en zonas inundables (Figura 33).

Fig 33 (a)

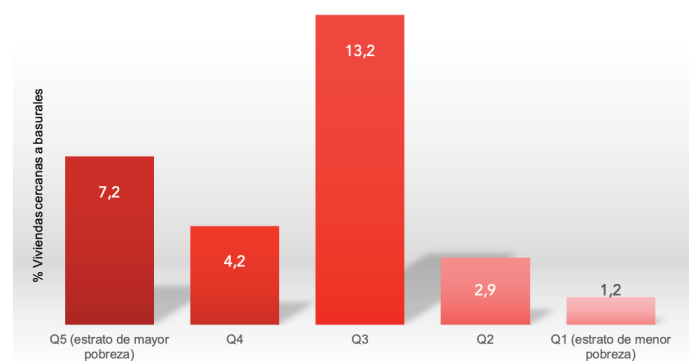
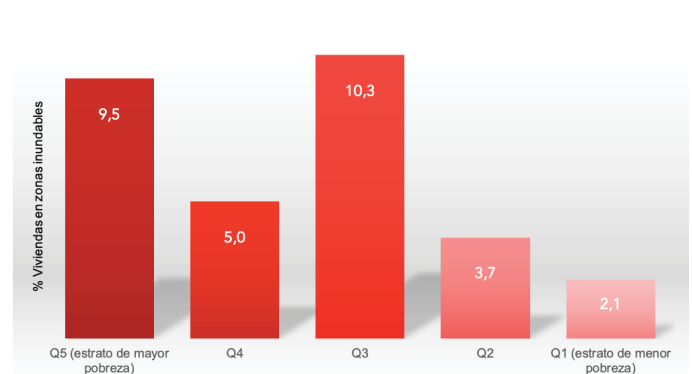


Figura 33. Porcentaje de viviendas situadas cerca de basurales (a) y en zonas inundables (b) según quintiles de población que vive en condiciones de pobreza. Argentina, 2023

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC.

Fig 33 (b)



Dimensión Socioeconómica y Ambiental

Las condiciones habitacionales deficitarias se traducen en sobrecarga de tiempo y trabajo en las tareas de cuidado (por ej., la preparación de alimentos, la higiene y la limpieza). La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) define las tareas de cuidado como “aquellas que se hacen para mantener, continuar y reparar el entorno inmediato, de manera que se pueda vivir en él tan bien como sea posible. Ese entorno incluye el cuerpo, el ser y el ambiente” (2019).

En este sentido, las consecuencias del cambio climático como el calentamiento global, los ciclos de inundaciones y sequías intensas potencian los problemas asociados a las malas condiciones habitacionales.

En muchos de los países en vías de desarrollo, el contexto socioeconómico a menudo carece del dinamismo necesario para superar vulnerabilidades que se tornan estructurales. Esto se observa claramente en variables fundamentales de calidad de vida, como el acceso a agua potable y a cloacas. Por ejemplo, al analizar los datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de Argentina entre 1980 y 2022, se observa que el porcentaje de viviendas sin acceso a agua de red pública se redujo un 58,9% (Tabla 2) y el de viviendas sin acceso a cloacas un 35,5% (Tabla 3).

Aunque estas cifras pueden parecer positivas, en el contexto de un período de 40 años, la reducción no es sustancial. Esto indica que, pese a los esfuerzos, las mejoras en estas áreas críticas han sido lentas por desiguales e insuficientes.

El acceso al agua potable y la existencia de un sistema seguro de disposición de excretas son esenciales para la prevención de enfermedades transmisibles. La falta de estos servicios básicos expone a la población a riesgos sanitarios que podrían evitarse con infraestructura adecuada.

La relación entre la disponibilidad de agua limpia y el saneamiento con la salud pública es directa y bien documentada: sin estos elementos, la prevalencia de enfermedades como diarreas, hepatitis y otras infecciones es significativamente mayor.

Este fenómeno se agrava cuando consideramos la reducción del porcentaje de viviendas sin provisión de agua y sin desagüe por una red pública según las distintas jurisdicciones (Figuras 34 y 35).

Algunas regiones han mostrado mejoras significativas, mientras que otras no han experimentado cambios estructurales notables.

Esta disparidad refleja la complejidad de los desafíos socioeconómicos de los países en vías de desarrollo, donde factores como la desigualdad regional, la ineficiencia administrativa y la falta de inversiones sostenidas juegan un papel crucial, demandando políticas públicas más específicas y equitativas para alcanzar un desarrollo inclusivo y sostenible.

Dimensión Socioeconómica y Ambiental

Tabla 2. Porcentaje de viviendas sin provisión de agua por red pública según jurisdicción. Argentina, 1980-2022

* Las variaciones observadas podrían deberse a fluctuaciones estadísticas inherentes al relevo y a proporciones menores a 2,5%.

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC.

Jurisdicción	Porcentaje de viviendas sin acceso a agua de red pública					Variación 2022/1980 (%)
	1980	1991	2001	2010	2022	
Buenos Aires	49,4	41,6	29,2	24,5	25,7	-48,0
Catamarca	36,6	17,5	9,3	7,0	6,2	-83,1
CABA	0,9	1,8	0,1	0,4	2,3	156,1*
Chaco	66,1	40,5	28,4	23,6	23,6	-64,4
Chubut	19,5	9,9	5,5	3,2	3,3	-82,9
Córdoba	34,6	23,0	13,6	8,3	6,4	-81,5
Corrientes	52,7	32,3	18,3	13,4	11,6	-78,0
Entre Ríos	39,1	23,8	13,7	9,8	9,0	-76,9
Formosa	62,5	44,2	35,4	23,7	21,8	-65,1
Jujuy	29,2	18,5	8,4	5,7	3,9	-86,8
La Pampa	63,8	34,6	16,9	13,0	15,1	-76,4
La Rioja	25,7	15,0	9,3	6,4	6,5	-74,8
Mendoza	28,6	19,2	12,4	9,5	8,1	-71,8
Misiones	76,9	60,1	40,5	28,3	21,5	-72,1
Neuquén	25,1	12,4	8,3	6,1	7,1	-71,8
Río Negro	35,5	19,0	11,7	7,7	7,6	-78,5
Salta	29,3	21,8	10,5	9,1	8,3	-71,6
San Juan	27,1	15,8	9,2	6,9	5,8	-78,7
San Luis	34,1	22,8	9,8	5,6	6,4	-81,3
Santa Cruz	17,1	8,1	2,9	2,3	10,5	-38,4
Santa Fe	43,6	29,2	19,3	15,9	15,6	-64,2
Santiago del Estero	60,5	45,2	34,3	22,7	20,8	-65,6
Tucumán	33,3	19,6	14,9	11,5	9,9	-70,3
Tierra del Fuego	20,4	7,6	3,5	5,9	6,7	-67,2
TOTAL PAIS	39,1	29,7	19,9	15,9	16,1	-58,9

Dimensión Socioeconómica y Ambiental

Figura 34. Evolución del porcentaje de viviendas sin provisión de agua por red pública según jurisdicción. Argentina, 1980-2022

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC.

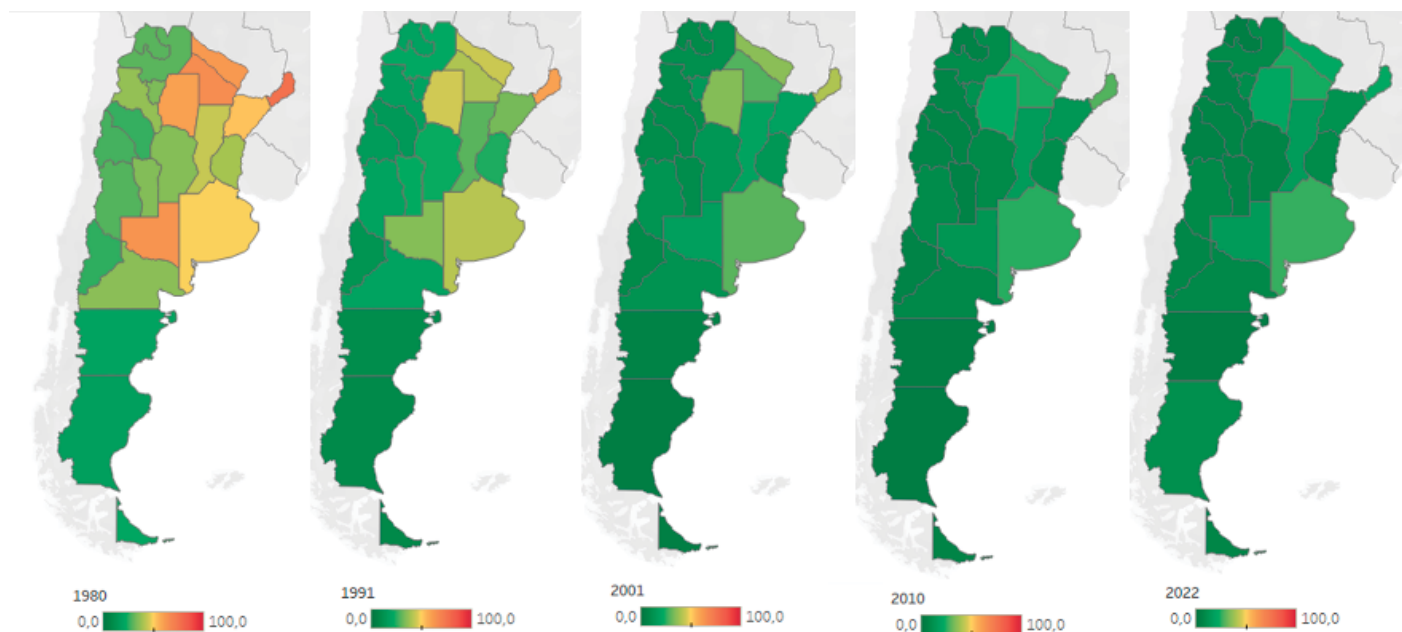
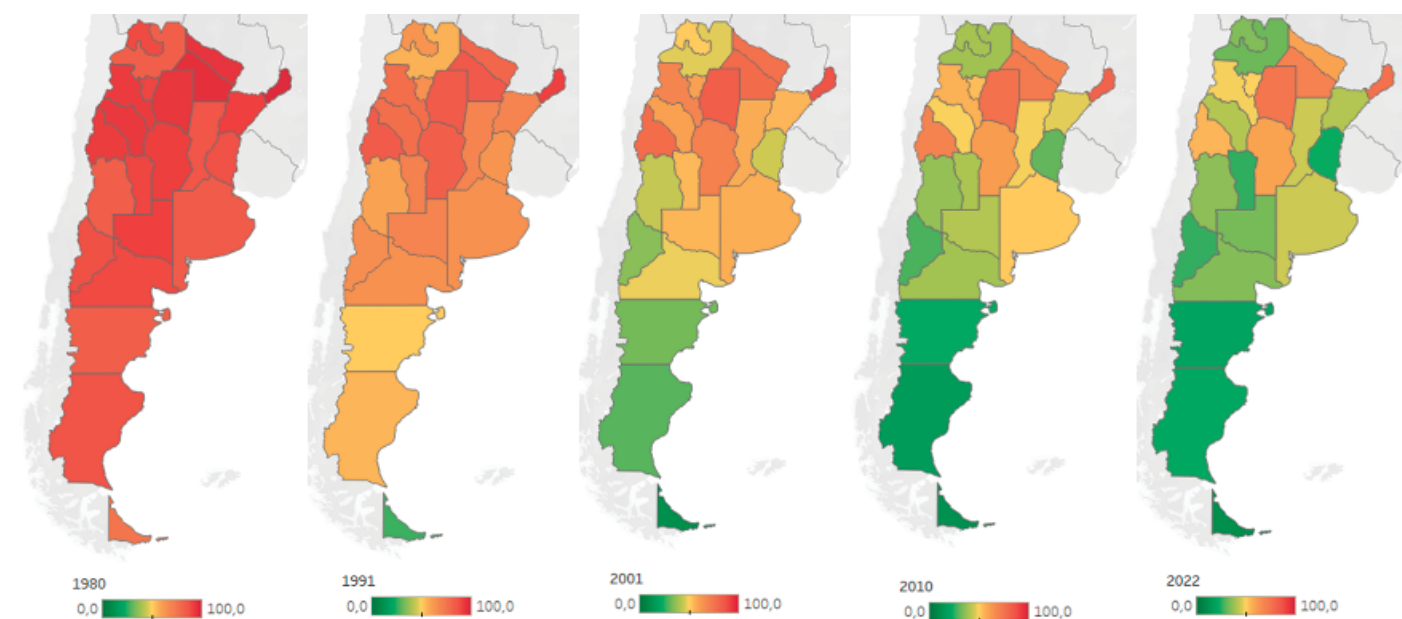


Figura 35. Evolución del porcentaje de viviendas sin desagüe a una red pública según jurisdicción. Argentina, 1980-2022

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC.



Dimensión Socioeconómica y Ambiental

Tabla 3. Porcentaje de viviendas sin desagüe a una red pública según jurisdicción. Argentina, 1980-2022

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC.

Jurisdicción	Porcentaje de viviendas sin acceso a cloacas					Variación 2022/1980 (%)
	1980	1991	2001	2010	2022	
Buenos Aires	70,2	65,1	56,9	51,3	44,6	-36,4
Catamarca	86,7	78,0	68,9	56,2	48,9	-43,6
CABA	1,9	3,9	2,6	1,6	1,5	-22,2
Chaco	93,2	86,1	79,1	73,6	70,2	-24,7
Chubut	67,2	50,9	32,2	21,7	18,9	-71,9
Córdoba	85,4	83,0	71,0	61,5	59,5	-30,4
Corrientes	84,5	69,2	55,2	47,1	41,0	-51,5
Entre Ríos	76,2	63,4	44,8	30,2	23,2	-69,6
Formosa	90,4	80,6	77,2	69,3	59,6	-34,0
Jujuy	79,2	63,9	51,2	39,2	34,0	-57,0
La Pampa	84,9	69,0	54,8	41,0	32,5	-61,7
La Rioja	88,3	77,8	60,6	49,4	41,2	-53,3
Mendoza	68,0	59,8	43,4	36,7	35,6	-47,7
Misiones	96,6	92,4	87,7	81,5	76,8	-20,5
Neuquén	77,2	66,0	35,3	27,5	25,5	-67,0
Río Negro	80,0	65,1	47,9	38,7	34,4	-57,1
Salta	66,0	56,3	46,9	38,4	31,3	-52,5
San Juan	86,4	85,2	78,5	69,9	55,3	-36,1
San Luis	81,6	71,1	54,5	40,1	25,3	-69,0
Santa Cruz	74,6	55,2	29,0	15,2	21,0	-71,8
Santa Fe	74,3	69,2	57,2	48,7	44,7	-39,8
Santiago del Estero	89,6	85,0	83,8	77,2	75,0	-16,3
Tucumán	81,8	65,4	60,1	53,6	50,1	-38,8
Tierra del Fuego	50,7	26,3	10,1	10,7	10,0	-80,3
TOTAL PAIS	66,0	61,4	52,8	46,2	42,6	-35,5

Dimensión Socioeconómica y Ambiental

Nivel de Instrucción Materna

El nivel de educación materna se ha descrito desde hace mucho tiempo como un buen indicador asociado a las condiciones de vida y, cuando es bajo, como un factor de riesgo para la morbilidad infantil.

En 2022 se registraron 190 591 nacidos vivos de madres con secundario incompleto o menor nivel de instrucción, el 41,3% de nacidos vivos para ese año. A pesar de que la tendencia muestra un comportamiento relativamente constante, en el último quinquenio se observó la disminución de cinco puntos porcentuales (Figura 36).

El análisis según jurisdicción retrata una distribución heterogénea entre las jurisdicciones, con una brecha mayor a tres veces entre los extremos. En la jurisdicción con mayor porcentaje (Santiago del Estero), más de 7 de cada 10 nacidos vivos tienen madres con bajo nivel de instrucción (73,9%). En la jurisdicción con el menor porcentaje (Ciudad Autónoma de Buenos Aires), aproximadamente el 20% de las madres tienen un bajo nivel de instrucción (Figura 37).

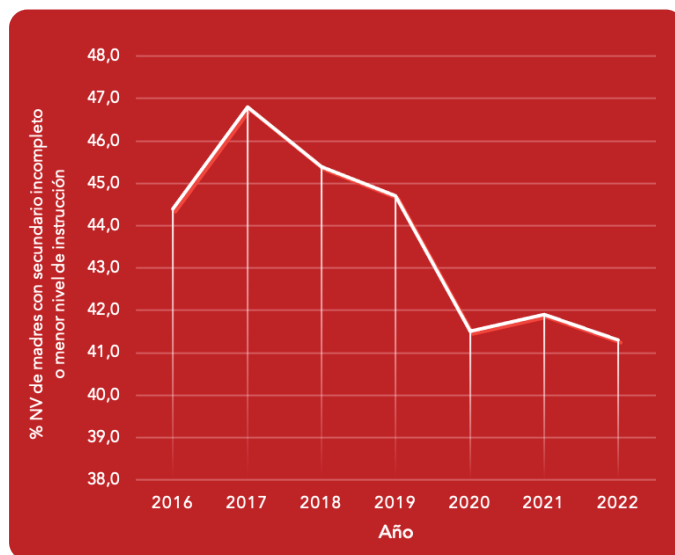


Figura 36. Porcentaje de nacidos vivos (NV) de madres con secundario incompleto o menor nivel de instrucción. Argentina, 2016-2022

Fuente: elaboración propia según datos de la DEIS.

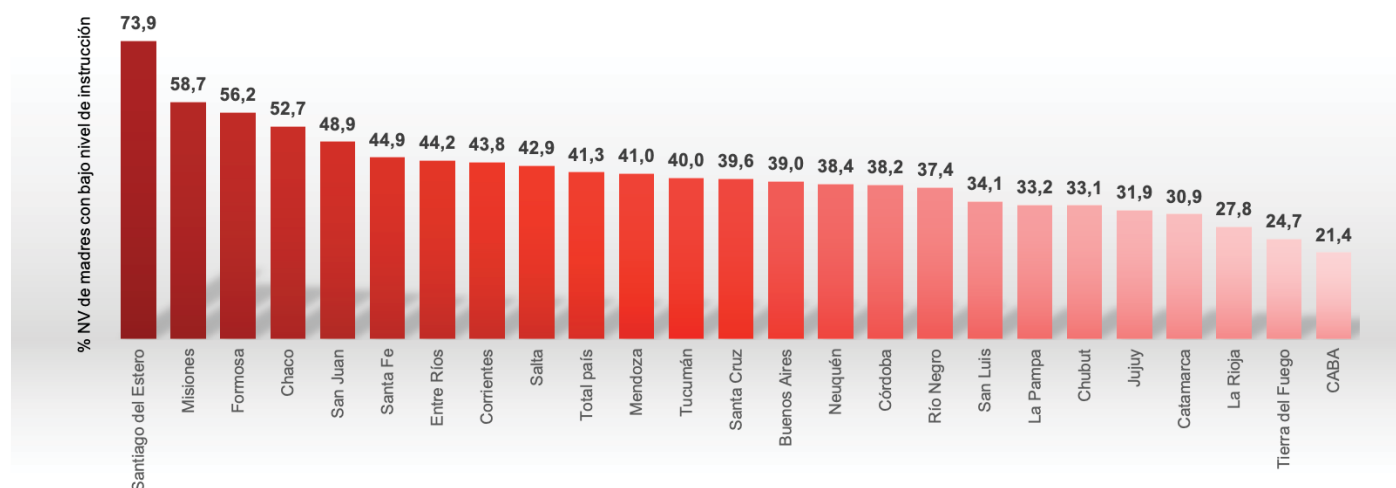


Figura 37. Porcentaje de nacidos vivos de madres con secundario incompleto o menor nivel de instrucción según jurisdicción. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos de la DEIS.

Dimensión Socioeconómica y Ambiental

De cualquier manera, no se observan diferencias importantes entre la proporción de nacidos vivos de madres con bajo nivel de instrucción y los estratos de mortalidad infantil (Figura 38). Por otra parte, si bien no se observa un gradiente, el quintil con mayor población que vive en condiciones de pobreza presenta una proporción de nacidos vivos de madres con bajo nivel de instrucción de más de quince puntos porcentuales que el estrato de menor población que vive en dichas condiciones (Figura 39).

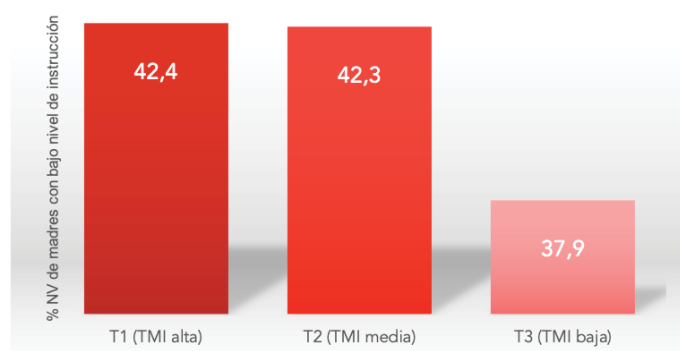


Figura 38. Porcentaje de nacidos vivos de madres con secundario incompleto o menor nivel de instrucción, según estratos de tasa de mortalidad infantil (TMI). Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos de la DEIS.

Al analizar el nivel de instrucción, no podemos perder de vista que las tareas de cuidado históricamente han sobrecargado a las mujeres, por la "naturalización" de su función primordial y única de brindar cuidados. Esta feminización del cuidado tiene raíces en construcciones sociales y culturales que asocian a las mujeres con la compasión, la empatía y la responsabilidad hacia otros. La división sexual del trabajo y la asignación de roles de género han llevado a que el trabajo de cuidado realizado por mujeres sea frecuentemente desvalorizado e invisibilizado. Además, en muchos contextos, este trabajo no remunerado de cuidado se convierte en una carga que limita las oportunidades económicas y profesionales de las mujeres, perpetuando así las desigualdades de género.

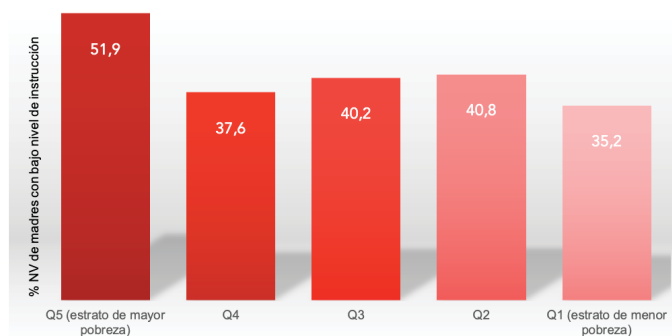


Figura 39. Porcentaje de nacidos vivos de madres con secundario incompleto o menor nivel de instrucción según estratos de población que vive en condiciones de pobreza. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos de la DEIS y el INDEC.

Entre las políticas públicas de los últimos años que proponen una mirada interdisciplinaria de este concepto, podemos mencionar la Ley 27611 de Atención y Cuidado Integral de la Salud, durante el Embarazo y la Primera Infancia (ley de los 1000 días), el Programa Primeros Años, la creación de los Centros de Desarrollo Infantil, el Programa SUMAR, entre otros.

La mirada interdisciplinaria aplicada al concepto de cuidado implica una comprensión holística e integrada de las relaciones humanas y los diversos factores que las afectan. En el entorno de cuidadores/as principales, es importante tener en cuenta, además de su nivel educacional, su estado nutricional, emocional y laboral, la exposición a situaciones de violencia, entre otros determinantes que pueden impactar tanto en su capacidad para cuidar como en su bienestar personal. Las políticas públicas deberían incorporar esta nueva lógica de cuidados con un enfoque de género. Implementar y fortalecer estas políticas es crucial para construir una sociedad más justa, equitativa y solidaria, donde el cuidado sea valorado y reconocido adecuadamente.

Dimensión Socioeconómica y Ambiental

Cobertura de Salud

El proceso salud-enfermedad-atención-cuidado es un concepto clave en salud pública y medicina social que analiza cómo diferentes factores determinan la salud de una población. Dentro de estos, el tipo de sistema de salud es un concepto que abarca el acceso a los servicios (hospitales, personal de salud, niveles de atención, etc.), la calidad de la atención (competencia del personal de salud, tecnología disponible, protocolos de atención) y la cobertura de salud. Un sistema de salud integrado y accesible es indispensable para alcanzar una buena salud, así como la equidad sanitaria.

En 2022, el CNPHV relevó que 16317432 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 40).

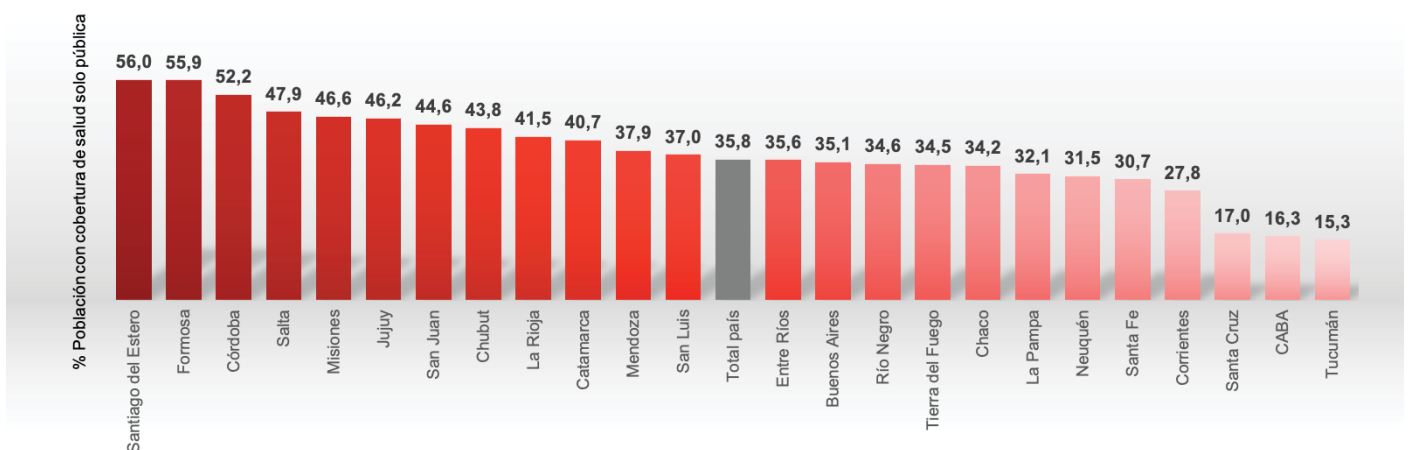


Figura 40. Porcentaje de la población que tiene cobertura de salud pública, según jurisdicciones. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC.

La población que depende de la cobertura de salud pública no presentó variaciones de acuerdo con los terciles de mortalidad infantil (Figura 41). Sin embargo, a pesar de que tampoco se observó un gradiente definido según quintiles de población que vive en condiciones de pobreza, el estrato con la menor proporción de pobres es aquel que presenta la menor población que depende de la cobertura de salud pública (Figura 42).

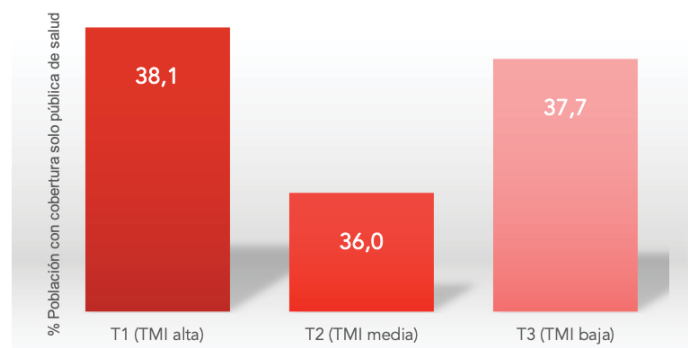


Figura 41. Porcentaje de la población que presenta cobertura de salud pública, según estratos de mortalidad infantil (TMI). Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos de la DEIS y el INDEC.

Dimensión Socioeconómica y Ambiental

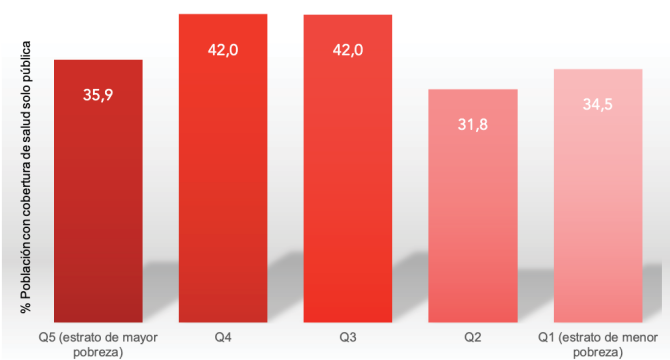


Figura 42. Proporción de la población que presenta cobertura de salud pública según estratos de población que vive en condiciones de pobreza. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC.

Aunque no se observaron diferencias significativas en la cobertura de salud exclusivamente de gestión estatal en relación con los terciles de mortalidad infantil, sí se evidencia una tendencia en la que los quintiles de población con mayores recursos económicos tienden al menor uso de los servicios de salud pública.

Este fenómeno resalta la importancia de seguir evaluando el sistema de salud pública para asegurar que no solo se brinden servicios de calidad, sino que también se aborden las barreras económicas, geográficas, étnicas, culturales, sociales, etarias, que puedan limitar el acceso equitativo a estos servicios.

Inversión Presupuestaria en Salud

La inversión presupuestaria en salud es un indicador que resulta de interés, ya que no siempre el aumento del presupuesto en salud se relaciona con mejores indicadores. Por ejemplo, la fragmentación del sistema de salud es un problema significativo que afecta tanto el acceso como la calidad de la atención médica.

Esta fragmentación se manifiesta en varios niveles y entre diferentes subsistemas, y genera múltiples desafíos. La falta de coordinación entre estos subsistemas provoca duplicidad de servicios, desigualdad en el acceso y variaciones en la calidad de la atención.

Al carecer de una integración efectiva entre los niveles de atención, pueden surgir problemas en la continuidad del cuidado.

Los pacientes pueden ser referidos inapropiadamente o no recibir el seguimiento adecuado, lo que afecta negativamente su salud.

La superposición de competencias y responsabilidades entre diferentes niveles de gobierno puede crear redundancias y vacíos en la prestación de servicios.

La heterogeneidad en la implementación de políticas y programas de salud a nivel local, provincial y nacional puede resultar en disparidades regionales significativas en la calidad y disponibilidad de la atención.

La inexistencia de un sistema unificado y coordinado da lugar a una superposición de servicios y a una heterogeneidad en la prestación de atención. Esto puede significar que algunos pacientes reciban múltiples servicios innecesarios, mientras que otros carecen de acceso a cuidados básicos.

Para abordar estos problemas, se necesitan reformas que promuevan la coordinación y la integración entre los diferentes subsistemas y niveles de atención.

1. Producto Bruto Interno (PBI) destinado a salud

En 2021 se destinó el 10,5% del PBI en salud. Particularmente, el gasto público representó el 3,1% de este. La tendencia mostró un comportamiento estable en los últimos años, con un leve incremento a partir del año 2020 a expensas del gasto público (Figura 43).

Dimensión Socioeconómica y Ambiental

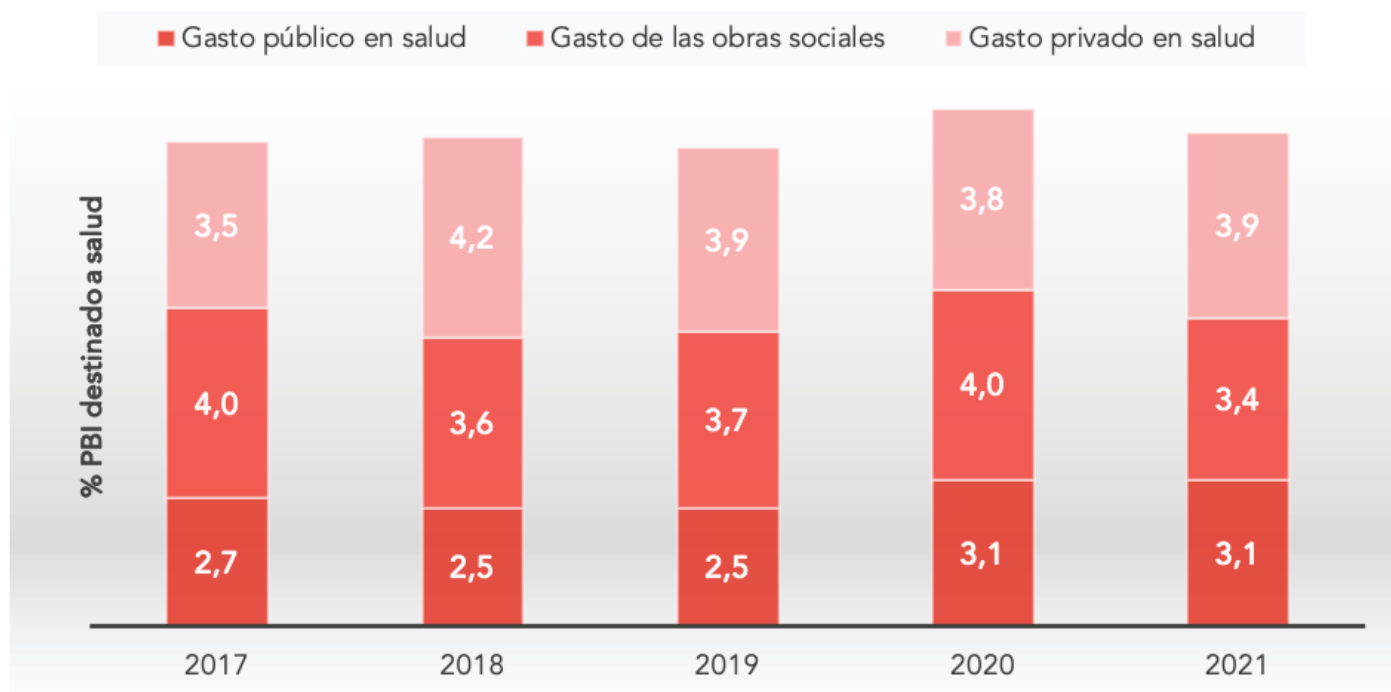


Figura 43. Porcentaje del PBI destinado a salud según tipo de gasto. Argentina, 2017-2021

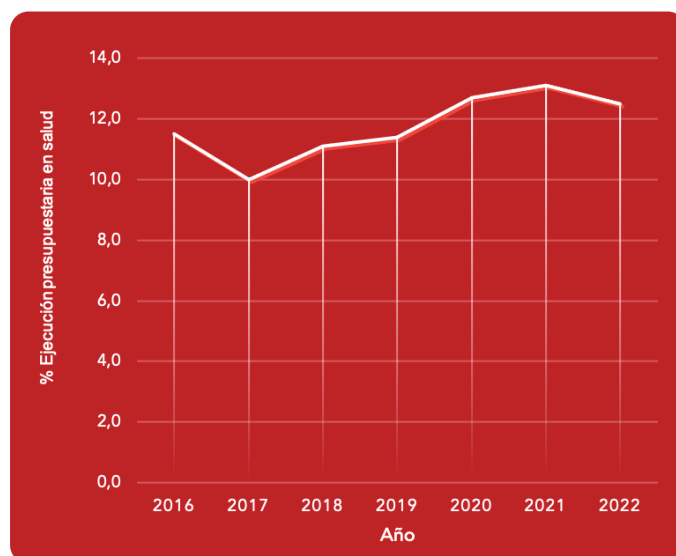
Fuente: elaboración propia según datos del INDEC y del Ministerio de Economía de la Nación.

2. Ejecución Presupuestaria por Jurisdicción

En el año 2022, se ejecutó el 12,5% del presupuesto nacional destinado al área de Salud. En términos de tendencia, este porcentaje se fue incrementando en los últimos años (Figura 44). El análisis de las ejecuciones ordinarias a nivel provincial excluye la ejecución extraordinaria por parte del Estado Nacional en el contexto de la pandemia por COVID-19.

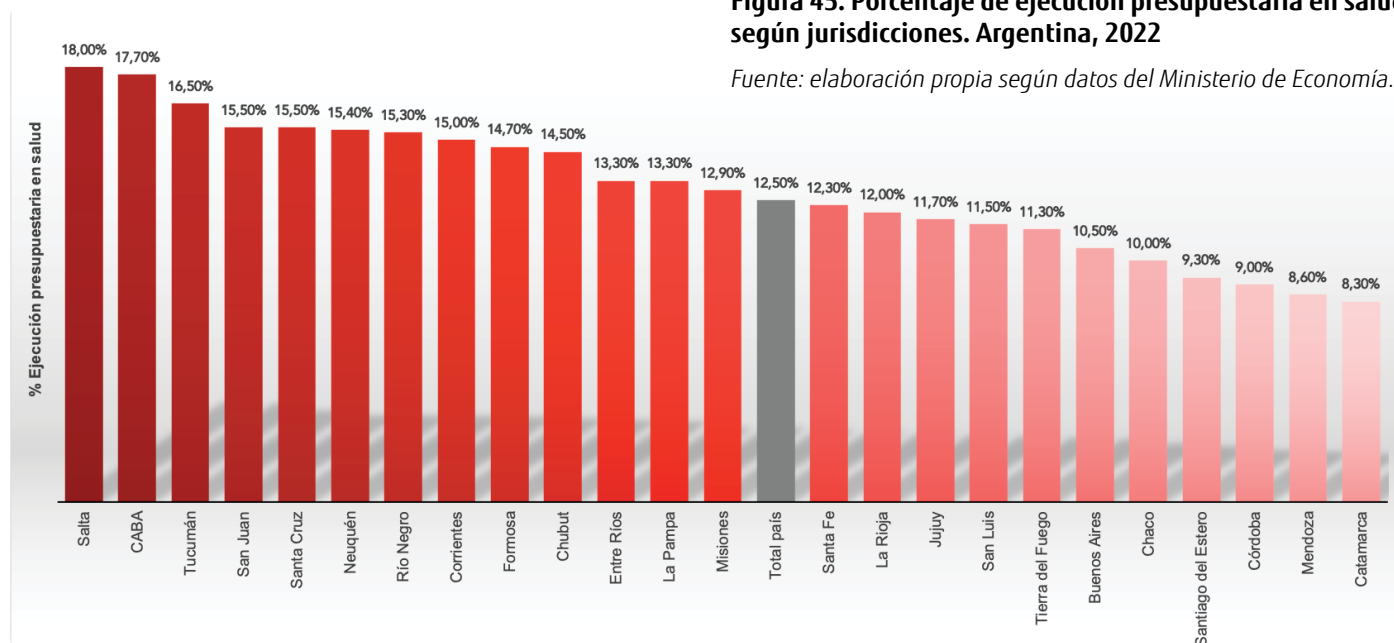
Figura 44. Porcentaje de ejecución presupuestaria en salud. Argentina, 2016-2022

Fuente: elaboración propia según datos del Ministerio de Economía de la Nación.



Dimensión Socioeconómica y Ambiental

Por otra parte, al observar la ejecución presupuestaria, se evidencian grandes diferencias entre las jurisdicciones. En términos de brecha, mientras algunas ejecutaron alrededor de un 8% (Mendoza y Catamarca); otras lo hicieron alrededor del 18% (Salta y Ciudad Autónoma de Buenos Aires), lo que representa más del doble de diferencia (Figura 45)



El análisis de ejecución presupuestaria en salud según estratos de mortalidad no refleja una relación entre los tres grupos (Figura 46). Sin embargo, la ejecución presupuestaria en salud según quintiles de población que vive en condiciones de pobreza sí muestra una relación: la menor ejecución se observa en el quintil más pobre, mientras que la mayor, en los estratos menos pobres (Figura 47).

Muchas de las jurisdicciones que destinan un mayor presupuesto en salud no alcanzan buenos resultados. Esta observación se puede relacionar en parte con lo analizado en la cobertura de salud, en la que muchas jurisdicciones destinan mayores recursos al sistema público del que depende gran parte de su población. Siguiendo las recomendaciones de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (OMS), resulta necesario trabajar en una distribución y ejecución más eficiente del dinero y los recursos para disminuir las inequidades sanitarias.

De todas maneras, la presencia estatal para garantizar el acceso a los servicios de salud no siempre se ha traducido en una mejor salud poblacional, ejemplificando las diferencias entre igualdad y equidad. La igualdad se refiere a proporcionar las mismas oportunidades y recursos a todas las personas sin considerar sus diferencias individuales o circunstancias. En el ámbito de la salud, la igualdad implica que todos los individuos tienen el mismo acceso a servicios y tratamientos médicos, independientemente de su situación socioeconómica, ubicación geográfica, género o característica personal.

La equidad reconoce que las personas tienen diferentes necesidades y circunstancias que deben ser tenidas en cuenta para proporcionar una atención justa y adecuada. Implementar políticas de equidad en salud es esencial para reducir las disparidades y mejorar los resultados de salud especialmente para las poblaciones más vulnerables.

Dimensión Socioeconómica y Ambiental

Un mayor gasto en salud no siempre se traduce en una mejor situación de salud debido a varios factores que van más allá de la inversión económica. Como ejemplo de algunos de esos factores, pueden mencionarse la distribución eficiente del gasto, la calidad de los servicios de salud (capacitación del personal, infraestructura, etc.), los modelos de atención que se centren en la prevención y promoción de la salud, los mecanismos que evalúan y monitorean el impacto del gasto en salud, entre otros.

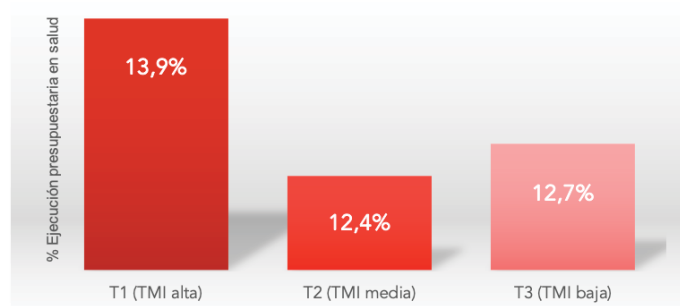


Figura 46. Porcentaje de ejecución presupuestaria en salud según jurisdicción y estratos de tasa de mortalidad infantil (TMI). Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos de la DEIS y el Ministerio de Economía de la Nación.

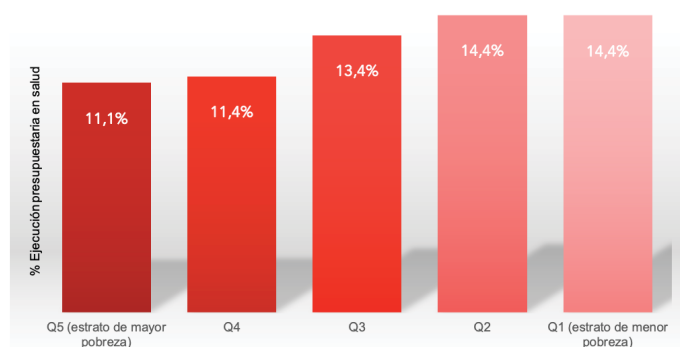


Figura 47. Porcentaje de ejecución presupuestaria en salud según estratos de población que vive en condiciones de pobreza. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos del INDEC y del Ministerio de Economía de la Nación.

En la gestión de las políticas de salud, en los últimos años se destacan estrategias orientadas a fomentar la cobertura universal. Se han priorizado líneas y programas de trabajo que jerarquizan el primer nivel de atención (Programa Remediar, Plan Nacer/Sumar, Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, Plan Enia y Programa Médicos Comunitarios) y en los que el Estado vuelve a tener un rol prioritario en materia de salud.

Resumen Ejecutivo Dimensión Socioeconómica y Social

- En Argentina, más de la mitad de los NNyA viven en condiciones de pobreza (6 de cada 10).
- Casi 2 de cada 10 NNyA viven en condiciones de indigencia.
- 2 de cada 10 personas no tienen acceso a agua potable en sus viviendas.
- Más de 4 de cada 10 personas no tienen acceso a la red cloacal en sus viviendas.
- Aquellas personas que residen en viviendas con limitado acceso a servicios de red pública de agua y desagüe cloacal, en condiciones de hacinamiento crítico, cercana a basurales o en zonas inundables presentan las peores condiciones de salud.
- Las peores condiciones de salud se observan en los estratos con mayor población que vive en condiciones de pobreza.
- Las madres de 4 de cada 10 nacidos vivos tienen un nivel de instrucción de secundario incompleto o menor.
- Casi 4 de cada 10 personas cuentan solamente con cobertura pública de salud.
- Una mayor inversión no necesariamente se traduce en una mejor situación de salud.
- La elevada brecha observada en las condiciones socioeconómicas de la población (pobreza e indigencia, condiciones habitacionales, instrucción materna y cobertura de salud) refleja una preocupante inequidad entre las jurisdicciones.

Dimensión Salud



La salud de la infancia y la adolescencia de la Argentina están determinadas por su bienestar físico, mental, social y ambiental. No solo se trata de detectar o prevenir enfermedades, sino de generar las condiciones para que vivan una vida plena y se desarrollen en entornos y sociedades saludables que los protejan especialmente, y les faciliten su autonomía progresiva para tomar decisiones sobre su propia salud.

Como se detalló en la dimensión socioeconómica y ambiental de este informe, en la Argentina, NNyA encuentran obstáculos para acceder a su derecho a llevar vidas saludables. Se enfrentan a un sistema de salud fragmentado y segmentado, que presenta disparidades territoriales en cuanto a su acceso, y a la falta de servicios que garanticen calidad y confidencialidad, especialmente para la población adolescente.

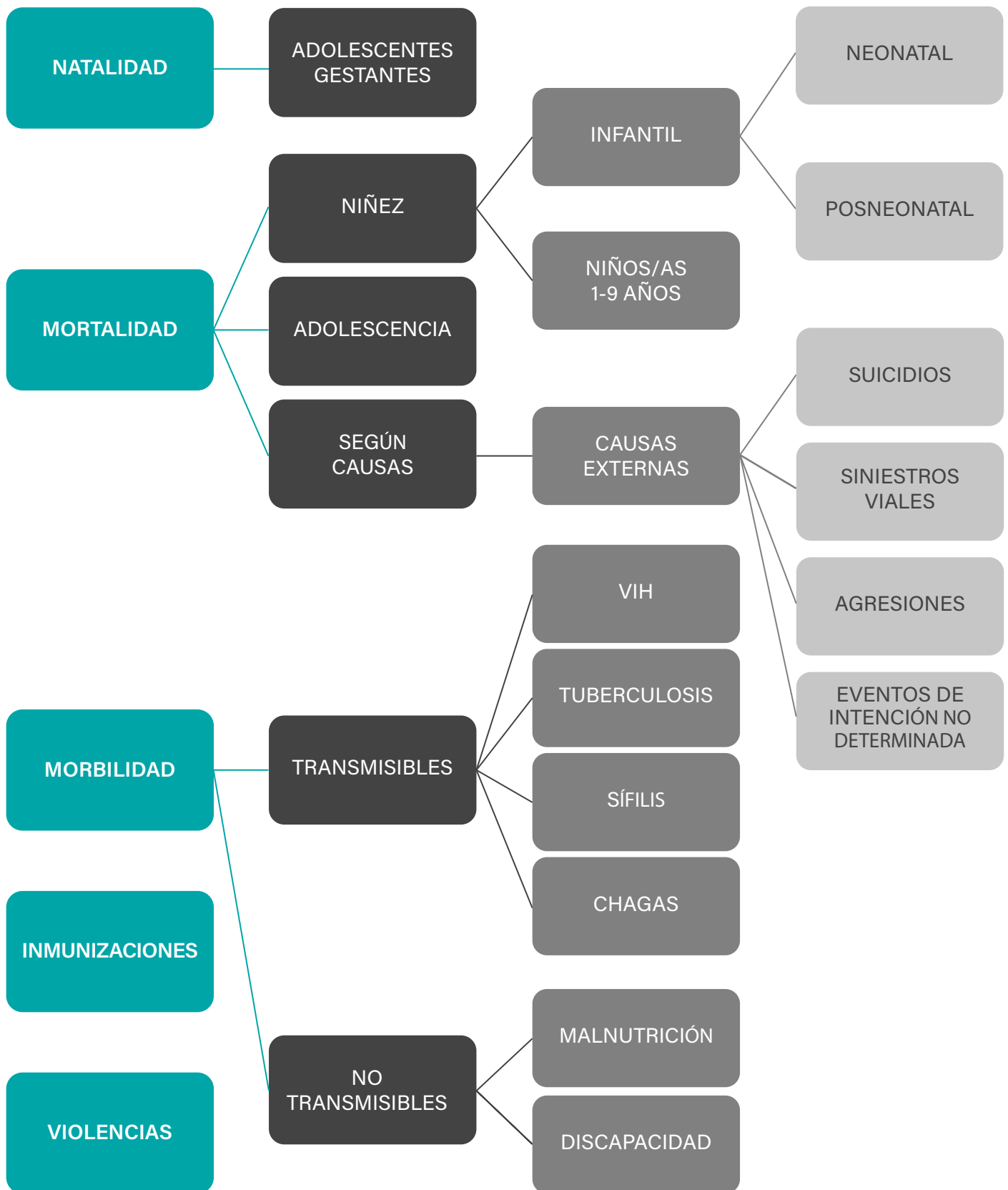
En esta dimensión, analizamos los datos disponibles para evaluar las condiciones de salud en las que se encuentran NNyA haciendo foco en los siguientes indicadores:

- La tasa de fecundidad de adolescentes gestantes
- La mortalidad y sus principales causas de todas etapas de la vida
- Las principales causas de morbilidad por enfermedades transmisibles y no transmisibles
- El acceso a las inmunizaciones
- La exposición a violencias

En este segmento no solo se pretende describir las condiciones de salud que presentan NNyA, sino que se intenta valorar las políticas públicas interministeriales que las mejoraron y remarcar la importancia de continuar con ellas y diseñar nuevas que vayan en el mismo sentido. Otro objetivo es echar luz sobre la falta de datos actualizados para algunos indicadores.

Disminuyendo las brechas en las condiciones materiales de vida y en el acceso a la salud oportuno, a la vez que articulando desde diferentes sectores para trabajar hacia un mismo objetivo, las políticas públicas existentes adquieren mayor fuerza para que cada NNyA crezca y se desarrolle con salud.

Esquema Conceptual de los Indicadores. Dimensión Salud



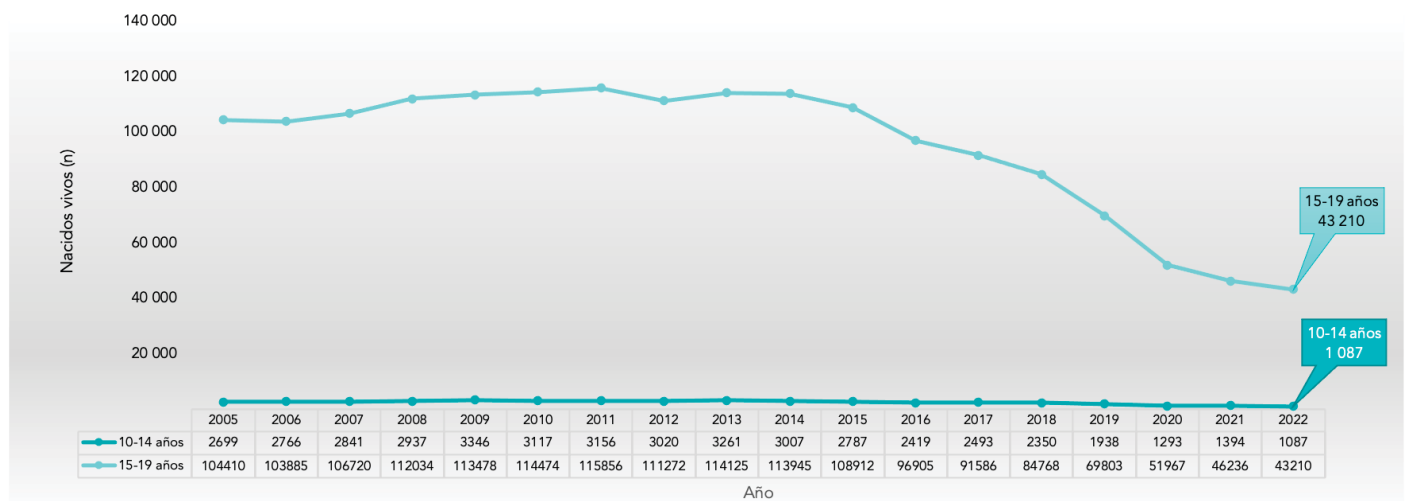
Dimensión Salud

Embarazo Durante la Adolescencia

Los embarazos en la adolescencia, especialmente antes de los 15 años, son una expresión de situaciones de vulnerabilidad y, al mismo tiempo, una causa de la profundización de esta. Representan un complejo problema de salud.

Figura 48. Nacidos vivos de madres niñas y adolescentes. Argentina, 2005-2022

Fuente: elaboración propia según Estadísticas Vitales de la DEIS.



Los embarazos en la adolescencia, especialmente antes de los 15 años, son una expresión de situaciones de vulnerabilidad y, al mismo tiempo, una causa de la profundización de esta. Representan un complejo problema de salud.

La tasa de fecundidad adolescente presenta una gran disminución a partir del año 2016. En 2010 la tasa de nacimientos entre 15 y 19 años era de 64,9 cada 1000 mujeres y descendió a 25,2 cada 1000 en 2022, lo que significa una reducción del 61% en los últimos 12 años. La tasa de fecundidad infantil bajó de 1,8 nacimientos por 1000 a 0,6 (Figura 49).

Las adolescentes embarazadas enfrentan un mayor riesgo de complicaciones que incluyen, entre otras, anemia, preeclampsia/eclampsia, infecciones de transmisión sexual y parto prematuro. El impacto psicosocial es también mayor en adolescentes gestantes. No hay que dejar de mencionar el impacto sobre la escolaridad y la limitación de oportunidades educativas y laborales a futuro.²

En Argentina, durante el año 2022 nacieron 44297 hijos de gestantes menores de 20 años, 1087 niñas madres y 43210 entre 15 y 19 años (Figura 48). El 59% de los embarazos de las adolescentes de 15 a 19 años y el 83% de los de las menores de 15 años son reportados como no intencionales.³

²Ministerio de Salud de la Nación. (2023). Situación de Salud de Adolescentes y Jóvenes en Argentina. Edición 2023. Recuperado de: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/situacion-de-salud-de-adolescentes-y-jovenes-de-la-argentina-edicion-2023>

³PNSIA (Programa Nacional de Salud Integral de la adolescencia) del Ministerio de Salud. (2018). Niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Resumen Ejecutivo. Recuperado de: <https://www.unicef.org/argentina/media/2691/file/Resumen%20ejecutivo.pdf>

Dimensión Salud

Figura 49. Tasa de fecundidad (TF) global, en niñas y adolescentes cada 1000 mujeres. Argentina, 2010-2022

Fuente: elaboración propia según Estadísticas Vitales de la DEIS.



El descenso sistemático de la fecundidad adolescente es producto de las políticas públicas y programas implementados desde el Ministerio de Salud a lo largo de los años, entre los que podemos mencionar la Ley 25673 (2002) que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, la Ley 26150 (2016) Programa Nacional de Educación Sexual Integral, la incorporación y distribución del implante subdérmico anticonceptivo (2014), el Plan Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA) en el 2017 y la Ley 27610 (2020) de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

La prevención del embarazo en la adolescencia como estrategia de salud pública también tiene relación con las trayectorias educativas posteriores. En su informe basado en la encuesta MICS 2019-2020, UNICEF expresa que, al igual que el ingreso temprano al mercado de trabajo, el embarazo y la maternidad/paternidad entre adolescentes puede suponer un obstáculo importante para sostener y concluir sus estudios obligatorios.

Las adolescentes que pertenecen a sectores económicamente más desfavorecidos han tenido mayores probabilidades de quedar embarazadas o de convertirse en madres

tempranamente y el porcentaje de adolescentes entre 15 y 19 años que interrumpieron su escolaridad es ampliamente superior entre quienes tuvieron hijos, están embarazadas por primera vez o lo estuvieron anteriormente.⁴

Como fue mencionado, la maternidad en la adolescencia es una de tantas manifestaciones de la inequidad social, que afecta principalmente a las personas de los estratos más vulnerables, residentes en áreas rurales, que viven en hogares con necesidades básicas insatisfechas, las migrantes recientes y entre adolescentes de comunidades aborígenes, entre otros factores.⁵

⁴UNICEF. (octubre 2022). Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes (MICS) 2019-2020. Informe temático: Adolescencias y Educación. Recuperado de: <https://www.unicef.org/argentina/media/18746/file/Serie%20MICS:%20Adolescencias%20y%20Educa%3%B3n.pdf>

⁵Sistema de Información Perinatal, SIP-G, datos 2020, Secretaría de Acceso a la Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/sistema-informatico-perinatal-para-la-gestion-sip-g-indicadores-basicos-republica-argentina>

Dimensión Salud

En nuestro país, estas inequidades sociales que se traducen en vulnerabilidades se evidencian a través de las brechas entre las distintas jurisdicciones, donde se puede ver que las tasas de fecundidad en la adolescencia, para el año 2022, en la mayoría de las jurisdicciones del NEA y NOA se ubican por encima de la media nacional (Figura 50).

La prevención y el apoyo adecuado pueden romper el ciclo de vulnerabilidad y ofrecer a las jóvenes una oportunidad para un futuro más saludable. Las políticas públicas existentes que colaboran con esto deben ser fortalecidas mediante la adjudicación de un presupuesto adecuado desde el Estado nacional y los Estados provinciales.

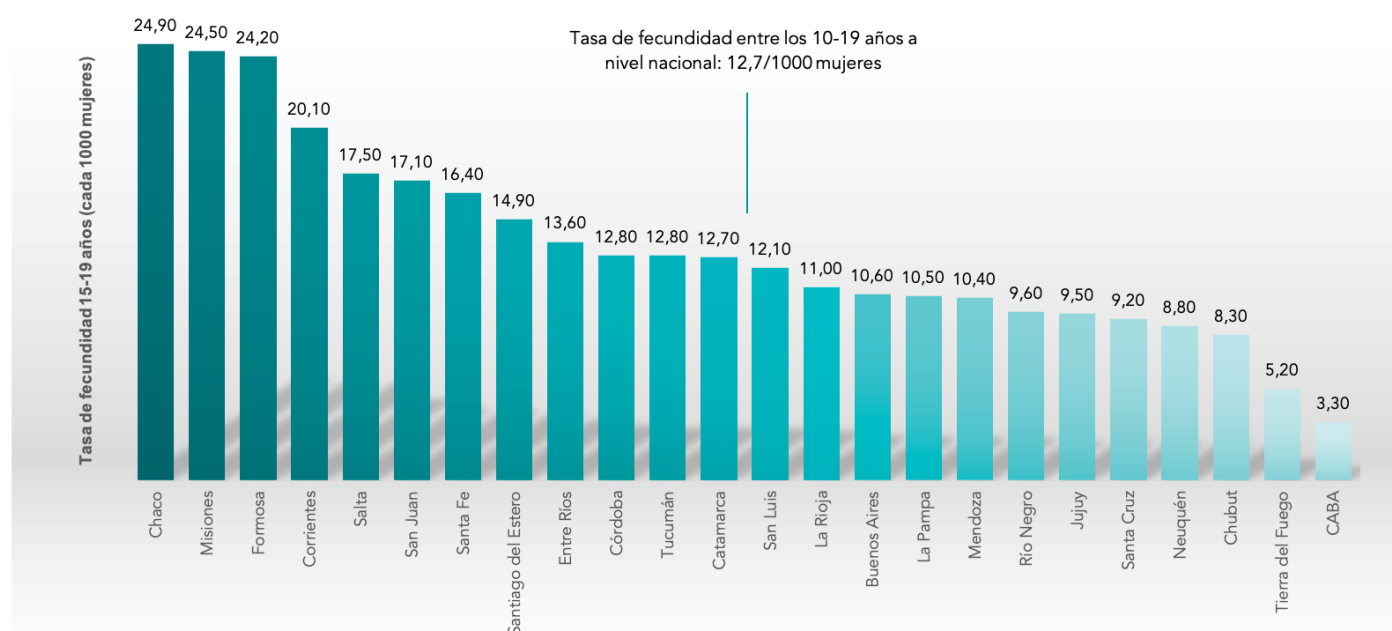


Figura 50. Tasas de fecundidad entre los 10 y 19 años cada 1000 mujeres por jurisdicciones. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según Estadísticas Vitales de la DEIS.

Dimensión Salud

Mortalidad

El derecho a la salud integral en la población infantil y adolescente de la República Argentina tiene como principal marco normativo la Convención sobre los Derechos del Niño y la Ley 26061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, que establece su condición de sujetos de derecho.

No obstante, los niños y niñas todavía experimentan brechas entre el derecho formal y su ejercicio efectivo según el lugar donde nacen y las características socioeconómicas y laborales de sus hogares.⁶

En el año 2022, fallecieron 8945 personas menores de 20 años, 6 de cada 10 tenían menos de 5 años de edad y casi 3 de cada 10 eran adolescentes entre 15 y 19 años (Figura 51).

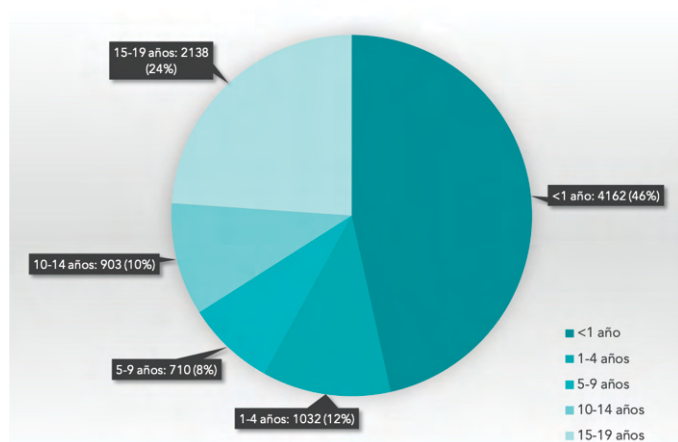


Figura 51. Mortalidad en menores de 20 años por grupos etarios. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según Estadísticas Vitales de la DEIS.

La tasa de fecundidad infantil bajó de 1,8 nacimientos por 1000 a 0,6 (Figura 49).

Las adolescentes embarazadas enfrentan un mayor riesgo de complicaciones que incluyen, entre otras, anemia, preeclampsia/eclampsia, infecciones de transmisión sexual y parto prematuro. El impacto psicosocial es también mayor en adolescentes gestantes. No hay que dejar de mencionar el impacto sobre la escolaridad y la limitación de oportunidades educativas y laborales a futuro.²

En Argentina, durante el año 2022 nacieron 44297 hijos de gestantes menores de 20 años, 1087 niñas madres y 43210 entre 15 y 19 años (Figura 48). El 59% de los embarazos de las adolescentes de 15 a 19 años y el 83% de los de las menores de 15 años son reportados como no intencionales.³

²Ministerio de Salud de la Nación. (2023). Situación de Salud de Adolescentes y Jóvenes en Argentina. Edición 2023. Recuperado de: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/situacion-de-salud-de-adolescentes-y-jovenes-de-la-argentina-edicion-2023>

³PNSIA (Programa Nacional de Salud Integral de la adolescencia) del Ministerio de Salud. (2018). Niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Resumen Ejecutivo. Recuperado de: <https://www.unicef.org/argentina/media/2691/file/Resumen%20ejecutivo.pdf>

Dimensión Salud

Mortalidad

El derecho a la salud integral en la población infantil y adolescente de la República Argentina tiene como principal marco normativo la Convención sobre los Derechos del Niño y la Ley 26061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, que establece su condición de sujetos de derecho.

No obstante, los niños y niñas todavía experimentan brechas entre el derecho formal y su ejercicio efectivo según el lugar donde nacen y las características socioeconómicas y laborales de sus hogares.⁶

En el año 2022, fallecieron 8945 personas menores de 20 años, 6 de cada 10 tenían menos de 5 años de edad y casi 3 de cada 10 eran adolescentes entre 15 y 19 años (Figura 51).

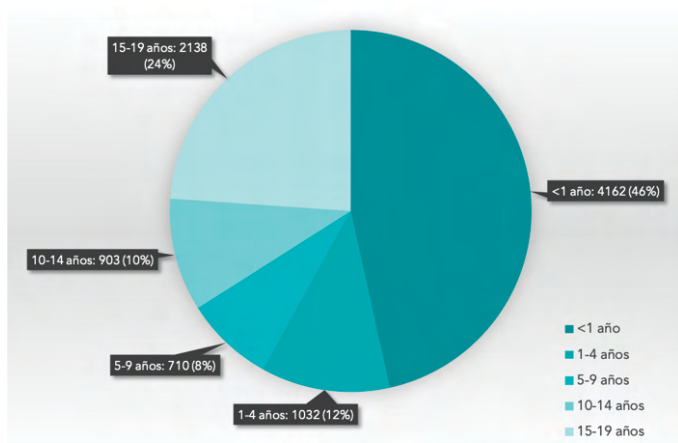


Figura 51. Mortalidad en menores de 20 años por grupos etarios. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según Estadísticas Vitales de la DEIS.

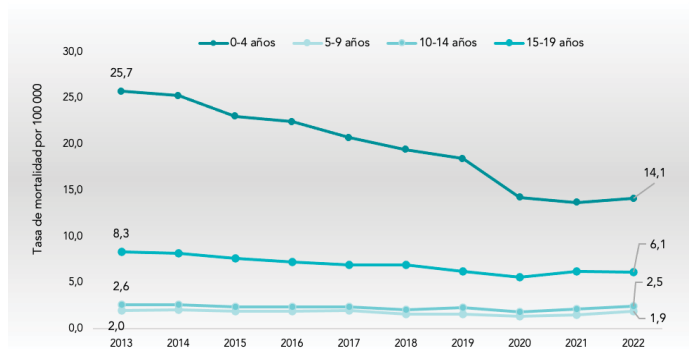
⁶UNICEF. Estado de la situación de la niñez y la adolescencia en Argentina. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Año 2016. Recuperado de: <https://www.unicef.org/argentina/media/2211/file/SITAN.pdf>

Las tasas de mortalidad en menores de 20 años en nuestro país se encuentran en descenso en los últimos 10 años. La mayor reducción se observa en los menores de 5 años (45%) seguidos por el grupo de adolescentes entre los 15 y 19 años (27%) (Figura 52).

“No dejar a nadie atrás” es el principio de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el objetivo 3 de Salud y Bienestar incluye la reducción de la mortalidad infantil como prioritario.⁷ Las medidas del sector sanitario orientadas a prevenir y tratar enfermedades infecciosas de la primera infancia son fundamentales. Sin embargo, también hay que considerar otros sectores gubernamentales, en particular los de educación, transporte e infraestructura vial, agua y saneamiento y aplicación de la ley. Todos esos sectores deben trabajar articuladamente para prevenir las defunciones prematuras de niños mayores.

Figura 52. Tendencia de tasas de mortalidad en menores de 20 años por grupos etarios. Argentina, 2014-2022

Fuente: elaboración propia según Estadísticas Vitales de la DEIS.



⁷Naciones Unidas https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023_Spanish.pdf

Dimensión Salud

En Argentina, se utiliza la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima revisión (CIE-10) para la codificación de las causas de muerte. El uso de esta clasificación permite el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes épocas. Las primeras cinco causas de muerte en menores de 20 años en nuestro país se detallan a continuación en la tabla 4.

Tabla 4. Cinco primeras causas de muerte según grupo etario. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según Estadísticas Vitales de la DEIS.

Grupo de Causas de Muerte		<1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19
	1.º	Perinatales	Causas externas	Demás causas definidas	Causas externas	Causas externas
2.º	Malformaciones congénitas	Malformaciones congénitas	Causas externas	Tumores	Tumores	Tumores
3.º	Respiratorias	Respiratorias	Tumores	Demás causas definidas	Demás causas definidas	Demás causas definidas
4.º	Mal definidas	Demás causas definidas	Respiratorias	Respiratorias	Respiratorias	Respiratorias
5.º	Infecciosas	Tumores	Malformaciones congénitas	Circulatorias	Circulatorias	Circulatorias

1. Mortalidad en la niñez

La reducción de las muertes evitables en recién nacidos y en menores de 5 años es uno de los principales objetivos del sistema de salud. Argentina se comprometió a reducir la mortalidad infantil, estableciendo como metas del milenio una reducción de dos tercios de las tasas de mortalidad infantil (menores de 1 año) y de menores de 5 años, y una disminución de 10% en la desigualdad entre las provincias para el período comprendido entre 1990 y 2015.

Posterior a esto, la OMS estableció como Objetivo 3 de Desarrollo Sostenible reducir la mortalidad neonatal a 12 por cada 1000 nacidos vivos y la mortalidad de menores de 5 años a 25 por cada 1000 nacidos vivos en todos los países. En la figura 53, se puede observar la situación mundial para el año 2022, donde se evidencia la mayor mortalidad en África y Asia.

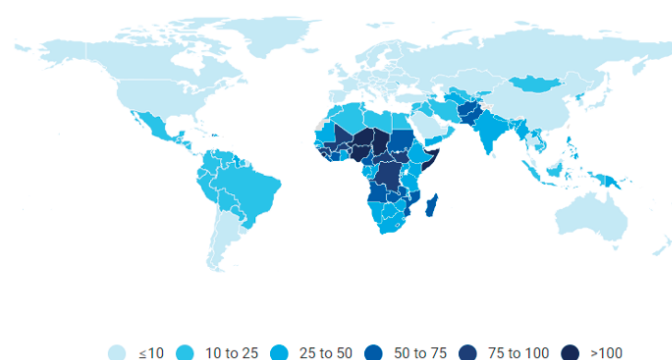


Figura 53. Tasas de mortalidad en menores de 5 años (muertes por cada 1000 nacidos vivos) por país, 2022

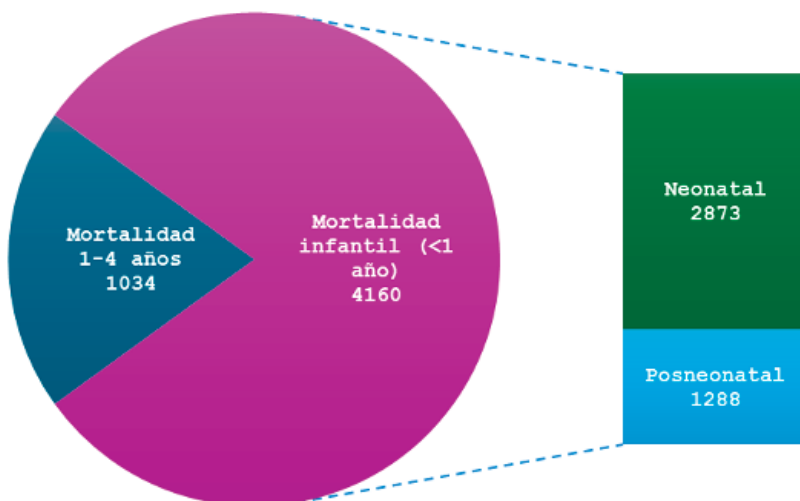
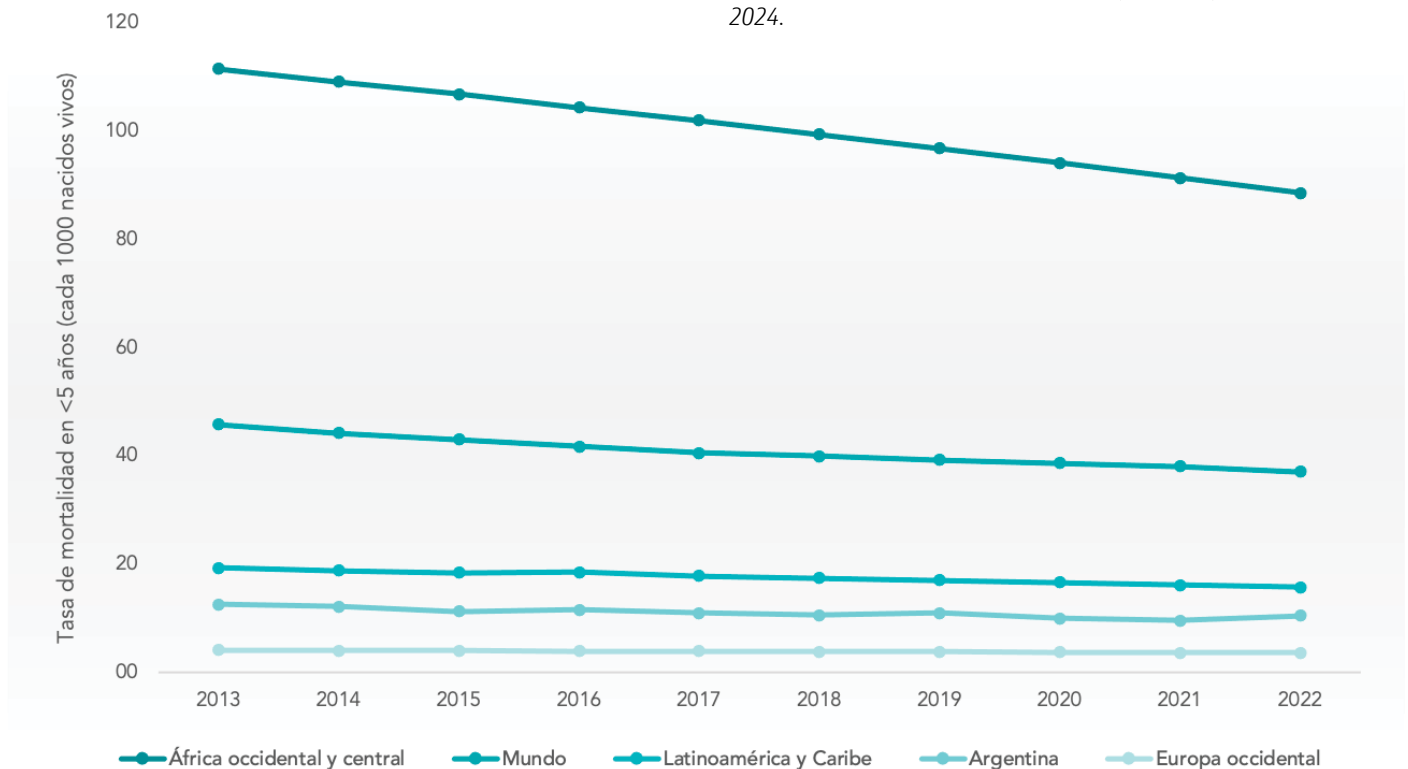
Fuente: Naciones Unidas. Grupo Inter Agencial para la Estimación de la Mortalidad Infantil (UN IGME), 2024.

Dimensión Salud

Las tasas mundiales de mortalidad infantil se encuentran en descenso, pero los promedios ocultan desigualdades persistentes y arraigadas entre las poblaciones vulnerables. El riesgo de muerte entre los menores de 5 años en el país con mayor mortalidad es de ochenta veces la del país con la mortalidad más baja (Figura 54).

Figura 54. Tendencias de tasas de mortalidad en menores de 5 años (muertes por cada 1000 nacidos vivos) por regiones, 2022

Fuente: elaboración propia según datos del Grupo Inter Agencial para la Estimación de la Mortalidad Infantil (UN IGME), Naciones Unidas, 2024.



Tasas de mortalidad 2022

10,5‰ en menores de 5 años

8,4‰ en menores de 1 año

Reducción de la mortalidad en los últimos 10 años

17% en menores de 5 años

22% en menores de 1 año

Dimensión Salud

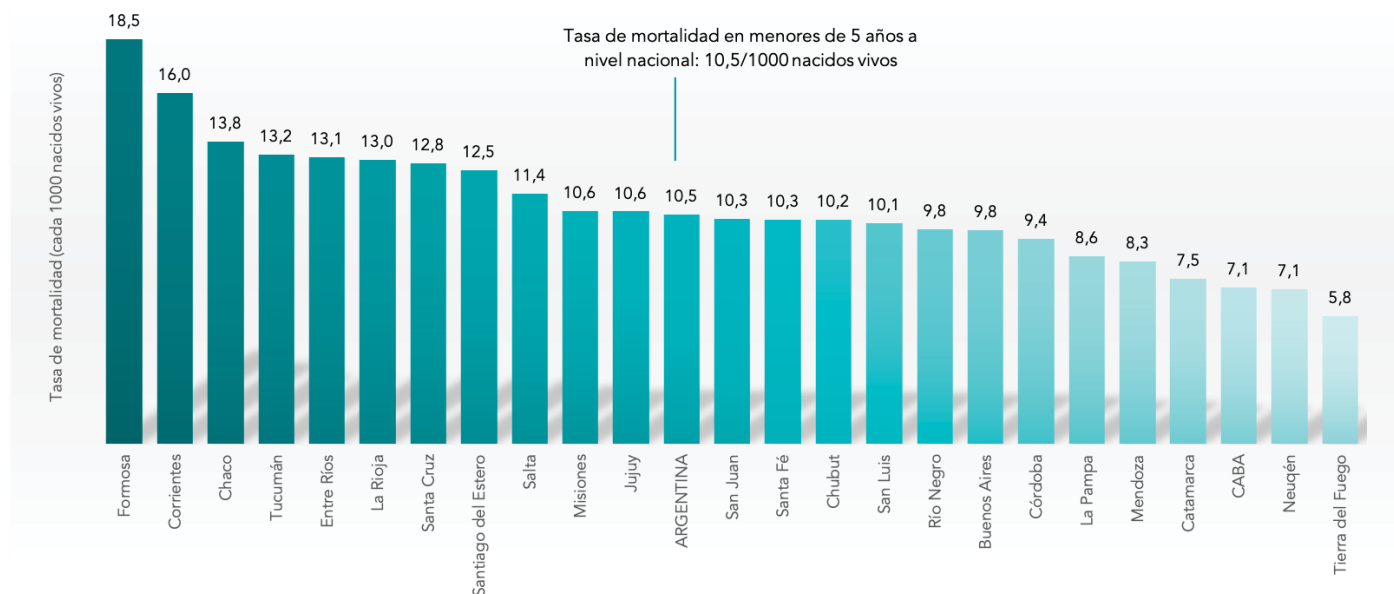
Del total de fallecimientos que se producen antes de los 10 años de vida, 9 de cada 10 mueren en los primeros 5 años y 8 de cada 10 mueren antes de su primer año de vida.

Entre las distintas jurisdicciones del país, se observan brechas de mortalidad con un riesgo tres veces superior de morir entre los externos (Figura 55).

Cuando los niños nacen en los hogares más pobres o en se desploman.

Figura 55. Tasa de mortalidad en menores de 5 años (muertes por cada 1000 nacidos vivos) por jurisdicciones. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según Estadísticas Vitales de la DEIS.



Mortalidad Infantil

La tasa de mortalidad infantil es un indicador directamente relacionado con el desarrollo y la calidad de vida, así como con la accesibilidad y calidad de los servicios de salud. Comprende la mortalidad de menores de 1 año y está compuesta por la mortalidad neonatal y la mortalidad posneonatal.

Se denomina "mortalidad neonatal" a la ocurrida en los primeros 27 días de vida y "mortalidad posneonatal", a la que sucede entre los 28 y 365 días de vida.

Las tasas se calculan utilizando como denominador los nacidos vivos en un múltiplo de 1000 y se expresa como "%".

En Argentina fallecieron en el año 2022 un total de 4160 menores de 1 año, lo cual muestra una reducción en números absolutos de más del 50% en relación con el año 2005. La TMI fue el 8,4‰ y, si bien presenta oscilaciones, la tendencia de la variación interanual de la mortalidad infantil en el período es predominantemente descendente (Figura 56).

Dimensión Salud



Figura 56. Mortalidad en menores de 1 año (número de muertes y tasas cada 1000 nacidos vivos). Argentina, 2005-2022

Fuente: elaboración propia según Estadísticas Vitales de la DEIS.

Distintos factores influyen y determinan el nivel de la mortalidad infantil, como los biológicos, demográficos, socioeconómicos, culturales, ambientales, de atención de la salud, entre otros. En relación con el componente neonatal, prevalecen los factores vinculados con las condiciones congénitas y con la oportunidad y calidad de la atención de la salud (salud de la gestante, controles prenatales, atención del parto, prevención de malformaciones congénitas, etc.). En cambio, en la mortalidad posneonatal tienen mayor impacto sobre la salud del niño las condiciones ambientales y socioeconómicas.

En Argentina, en el año 2022, la mortalidad neonatal fue del 5,8‰ y la posneonatal fue del 2,6‰. Desde 2005, se observa una reducción del 37% en la mortalidad infantil, con un descenso más significativo en el componente posneonatal (42%) en comparación con el neonatal (35%). En 2021, la mortalidad infantil alcanzó su mínimo histórico con una tasa del 8 ‰ (Figura 57).

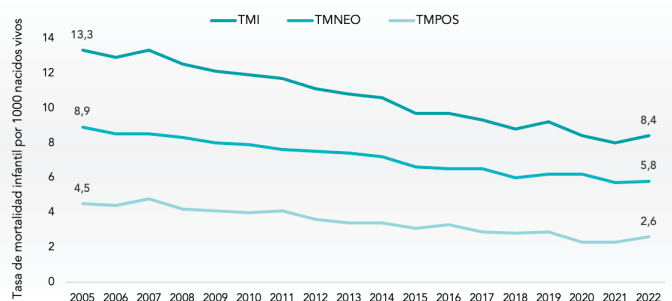


Figura 57. Tendencia de las tasas de mortalidad infantil (TMI), neonatal (TMNEO) y posneonatal (TMPOS) cada 1000 nacidos vivos. Argentina, 2005-2022

Fuente: elaboración propia según Estadísticas Vitales de la DEIS.

En la Figura 58 se muestra la mortalidad infantil por trienios según jurisdicciones. La evolución permite ver que diecinueve jurisdicciones lograron reducir la mortalidad a un dígito entre 2020-2022.

Dimensión Salud

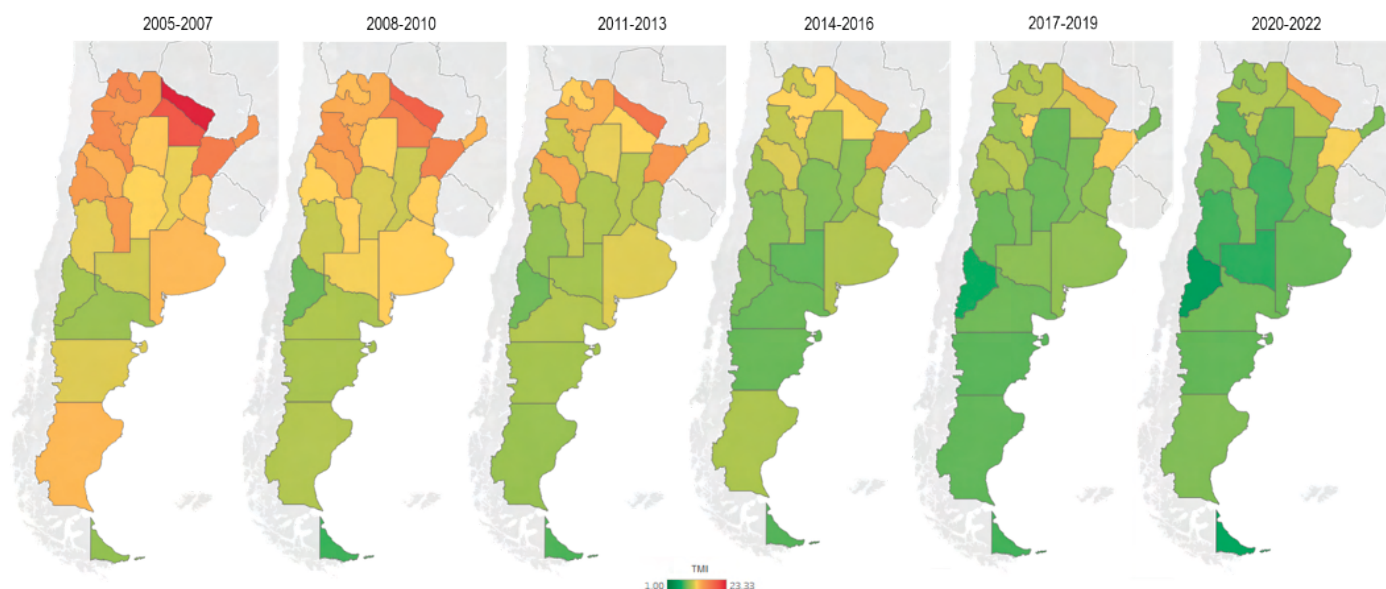


Figura 58. Tasas de mortalidad infantil cada 1000 nacidos vivos por trienios según jurisdicción. Argentina, 2005-2022

Fuente: elaboración propia según Estadísticas Vitales de la DEIS.

En la tabla 5, se observa que los porcentajes de reducción de las tasas son heterogéneos entre las distintas jurisdicciones; en los extremos se registran reducciones entre el 14% y el 51%.

Tabla 5. Tasas de mortalidad infantil cada 1000 nacidos vivos por trienios según jurisdicción y porcentaje de reducción de tasas. Argentina, 2005-2022

Fuente: elaboración propia según Estadísticas Vitales de la DEIS.

TMI	2005-2007	2008-2010	2011-2013	2014-2016	2017-2019	2020-2022	Reducción de la TMI entre 2005-2007 y 2020-2022
Buenos Aires	13,1	12,3	11,4	10,1	9,2	8,0	38,7
Catamarca	15,7	15,1	10,9	10,6	9,2	7,7	50,9
Chaco	20,0	16,8	12,1	12,1	10,9	10,1	49,4
Chubut	11,4	9,9	9,8	8,0	7,6	7,9	30,7
CABA	8,3	7,7	8,7	7,3	6,7	5,2	37,2
Córdoba	12,1	11,3	10,0	8,8	8,1	7,1	41,6
Corrientes	17,1	16,4	15,0	14,7	12,5	11,9	30,3
Entre Ríos	12,6	12,3	10,4	10,3	9,2	9,5	24,6
Formosa	23,3	19,2	17,6	13,9	13,7	14,3	38,5
Jujuy	16,1	13,0	12,3	10,9	9,8	9,0	44,3
La Pampa	11,1	11,9	9,8	7,8	9,0	6,5	40,9
La Rioja	13,6	14,0	14,1	11,4	10,2	9,9	27,3
Mendoza	11,5	10,8	9,2	8,8	8,1	7,1	38,2
Misiones	15,4	13,3	11,8	9,7	8,4	8,6	44,4
Neuquén	9,8	8,1	8,2	8,5	6,2	4,8	51,1
Río Negro	9,5	10,0	10,1	8,0	8,1	8,1	14,4
Salta	14,9	13,7	13,7	12,1	10,5	10,0	32,5
San Juan	14,6	12,1	10,7	9,5	9,7	8,1	44,9
San Luis	14,8	12,3	10,6	10,0	8,6	8,8	40,9
Santa Cruz	13,1	10,2	9,4	10,0	7,8	8,6	34,2
Santa Fé	11,6	10,9	10,3	9,0	8,5	8,2	29,9
Santiago del Estero	12,5	12,2	11,6	10,0	7,9	7,9	36,8
Tierra del Fuego	9,2	7,1	7,4	7,5	7,2	5,7	38,7
Tucumán	14,2	13,7	13,8	12,2	12,0	10,4	26,8
Total País	13,2	12,2	11,2	10,0	9,1	8,3	37,1

Dimensión Salud

En el mundo, las personas vulnerables y socialmente desfavorecidas tienen menor acceso a los recursos sanitarios y, probablemente, se enfermen y mueran antes que las personas con una posición social más privilegiada. Según Whitehead, el término inequidad es el que mejor define esas desigualdades “como diferencias que son innecesarias y evitables, pero, además, abusivas e injustas”.

En relación con la mortalidad infantil, en nuestro país podemos apreciar una correlación directa con los mayores niveles de pobreza y los menores niveles de instrucción materna al analizar las jurisdicciones en forma individual y no por estratos (Figura 59).

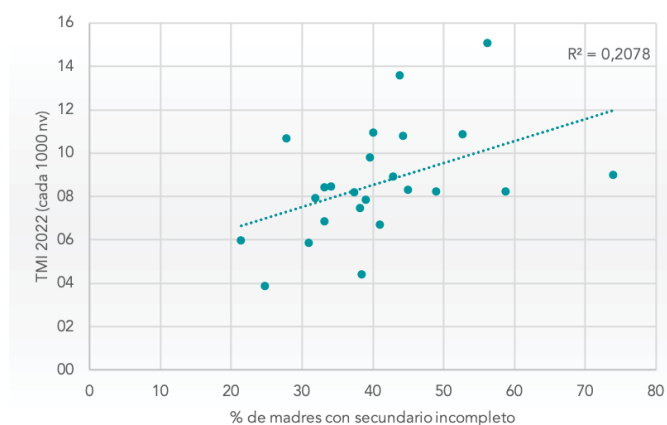
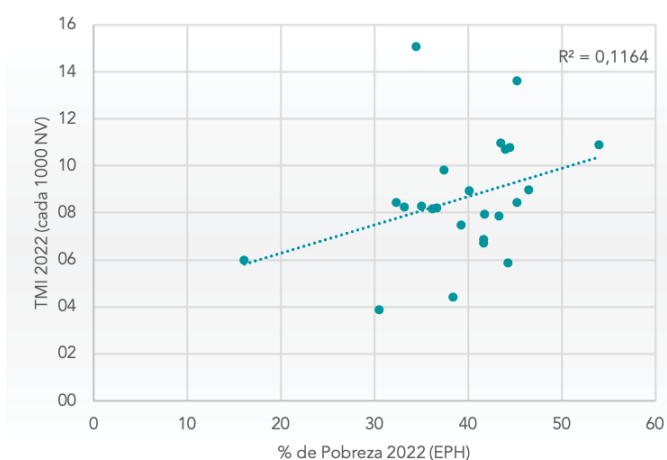


Figura 59. Correlación de tasas de mortalidad infantil (TMI) cada 1000 nacidos vivos con los porcentajes de madres con secundario incompleto y pobreza. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según Estadísticas Vitales de la DEIS, Encuesta Permanente de Hogares y Censo (EPH) 2022 (INDEC).



Habiendo analizado las inequidades, podemos avanzar en cuáles son las causas de mortalidad infantil en Argentina. En el año 2022, las dos primeras causas de mortalidad infantil –las afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas– fueron responsables del 78% de las muertes antes del primer año de vida, seguidas por las enfermedades del sistema respiratorio (Tabla 6).

Dimensión Salud

Grupo de causas	Muertes	%
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	2188	52,6
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1078	25,9
Enfermedades del sistema respiratorio	229	5,5
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	218	5,2
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	162	3,9
Causas externas de morbilidad y de mortalidad	101	2,4
Enfermedades del sistema nervioso	63	1,5
Enfermedades del sistema circulatorio	34	0,8
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	30	0,7
Tumores (neoplasias)	25	0,6
Enfermedades del sistema digestivo	16	0,4
Enfermedades del sistema genitourinario	11	0,3
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	6	0,1
Todas las demás enfermedades	1	0,0
Total	4162	100,0

En 2022 el descenso más importante en términos porcentuales se observa en la mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio y en las afecciones originadas en el período perinatal, que se redujeron el 59% y el 47% respectivamente en comparación con el año 2013 (Tabla 7). Las malformaciones congénitas del corazón constituyen la principal causa de las defunciones infantiles por malformaciones.

Tabla 6. Muertes en menores de 1 año según causas. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según Estadísticas Vitales de la DEIS.

Tabla 7. Muertes en menores de 1 año según causas, reducción porcentual y absoluta. Argentina, 2013 y 2022

Fuente: elaboración propia según Estadísticas Vitales de la DEIS.

Causa de muerte	Número de muertes		% de reducción (2013 vs. 2022)	Reducción absoluta en número de muertes (2013 vs. 2022)
	2013	2022		
Afecciones originadas en el período perinatal	4160	2188	47,4	1972
Malformaciones congénitas	2134	1078	49,5	1056
Enfermedades del sistema respiratorio	565	229	59,5	336
Mal definidas	445	218	51,0	227
Enfermedades infecciosas	287	162	43,6	125
Otras causas	583	287	50,8	296
Total	8174	4162	49,1	4012

Dimensión Salud

Los nacidos vivos con menos de 2500 gramos y particularmente los nacidos con menos de 1500 gramos representan un grupo importante para la salud pública debido a su mayor vulnerabilidad, lo que se traduce en una mayor morbimortalidad. Mientras los nacidos vivos con bajo peso al nacer (menor a 2500 gramos) representaron el 7,8%, en las defunciones infantiles representan el 60,8%. Los nacidos vivos de muy bajo peso al nacer (menor a 1500 gramos) representan el 1,2% de los nacimientos y el 43,9% de las defunciones infantiles.

Los nacidos vivos de muy bajo peso al nacer tienen un riesgo 4,7 veces mayor de morir en el primer año de vida que los nacidos vivos con bajo peso y 129,7 veces mayor que los nacidos vivos con peso suficiente. Según Criterios de Reducibilidad en el 2021, el 63,8% de las defunciones en el primer año de vida se podrían reducir gracias al conocimiento científico y al desarrollo tecnológico existente en el sistema público de atención de salud en el país.

Componente Neonatal

La mortalidad neonatal forma parte de la mortalidad infantil, y es proporcionalmente mayor (mortalidad dura) cuanto más baja es la tasa de mortalidad infantil, como se puede observar en países desarrollados o en poblaciones con buenas condiciones socioeconómicas y culturales.

En nuestro país, la mortalidad neonatal en el año 2022 representó el 69% de la mortalidad infantil, con una tendencia estable desde el año 2005.

La mayoría de las muertes ocurrieron por causas perinatales, especialmente cuanto más temprano sea el fallecimiento, como sucede en la mortalidad neonatal precoz (entre 0 y 6 días de vida) en relación con la mortalidad neonatal tardía (entre 7 y 27 días de vida).

La tasa de mortalidad neonatal precoz en los últimos 10 años disminuyó un 25,5%, con 1881 defunciones neonatales precoces menos en el año 2021 con respecto al año 2012.

En la tasa de mortalidad neonatal tardía, se observa una tendencia al descenso en los últimos 10 años.

La tasa de mortalidad neonatal tardía disminuyó un 20,0%, con 631 defunciones neonatales tardías menos en el año 2021 con respecto al año 2012.

Entre las categorías "Ciertas afecciones originadas en el período perinatal" y "Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas", se encuentra el 97% de las muertes en el primer mes de vida en el año 2022.

El mayor porcentaje de defunciones son debidas a "Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal" (20%), seguidas por "Dificultad respiratoria del recién nacido" (16%), "Otras afecciones respiratorias del recién nacido" (10%), "Resto de afecciones perinatales" (8%) y la "Sepsis bacteriana del recién nacido" (6%).

En la mortalidad neonatal tardía, el mayor porcentaje de defunciones son debidas a "Resto de afecciones perinatales" (19%), seguidas por "Sepsis bacteriana del recién nacido" (14%), "Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal" (12%) y "Otras afecciones respiratorias del recién nacido" (6%).

La segunda causa de muerte neonatal correspondió a las "Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas", responsables de 1078 defunciones en 2022, entre las cuales el 28,5% (n = 197) fueron causadas por "Malformaciones congénitas del corazón".

Según Criterios de Reducibilidad, el 62% de las causas de mortalidad neonatal son reducibles: el 29% en el recién nacido y el 28% en el período perinatal.

Dimensión Salud

Componente Posneonatal

La mortalidad posneonatal forma parte de la mortalidad infantil y es proporcionalmente mayor ("mortalidad blanda") en los lugares con mayores TMI como en países en vías de desarrollo o en poblaciones con malas condiciones socioeconómicas y culturales. La mayoría de las causas de muerte se deben a problemas provenientes del medioambiente y ello es más frecuente cuanto más se aleja la muerte del momento del nacimiento (infecciones, diarreas, deshidratación, trastornos respiratorios agudos, etc.).

En Argentina las "Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas" son la primera causa de mortalidad posneonatal, seguidas de las "Enfermedades del sistema respiratorio", a excepción de lo registrado en el año 2020 y 2021 donde "Ciertas afecciones originadas en el período perinatal" ocuparon el segundo lugar.

Según Criterios de Reducibilidad, el 69% de la mortalidad posneonatal se podría reducir gracias al conocimiento científico y al desarrollo tecnológico existente en el sistema público de atención de salud en el país, mediante acciones de tratamiento (29%) y prevención y tratamiento (29%).

2. Mortalidad en niños/as de 1 a 9 años

En el grupo de 1 a 4 años, una de cada tres muertes se produce por causas externas, con una distribución equitativa de las demás causas que, a diferencia de los otros grupos, incluye las malformaciones congénitas que representan el 15% (Figura 60).

En 2022, un 20% de los niños y niñas de 5 a 9 años fallecieron de causas externas y un 18%, por tumores. En los últimos años, se observó una reducción de un 40% de las muertes por causas externas en este grupo al comparar el año 2013 (n = 244) con el 2022 (n = 139) (Figura 60).

La tasa de mortalidad neonatal precoz en los últimos 10 años disminuyó un 25,5%, con 1881 defunciones neonatales precoces menos en el año 2021 con respecto al año 2012.

En la tasa de mortalidad neonatal tardía, se observa una tendencia al descenso en los últimos 10 años.

La tasa de mortalidad neonatal tardía disminuyó un 20,0%, con 631 defunciones neonatales tardías menos en el año 2021 con respecto al año 2012.

Entre las categorías "Ciertas afecciones originadas en el período perinatal" y "Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas", se encuentra el 97% de las muertes en el primer mes de vida en el año 2022.

El mayor porcentaje de defunciones son debidas a "Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal" (20%), seguidas por "Dificultad respiratoria del recién nacido" (16%), "Otras afecciones respiratorias del recién nacido" (10%), "Resto de afecciones perinatales" (8%) y la "Sepsis bacteriana del recién nacido" (6%).

En la mortalidad neonatal tardía, el mayor porcentaje de defunciones son debidas a "Resto de afecciones perinatales" (19%), seguidas por "Sepsis bacteriana del recién nacido" (14%), "Trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal" (12%) y "Otras afecciones respiratorias del recién nacido" (6%).

La segunda causa de muerte neonatal correspondió a las "Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas", responsables de 1078 defunciones en 2022, entre las cuales el 28,5% (n = 197) fueron causadas por "Malformaciones congénitas del corazón".

Según Criterios de Reducibilidad, el 62% de las causas de mortalidad neonatal son reducibles: el 29% en el recién nacido y el 28% en el período perinatal.

Dimensión Salud

Componente Posneonatal

La mortalidad posneonatal forma parte de la mortalidad infantil y es proporcionalmente mayor (“mortalidad blanda”) en los lugares con mayores TMI como en países en vías de desarrollo o en poblaciones con malas condiciones socioeconómicas y culturales. La mayoría de las causas de muerte se deben a problemas provenientes del medioambiente y ello es más frecuente cuanto más se aleja la muerte del momento del nacimiento (infecciones, diarreas, deshidratación, trastornos respiratorios agudos, etc.).

En Argentina las “Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas” son la primera causa de mortalidad posneonatal, seguidas de las “Enfermedades del sistema respiratorio”, a excepción de lo registrado en el año 2020 y 2021 donde “Ciertas afecciones originadas en el período perinatal” ocuparon el segundo lugar.

Según Criterios de Reducibilidad, el 69% de la mortalidad posneonatal se podría reducir gracias al conocimiento científico y al desarrollo tecnológico existente en el sistema público de atención de salud en el país, mediante acciones de tratamiento (29%) y prevención y tratamiento (29%).

2. Mortalidad en niños/as de 1 a 9 años

En el grupo de 1 a 4 años, una de cada tres muertes se produce por causas externas, con una distribución equitativa de las demás causas que, a diferencia de los otros grupos, incluye las malformaciones congénitas que representan el 15% (Figura 60).

En 2022, un 20% de los niños y niñas de 5 a 9 años fallecieron de causas externas y un 18%, por tumores. En los últimos años, se observó una reducción de un 40% de las muertes por causas externas en este grupo al comparar el año 2013 (n = 244) con el 2022 (n = 139) (Figura 60).

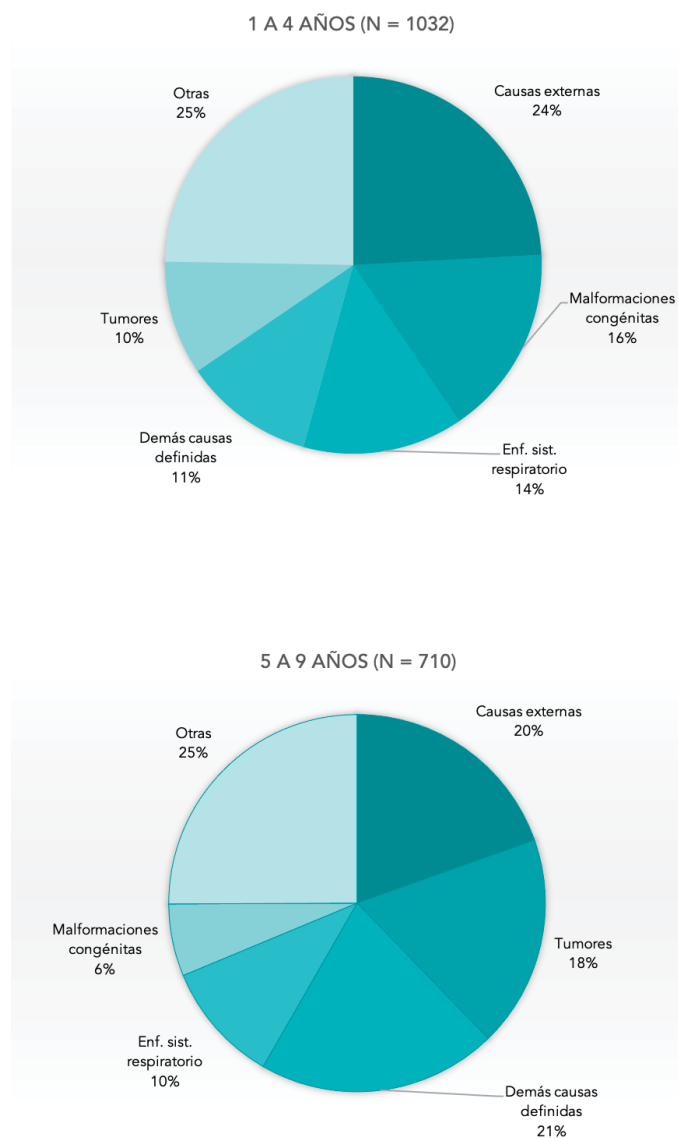


Figura 60. Distribución porcentual de las causas de muerte por grupo etario en niños y niñas entre 1 y 9 años. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según Estadísticas Vitales de la DEIS.

Dimensión Salud

3. Mortalidad en la adolescencia

Durante la adolescencia temprana, entre los 10 y 14 años, predominan las causas externas (30%) seguidas por los tumores (20%). También se observa una reducción de las muertes por causas externas (25%) aunque en menor proporción en comparación con el grupo anterior (Figura 61).

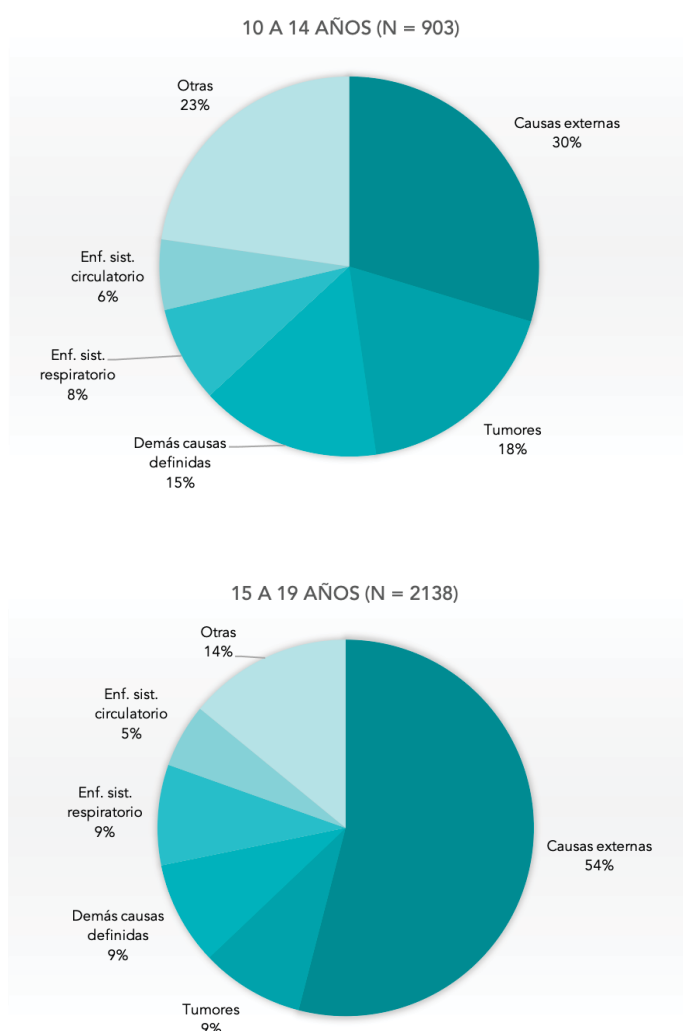


Figura 61. Distribución porcentual de las causas de muerte por grupo etario en adolescentes entre 10 y 19 años. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según Estadísticas Vitales de la DEIS.

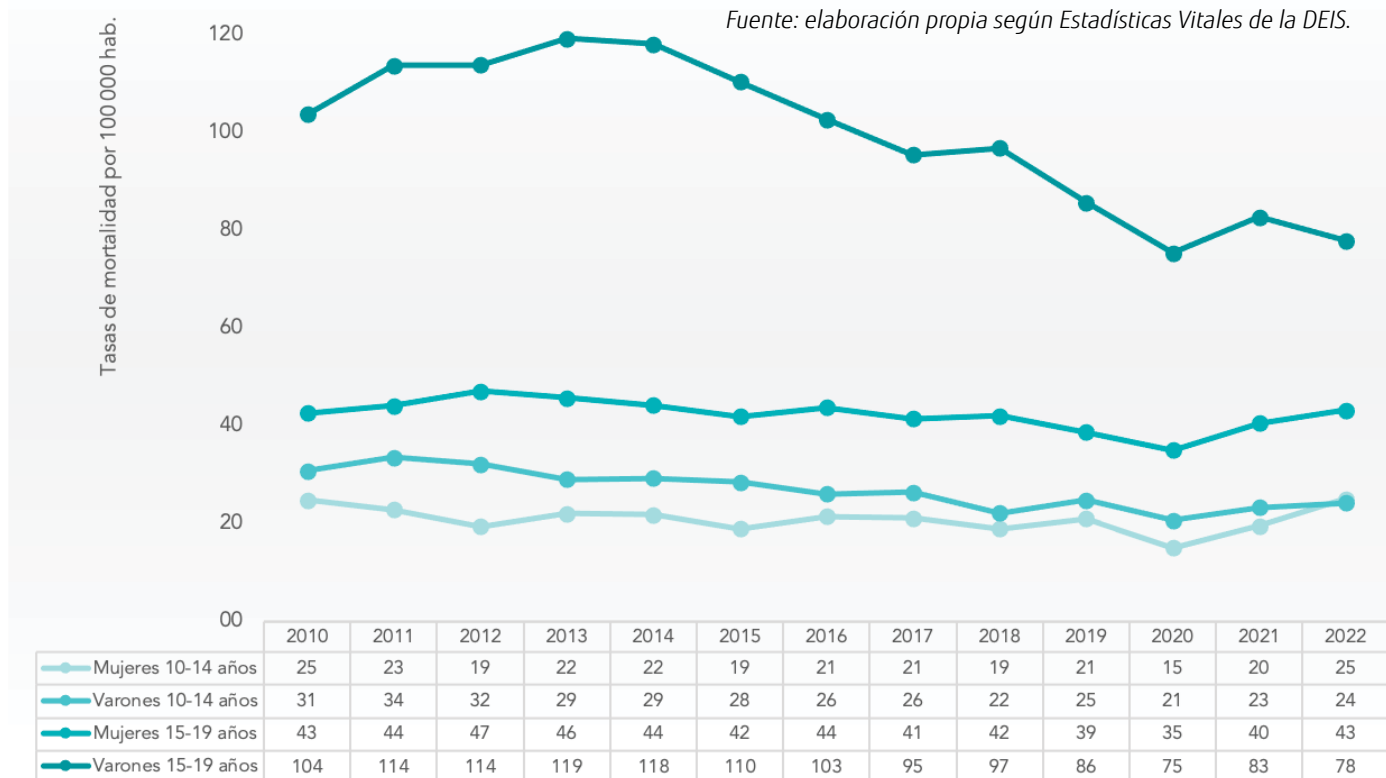
Durante la adolescencia tardía, entre los 15 y 19 años, se destacan las muertes por causas externas como las principales, que son las responsables de una de cada dos muertes en este grupo. Al igual que con la mortalidad infantil, en este grupo se observa una clara tendencia en descenso: en 2022 fallecieron casi 900 adolescentes menos en comparación con el año 2013.

En la adolescencia, a diferencia de los otros grupos, se observa una clara diferencia en el mayor riesgo de morir en los varones en comparación con las mujeres. Especialmente entre los 15 y 19 años, los varones tienen el doble de riesgo de morir en comparación con las mujeres (Figura 62).

Dimensión Salud

Figura 62. Tendencias de las tasas de mortalidad en adolescentes por grupos etarios y sexo. Argentina, 2013-2022

Fuente: elaboración propia según Estadísticas Vitales de la DEIS.



4. Mortalidad por causas externas

Dada la importancia de las causas externas de mortalidad, veremos a continuación su tendencia en los últimos años. Como se mencionó previamente, estas causas representaron el 54% de la mortalidad entre los 15 y 19 años, el 29% entre los 10 y 14 años, el 20% entre los 5 y 9 años, y el 24% entre 1 y 4 años.

Las causas externas de muerte incluyen los siniestros viales, los suicidios, las agresiones y las causas de intención no determinada.

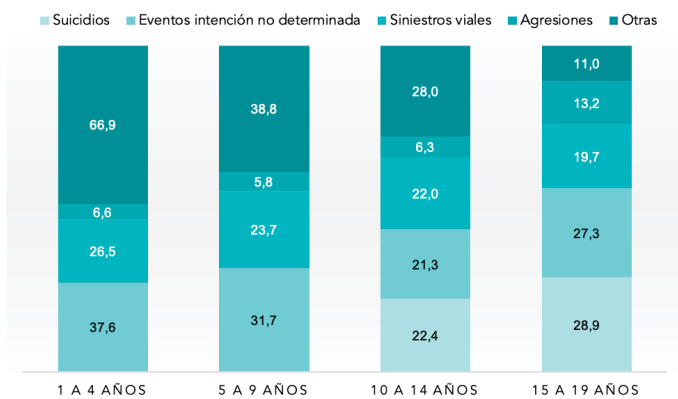
Cuanto mayor es la cantidad de muertes por intención no determinada, mayor es la subestimación del resto de las causas definidas (homicidios, suicidios y lesiones no intencionales).

Los siniestros viales representan entre el 20% y el 26% de las causas externas de muerte. Los suicidios se destacan como las causas externas más frecuentes en la adolescencia (Figura 63).

Dimensión Salud

Figura 63. Distribución porcentual de las causas externas de muerte en menores de 20 años por grupos etarios. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según Estadísticas Vitales de la DEIS.



Las tasas de mortalidad en el grupo de adolescentes entre 15 y 19 años son diferenciales en las distintas jurisdicciones. En la figura 64 se puede observar cómo disminuyen las tasas en la mayoría de las jurisdicciones a lo largo de los años, especialmente en las regiones del NOA y NEA.

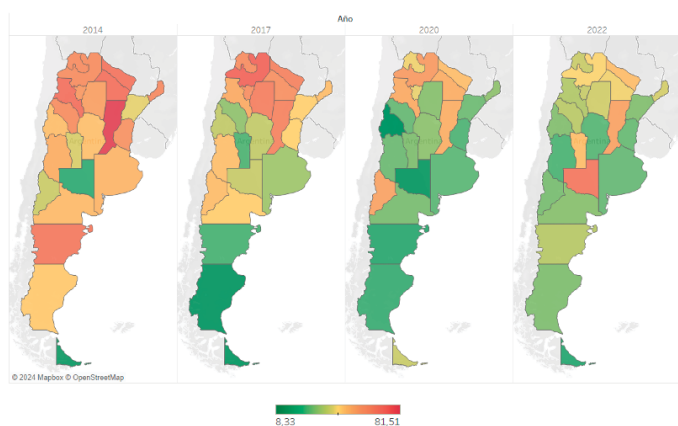


Figura 64. Tasa de mortalidad por causas externas entre los 15 y 19 años por jurisdicciones. Argentina, 2014, 2017, 2020 y 2022

Fuente: elaboración propia según Estadísticas Vitales de la DEIS.

Siniestros Viales

El análisis de las causas externas de muerte muestra a los siniestros viales como una causa prevalente en los distintos grupos etarios.

Durante el año 2022, ocurrieron 367 muertes por esta causa, el 62% de ellas en el grupo de adolescentes entre 15 y 19 años (Figura 65).

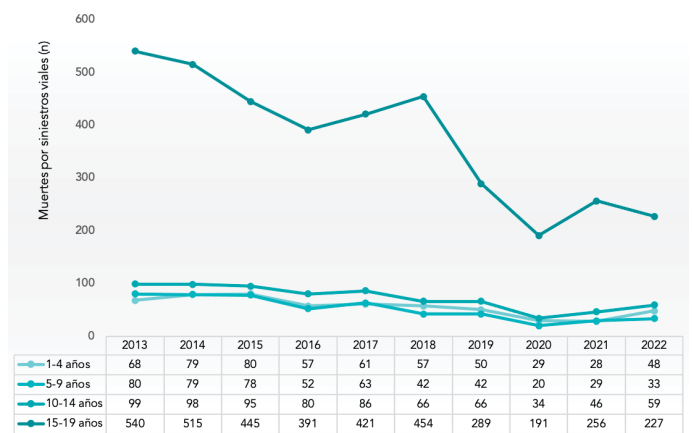


Figura 65. Tendencias de la mortalidad absoluta por siniestros viales por grupos etarios. Argentina, 2013-2022

Fuente: elaboración propia según Estadísticas Vitales de la DEIS.

En el grupo etario de 1 a 10 años, es importante destacar que el uso correcto de los sistemas de retención infantil (SRI) reduce las defunciones de niñas y niños entre el 50% y el 70%.⁸ La obligatoriedad del uso del SRI para el traslado de menores de 10 años y otras medidas de seguridad obligatorias que deben cumplir los transportes se establecieron en 2018 mediante reglamentaciones que aportaron cambios a la Ley 24479 de Tránsito mediante el decreto 32/2018. Esto posiblemente sea una causa muy importante del descenso que se observa de las muertes por siniestros viales en niños y adolescentes a partir de ese año.

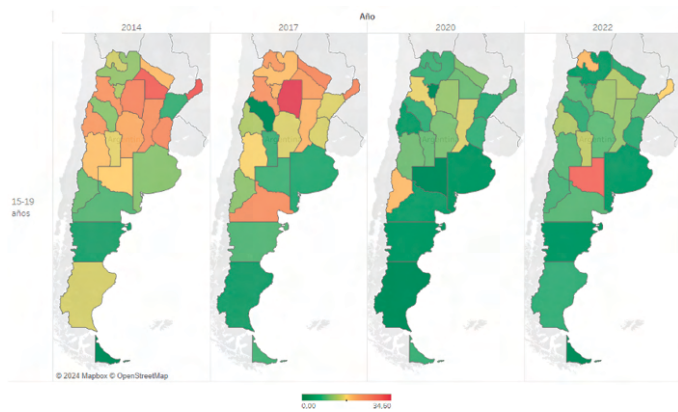
⁸Ministerio de Transporte de la Nación. (2019). Guía de políticas públicas en seguridad vial en base a la evidencia. Seguridad vial infantil. Dirección de Estadística Vial y Estudios. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ansv_obs_guia_seguridad_infantil.pdf

Dimensión Salud

Los siniestros viales muestran en la adolescencia tardía un descenso en la mayoría de las regiones de nuestro país. En 2022 la tasa de muerte por siniestros viales en Argentina fue de 6,7/100.000 habitantes con una reducción del 57% en comparación con el año 2014 (Figura 66).

Figura 66. Tasa de mortalidad por siniestros viales entre los 15 y 19 años por jurisdicción. Argentina, 2014, 2017, 2020 y 2022

Fuente: elaboración propia según Estadísticas Vitales de la DEIS.



Las políticas públicas y normativas que mejoran la seguridad vial son esenciales para evitar muertes de NNyA por siniestros viales.

Suicidios

Son la primera causa de muerte en la adolescencia tardía. En el año 2022 fallecieron 334 adolescentes entre 15 y 19 años (tasa 9,5/100.000 habitantes), mientras que entre los 10 y 14 años ocurrieron 60 muertes por esta causa (tasa 1,6/100.000 habitantes). Se destaca la distribución diferencial al analizar de acuerdo con los grupos etarios y sexo. Los varones entre 15 y 19 años muestran tres veces mayor riesgo en comparación con las mujeres en el mismo grupo etario (Figura 67).

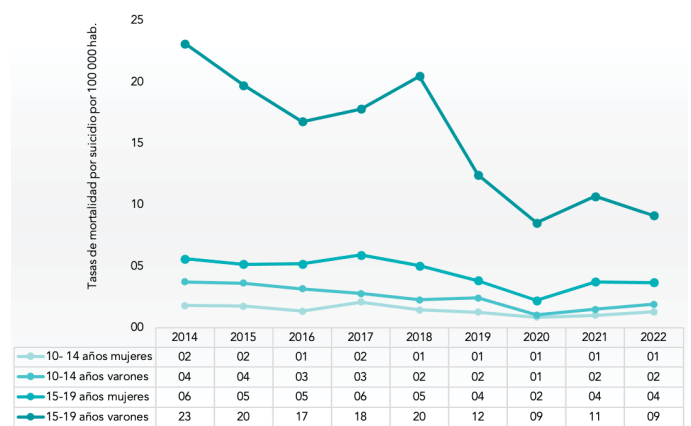


Figura 67. Tendencias de las tasas de mortalidad en adolescentes por grupos etarios y sexo. Argentina, 2014-2022

Fuente: elaboración propia según Estadísticas Vitales de la DEIS.

Nuevamente, se puede ver que la distribución de las tasas de mortalidad por suicidio entre los 15 y 19 años es heterogénea en nuestro país. Hace 10 años se destacaba la mortalidad en el NOA, región que, si bien disminuyó sus tasas, no alcanzó los niveles de las jurisdicciones con menor riesgo. También se destaca el aumento de las tasas pospandemia en la región Patagonia (Figura 68).

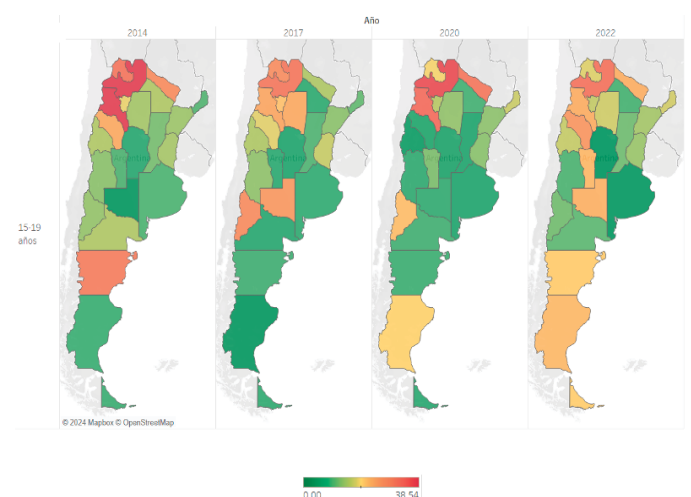


Figura 68. Tasa de mortalidad por suicidios entre los 15 y 19 años por jurisdicciones. Argentina, 2014, 2017, 2020 y 2022

Fuente: elaboración propia según Estadísticas Vitales de la DEIS.

Dimensión Salud

Agresiones

En último lugar, se analizarán las muertes por agresiones que representan la tercera causa de muerte por causas externas en la adolescencia tardía. En este punto, se puede apreciar que, si bien se observa un descenso global, se destacan las mayores tasas en todos los últimos 10 años analizados en la provincia de Santa Fe (Figuras 69 y 70).

Figura 69. Tendencias de la mortalidad absoluta por agresiones por grupos etarios. Argentina, 2013-2022

Fuente: elaboración propia según Estadísticas Vitales de la DEIS.

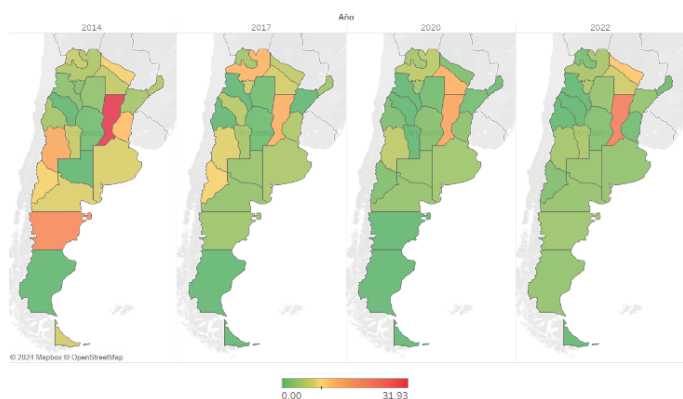


Figura 70. Tasa de mortalidad por agresiones entre los 15 y 19 años por jurisdicciones. Argentina, 2014, 2017, 2020 y 2022

Fuente: elaboración propia según Estadísticas Vitales de la DEIS.

Las muertes de adolescentes por suicidios y agresiones junto a las causas de intención no determinada son las principales causas de muerte en este grupo etario y, por su complejidad, deben tener un abordaje integral más allá del equipo de salud, que requiere el esfuerzo articulado con la escuela, entre otros actores.

Dimensión Salud

Enfermedades Trasmisibles

1. Tuberculosis

En el año 2023 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 14914 casos totales de tuberculosis (TB), el 16,7% (2448) de estos ocurrieron en menores de 20 años, concentrados principalmente entre los 15 y 19 años (1284). Si bien en este último grupo se observó un porcentaje mayor de casos en varones, las diferencias no son significativas entre sexos.

En los últimos 24 años, se observa una tendencia en descenso en los menores de 15 años, a diferencia de los adolescentes entre 15 y 19 años con un ascenso sostenido desde el año 2013, con incrementos del 3,2% (IC:2,0; 4,2) anual promedio hasta 2023 (Figura 71).

La distribución de la enfermedad no es homogénea en nuestro país. Las mayores tasas se observan en CABA con un valor de 37,9 casos cada 100000 habitantes (300 casos) que fue 54 veces más alta que la de Santa Cruz y 2,3 veces mayor que la tasa nacional (16,7 por 100000 habitantes). Junto a CABA, las provincias de Jujuy, Salta, Chaco, Formosa y Buenos Aires también superaron la tasa nacional en menores de 20 años. Jujuy y CABA presentaron las mayores tasas de notificación en los grupos de menores de 15 años y de 15 a 19 años, respectivamente (Figura 72).

Figura 71. Tendencia de notificación de tuberculosis (TB) (todas las formas) en menores de 20 por grupos etarios. Argentina, 2000-2023

Fuente: elaboración propia según datos del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) Emilio Coni, ANLIS Carlos G. Malbrán. Ministerio de Salud.

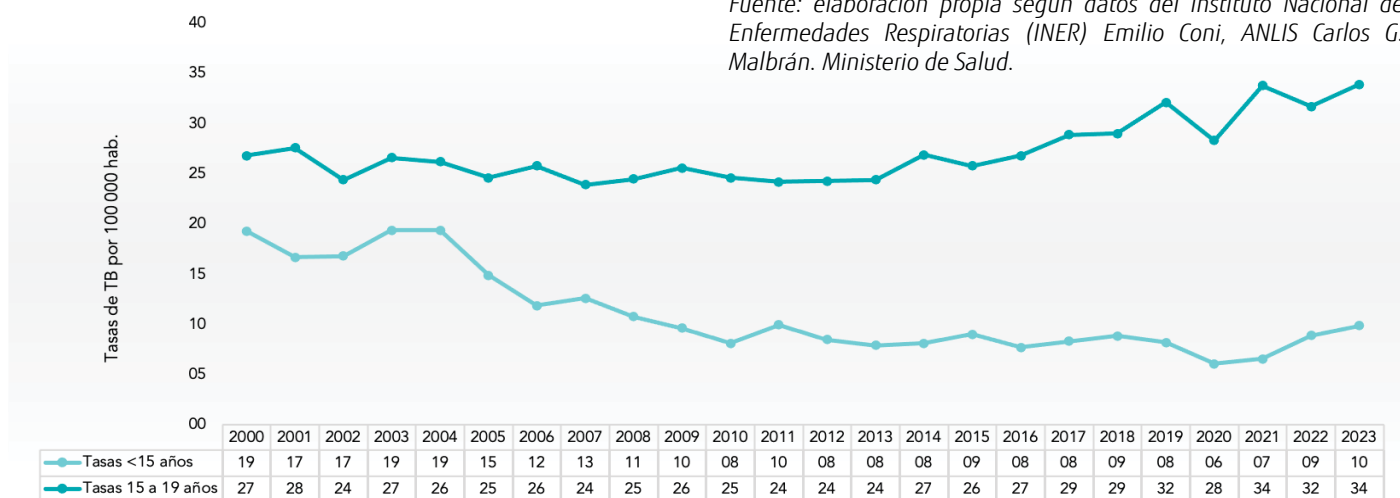
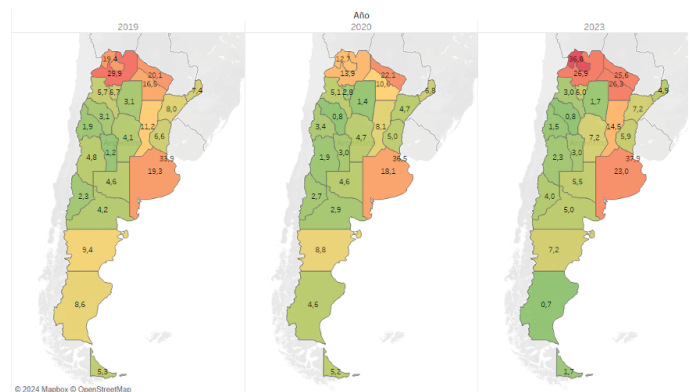


Figura 72. Tasas de tuberculosis (todas las formas) en menores de 20 por jurisdicción. Argentina, 2019, 2020 y 2023

Fuente: elaboración propia según datos del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) Emilio Coni, ANLIS Carlos G. Malbrán. Ministerio de Salud.



Dimensión Salud

La concentración en grandes centros urbanos determina una importante circulación del bacilo en la comunidad y es una alerta sobre la situación comunitaria de la TB en los adultos, ya que estos últimos son la fuente de infección. Con respecto a la evaluación de tratamiento, se observó una mejora en la calidad de información de resultados en 2021, a pesar de que aún se encuentra casi el 25% de datos faltantes, principalmente en los menores de 15 años. La tasa de éxito fue superior al promedio de todas las edades, pero todavía se encuentra por debajo de la meta esperada del 90% (Tabla 8).

El abordaje de la TB en NNyA es ciertamente complejo debido a varios factores, como la asociación con la pobreza, el hacinamiento, la desnutrición y el consumo problemático de drogas en el caso de los adolescentes.

Tabla 8. Resultados de tratamiento de casos de tuberculosis nuevos y recaídas en menores de 20 años por grupos de edad. Argentina, 2021

Fuente: elaboración propia según datos del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) Emilio Coni, ANLIS Carlos G. Malbrán. Ministerio de Salud.

Grupos de edad	Éxito		Fallecido		Pérdida de seguimiento		Fracaso del tratamiento		No evaluados		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
0 a 4	152	69,1	4	1,8	21	9,5	0	0,0	43	19,5	220
5 a 9	124	76,1	1	2,8	13	8,0	0	0,0	25	15,3	163
10 a 14	231	66,4	4	1,1	26	7,5	0	0,0	87	25,0	348
15 a 19	727	61,3	27	2,3	129	10,9	3	0,3	300	25,3	1186
Total	1.234	64,4	36	1,9	189	9,9	3	0,2	455	23,7	1917

2. Enfermedad de Chagas

En Argentina la vía de transmisión vectorial se encuentra en descenso. De las diecinueve provincias que tienen áreas geográficas con registros históricos del vector, se logró la certificación de la interrupción de la transmisión vectorial en diez. De las nueve provincias restantes, durante el primer semestre del año 2022 cuatro provincias se perfilan como próximas a consolidar departamentos nacionalmente y a obtener indicadores compatibles para la certificación: Salta, Santiago del Estero, Córdoba y Mendoza.

De acuerdo con lo anterior, la principal vía de transmisión es la vertical (de gestante a hijo/a durante el embarazo y/o parto). La iniciativa ETMI-plus⁹ tiene por objetivo lograr y mantener la eliminación de la transmisión materno-infantil de la infección por el VIH, la sífilis, la enfermedad de Chagas y la infección perinatal por el virus de la hepatitis B (VHB) como problemas que constituyen un peligro para la salud pública.

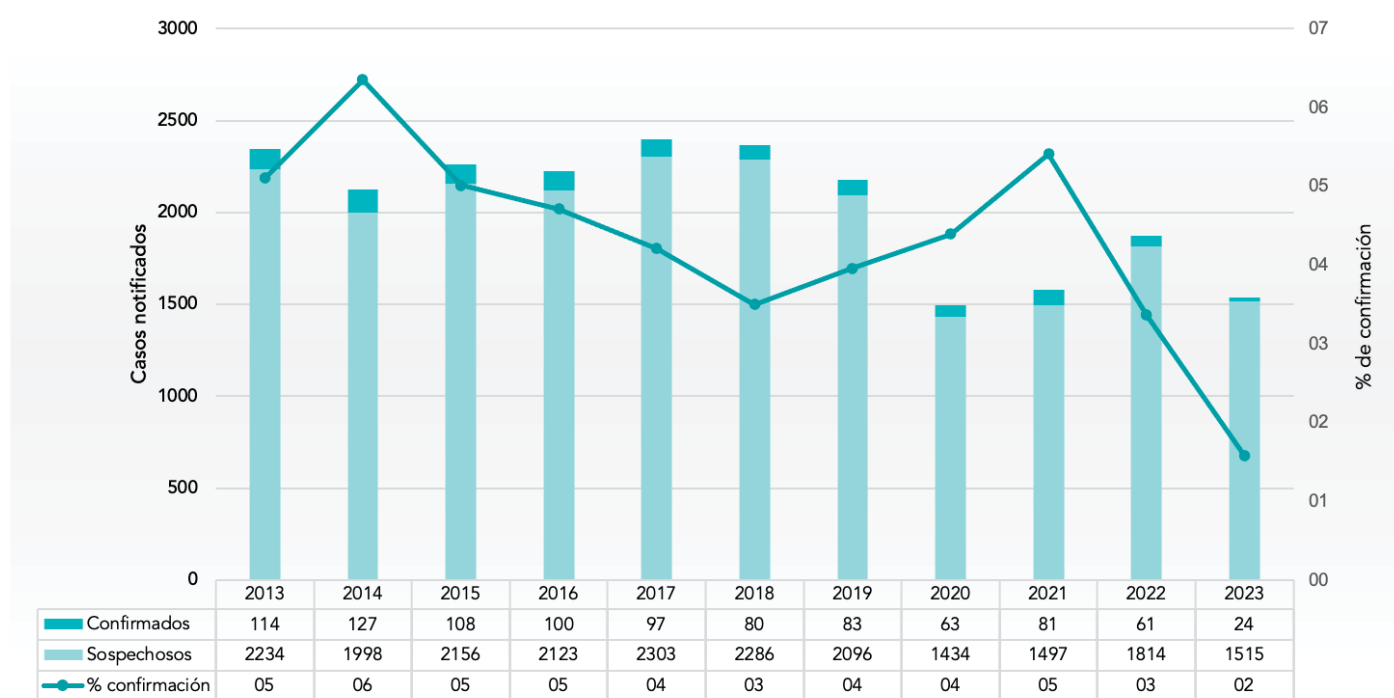
⁹OPS/OMS. ETMI PLUS Marco para la eliminación de transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. Disponible en: https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/files_etmiplus_1503616236.pdf

Dimensión Salud

En el año 2020, de las 254.312 gestaciones registradas en el Sistema de Información Perinatal (SIP), 223.149 (87,7%) presentaron una prueba diagnóstica prenatal realizada para enfermedad de Chagas. Estas coberturas diagnósticas son desiguales en nuestro país y las menores se registran en La Rioja (44%) y San Juan (55,8%). La prevalencia de la enfermedad de Chagas en gestantes en el año 2021 fue del 1,4%. En el año 2023 (hasta la semana epidemiológica 35) se registraron 24 casos de Chagas congénito (Figura 73).

Figura 73. Casos anuales confirmados de enfermedad de Chagas aguda congénita/vertical. Argentina, 2013-2023 (hasta semana 35)

Fuente: elaboración propia según datos proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS) Módulo C2 y SIVILA y SNVS 2.0.



La pérdida de seguimiento de NNyA expuestos (hijos/as de embarazadas positivas para *Trypanosoma cruzi*) constituye uno de los principales problemas actuales para el acceso al diagnóstico y tratamiento, lo cual significa oportunidades perdidas para prevenir las formas crónicas de la enfermedad a nivel individual.

Más del 80% de los casos reportados en la población infantil no registra tamizaje que permita confirmar o descartar la infección por *T. cruzi*.

Entre los casos reportados durante el período 2019-2021 para el evento Chagas congénito/vertical con diagnóstico confirmatorio, se notificó el inicio del tratamiento en el 25% para el 2019, y en el 34% para los años 2020 y 2021 (Figura 74).

El abordaje del control de la gestante y del recién nacido requiere de una mirada integral, interdisciplinaria y con servicios de salud integrados en red para garantizar una atención continua desde el diagnóstico de la gestante hasta el seguimiento del recién nacido, hijo/a de la gestante reactiva al estudio de *T. cruzi*, después de los 10 meses de vida.

Dimensión Salud

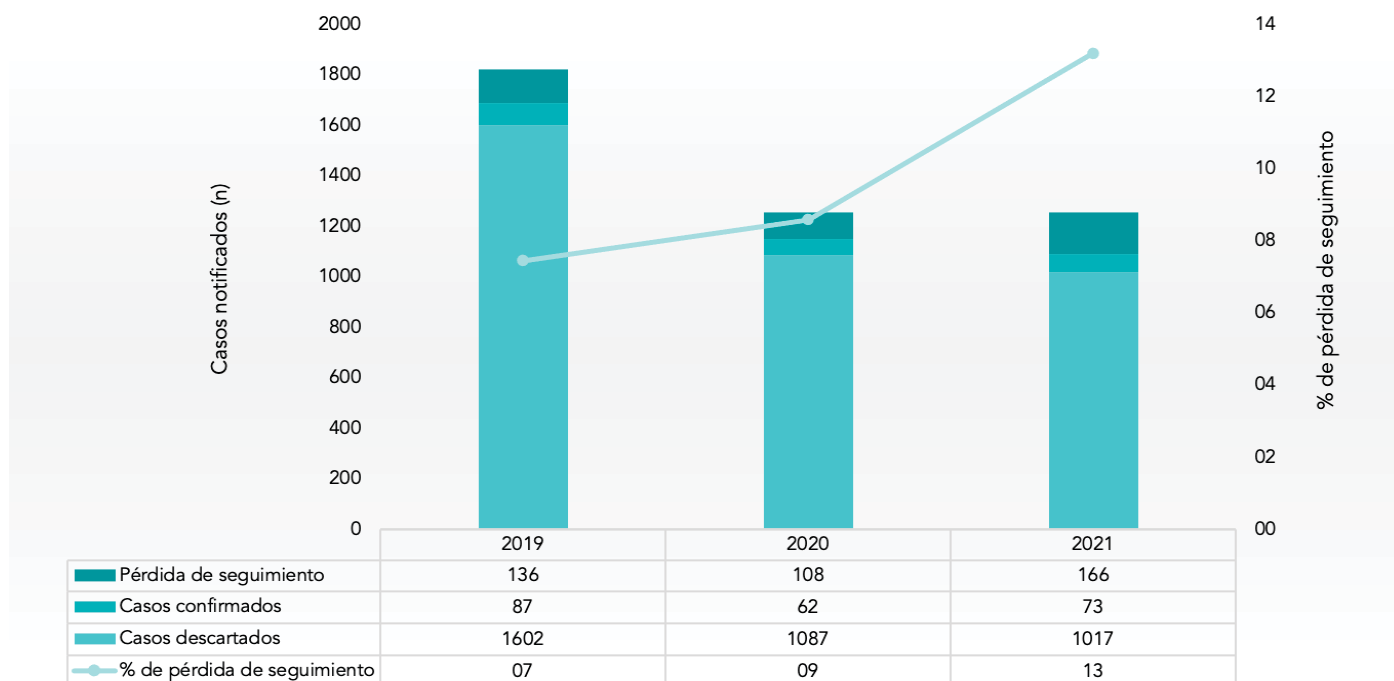


Figura 74. Pérdida de seguimiento de casos notificados como "Chagas agudo congénito/vertical". Argentina, 2019-2021

Fuente: Dirección de Control de Enfermedades de Transmisión Vectorial con datos extraídos de la notificación nominal de Chagas agudo vertical al SNVS 2.0

3. Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

En los últimos años se registra un promedio de 5300 nuevos diagnósticos por año. Se estima que un total de 140000 personas viven con VIH en Argentina y el 13% desconoce su diagnóstico. En 2022, la tasa de VIH se ubicó en 12,2 por cien mil habitantes. Los varones registran una tasa de 17,2 casos por cien mil, el doble en comparación con las mujeres (7,3/100000). La infección por VIH registra un descenso del 35% en los últimos 10 años: el 33% entre los varones y casi el 40% entre las mujeres.

En 2022, las tasas más elevadas continúan siendo las observadas en el NOA, con un valor de 20,3 por cien mil habitantes, y en Cuyo, 18,0 por cien mil habitantes.

En contraste, las tasas más bajas se registraron en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), la región Centro y el NEA (con valores de 9,7; 9,6 y 9,1 por cien mil habitantes, respectivamente).

Las tasas de infección en los menores de 10 años, que mayoritariamente reflejan la transmisión vertical, registran un descenso constante en ambos sexos. En 2021 se reportaron 16 diagnósticos en varones y 14 en mujeres menores de 10 años. El grupo de 10 a 14 años es el único en el que la tasa en mujeres supera ligeramente a la de varones, 0,3 a 0,2 por cien mil (Tabla 9 y Figura 75).

Dimensión Salud

Grupos etarios	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ambos sexos										
0-9 años	1,9	1,4	0,8	0,9	0,5	0,3	0,4	0,2	0,4	0,2
10-14 años	0,6	0,6	0,6	0,3	0,2	0,3	0,1	0,1	0,3	0,1
15-19 años	8,6	7,5	8,9	7,7	6,8	6,9	5,8	2,7	5,3	4,1
TOTAL	17,4	15,6	15,6	14,6	11,8	12,8	11,8	7,3	10,7	12,2
Varones										
0-9 años	1,8	1,2	0,7	0,7	0,3	0,2	0,4	0,2	0,4	0,2
10-14 años	0,6	0,4	0,3	0,3	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1
15-19 años	7,5	7,8	9	8,4	8,5	8,4	6,8	3,7	7,2	4,9
TOTAL	23,9	22,1	22,8	21,1	17,3	18,3	16,9	10,5	15,3	17,2
Mujeres										
0-9 años	1,9	1,6	0,9	1,1	0,7	0,4	0,5	0,2	0,4	0,2
10-14 años	0,7	0,8	0,9	0,4	0,3	0,3	0,2	0,1	0,3	0,2
15-19 años	9,7	7,1	8,7	7	5,2	5,3	4,7	1,6	3,3	3,2
TOTAL	11,2	9,3	8,8	8,4	6,6	7,4	6,8	4,2	6,2	7,3

Tabla 9. Evolución de las tasas específicas de VIH por cien mil habitantes por edades agrupadas y sexo asignado al nacer. Argentina, 2013 a 2022

Fuente: Tablero interactivo de indicadores sobre VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.

Dimensión Salud



Figura 75. Tasas de VIH por cien mil habitantes en adolescentes por grupos etarios y sexo. Argentina, 2013-2022

Fuente: Tablero interactivo de indicadores sobre VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.

La evolución natural del VIH en la infancia es diferente a la que se conoce en la edad adulta. Durante el primer año de vida, el avance de la infección puede ser más acelerado, por lo que el diagnóstico temprano y el tratamiento precoz deben ser considerados una prioridad para la salud pública.

El tratamiento antirretroviral de alta eficacia significó un cambio sustancial en la evolución de niñas y niños infectados por VIH, transformó la infección pediátrica de una enfermedad mortal a corto plazo a una afección crónica en la que surgen retos continuos con relación al tratamiento prolongado en el tiempo.

El diagnóstico tardío está definido como un recuento basal de CD4 entre 200 y 349 células/mm³ y/o la presencia de alguno de los eventos clínicos de estadio 2 de la OMS al momento del diagnóstico.

Esta categoría no incluye a las personas con diagnóstico en contexto de infección reciente.

La proporción de diagnóstico tardío aumenta con la edad tanto en varones cis como en mujeres cis, un fenómeno que no se observa en las mujeres trans. El grupo de 10 a 14 años de edad se ve particularmente afectado por el diagnóstico tardío, como consecuencia de múltiples vulnerabilidades. Una vez más, es importante destacar que el diagnóstico con enfermedad avanzada constituye el componente principal del diagnóstico tardío.

Entre los varones cis, el grupo de 15 a 19 años presenta la mayor proporción de diagnóstico oportuno y solo el 19,3% de ellos accede tardíamente al diagnóstico, aproximadamente 1 de cada 5 casos.

En el gráfico, se puede observar que el porcentaje de diagnóstico tardío registró un aumento en el grupo de 0 a 9 años, en 1 de cada 3 niños y niñas en ese grupo no se logra realizar el diagnóstico a tiempo. A esto se suma el grupo entre 10 y 14 años en los que 1 de cada 2 tiene diagnóstico tardío.

Dimensión Salud

4. Sífilis

A nivel mundial, las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un problema serio en términos de morbilidad a escala poblacional: afectan significativamente la salud sexual y reproductiva, aumentan la frecuencia de complicaciones obstétricas y actúan como facilitadores de la transmisión sexual del VIH. En nuestro país, la incidencia de sífilis creció en forma sostenida durante los últimos años y las mayores tasas se observan en el grupo de 20-24 años (186 casos/100.000). En la adolescencia temprana, la tasa es de 2,9/100.000 y durante la adolescencia tardía es de 88,4/100.000.

En pediatría resulta de vital importancia evaluar la positividad de sífilis en las pruebas de tamizaje durante los controles prenatales. En Argentina la positividad se encuentra en ascenso. Actualmente casi el 6% de las gestantes resultan positivas para sífilis (Figura 76).

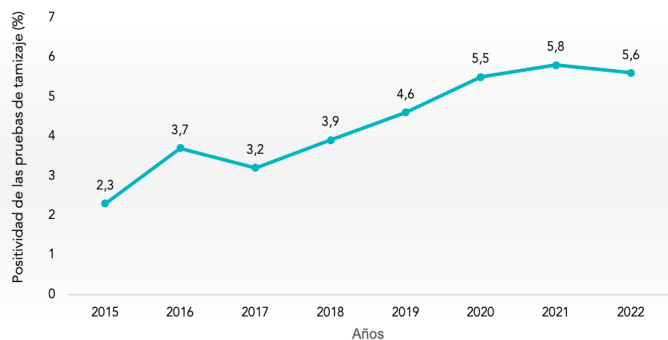


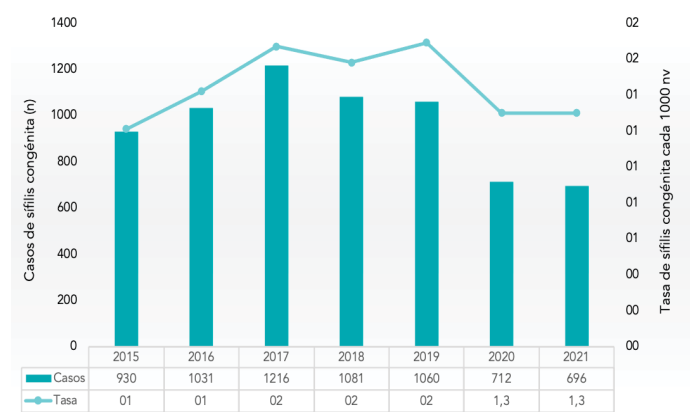
Figura 76. Evolución de la positividad de sífilis en pruebas de tamizaje de gestantes. Argentina, 2015-2021

Fuente: Tablero interactivo de indicadores sobre VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.

El riesgo de sífilis congénita fue de 1,3 casos/1.000 nacidos vivos en Argentina, lo cual muestra tasas estables en los últimos años (Figura 77).

Figura 77. Evolución de la tasa de sífilis congénita cada 1000 nacidos vivos. Argentina, 2015-2021

Fuente: Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica según datos del SNVS 2.0.



La incidencia de sífilis congénita es diferencial y se puede observar que la región Cuyo tiene dos veces más riesgo con respecto a la región Patagonia (Figura 78). vulnerabilidades. Una vez más, es importante destacar que el diagnóstico con enfermedad avanzada constituye el componente principal del diagnóstico tardío.

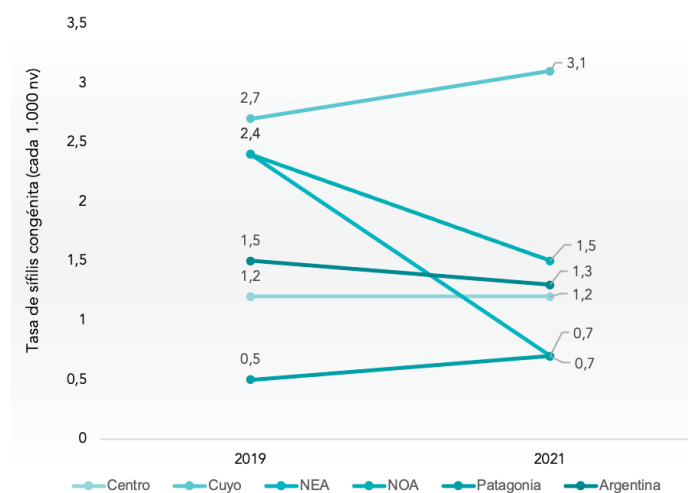


Figura 78. Tendencia de la tasa de sífilis congénita cada 1000 nacidos vivos por regiones. Argentina, 2019 y 2021

Fuente: elaboración propia según datos de la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica según datos del SNVS 2.0.

Dimensión Salud

Enfermedades No Transmisibles

1. Malnutrición

La malnutrición es un desafío global que afecta a millones de personas en todo el mundo, con graves consecuencias para la salud y el desarrollo humano. Según la OMS, se estima que aproximadamente 149 millones de niños menores de 5 años en el mundo sufren de desnutrición crónica, lo que representa alrededor del 21,9% de la población infantil en países en desarrollo.¹⁰

En el contexto regional de América Latina y el Caribe, la malnutrición continúa siendo un problema significativo, con altas tasas de desnutrición crónica y un aumento preocupante de la obesidad, especialmente entre NNyA. Según datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), aproximadamente el 7,5% de los niños menores de 5 años en América Latina y el Caribe sufren de desnutrición crónica, mientras que el 20% de los niños y adolescentes en la región tienen sobrepeso u obesidad.¹¹

En Argentina, la situación de malnutrición también es motivo de preocupación. A pesar de los avances en la reducción de la desnutrición en los últimos años, el país aún enfrenta desafíos significativos en términos de acceso a una alimentación saludable y equilibrada.

La doble carga de la malnutrición, por carencia y por exceso, afecta a NNyA, coexistiendo en las mismas regiones y estratos sociales, en las mismas familias y aun en el mismo individuo (obesidad con retraso crónico de crecimiento).

Definiciones de indicadores usando los Patrones de Crecimiento de la OMS

- **bajo peso:** peso para la edad, cuyo puntaje z se correspondió con un valor menor a -2 desvíos estándar (DE)
- **emaciación:** peso para la talla se correspondió con un valor menor a -2 DE
- **baja talla:** talla para la edad se correspondió con un valor menor a -2 DE
- **sobrepeso:** índice de masa corporal para edad mayor de 2 y menor o igual a 3 DE
- **obesidad:** índice de masa corporal para edad mayor de 3 DE

Según la segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS2) realizada en la Argentina entre 2018 y 2019, la proporción de bajo peso y emaciación en la población de menores de 5 años fue del 1,7% y el 1,6% respectivamente, sin diferencias estadísticamente significativas por variables sociodemográficas.

La proporción de baja talla a nivel nacional fue del 7,9%, sin observarse diferencias estadísticamente significativas por región ni por sexo. La prevalencia de baja talla fue mayor para la población de niños y niñas cuyas madres tenían hasta secundario incompleto (9,6%) en relación con la población con secundario completo o más (5,7%).

Se observaron diferencias significativas por cobertura de salud: fue mayor en la población que utiliza solo el sistema público de salud (10,0%), con relación a los que tienen obra social o prepaga (5,2%).

Se observaron también diferencias significativas en el quintil 4.^{to} (4%) y el 5.^{to} (4,0%) con respecto al 1.^{er} quintil de ingresos del hogar (11,5%) (Figura 79).

¹⁰OMS. (2020). Malnutrición. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

¹¹FAO. (2019). Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2019: Hacia una agenda de desarrollo sostenible. Recuperado de <http://www.fao.org/3/ca5162es/CA5162ES.pdf>

Dimensión Salud

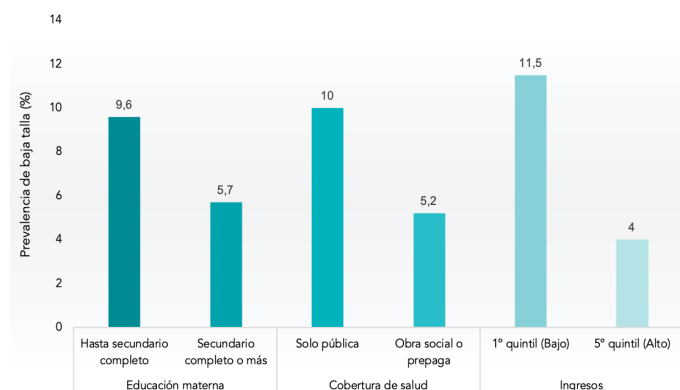


Figura 79. Prevalencia de baja talla en menores de 5 años según máximo nivel de educación materna, cobertura de salud y quintiles de ingreso. Argentina, 2018-2019

Fuente: elaboración propia según datos de la ENNyS 2.

La proporción de delgadez en las personas de 5 a 17 años fue del 1,4%, sin diferencias estadísticamente significativas por variables sociodemográficas.

La proporción de baja talla a nivel nacional para esta población fue del 3,7%, sin observarse diferencias estadísticamente significativas por región, sexo y cobertura de salud. Sin embargo, en cuanto a la baja talla, fue mayor para la población de NNyA cuyas madres habían alcanzado un nivel de educación hasta secundario incompleto (4,7%) que para aquellos con secundario completo o más (2,2%).

Con respecto al quintil de ingresos, se observó una mayor prevalencia de talla baja en el 1.º, 2.º y 3.º (3,8%, 5,4% y 4,1% respectivamente) con respecto al 5.º quintil (1,3%) (Figura 80).

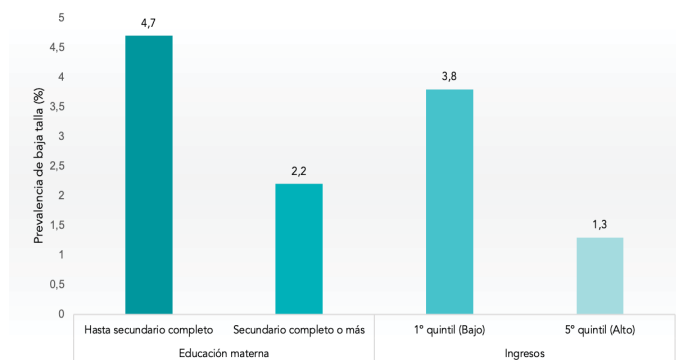


Figura 80. Prevalencia de baja talla en NNyA entre 5 y 17 años según máximo nivel de educación materna, tipo de cobertura de salud y quintiles de ingreso. Argentina, 2018-2019

Fuente: elaboración propia según datos de la ENNyS 2.

En cuanto a la malnutrición por exceso, la proporción de sobrepeso en la población de menores de 5 años resultó del 13,6%, con algunas diferencias por región.

La Patagonia presentó una prevalencia de sobrepeso (15,2%) mayor al total nacional y al de las regiones NEA (7,0%), NOA (8,8%) y Cuyo (8,6%). No se identificaron diferencias estadísticamente significativas por sexo, nivel educativo, cobertura de salud ni quintil de ingresos del hogar.

La proporción de obesidad en la población de menores de 5 años resultó del 3,6%, con algunas diferencias por región. La región NOA presentó una prevalencia del 6,1%, mayor al total nacional y a la región Centro.

No se identificaron otras diferencias estadísticamente significativas por sexo, nivel educativo, cobertura de salud ni quintil de ingresos (Figura 81).

Dimensión Salud

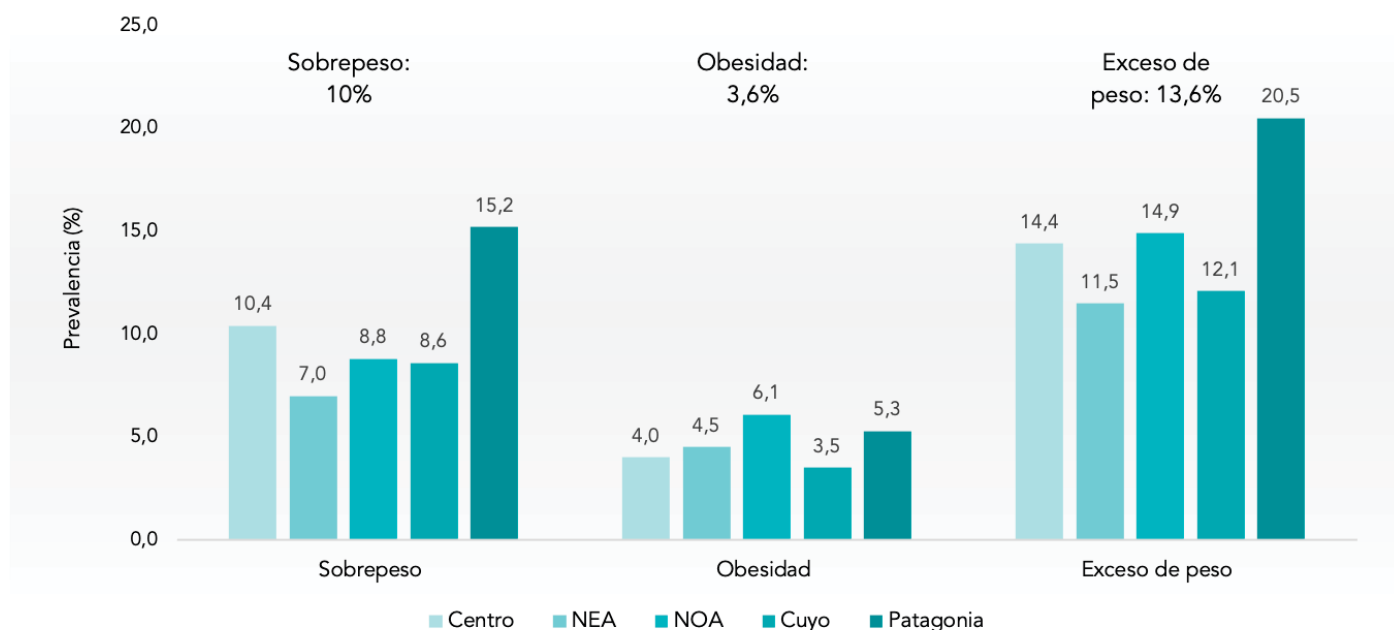


Figura 81. Prevalencia sobrepeso y obesidad en niños y niñas de 0 a 59 meses según región. Argentina, 2018-2019

Fuente: elaboración propia según datos de la ENNyS 2.

Para NNyA de 5 a 17 años, la proporción de sobrepeso y obesidad fue del 20,7% y el 20,4% respectivamente, por lo que el exceso de peso se evidenció en un 41,1% de las personas de esta edad. Para el indicador de sobrepeso, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por región, sexo, nivel educativo, cobertura de salud ni quintil de ingresos. En cuanto a la obesidad, se observó mayor prevalencia de obesidad en los varones (57%) respecto de las mujeres (43%).

La malnutrición por exceso en la niñez y la adolescencia es la forma de malnutrición más frecuente en la Argentina. El 13,6% de la población de menores de 5 años y el 41,1% de las personas de 5 a 13 años sufren exceso de peso.

En cuanto a la desnutrición, en especial la baja talla se relaciona fuertemente con las condiciones socioeconómicas. El sobrepeso en menores de 5 años es mayor en la región patagónica.

En cuanto a la relación del sexo con la malnutrición, se observa que la obesidad es significativamente más prevalente entre los niños y adolescentes varones de 5 a 17 años que en las mujeres.

Por otro lado, es importante destacar que la ENNyS 2 es una encuesta que se realizó en personas que viven en hogares particulares de localidades urbanas de igual o más de 5000 habitantes de la República Argentina por lo que probablemente muchos NNyA con desnutrición que viven en localidades rurales, en especial de pueblos originarios, de menos de 5000 habitantes no quedan representados en estos datos.

El observatorio de la Sociedad Argentina de Pediatría, en su 5.º informe especial "Lactancia y nutrición en la niñez y adolescencia en Argentina", analiza con mayor detalle el estado nutricional de las infancias y las adolescencias. Se puede visitar en el siguiente enlace: https://www.-sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_nutricion-lactancia_1705591287.pdf

Si bien la malnutrición por exceso sigue siendo la más frecuente en la niñez y adolescencia de la Argentina, aún encontramos que existe malnutrición por déficit y, cuando es crónica, se relaciona directamente con los condicionantes sociales y económicos.

Dimensión Salud

2. Discapacidad

Los NNYA con discapacidad son un grupo vulnerable dentro de otro sector vulnerable como lo es la niñez y adolescencia, por lo cual requieren una especial atención tanto para la garantía de sus derechos como para evitar cualquier tipo de discriminación que resulte negativa sobre sus condiciones de vida.¹²

La clasificación internacional que promueve la OMS sobre la discapacidad en niños y jóvenes (CIF-NJ)¹³ la considera una interacción entre problemas de salud y factores ambientales y personales, alejándose de miradas estancas entre lo puramente biológico o exclusivamente social.

Contar con datos y estadísticas de NNYA con discapacidad es fundamental para realizar acciones tendientes a mejorar su calidad de vida. Mediante un convenio con la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS), el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) realizó el Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad en el año 2018.¹⁴

Según dicho estudio, el 2,7% de las niñas y niños de 5 años o menos y el 5% de las personas de 6 a 14 años presentaban discapacidad. En cuanto al género, la mayoría de las personas con discapacidad de 0 a 5 años fueron varones; su prevalencia fue del 4,1%, mayor a la media para este grupo de edad, al igual que ocurre en la población de 6 a 14 años donde para varones es del 5,7% (Figura 82).

¹²OMS. UNICEF. En comparación con sus pares, es menos probable que los niños, niñas y adolescentes con discapacidad tengan una adecuada nutrición, accedan a servicios de salud, asistan a la escuela, participen expresando su opinión y sus necesidades sean tenidas en cuenta en la planeación y respuesta a emergencias y crisis humanitarias. <https://www.unicef.org/lac/ninos-ninas-y-adolescentes-con-discapacidad>

¹³Ministerio de Sanidad y Política Social & Organización Mundial de la Salud (2011). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: versión para la infancia y adolescencia: CIF-IA. Ministerio de Sanidad y Política Social. Visto en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/81610>

¹⁴Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad: resultados definitivos 2018. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), 2018.

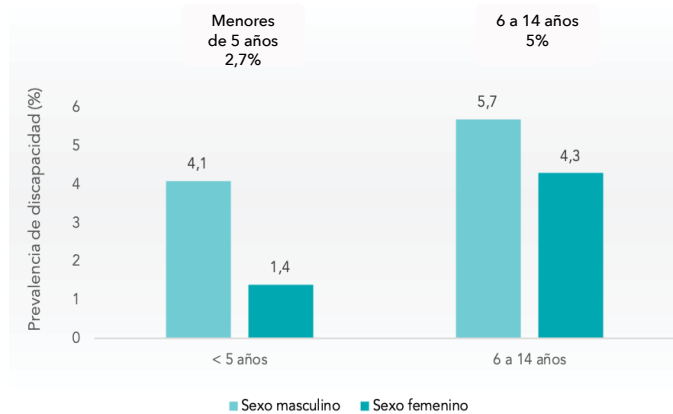


Figura 82. Prevalencia de discapacidad en NNYA según sexo. Argentina, 2018

Fuente: elaboración propia según datos del Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad (INDEC, 2018).

Respecto de la cantidad de dificultades que presenta la población menor de 6, se observa que el 36,8% tiene una dificultad; el 21,7%, dos dificultades o más, y el 41,5% posee solo certificado de discapacidad vigente. Con relación al momento de origen de la primera dificultad, para el 51% de las chicas y chicos de 6 a 14 años comenzó luego del nacimiento.

Según datos de la ANDIS, el 4% de los niños y niñas de 0 a 14 años tienen certificado único de discapacidad (CUD) y, del total de las personas que tienen CUD, el 23% tienen menos de 15 años.

Los datos oficiales no permiten tener un panorama actualizado de las personas de 0 a 17 años con discapacidad, en cuanto a su situación socioeconómica, cobertura de salud, tipo de discapacidad y acceso a tratamiento o región de procedencia.

Dimensión Salud

Un relevamiento realizado por UNICEF y el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales/SIEMPRO¹⁵ durante 2019-2020 mostró que NNyA de 2 a 17 años con dificultad funcional¹⁶ representan el 11,1% del total de la población de esa franja etaria. Este porcentaje es mayor en el quintil más bajo de riqueza (13,1%) y menor en el último quintil (7,9%), sin encontrar diferencias de género.

Entre las causas de discapacidad evitables en NNyA se encuentran dos centrales: las anomalías congénitas y los accidentes (eventos sin intencionalidad), tanto de tránsito como los producidos en los hogares.

Las anomalías congénitas han incrementado su importancia relativa en la mortalidad infantil y son una causa de discapacidad importante.¹⁷ Según datos de la DEIS, en cuanto a la mortalidad infantil, el 25% de las causas corresponde a anomalías congénitas. Estas pueden ser muchas veces prevenidas mediante políticas públicas (tal es el caso de la ley 25630 que establece la obligatoriedad de enriquecer la harina de trigo con hierro y vitaminas, que tiene como fin prevenir las anemias y malformaciones del tubo neural, tales como anencefalia y la espina bífida), con la ampliación del acceso oportuno a la salud de las gestantes y otras veces abordadas con el diagnóstico precoz.

Se necesitan datos estadísticos sobre las características de NNyA con discapacidad para poder diseñar programas y políticas públicas tendientes a mejorar su calidad de vida.

Inmunizaciones

Aunque la vacunación es una de las intervenciones de salud pública más exitosas, la cobertura se estancó en la década anterior al COVID-19.

La pandemia por COVID-19, junto con las interrupciones asociadas y los esfuerzos de vacunación, pusieron a prueba los sistemas de salud en 2020 y 2021, lo que resultó en retrocesos drásticos.

Los datos de 2023 muestran que el rendimiento aún no ha vuelto a los niveles de 2019. En julio de 2024, la OMS informó que, en 2023, hubo 14,5 millones de niños que no recibieron ninguna vacuna, a quienes llaman niños con "dosis cero". La cobertura de una tercera dosis de la vacuna que protege contra difteria, tétanos y coqueluche (DTP3) fue del 84% en 2023, mientras que solo el 83% recibió su primera dosis de la vacuna contra el sarampión. En los últimos cinco años, los brotes de sarampión afectaron a 103 países, que albergan aproximadamente tres cuartas partes de los niños y niñas del mundo.

La baja cobertura de vacunación (80% o menos) fue un factor importante en los brotes.

En Argentina, en los últimos años, las coberturas registran un descenso sostenido. Se puede ver cómo en 2010 eran superiores a los promedios de la región de las Américas y al nivel mundial, sin embargo, en 2023 fueron muy inferiores a ellos (Figura 83).

Es preocupante la tendencia y seguramente las causas sean multifactoriales.

¹⁵UNICEF/SENAF. (2021). Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes (MICS). En línea: <https://www.unicef.org/argentina/media/12071/file/MICS%202019-2020.pdf>

¹⁶Funciones: vista, audición, caminar, autocuidado, aprendizaje, recuerdo, aceptación del cambio, control de la conducta, hacer amigos, ansiedad, depresión.

¹⁷Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Estudio Nacional sobre el PGroisman, B. y col. (2013). RENAC: Registro Nacional de Anomalías Congénitas de Argentina. Arch Argent Pediatr 2013;111(6):484-494

Dimensión Salud



Figura 83. Tendencia de coberturas de 3.a dosis de vacuna contra difteria, tétanos y coqueluche en el mundo, las Américas y Argentina, 2010-2023

Fuente: WHO Immunization Data Portal. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/>

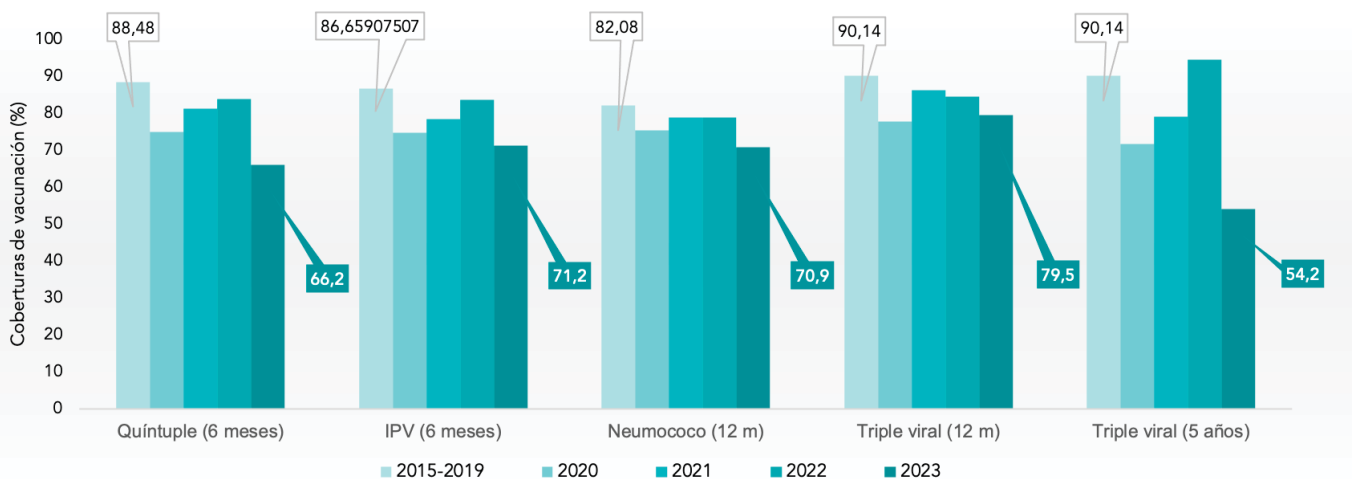
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Argentina	83	84	84	84	84	85	86	86	86	83	74	81	84	66
Global	94	94	93	91	90	91	91	87	88	84	81	81	83	86
Américas	94	94	93	91	90	91	91	87	88	84	81	81	83	86

En la figura 84, se observa la progresión de las tasas de vacunación de algunas trazadoras con datos disponibles para el año 2023. En las vacunas aplicadas a los 6 meses de vida, la reducción de las tasas de vacunación para vacuna quintuple es de 22 puntos porcentuales respecto a las registradas antes de la pandemia por COVID-19 y de 15 puntos para la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV). Esto no solo muestra el aumento de los niños y niñas susceptibles para por lo menos estas seis enfermedades, sino también que durante el mismo acto de vacunación no se respeta la simultaneidad en la aplicación de las vacunas.

Esto mismo ocurre al año de vida donde se puede ver el descenso de 10 puntos porcentuales para la vacuna contra neumococo y triple viral (SRP), y además hay 10 puntos de diferencia entre ellas. Se destaca también el franco descenso de las vacunas aplicadas al ingreso escolar: solo la mitad de los niños y niñas recibieron sus dosis correspondientes.

Figura 84. Coberturas de vacunación a los 6 meses, 12 meses y a los 5 años. Argentina, 2015-2023

Fuente: WHO Immunization Data Portal. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/>



Dimensión Salud

A continuación, se presenta el resto de las coberturas de vacunación, disponibles hasta el año 2022. En este caso, se observa que las coberturas con quintuple entre los 15 y 18 meses son las más bajas de todas las vacunas del calendario en la infancia. A diferencia de la vacunación contra varicela en esta misma edad, las coberturas del 1.º refuerzo de vacuna quintuple, antes de la pandemia, se encontraban en promedio 15 puntos debajo de la meta óptima del 95%, intensificando la caída en el año 2020 (Figura 85).

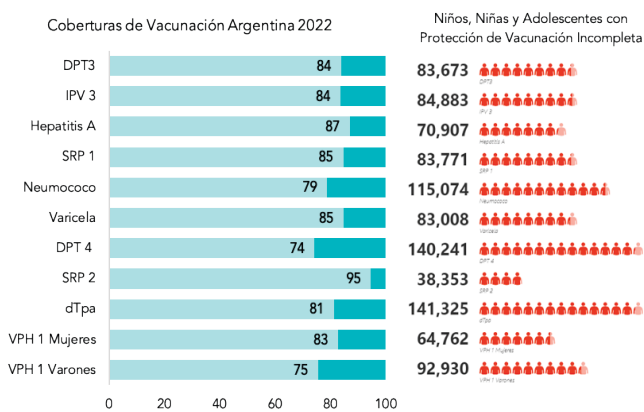


Figura 85. Coberturas de inmunizaciones de vacunas trazadoras cantidad de niños, niñas y adolescentes con protección incompleta. Argentina, 2022

Fuente: Elaboración propia según los datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.

Las coberturas de vacunación durante el año 2022 muestran una tendencia en ascenso, pero con diferencias según los grupos etarios (Tabla 10). En lactantes menores de 12 meses, no alcanzan los valores previos a la pandemia y se encuentran 10 puntos por debajo de la meta óptima del 95% o más. El refuerzo con vacuna quintuple entre los 15 y 18 meses continúa siendo la vacuna que cuenta con la peor cobertura del Calendario Nacional de Vacunación.

Las jurisdicciones con grandes centros urbanos o límites presentan coberturas subóptimas con acumulación de personas susceptibles que aumentan el riesgo de reintroducción de enfermedades eliminadas como el sarampión, la rubéola o la poliomielitis.

Las coberturas para terceras dosis de quintuple y poliomielitis inactivada mantienen una tendencia en ascenso en todo el país, a excepción de la región NEA, después de la brusca caída sufrida durante la pandemia por COVID-19. La región Centro, que concentra el 40% de la población del país, continúa con coberturas muy por debajo de la meta del 95% para ambas vacunas, lo que implica una gran acumulación de susceptibles que pone en riesgo de reintroducción de enfermedades eliminadas como la poliomielitis o de reaparición de brotes de coqueluche, meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b o difteria.

Desde 2022 se observan menores coberturas en los estratos con menor acceso a la salud o mayor mortalidad infantil, lo que muestra que dentro de los múltiples factores que impactan negativamente sobre las coberturas de vacunación se agregan las dificultades en el acceso.

Las regiones Centro y NEA continúan registrando las menores coberturas del país al año de vida. Específicamente la región del NEA no alcanza el 80% de cobertura para ninguna de las tres vacunas analizadas. Con respecto a la relación de las coberturas con el acceso a la salud, se observan mejores resultados en los estratos con mejor acceso para las coberturas de hepatitis A y triple viral, sin embargo, esto no se cumple en relación con la vacuna contra neumococo, que es más relegada en los sectores con mayor acceso.

Las regiones con las mayores TMI presentan mejores coberturas de vacunación en esta edad, lo que muestra que la gratuidad de las vacunas mejora el acceso de los sectores más vulnerables. Sin embargo, es preciso conocer las barreras de acceso a la vacunación para poder garantizar las coberturas en todas las poblaciones. A los 5 años de edad, la región Centro presenta las menores coberturas y la simultaneidad entre triple viral y triple bacteriana no se mantiene en la mayoría de las jurisdicciones. No se observan diferencias significativas en cuanto a las condiciones de acceso a la salud con ninguna de las dos vacunas evaluadas en este grupo.

En adolescentes, las coberturas de vacunación contra VPH continúan en ascenso en el NOA y NEA, mientras que en la región Patagonia se destaca una tendencia en descenso pospandemia. Se mantiene la simultaneidad entre VPH y dTpa en las mujeres, en cambio en varones se observan menores coberturas de VPH.

Dimensión Salud

Jurisdicción	6 meses		12 meses			15-18 meses	15 meses	5 años	11 años		
	Quíntuple	Poliomielitis	Neumococo	Triple viral	Hepatitis A	Quíntuple	Varicela	Triple viral	VPH1 Mujeres	VPH1 Varones	Triple bacteriana acelular
Buenos Aires	83,5	83,5	75,0	92,1	94,9	80,2	100,1	105,0	90,8	78,6	83,6
Caba	78,5	78,2	85,1	83,8	84,7	87,7	83,4	87,0	71,7	71,0	63,0
Catamarca	80,7	82,3	78,2	80,0	82,0	55,2	72,5	95,6	53,5	53,7	78,9
Chaco	82,8	82,4	83,8	86,8	85,5	78,2	104,4	95,6	80,9	71,5	79,2
Chubut	85,7	89,7	93,1	92,9	93,9	81,0	94,2	88,4	77,0	75,1	95,7
Córdoba	84,7	83,8	82,0	77,9	85,2	68,7	71,4	84,4	79,9	77,6	87,2
Corrientes	79,2	84,1	80,1	77,8	79,1	67,7	75,2	80,8	80,1	80,9	72,8
Entre Ríos	80,6	85,8	81,3	78,4	82,0	64,1	71,7	60,8	73,1	69,4	76,3
Formosa	71,8	71,5	65,1	66,6	68,2	54,9	65,9	96,0	95,0	84,7	82,2
Jujuy	93,5	87,0	96,7	102,5	102,2	92,5	100,1	100,0	79,1	79,5	91,2
La Pampa	89,1	87,9	92,9	90,1	95,8	81,6	84,9	123,6	96,5	97,7	94,1
La Rioja	76,9	76,4	75,5	86,7	79,7	66,2	102,6	82,1	88,3	68,6	71,8
Mendoza	89,4	89,6	85,8	86,3	87,9	82,1	86,0	74,6	52,7	45,4	73,8
Misiones	85,0	85,5	82,2	85,3	85,9	67,1	78,2	92,9	89,3	81,3	87,2
Neuquén	92,7	93,4	94,3	92,4	96,2	88,7	93,0	96,3	91,1	88,8	90,8
Rio Negro	90,0	91,2	83,2	84,2	85,8	71,4	74,1	98,7	77,0	74,4	72,3
Salta	86,9	87,1	84,0	86,5	87,2	76,6	80,3	98,3	92,8	89,1	95,3
San Juan	91,6	100,5	85,6	87,0	89,3	73,2	83,6	95,6	83,1	78,9	83,2
San Luis	101,0	101,0	97,0	96,0	96,4	89,9	92,5	110,5	97,0	85,0	92,7
Santa Cruz	77,3	75,0	68,1	71,4	71,1	62,7	70,3	101,4	84,5	71,9	80,5
Santa Fe	76,9	69,2	66,3	63,5	66,7	54,0	55,6	84,5	77,6	72,1	74,4
Santiago Del Estero	90,2	89,0	86,2	86,1	88,0	69,6	69,8	90,4	80,3	92,0	76,0
Tierra Del Fuego	89,6	86,4	88,3	80,9	86,6	71,7	73,3	80,6	82,4	72,0	76,2
Tucumán	88,8	88,1	84,7	86,6	86,0	77,6	75,5	96,5	60,0	56,5	75,0
TOTAL PAÍS	83,8	83,6	78,9	84,6	87,0	74,2	84,8	94,5	82,7	75,5	81,2

Tabla 10. Coberturas de inmunización con vacunas trazadoras según jurisdicciones. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.

Dimensión Salud

Violencias

La violencia contra NNyA atraviesa todas las culturas, las condiciones socioeconómicas, los niveles educativos y los orígenes étnicos. Tanto el Código Civil y Comercial de la Nación como la Convención de los Derechos sobre el Niño (con rango constitucional), así como la Ley Nacional 26061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes prohíben las violencias y promueven el buen trato hacia niñas, niños y adolescentes; sin embargo, los datos siguen mostrando que la violencia intrafamiliar usada como método de crianza, así como la violencia sexual siguen ocurriendo en nuestro país.¹⁸

Según un informe de UNICEF sobre la violencia contra la infancia en América Latina y el Caribe,¹⁹ la región se considera la más violenta del mundo actualmente. Allí se expone que, en Argentina, casi el 60% de NNyA de 1 y 14 años están sometidas/os a disciplina violenta (cualquier castigo corporal o agresión psicológica) y que las niñas resultan especialmente vulnerables a la violencia sexual una vez que cumplen los 10 años de edad.

En nuestro país, el Programa Las Víctimas Contra Las Violencias, dependiente de la Dirección Nacional de Asistencia a las Víctimas del ex Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, creado en 2006, brinda —en situaciones de emergencia y urgencia— contención, asesoramiento y asistencia a víctimas de violencia familiar y sexual. El programa recibe las consultas a través de cuatro canales posibles de comunicación: línea telefónica 137, línea de WhatsApp 11 3133 1000 (son gratuitas, tienen alcance nacional y funcionan durante las 24 horas los 365 días del año), la web y un correo electrónico.

¹⁸SAP. (2024). Maltrato familiar a niñas, niños y adolescentes. Creciendo sin violencias. Recuperado de: https://www.sap.org.ar/novedades/655/25-de-abril-dia-internacional-de-la-lucha-contra-el-maltrato-infantil.html#_ftn3

¹⁹Funciones: vista, audición, caminar, autocuidado, aprendizaje, recuerdo, aceptación del cambio, control de la conducta, hacer amigos, ansiedad, depresión.

La línea 137 y el WhatsApp son atendidos por psicólogos/os y trabajadoras/es sociales entrenadas/os en perspectiva de género y derechos humanos, quienes brindan atención, contención, orientación y seguimiento profesional a víctimas de violencia familiar y/o sexual. Estas son fuentes de datos para dimensionar la violencia familiar y sexual contra NNyA.

1. Violencia Familiar

Desde el 2017, los llamados a la línea 137 por violencia familiar contra NNyA de 0 a 17 años fueron aumentando, con un incremento pronunciado en 2020 y 2021, a partir de cuando comenzaron a bajar (Figura 86).

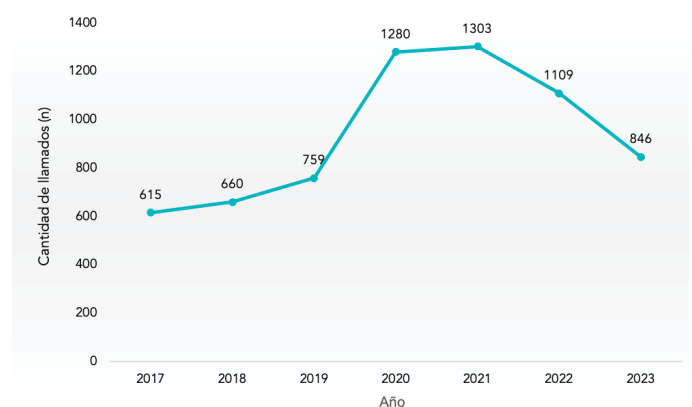


Figura 86. Llamados por violencia familiar contra niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia familiar, a lo largo del tiempo. Argentina, 2017-2023

Fuente: elaboración propia según los datos del Programa Las Víctimas Contra Las Violencias – Línea 137 (enero 2017-diciembre 2023).

Según los datos abiertos de llamados al 137 por violencia familiar, del 2017 al 2023 se recibieron 6572 llamados donde había 10634 víctimas entre 0 y 17 años. En relación con el género de las víctimas, el 58% fueron de género femenino y cuanto mayor la edad de la víctima, mayor proporción de mujeres (Figura 87). En relación con el tipo de violencia ejercida contra NNyA, el 57% de las llamadas fue por violencia física y psicológica y el 37,8%, por violencia psicológica (Figura 88).

Dimensión Salud

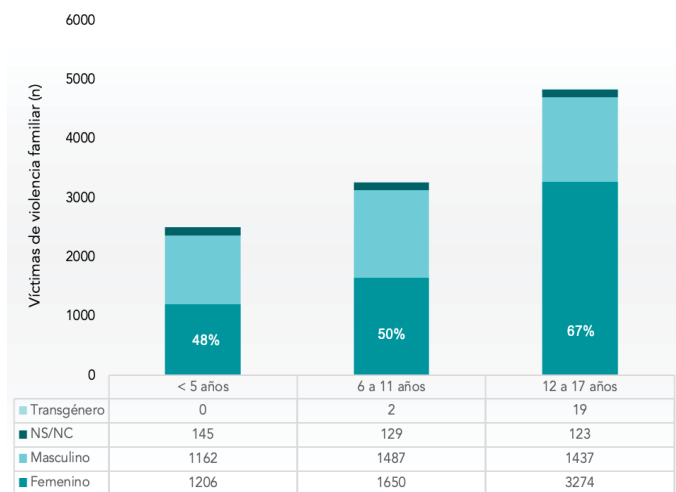


Figura 87. Víctimas de violencia familiar de 0 a 17 años por grupo etario y género notificadas a la línea 137. Argentina, 2017-2023

Fuente: elaboración propia según los datos del Programa Las Víctimas Contra Las Violencias – Línea 137 (enero 2017-diciembre 2023).



Figura 88. NNyA víctimas de violencia familiar, según tipo de violencia sufrida. Argentina, 2017-2023

Fuente: elaboración propia según los datos del Programa Las Víctimas Contra Las Violencias – Línea 137 (enero 2017-diciembre 2023).

En cuanto al género del agresor de NNyA víctimas de violencia familiar, el 46% fue masculino y el 46% fue femenino, y en cuanto al vínculo con el agresor, el 42,8% fue la madre y el 29,7% fue el padre (Figura 89).

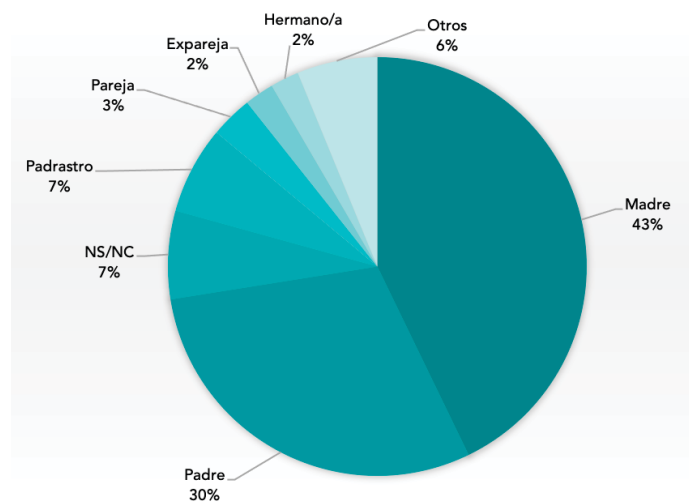


Figura 89. Llamados al 137 por NNyA víctimas de violencia familiar, según tipo de relación con el agresor. Argentina, 2017-2023

Fuente: elaboración propia según los datos del Programa Las Víctimas Contra Las Violencias – Línea 137 (enero 2017-diciembre 2023).

Los diferentes tipos de violencias como forma de crianza en las familias siguen siendo utilizadas. No se deben naturalizar y se necesita trabajar intersectorialmente para lograr una crianza respetuosa que no vulnere los derechos de las infancias y las adolescencias.

Dimensión Salud

2. Violencia Sexual

Consiste ante todo en un abuso de poder de una persona adulta hacia NNyA donde, valiéndose de la asimetría de poder y la coacción, son sometidas o sometidos a acciones vinculadas a la sexualidad adulta para las que no están psicosexualmente preparados. Y no es posible hablar de consentimiento, ya que es un delito por la posición asimétrica que posee la persona adulta en relación con NNyA.²⁰

El abordaje del abuso sexual contra las infancias (ASI) está presente en todo el recorrido de la educación sexual integral (ESI) y en los ejes de trabajo propuestos de modo transversal.

Si observamos los llamados por violencia sexual contra NNyA, el 77% fueron víctimas de género femenino y esta proporción aumenta conforme aumenta la edad de la víctima (Figura 90).

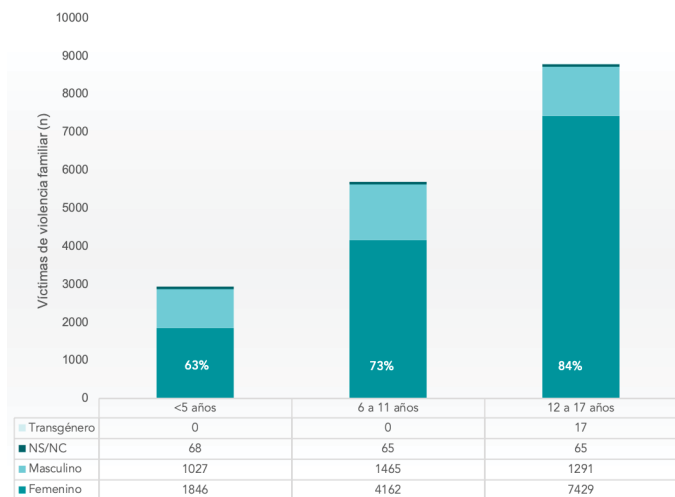


Figura 90. Llamados por violencia sexual contra NNyA, según grupo etario y género de la víctima. Argentina, 2017-2023

Fuente: elaboración propia según los datos del Programa Las Víctimas Contra Las Violencias – Línea 137 (enero 2017-diciembre 2023).

En cuanto a NNyA víctimas de violencia sexual y su vínculo con el agresor, en el 30% de las llamadas era desconocido o no NS/NC; en el 17%, un conocido no familiar seguido por el padre en el 14% (Figura 91).

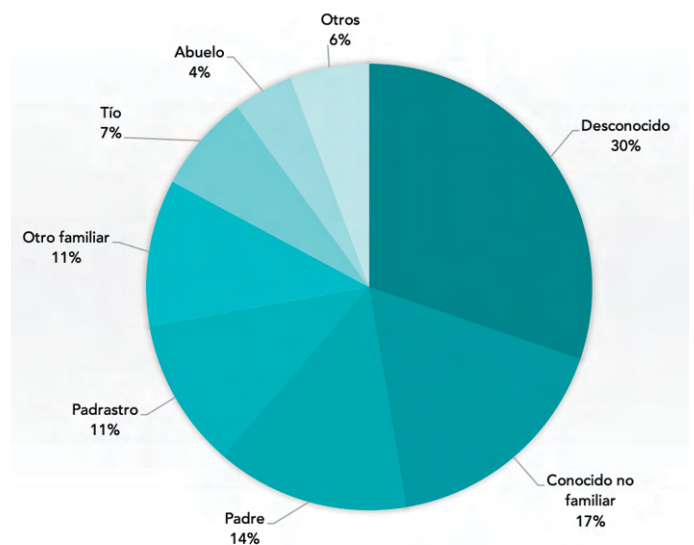


Figura 91. Llamados al 137 por NNyA víctimas de violencia sexual, según tipo de relación con el agresor. Argentina, 2017-2023

Fuente: elaboración propia según los datos del Programa Las Víctimas Contra Las Violencias – Línea 137 (enero 2017-diciembre 2023).

Las adolescentes mujeres siguen siendo las principales víctimas de violencia sexual dentro del grupo de niñeces y adolescencias.

Programas como la educación sexual integral, que promueven una vinculación entre personas desde el respeto y que colaboran en crear un espacio de escucha para facilitar la denuncia de las víctimas, se deben seguir profundizando en donde ya se implementan y comenzar a implementarse en los lugares donde aún no han llegado.

Dimensión Salud

Resumen Ejecutivo de la Dimensión Salud

1. Embarazo en la adolescencia:

El embarazo adolescente conlleva riesgos significativos tanto para la salud de la madre como para la del bebé, incluidas complicaciones obstétricas y problemas de salud mental, así como impactos negativos en la educación y oportunidades laborales futuras. En Argentina, en 2022 nacieron 44297 hijos de madres adolescentes. A pesar de una disminución en la tasa de fecundidad adolescente desde 2010, aún persisten desigualdades sociales y regionales. Las políticas como la Ley de Educación Sexual Integral y el Plan ENIA han sido efectivas en reducir la fecundidad, pero se requiere un refuerzo continuo en la asignación de recursos para mantener y ampliar estos logros.

2. Mortalidad infantil y adolescente:

El derecho a la salud infantil y adolescente en Argentina está respaldado por leyes y convenciones internacionales, aunque persisten brechas significativas en su implementación. En 2022, se registraron 8945 muertes en menores de 20 años, con un 60% en menores de 5 años y casi un 30% en adolescentes de 15 a 19 años.

La mortalidad ha disminuido significativamente en la última década, con una reducción del 45% en menores de 5 años y del 27% en adolescentes de 15 a 19 años. Las causas varían por grupo etario; se destacan causas perinatales en menores de un año y causas externas en adolescentes.

a) Mortalidad infantil: En 2022 fue del 5,8‰ en la neonatal y del 2,6‰ en la posneonatal, con una disminución del 37% desde 2005. Las principales causas de muerte incluyen afecciones perinatales y malformaciones congénitas. Existen inequidades significativas entre diferentes jurisdicciones y grupos socioeconómicos. Se subraya la necesidad de mejorar el acceso y calidad de la atención prenatal y neonatal, especialmente en áreas con alta pobreza.

b) Mortalidad en la infancia (1-9 años): En este grupo etario, un tercio de las muertes se debe a causas externas y un 15%, a malformaciones congénitas. Se ha observado una reducción del 40% en las muertes por causas externas desde 2013. Mejorar la detección y tratamiento de enfermedades congénitas y tumores es crucial.

c) Mortalidad en adolescencia (10-19 años): Las causas externas representan el 30% de las muertes en este grupo etario, con una reducción del 25% en comparación con años anteriores. Entre los adolescentes de 15 a 19 años, las causas externas son responsables de la mitad de las muertes, con una notable reducción en 2022 en comparación con 2013. Los varones tienen un mayor riesgo de mortalidad.

d) Causas externas de mortalidad: En 2022, las causas externas representaron el 54% de las muertes entre adolescentes de 15-19 años, con siniestros viales, suicidios y agresiones como principales contribuyentes. La tasa de mortalidad por siniestros viales ha disminuido un 57% desde 2014, mientras que las tasas de suicidio siguen siendo altas, especialmente en varones.

3. Tuberculosis y enfermedad de Chagas:

En 2023, se notificaron 14914 casos de tuberculosis en Argentina, con un 16,7% en menores de 20 años. La transmisión vertical de la enfermedad de Chagas continúa siendo un desafío significativo, con 24 casos de Chagas congénito en 2023. La falta de seguimiento adecuado para niños expuestos es preocupante.

4. VIH y sífilis:

En Argentina, se estima que 140000 personas viven con VIH, con un 13% sin diagnóstico. La tasa de VIH ha disminuido un 35% en la última década, aunque el diagnóstico tardío sigue siendo un problema en NNYA. La incidencia de sífilis ha aumentado, especialmente en adolescentes. Es crucial mejorar el diagnóstico temprano y el acceso a tratamientos, así como promover campañas de sensibilización.

Dimensión Salud

Resumen Ejecutivo de la Dimensión Salud

5. Malnutrición:

En Argentina presenta una doble carga: déficit y exceso. Aproximadamente el 7,9% de los menores de 5 años tienen baja talla y el 13,6% tienen sobrepeso u obesidad. En niños de 5 a 17 años, el 41,1% presenta sobrepeso u obesidad. Es necesario implementar programas educativos, asegurar el acceso a alimentos saludables y promover hábitos de vida saludables.

6. Discapacidad:

El 2,7% de los niños menores de 5 años y el 5% de los de 6 a 14 años tienen alguna discapacidad, con una mayor prevalencia en varones. Es fundamental realizar estudios periódicos, desarrollar políticas inclusivas y asegurar el acceso a servicios de salud y educación.

7. Inmunizaciones:

La cobertura de vacunación en Argentina ha disminuido, especialmente durante y después de la pandemia. En 2023, la cobertura de vacunas estuvo por debajo de los promedios regionales y globales. Es urgente mejorar el acceso a vacunas y abordar las barreras existentes para prevenir brotes de enfermedades prevenibles.

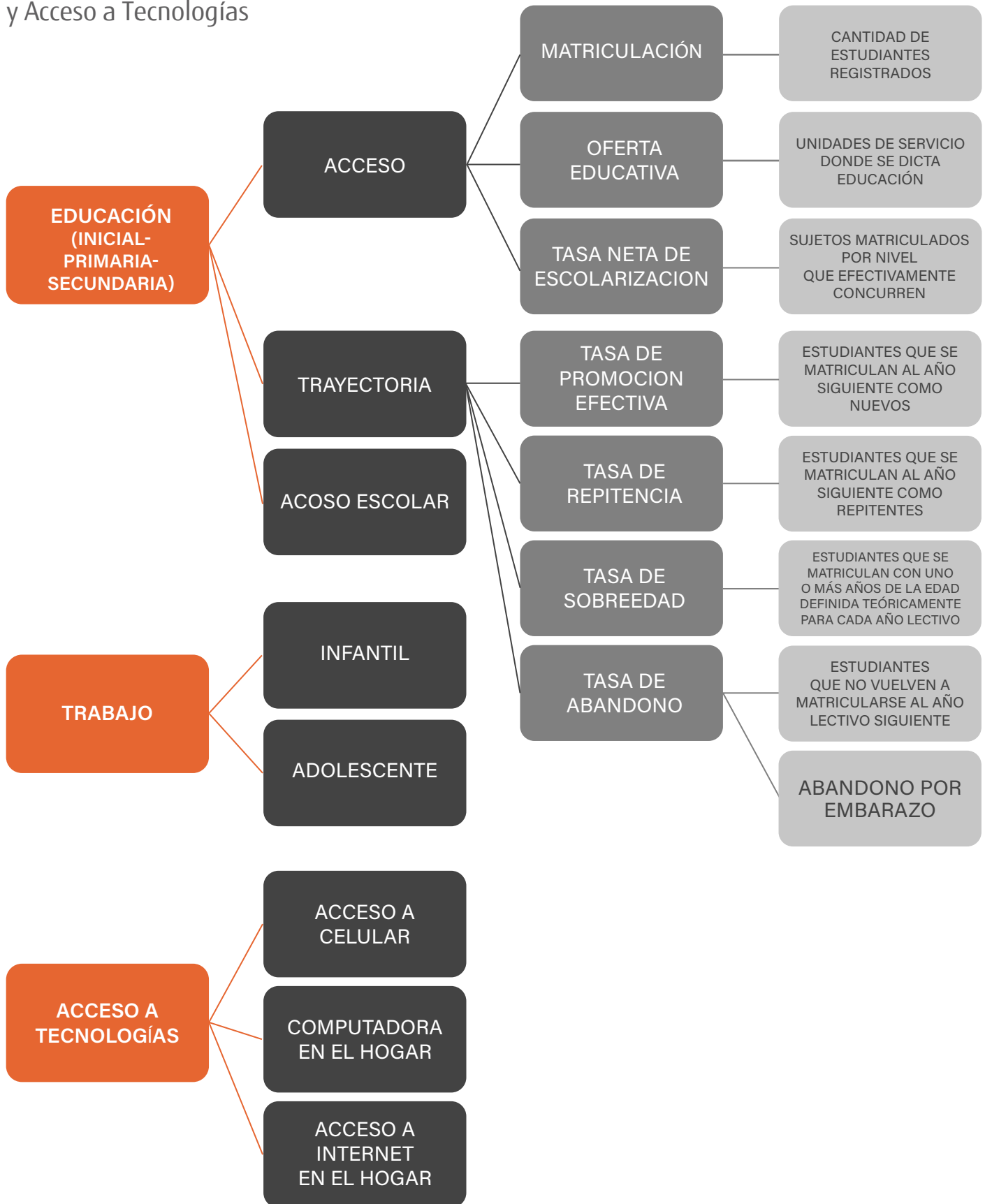
8. Violencias:

En Argentina, cerca del 60% de NNyA están expuestos a disciplina violenta, y las niñas son especialmente vulnerables a la violencia sexual. Entre 2017 y 2023, se recibieron 6572 llamados que reportaron 10.634 víctimas de violencia familiar. La violencia sexual, mayormente perpetrada por conocidos o familiares, requiere una acción continua para proteger a las infancias y adolescencias.

Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías



Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías



Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías

Educación

El sistema educativo nacional se estructura en cuatro niveles de enseñanza (inicial, primario, secundario y superior). La Ley 26206 de Educación Nacional establece la obligatoriedad escolar en todo el país desde los cuatro años hasta la finalización del nivel secundario. Las distintas jurisdicciones pueden decidir entre dos tipos de organización de los niveles primario y secundario de educación común: un nivel primario de 6 años y un nivel secundario también de 6 años, y la otra estructura posible considera una estructura de 7 años en nivel primario y de 5 años de nivel secundario. En ambos casos, la duración total de escolaridad obligatoria es la misma para todo el país (12 años).

Esta obligatoriedad escolar tiene una edad mínima de inicio, pero no tiene un techo o máximo en términos de edad, sino de finalización de la educación secundaria, lo cual implica la modalidad de educación permanente para jóvenes y adultos.

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

1. Indicadores de Acceso

Las proyecciones poblacionales en el grupo de 5 a 19 años indican un 2,2% de crecimiento entre 2010 y 2020. Este moderado crecimiento demográfico de las edades asociadas a la educación obligatoria redundará en una menor presión sobre el sistema educativo en cuanto a la necesidad de expandir la oferta. Sin embargo, los diferentes niveles de inclusión según grupos de edad y ámbitos geográficos también son determinantes para expandir la oferta educativa.

En 2022 se registraron en Argentina un total de 63662 escuelas en las que existen 76501 unidades de servicio que brindan educación en los distintos niveles de enseñanza (inicial, primario, secundario y superior) y modalidades educativas (común, jóvenes y adultos, especial y otras). A estas escuelas asisten aproximadamente 13 millones de estudiantes.²¹

La educación común en ese año incluyó 11620126 estudiantes, en los cuatro niveles de enseñanza, que representan el 89,7% de la matrícula total registrada. Un total de 10619582 corresponden a la educación obligatoria (inicial, primario y secundario), el mayor volumen de ellos en el nivel primario, seguido por el nivel secundario, mostrando este último una tendencia en ascenso cercano al 15% desde 2011 (Figura 92).

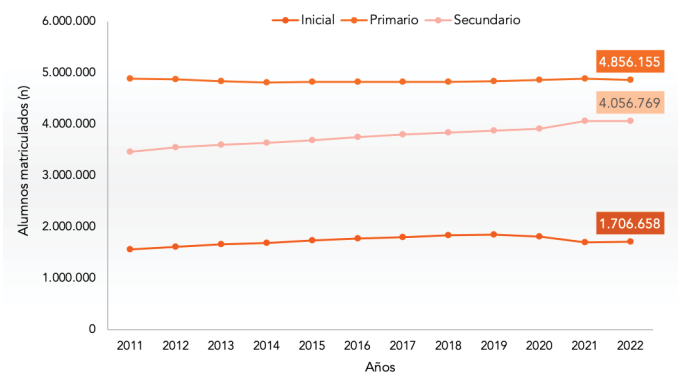


Figura 92. Estudiantes matriculados en educación común según nivel. Argentina, 2011-2022

Fuente: Ministerio de Educación. Evaluación e Información Educativa. <https://data.educacion.gob.ar/>

²¹Secretaría de Evaluación e Información Educativa. Anuario Estadístico Educativo 2023. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación, 2023. 578 p.

Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías

Es importante señalar que el sistema educativo en todos sus niveles sigue siendo mayoritariamente de financiamiento estatal (72%), aunque las proporciones entre público y privado varían por nivel y por jurisdicción. La oferta de unidades de servicio donde se dicta educación común cuenta con 17.932 escuelas rurales (28%), localizando un 72% de las unidades en el ámbito urbano. Solo un 6% de las unidades ofrecen la modalidad técnica (Figura 93).

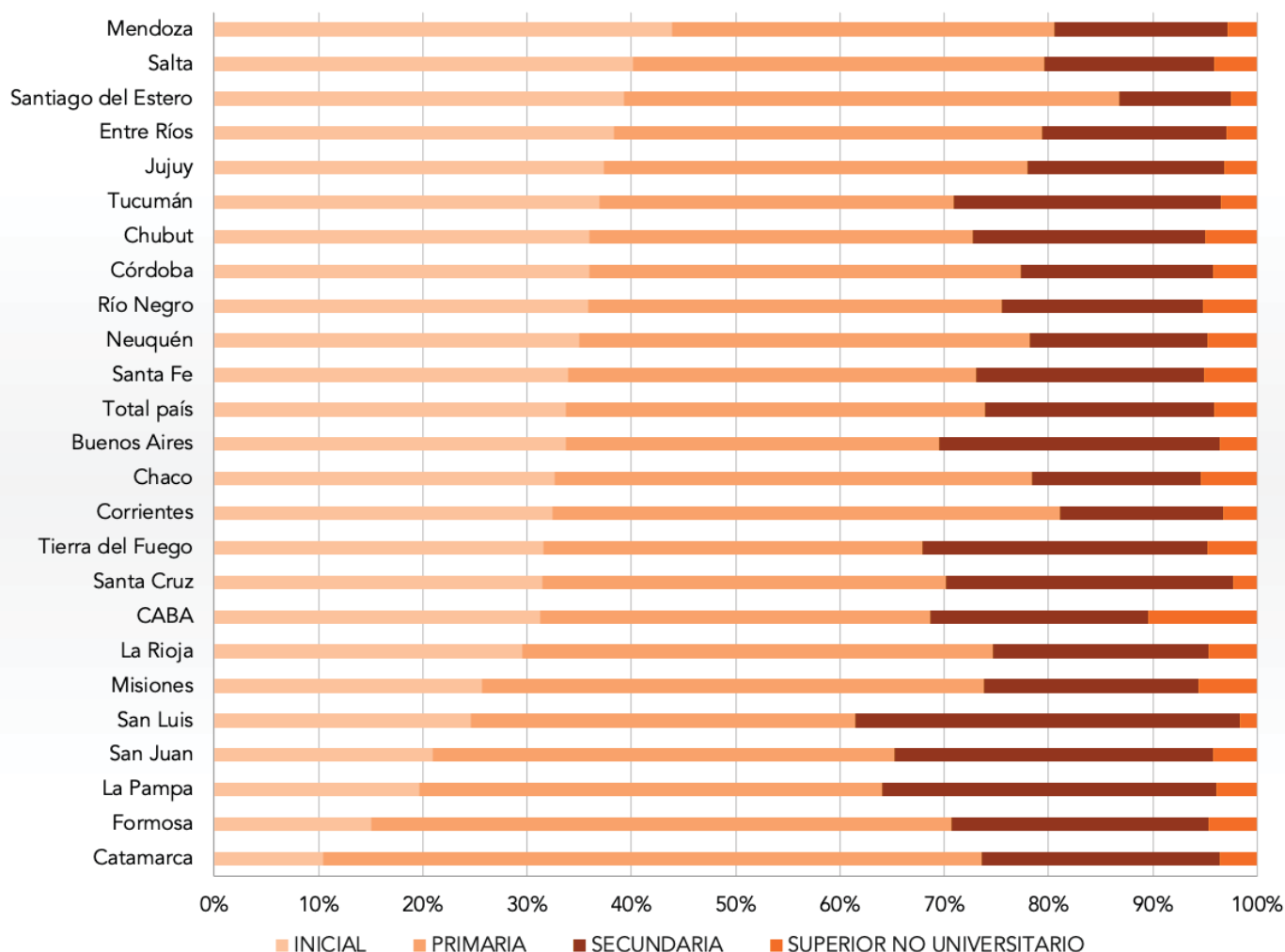


Figura 93. Distribución proporcional de la oferta educativa según niveles por jurisdicciones. Argentina, 2022

Fuente: Ministerio de Educación. Evaluación e Información Educativa. <https://data.educacion.gob.ar/>

Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías

La tasa neta de escolarización es un indicador fundamental para analizar la cobertura de los distintos niveles. En el nivel inicial, se observa una tasa menor al 50% para la sala de 3 años, la cual asciende al 83% en la sala de 4 años (en coincidencia con el inicio de la obligatoriedad) y es prácticamente universal en la sala de 5 años, que junto al nivel primario presentan los mayores niveles de matriculación.

Las tasas de escolarización para el nivel primario superan el máximo teórico de 100 a nivel nacional, esto se debe a un desfase metodológico entre la población y la matrícula por efecto de la movilidad de estudiantes entre jurisdicciones vecinas. Por ejemplo, alumnos domiciliados en la provincia de Buenos Aires que asisten a escuelas de CABA estarían engrosando la tasa de escolarización de esta última al sumar población escolar que no reside en ese territorio.

En los últimos años, la tasa de escolarización en el nivel secundario en Argentina ha ido en aumento, hasta alcanzar el 94% en 2022, es decir que todavía 6 de cada 100 estudiantes en edad de asistir al nivel no lo están haciendo. Esta tasa se mantuvo elevada aun en 2020, a pesar del contexto de la pandemia por COVID-19 (Figura 94).

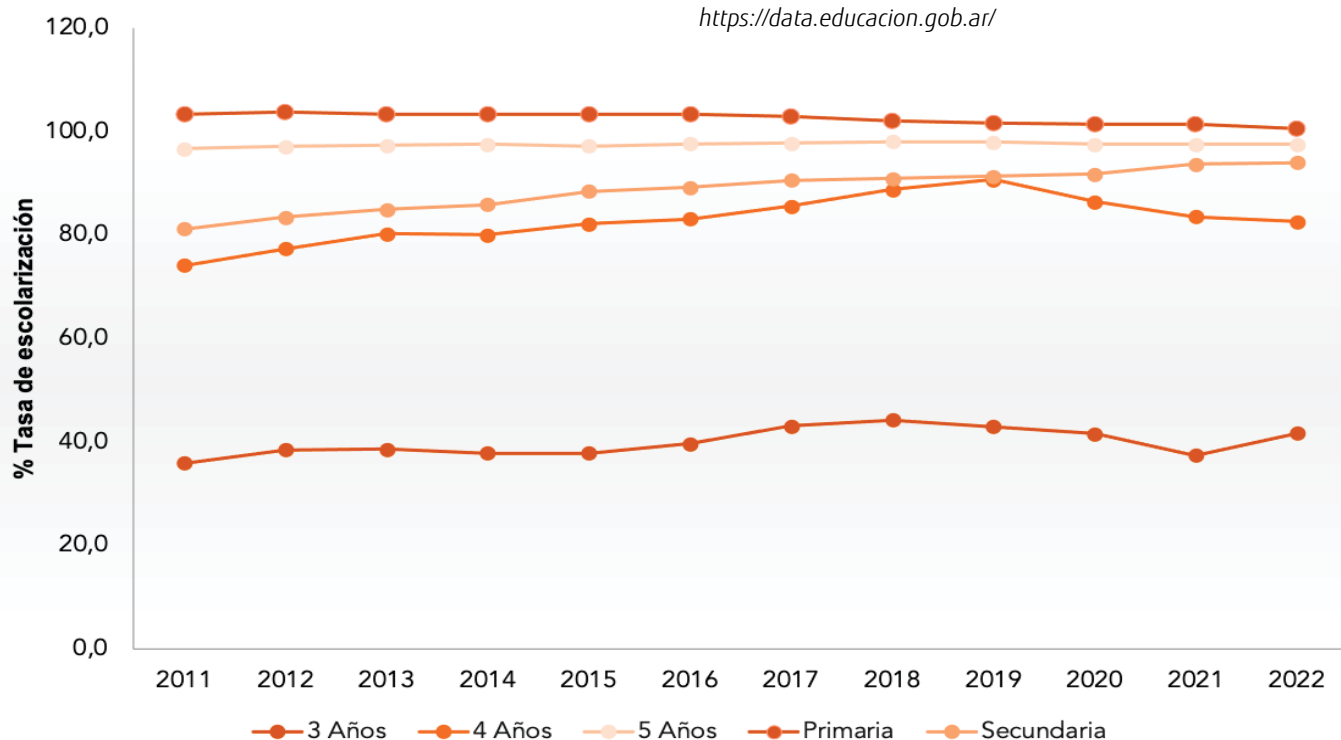
2. Indicadores de Trayectoria

En el nivel primario, los indicadores dan cuenta de un muy alto nivel de promoción (98%) y cifras marginales de repitencia (2%) y abandono interanual (menor del 1%), los tres indicadores de proceso o flujo de matrícula que suman el 100%.

En cambio, en el nivel secundario, los valores de promoción son del 80%, con cifras de repitencia del 3% y abandono interanual del 17%, lo que marca la problemática de las trayectorias en términos de continuidad y avance de la matrícula a lo largo de los años de estudio. De todos modos, el análisis secuencial de estos datos advierte una mejora tendencial en los indicadores de trayectorias de la educación media (Figura 95).

Figura 94. Tasa neta de escolarización según niveles. Argentina, 2011-2022

Fuente: Ministerio de Educación. Evaluación e Información Educativa. <https://data.educacion.gob.ar/>



Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías

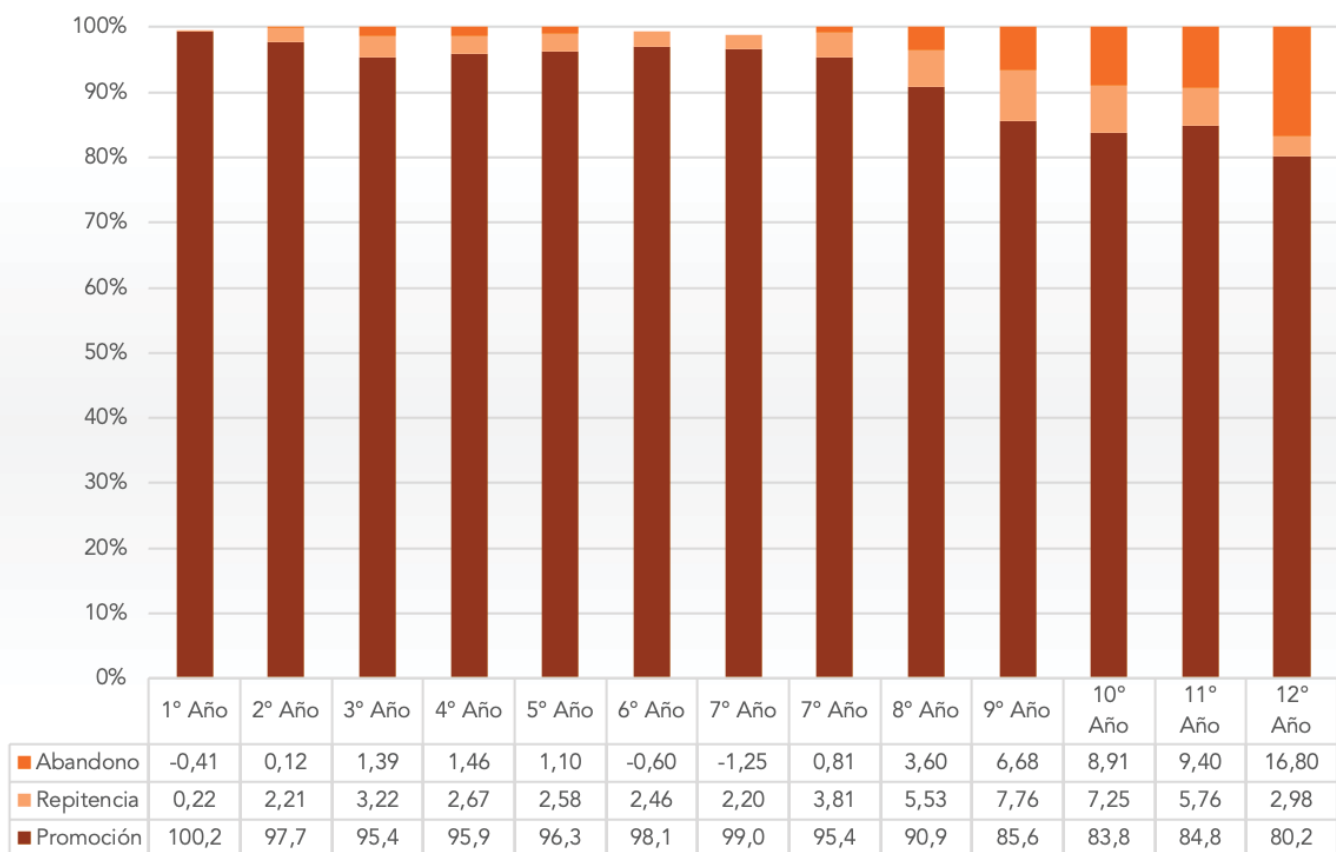


Figura 95. Tasa de promoción efectiva, abandono y repitencia por año escolar. Argentina, 2021

Fuente: elaboración propia según datos del Ministerio de Educación. Relevamiento Anual de Establecimientos Educativos, DICE, Ministerio de Educación.

Quienes adeudaban más de dos materias pasaron de año bajo la figura de “promoción acompañada”, teniendo que recuperar los contenidos pendientes durante 2021. Por ese motivo se registra el valor de promoción más elevado de la serie en ese período.

Entre 2011 y 2021 —último año con información disponible—, se observa un incremento de la promoción de 8 puntos porcentuales (Figura 96).

En el 2020, motivado por la pandemia, el Consejo Federal de Educación modificó el régimen de promoción al considerar como unidad pedagógica ambos ciclos lectivos y, en consecuencia, la evaluación respecto de la condición de promoción o repitencia se extendió en el tiempo.²²

²²Consejo Federal de Educación. (2020). Resolución CFE N.º 368/2020. Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/res_368_if-2020-57963511-apn-sgcfeme.pdf

Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías

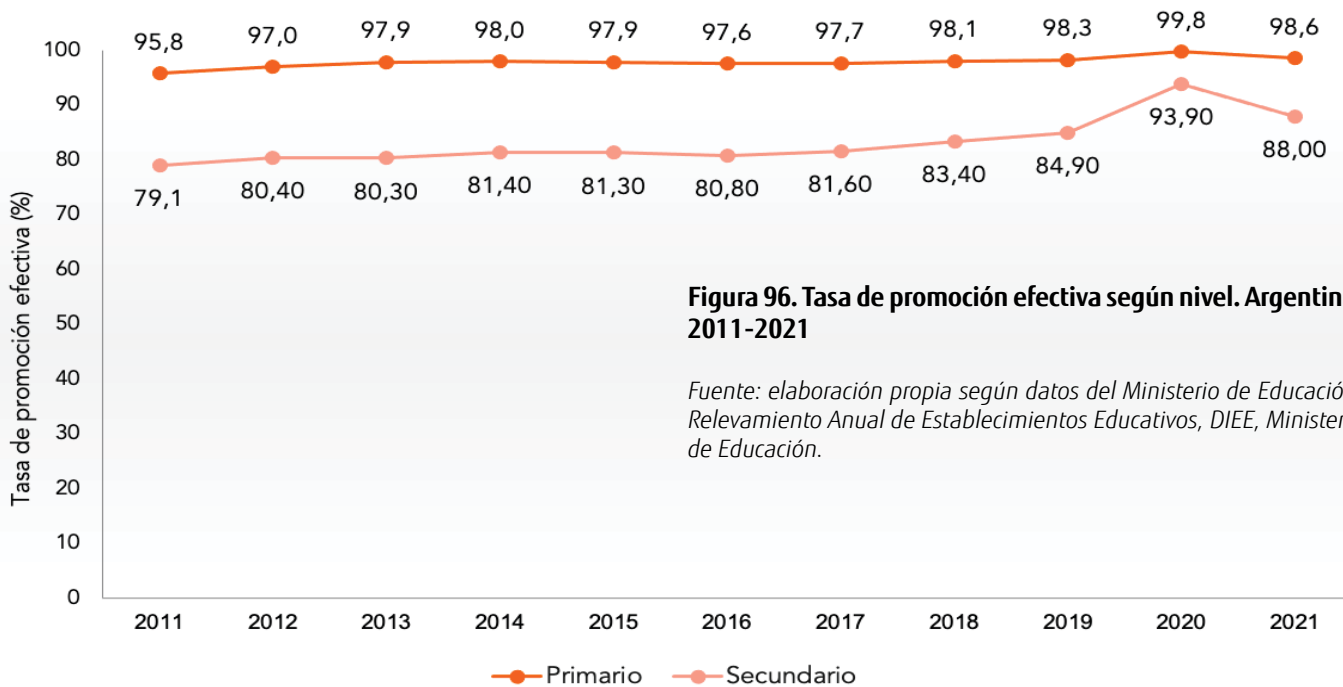


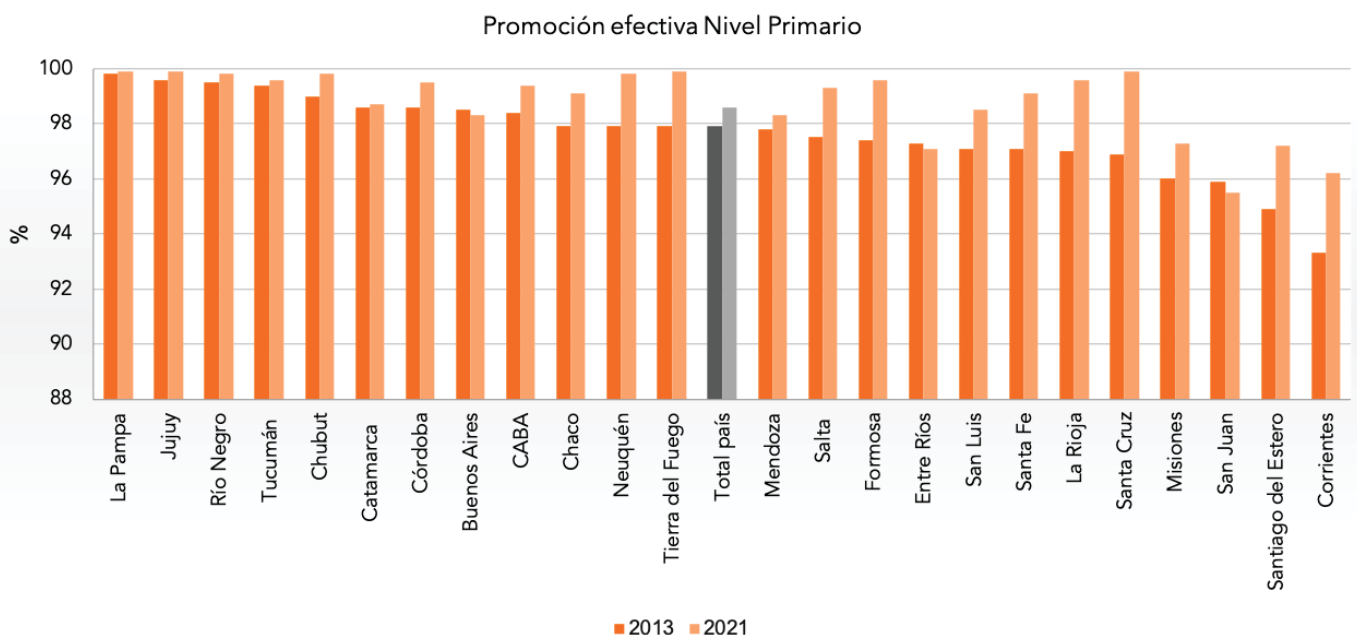
Figura 96. Tasa de promoción efectiva según nivel. Argentina, 2011-2021

Fuente: elaboración propia según datos del Ministerio de Educación. Relevamiento Anual de Establecimientos Educativos, DIEE, Ministerio de Educación.

Al comparar las tasas de promoción efectiva en el nivel primario según jurisdicción, entre 2013 y 2021 vemos una mejora en la mayoría de las jurisdicciones (Figura 97). La situación es similar al analizar los datos del nivel secundario, incluso con mayor magnitud (Figura 98).

Figura 97. Tasa de promoción efectiva en el nivel primario según jurisdicción. Argentina, 2013 y 2021

Fuente: elaboración propia según datos del Ministerio de Educación. Relevamiento Anual de Establecimientos Educativos, DIEE, Ministerio de Educación.



Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías

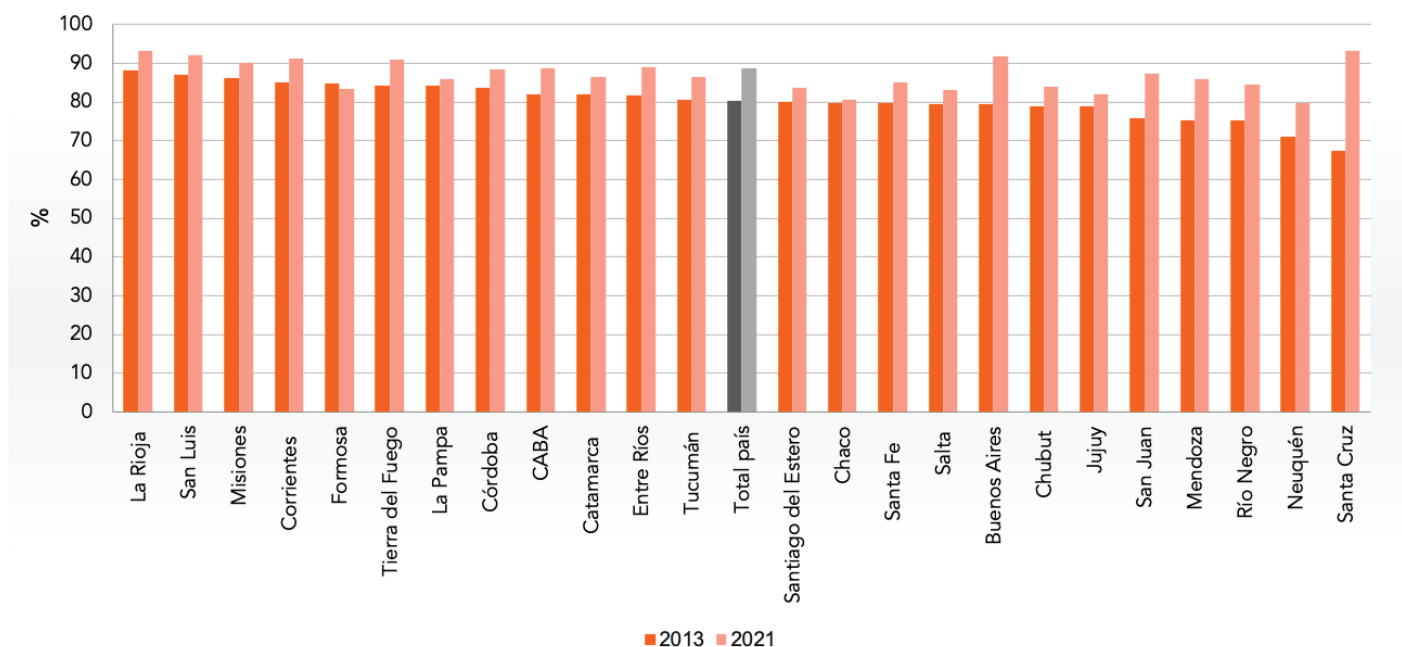


Figura 98. Tasa de promoción efectiva en el nivel secundario según jurisdicción. Argentina, 2013 y 2021

Fuente: elaboración propia según datos del Ministerio de Educación. Relevamiento Anual de Establecimientos Educativos, DIEE, Ministerio de Educación.

La promoción efectiva en el nivel secundario en función con los niveles de pobreza (quintiles) no muestra relación entre ambas variables (Figura 99).

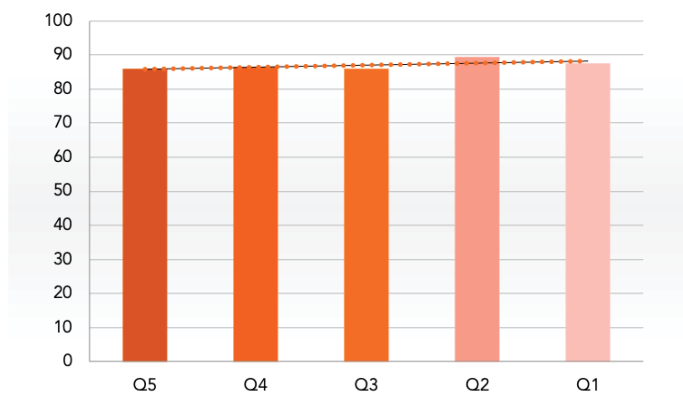


Figura 99. Promoción efectiva en el nivel secundario y su relación con los quintiles de pobreza. Argentina, 2021

Fuente: elaboración propia según datos del Ministerio de Educación. Relevamiento Anual de Establecimientos Educativos, DIEE, Ministerio de Educación.

Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías

Argentina presenta tasas de repitencia del 2,2% para el nivel primario y del 5,8% para el nivel secundario (Figura 100). Las tasas registran una reducción de aproximadamente el 50% en comparación con el año 2011.

La repitencia en el nivel secundario es el triple que la del nivel primario. En el 2020, motivado por la pandemia, el Consejo Federal de Educación acordó eliminar la repitencia teniendo que recuperar los contenidos pendientes durante el 2021 para aprobar las asignaturas, por ese motivo, en ese período se destaca el valor más bajo de toda la serie.

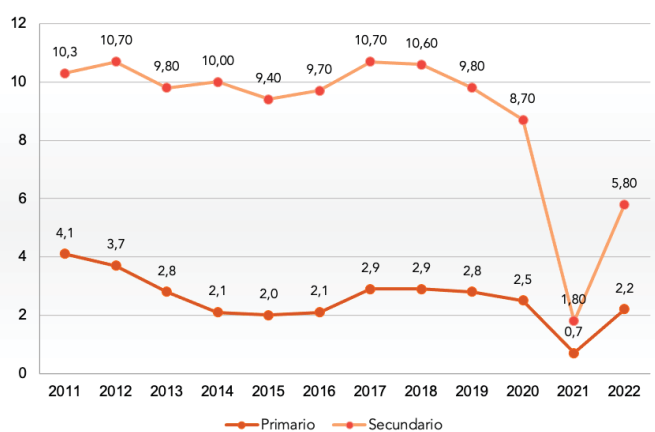


Figura 100. Tasa de repitencia según nivel. Argentina, 2011-2022

Fuente: elaboración propia según datos del Ministerio de Educación. Relevamiento Anual de Establecimientos Educativos, DIEE, Ministerio de Educación.

La repitencia en los niveles primario y secundario es mayor en las escuelas de gestión estatal que en las de gestión privada. Es posible que el indicador esté sobreestimado para el subsector estatal y subestimado para el privado debido a que, en algunos casos, los estudiantes que no promueven en el sector privado migran al sector público y son contabilizados como alumnos repitentes en ese sector.

En el subsector estatal, la repitencia es 7 veces mayor para el nivel primario y casi 5 veces mayor para el secundario en comparación con el subsector privado. Estas diferencias son variables entre las distintas jurisdicciones, pero sin diferencias significativas con el promedio nacional (Figura 101).

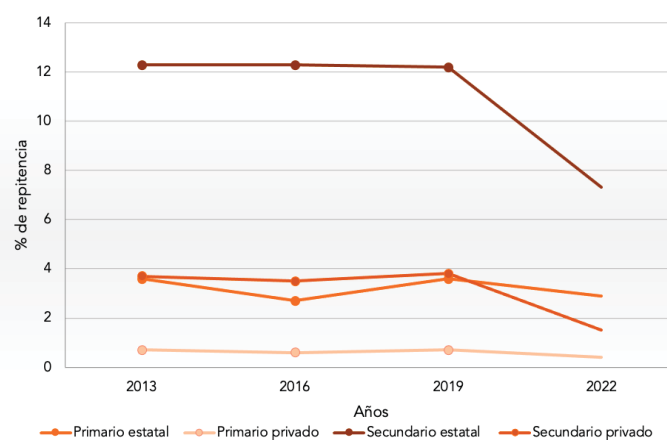
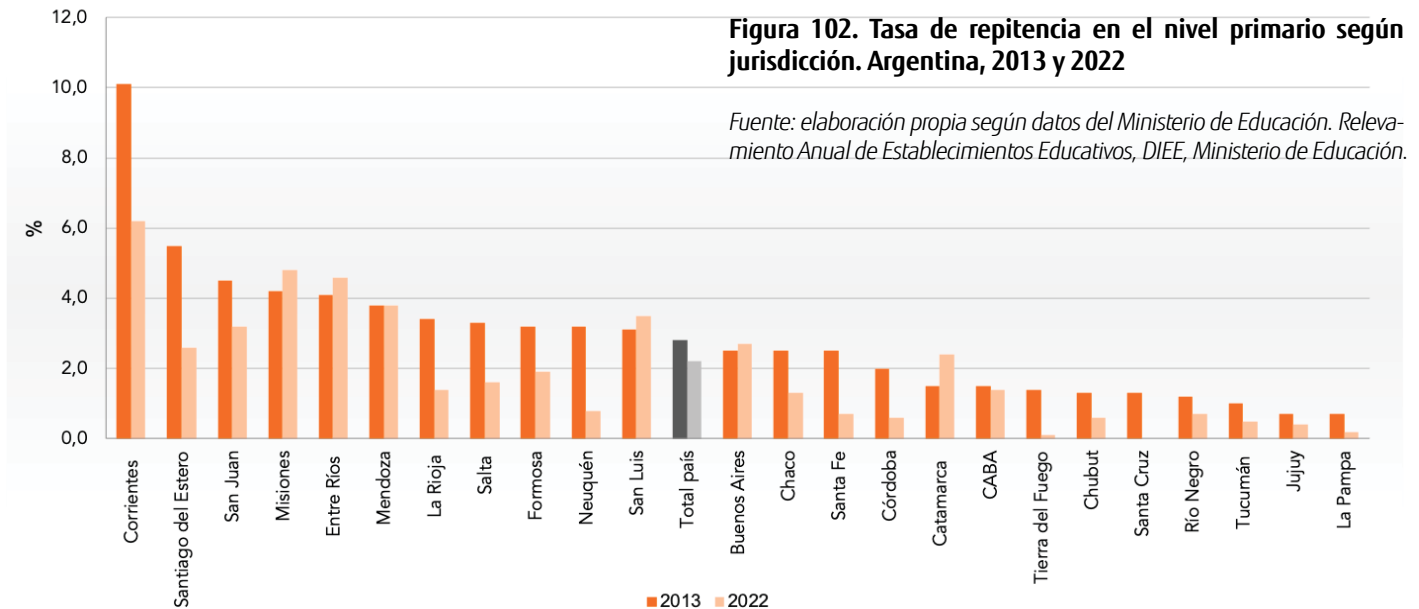


Figura 101. Tasa de repitencia según nivel educativo y por sector privado o estatal. Argentina, 2011-2022

Fuente: elaboración propia según datos del Ministerio de Educación. Relevamiento Anual de Establecimientos Educativos, DIEE, Ministerio de Educación.

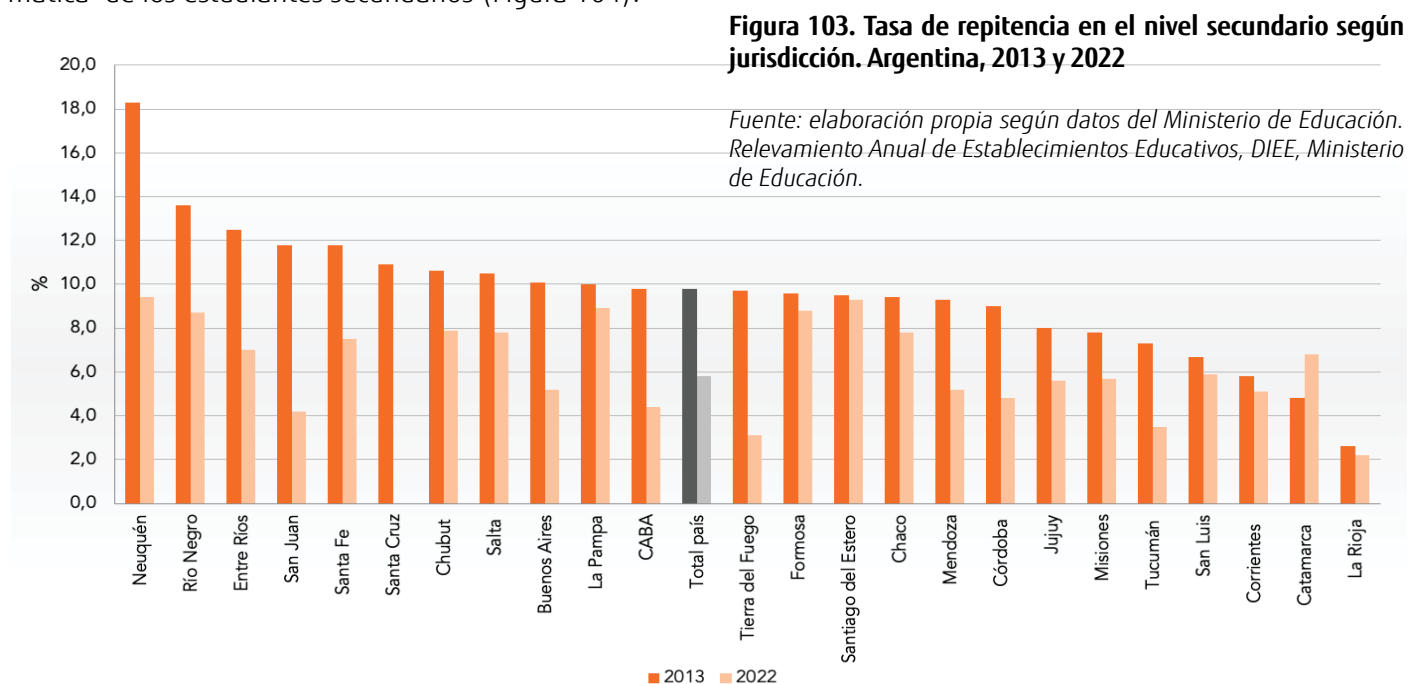
Al comparar las tasas de repitencia entre 2013 y 2022, se observa una reducción en la repitencia en el nivel primario en casi todas las jurisdicciones, excepto en Misiones, Entre Ríos, San Luis, Buenos Aires y Catamarca. Se aprecian amplias brechas entre las distintas jurisdicciones del país (Figura 102).

Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías



En el nivel secundario, se observa una disminución de la repitencia en todas las jurisdicciones (Figura 103). La provincia de Santa Cruz en 2022 no registró alumnos repitentes para ninguno de los dos niveles, ya que se había eliminado la repitencia en dicha provincia hasta diciembre de 2023, al implementar la “promoción automática” de los estudiantes secundarios (Figura 104).

De esta manera, a finales de 2024 se volverá a la promoción con hasta dos materias previas.



Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías

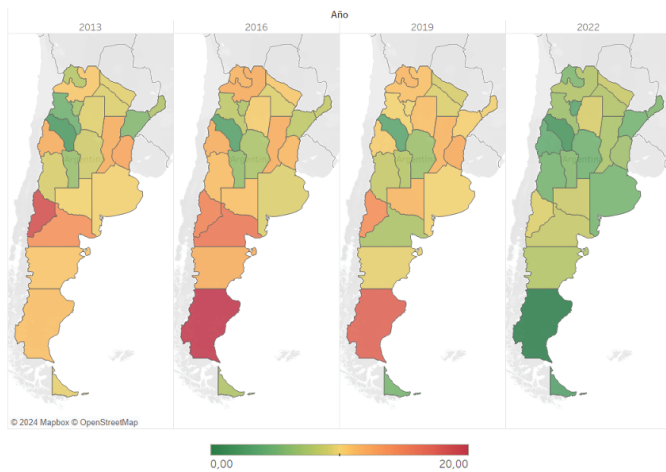


Figura 104. Tendencia de la tasa de repitencia en el nivel secundario según jurisdicción. Argentina 2013, 2016, 2019 y 2022

Fuente: elaboración propia según datos del Ministerio de Educación. Relevamiento Anual de Establecimientos Educativos, DIEE, Ministerio de Educación.

La tasa de repitencia en el nivel secundario en función del nivel de pobreza (quintiles) no mostró asociación entre ambas variables (Figura 105).

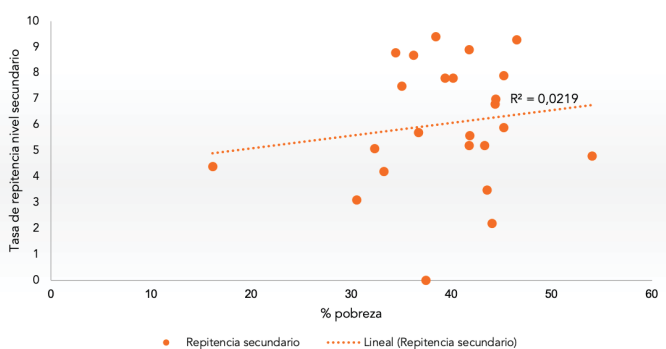


Figura 105. Tasa de repitencia en el nivel secundario y su relación con los quintiles de pobreza. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Educación. Relevamiento Anual de Establecimientos Educativos, DIEE, Ministerio de Educación.

Cabe mencionar que tanto la tasa de repitencia como la de promoción efectiva son variables complejas metodológicamente y difíciles de interpretar, ya que existe gran heterogeneidad entre las diferentes jurisdicciones acerca de los criterios y modalidades de promoción.

La tasa de sobreedad constituye un indicador acumulativo. Un/una estudiante con sobreedad es quien tiene uno o más años de la edad definida teóricamente para cada año de estudio, ya sea porque repitió, ingresó tardíamente al circuito escolar o porque abandonó transitoriamente el sistema y se ha reincorporado posteriormente.

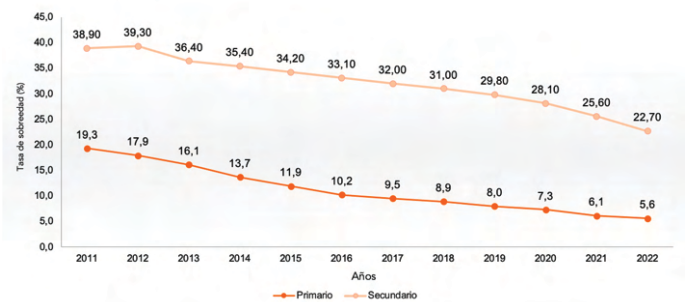


Figura 106. Tasa de sobreedad según nivel. Argentina, 2011-2022

Fuente: elaboración propia según datos del Ministerio de Educación. Relevamiento Anual de Establecimientos Educativos, DIEE, Ministerio de Educación.

La sobreedad en el nivel secundario es más del triple que la del primario. La tendencia es en descenso en los últimos años (Figura 106).

Al igual que la repitencia, las mayores tasas de sobreedad se registran para el subsector estatal tanto para el nivel primario como en el secundario (Figura 107).

Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías

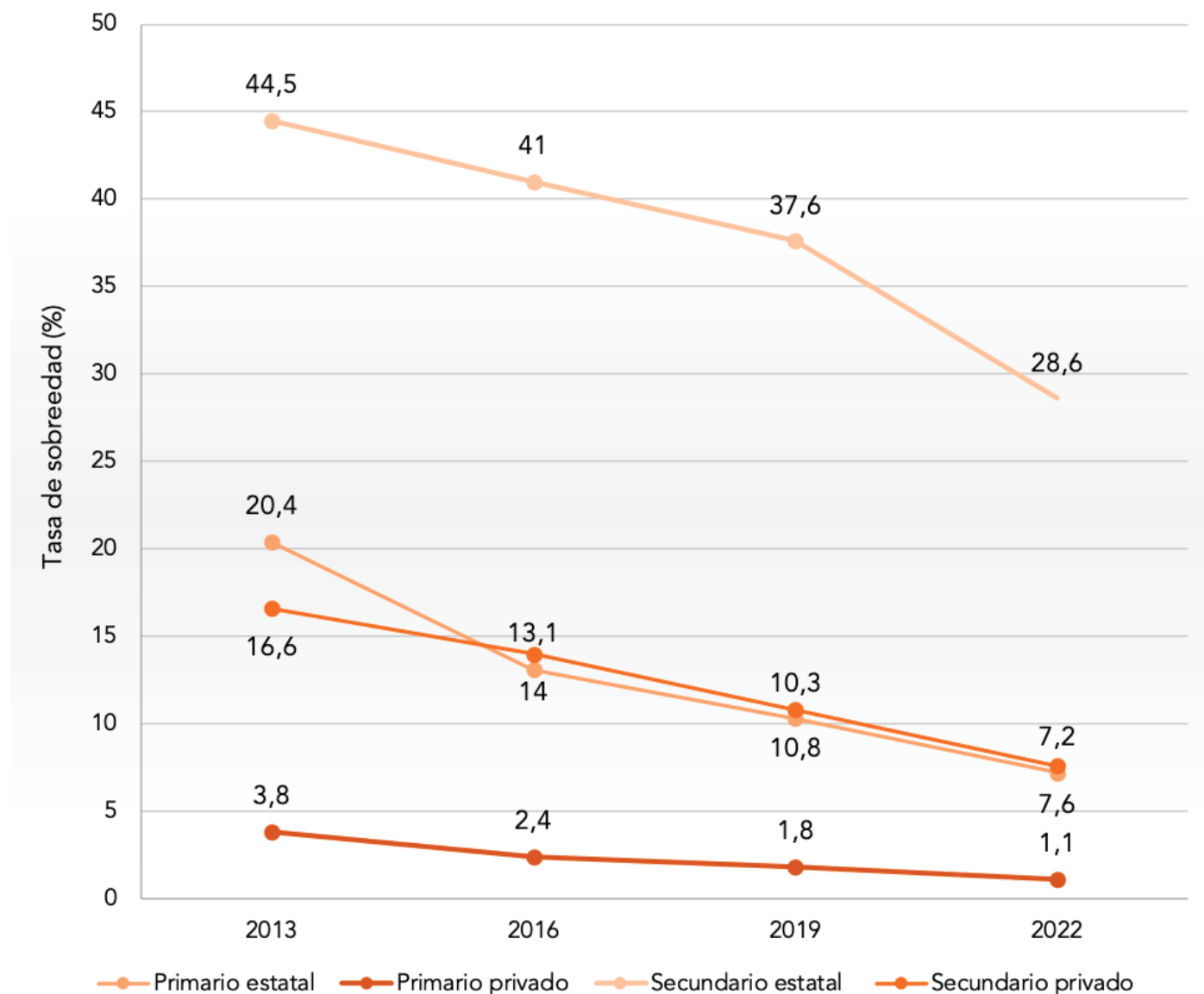
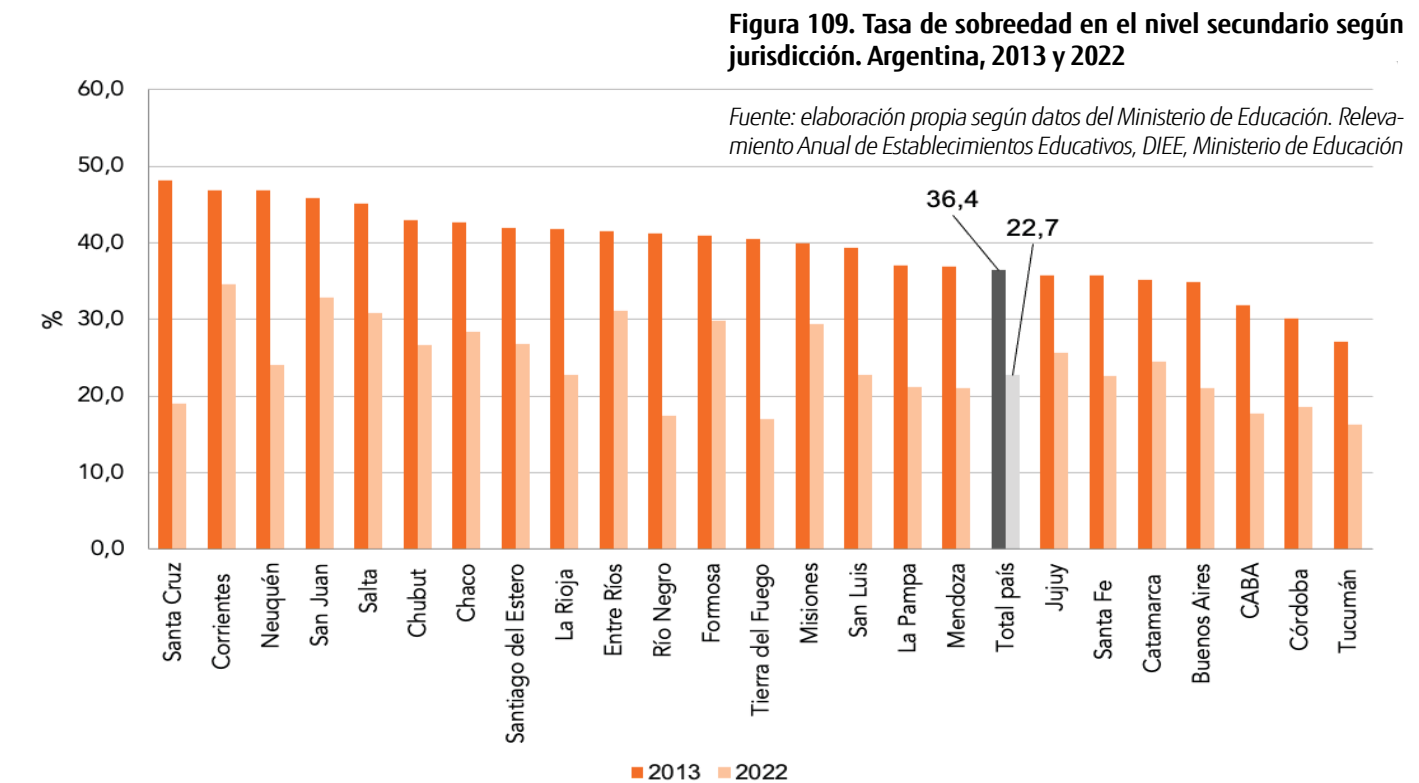
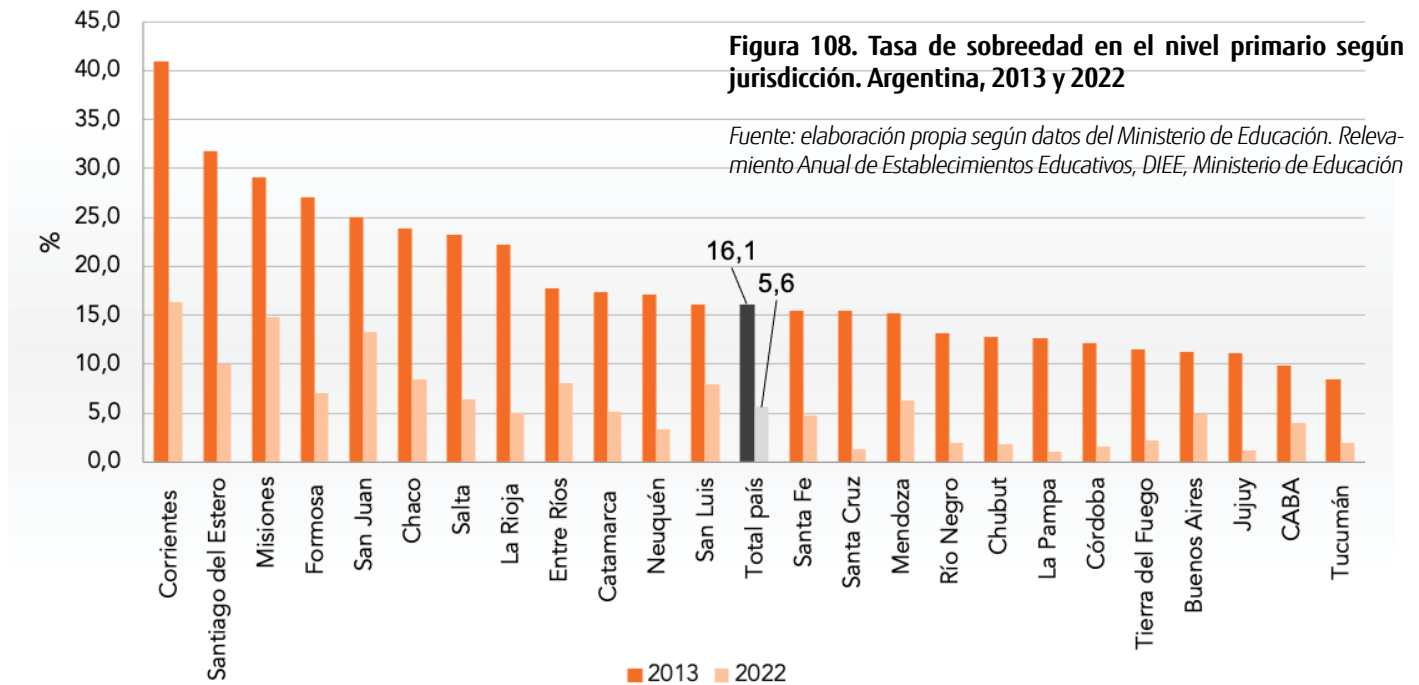


Figura 107. Tasa de sobreedad según nivel educativo y por sector privado o estatal. Argentina, 2011-2022

Fuente: elaboración propia según datos del Ministerio de Educación. Relevamiento Anual de Establecimientos Educativos, DIEE, Ministerio de Educación.

La sobreedad por jurisdicción evidencia una disminución a lo largo de los años en todas las jurisdicciones, tanto en el nivel primario como en el secundario (Figuras 108, 109 y 110).

Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías



Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías

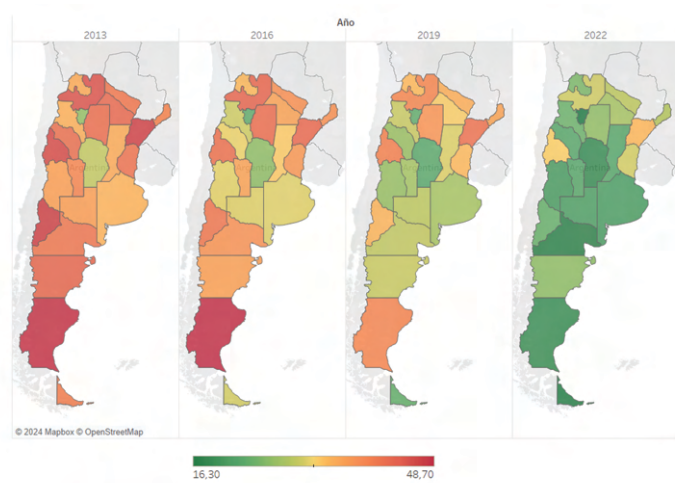


Figura 110. Tendencia de la tasa de sobreedad en el nivel secundario según jurisdicción. Argentina 2013, 2016, 2019 y 2022

Fuente: elaboración propia según datos del Ministerio de Educación. Relevamiento Anual de Establecimientos Educativos, DIEE, Ministerio de Educación.

No se observó asociación entre la tasa de sobreedad en el nivel secundario y el nivel de pobreza de los estudiantes (Figura 111).



Figura 111. Tasa de sobreedad en el nivel secundario y su relación con los quintiles de pobreza. Argentina, 2022

Fuente: elaboración propia según datos del Ministerio de Educación. Relevamiento Anual de Establecimientos Educativos, DIEE, Ministerio de Educación.

Si bien al analizar los indicadores de trayectoria educativa (tasas de promoción efectiva, de repitencia y de sobreedad) en relación con el nivel de pobreza no se observa asociación estadística entre las variables, la situación de pobreza impacta como determinante social de la salud y en las trayectorias escolares.

El abandono interanual es el porcentaje de estudiantes matriculados en un determinado grado/año de estudio que no vuelve a matricularse al año lectivo siguiente como estudiante nuevo, repitente o reinscrito.

El abandono escolar es un fenómeno complejo que depende de factores sociales, económicos y culturales. Se concentra en escuelas estatales y existen diferencias significativas entre jurisdicciones. Tanto la tasa de abandono como la de sobreedad son más bajas en el nivel primario que en el secundario (Figura 112).

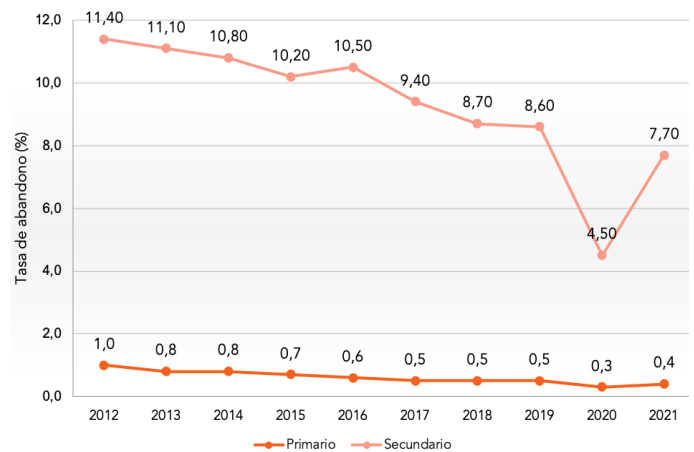


Figura 112. Tasa de abandono interanual según nivel. Argentina, 2012-2021

Fuente: elaboración propia según datos del Ministerio de Educación. Relevamiento Anual de Establecimientos Educativos, DIEE, Ministerio de Educación.

Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías

Es sabido que la pandemia aceleró las desigualdades preexistentes, con mayor impacto negativo sobre aquellos estudiantes más vulnerables, debido a su carencia de recursos, herramientas y opciones alternativas de aprendizaje. A pesar de esta situación, los datos oficiales indican que durante los últimos años el nivel de abandono escolar en la escuela secundaria disminuyó en todas las provincias, aunque en distinta magnitud. A nivel nacional, el porcentaje de estudiantes que abandonaron la escuela secundaria pasó de un 11,4% a un 7,7% entre las cohortes que iniciaron la secundaria en 2012 y 2021 respectivamente.

La relación entre los grados y la edad es un punto central para tener en consideración, independientemente de los aprendizajes obtenidos. Si observamos los datos de la cohorte que tenía 11 años en el año 2012 (en adelante cohorte 1) en las figuras 113 y 114, vemos que a los 12 años el 78,5% de esos estudiantes se encontraba en el grado correspondiente a su edad. Sin embargo, a los 17 años, solo el 46,6% de los estudiantes de esta cohorte se encontraban en edad teórica, un 24,4% había abandonado la escuela, un 14,1% tenía un año de sobreedad; un 8,7%, dos años de sobreedad, y un 6,2%, tres años o más de sobreedad.²³

Cuatro años después, la cohorte que tenía 11 años en 2016 (en adelante cohorte 2), muestra un aumento en la proporción de estudiantes en su grado/año teórico para todas las edades, y una disminución del abandono acumulado desde los 14 años en adelante, alcanzando a los 17 años al 15,1% de los estudiantes de esa cohorte. Al comparar ambas cohortes, se evidencia una disminución en el abandono acumulado de estudiantes hasta la edad de 17 años del orden de 9,3 puntos porcentuales

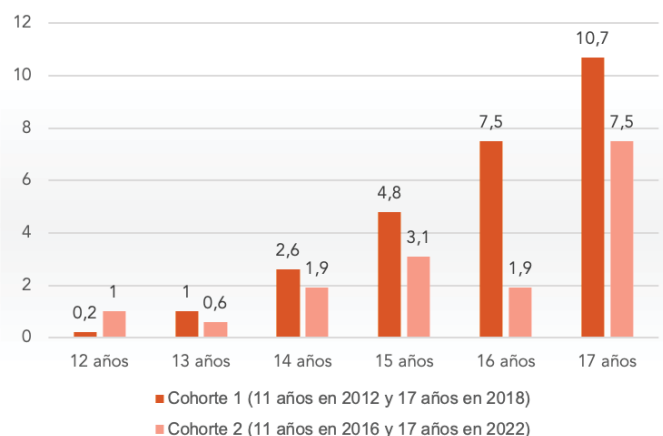


Figura 113. Tasa de abandono interanual por edad, por cohorte. Argentina, 2012-2022

Fuente: Relevamiento Anual de Establecimientos Educativos, DIEE, Ministerio de Educación.

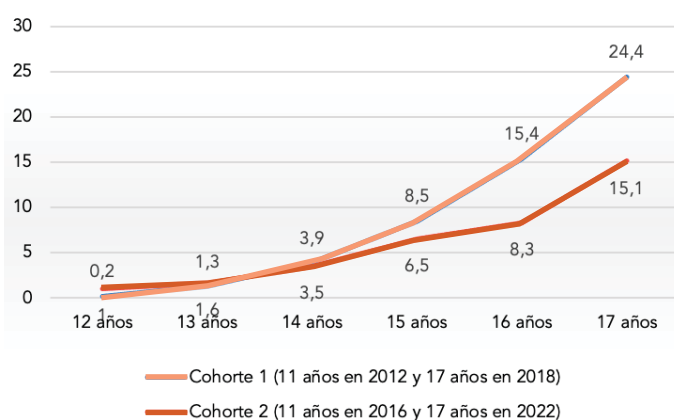


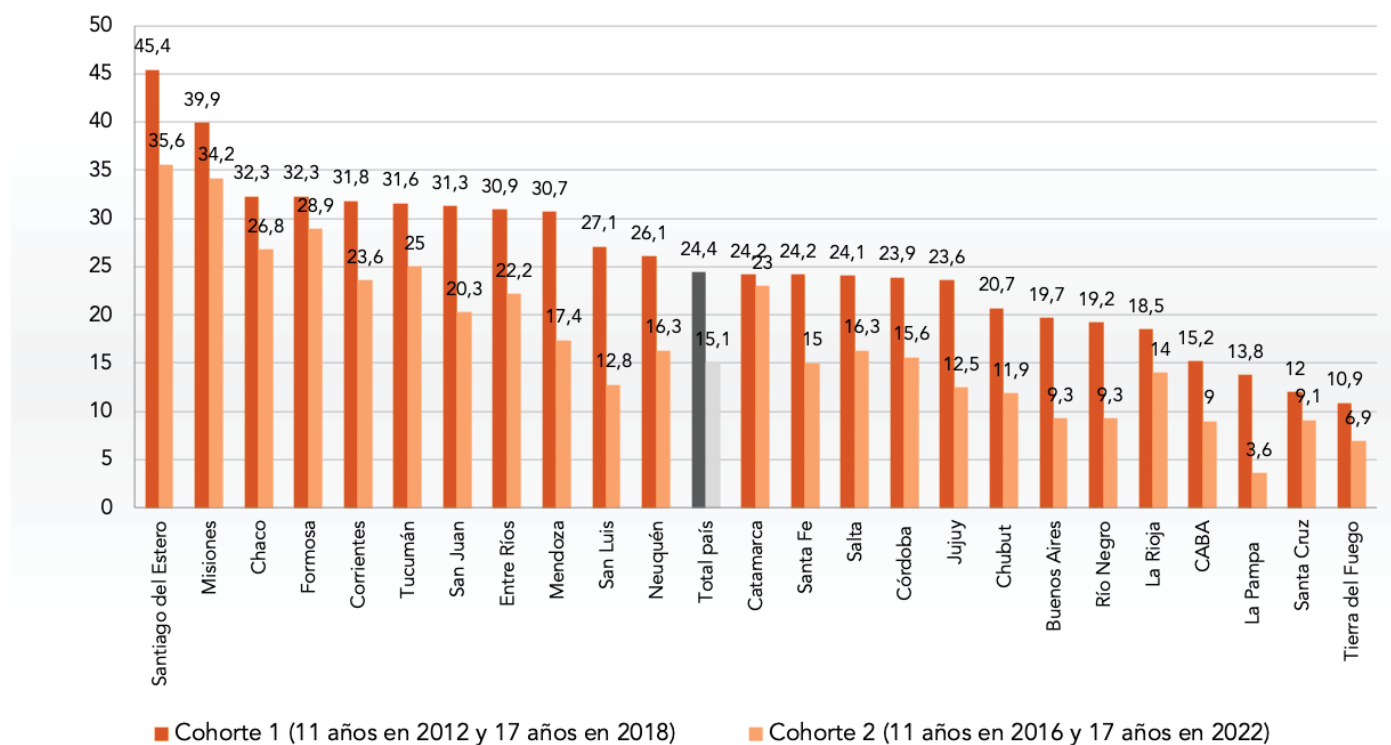
Figura 114. Tasa de abandono acumulada por edad, por cohorte. Argentina, 2012-2022

Fuente: Relevamiento Anual de Establecimientos Educativos, DIEE, Ministerio de Educación.

Sin embargo, hay una gran variación entre las provincias en cuanto a la evolución del abandono escolar. Las provincias con mayor abandono son Santiago del Estero, Misiones, Chaco y Formosa, mientras que las que tienen menor abandono son La Pampa, Tierra del Fuego y CABA. Las provincias que más redujeron el abandono fueron San Luis, Mendoza y Jujuy (Figura 115).

²³Míguez, P, Bonelli, S & Nistal, M (2023). Trayectorias escolares: ¿Cuántos estudiantes abandonan la secundaria en Argentina? Observatorio de Argentinos por la Educación.

Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías



Según los datos provenientes de la Encuesta MICS,²⁴ en el 90% de los casos, las y los adolescentes tenían entre 12 a 17 años cuando se alejaron de la escuela, aunque con mayor frecuencia estas situaciones se produjeron luego de los 14 años. En este sentido, se corrobora que los problemas de desvinculación escolar se sitúan fundamentalmente en el tránsito de las y los estudiantes por la educación secundaria y que se producen en mayor medida entre los 15 y los 17 años, afectando mayormente al género masculino (6 de cada 10 adolescentes eran varones).

Figura 115. Tasa de abandono acumulada por edad, por cohorte y por jurisdicción. Argentina, 2012-2022

Fuente: Relevamiento Anual de Establecimientos Educativos, DIEE, Ministerio de Educación.

Respecto de los motivos que refieren asociados con la interrupción de los estudios, se advierte que la razón con mayor peso es que no les gustaba la escuela o no la consideraban necesaria (28%), luego las dificultades económicas de las familias (12%), haber quedado libres por acumulación de faltas (9%), las dificultades para avanzar en los aprendizajes escolares (7%) y las situaciones de repitencia (7%).

Asimismo, un 6% señaló que la desvinculación se produjo por ingreso al mercado laboral y un 5% por situaciones de embarazo (Figura 116).

²⁴Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes (MICS) 2019-2020. Informe temático: Adolescencias y Educación. Octubre 2022. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/18746/file/Serie%20MICS:%20Adolescencias%20y%20Educaci%C3%B3n.pdf>

Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías

El abandono escolar asociado al embarazo merece una mención especial, ya que el embarazo no intencional se asocia fuertemente con la deserción escolar y además tiene implicancias a largo plazo en las posibilidades de estas madres adolescentes de insertarse en el mercado laboral. Según datos del INDEC 2017, el abandono por embarazo representó el 8% de las causas de deserción escolar, con valores dispares entre las distintas regiones del país.

El abandono escolar implica exclusión del sistema educativo, y la pérdida del ámbito socializador por excelencia en esta etapa vital. Cabría preguntarse si esta interrupción implica una exclusión social en términos más amplios que afecte otros derechos condicionados a la escolaridad.

Las dificultades en las trayectorias escolares de las y los adolescentes que se mencionaron marcan una problemática concreta. Se debe trabajar especialmente en la prevención y, eventualmente, en el apoyo en cada caso.

El abandono o interrupción de la escolaridad muchas veces deja en evidencia las dificultades del sistema educativo para acompañar las trayectorias educativas de madres/padres adolescentes, entre las cuales podríamos considerar el formato de la propuesta pedagógica, la calidad de las estrategias de acompañamiento para madres/padres adolescentes, y las posibilidades de articulación con espacios de cuidado, entre otras.

El abandono es la contracara de la inclusión educativa. Se insta a los trabajadores de la salud a hacer foco en este aspecto para evitar la exclusión. En el contexto actual, un 41,7% de la población se encuentra bajo la línea de pobreza y un 11,9% bajo la línea de indigencia (INDEC). Esta marcada situación de desigualdad agudiza las problemáticas educativas, convoca a trabajar y avanzar hacia abordajes intersectoriales, que consideren estas problemáticas en forma integral.

Es importante el rol de los pediatras en el seguimiento de las trayectorias escolares como parte del control de salud considerando a la escuela como un lugar de protección de la salud integral e interviniendo antes de que se produzca el abandono.

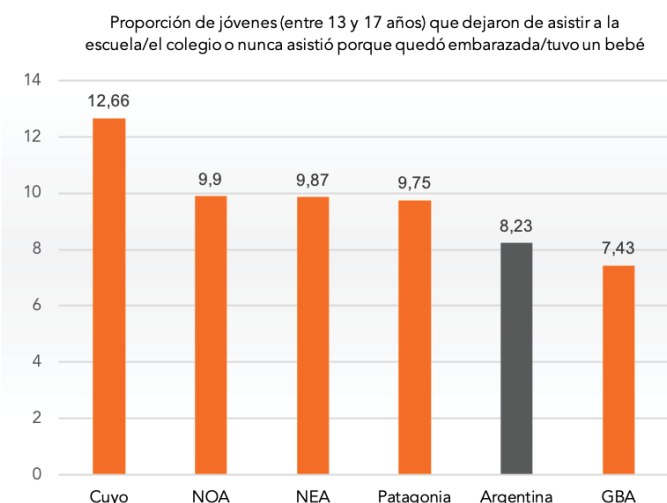


Figura 116. Tasa de abandono escolar por embarazo (entre 13 y 17 años) por regiones. Argentina, 2017

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

3. Acoso Escolar

El acoso escolar o bullying consiste en una forma de violencia escolar ejercida entre estudiantes a través de una relación asimétrica, ya sea por fuerza física, social o etaria. Aunque no es un fenómeno nuevo, actualmente es una de las modalidades de violencia con mayor visibilidad en las escuelas. El bullying y el ciberbullying son las formas de violencia entre los estudiantes que más obstaculizan el buen desarrollo del clima escolar.

La discriminación, amenazas y agresiones verbales no físicas son algunas de las principales formas de expresión. En 2013, se sancionó la Ley 26892 para la Promoción de la Convivencia y el Abordaje de la Conflictividad Social en las Instituciones Educativas con el objetivo de garantizar el derecho a una convivencia pacífica, integrada y libre de violencia física y psicológica, así como promover la elaboración o revisión de las normas de las jurisdicciones sobre convivencia en las instituciones educativas.

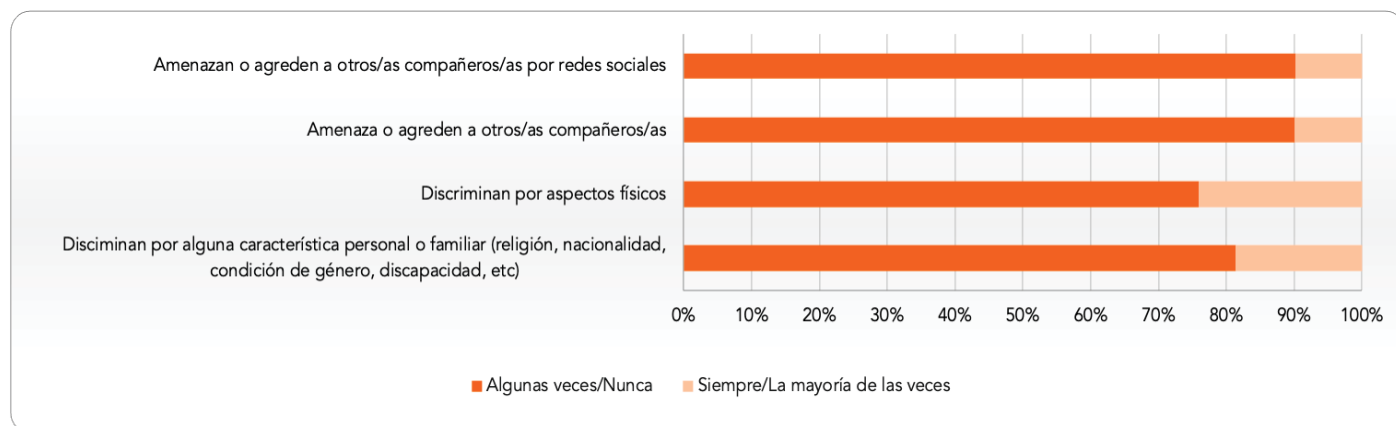
Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías

Además, impulsa la elaboración de estrategias y acciones que fortalezcan a las instituciones educativas y sus equipos docentes, para la prevención y abordaje de situaciones de violencia.

En la evaluación Aprender 2019, sobre contenidos de la educación secundaria, se preguntó también respecto de la existencia de situaciones de violencia y discriminación, y acerca de las diferentes modalidades de resolución de conflictos. Si bien el 65% de las y los estudiantes perciben un ambiente de buena convivencia en su escuela, un tercio de ellos advierten la existencia de conflictos violentos o de discriminación en las escuelas. Las más frecuentes son situaciones de discriminación por aspectos físicos (24%); características personales o familiares como religión, nacionalidad, condición de género o discapacidad (29%); situaciones de amenazas o agresiones entre estudiantes o por redes sociales (10%) (Figura 117).

Figura 117. Situaciones de discriminación y violencia en la escuela. Argentina, 2019

Fuente: Evaluación Aprender 2019, Argentina. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/educacion/evaluacion-informacion-educativa/aprender>



Este tipo de hostigamiento podría ser un emergente de otras situaciones socioemocionales que no hayan sido abordadas en forma oportuna. Conflictos, indisciplinas y violencias esporádicas están en la raíz del acoso y necesitan de una adecuada gestión de la convivencia en el ámbito de las instituciones educativas.²⁵

La trayectoria educativa y el desarrollo emocional de las y los estudiantes deberían abordarse en forma conjunta.

²⁵Encuesta Nacional de Niñas, Niños y Adolescentes (MICS) 2019-2020. Informe temático: Adolescencias y Educación. Octubre 2022. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/18746/file/Serie%20-MICS:%20Adolescencias%20y%20Educaci%C3%B3n.pdf>

Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías

Trabajo

El trabajo infantil en la Argentina se define como “toda actividad económica no económicas y/o estrategia de supervivencia, remunerada o no, realizada por personas que se encuentran por debajo de la edad mínima de admisión al empleo” (Plan Nacional para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil y Protección del Trabajo Adolescente 2018-2022). Esta conceptualización se referencia en la Ley 26390 de Prohibición del Trabajo Infantil y Protección del Trabajo Adolescente que, desde el año 2008, prohíbe el trabajo infantil por debajo de la edad mínima de admisión al empleo, establecida en 16 años.

Según datos de la Encuesta Nacional de Actividades de NNyA (EANNA) realizada por el Ministerio de Trabajo y el INDEC en los años 2016 y 2017 con el objeto de medir y diagnosticar con precisión la situación del trabajo infantil en el país, se registra que un 10% de la población entre 5 y 15 años y un 31,9% entre 16 y 17 años trabajan en Argentina, siendo esta situación más frecuente en el ámbito rural (Figura 118).

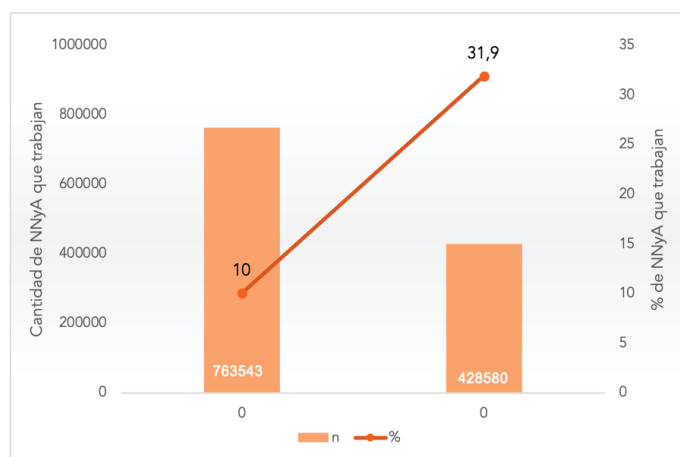


Figura 118. Distribución del trabajo infantil y adolescente en Argentina, 2016-2017

Fuente: EANNA Urbana (2016/2017) y EANNA Rural (2017), INDEC y MTEySS.

1. Trabajo Infantil

Afecta a niños y niñas de 5 a 15 años que realizan al menos una actividad productiva. En Argentina, se registra que un 10% de la población entre 5 y 15 años realiza alguna actividad productiva; es mayor el porcentaje en varones (11%) que en mujeres (9%).

Estas actividades pueden ser económicas, no económicas y/o estrategias de supervivencia, remuneradas o no, y se distribuyen de la siguiente manera: relacionadas al mercado de bienes y servicios (3,8%), relacionadas al autoconsumo del hogar (ayuda en la construcción o arreglos en el propio hogar, cuidado de la huerta o de animales, entre otros) (3%), y relacionadas a la realización de tareas domésticas intensas en el interior del hogar (limpieza, cocina y/o arreglos de la propia casa, así como el cuidado de hermanos o alguna persona que vive en la propia casa) (4,8%).

Las mayores tasas se registran en el NOA, NEA y en el ámbito rural (Figura 119).

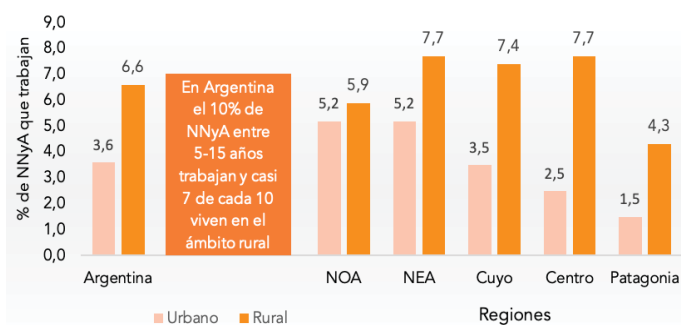


Figura 119. Distribución del trabajo infantil según ámbito y región. Argentina, 2016-2017

Fuente: EANNA Urbana (2016/2017) y EANNA Rural (2017), INDEC y MTEySS.

Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías

2. Trabajo Adolescente

La realización de este tipo de actividades impacta con mayor intensidad entre adolescentes: un tercio de la población entre 16 y 17 años realiza al menos una actividad productiva (32%), valor que asciende al 34% en el caso de los varones que se dedican en mayor proporción a actividades relacionadas con el mercado y al 30% en las mujeres que desarrollan actividades domésticas (INDEC, 2018) (Figura 120).

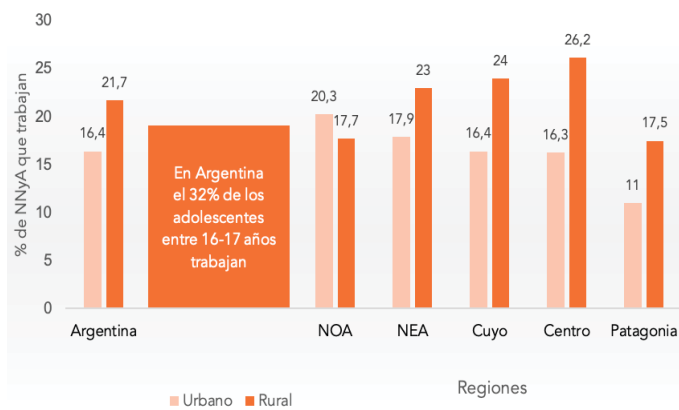


Figura 120. Distribución del trabajo adolescente. Argentina 2016-2017

Fuente: EANNA Urbana (2016/2017) y EANNA Rural (2017), INDEC y MTEySS.

Las trayectorias escolares se ven tensionadas por actividades productivas desarrolladas por las y los adolescentes, con mayores niveles de inasistencias y de llegadas tarde. La tasa de repitencia es el doble en aquellos NNYA que desarrollan actividades productivas y son más vulnerables al abandono, esto es aún mayor en áreas rurales.

Acceso a Tecnologías

Mediante las evaluaciones Aprender 2016, 2017, 2019 y 2022 realizadas sobre adolescentes escolarizados, se les consultó acerca de la posesión en sus hogares de ciertos recursos o condiciones que se consideran indicadores del nivel socioeconómico de los hogares y, además, son relevantes para acompañar el proceso de enseñanza de las y los estudiantes en sus casas. En este sentido, se indagó si las y los estudiantes poseen teléfono celular, computadora y servicio de conexión a internet en sus hogares.

Al evaluar la tendencia de estos recursos en el tiempo, vemos que el acceso al teléfono celular es prácticamente universal y estable en los últimos años, mientras que contar con una computadora en el hogar muestra una tendencia descendente entre las y los estudiantes a partir de 2019. Esto, probablemente, esté relacionado con la interrupción de los planes universales de acceso a dispositivos y conectividad que facilitaban el acceso a notebooks por parte de los estudiantes como parte de políticas públicas (programa Conectar Igualdad 2010-2015). Por el contrario, el acceso a internet en los hogares se incrementó en concordancia con el uso masivo de dispositivos móviles como medio de comunicación y acceso a la información (Figura 121).

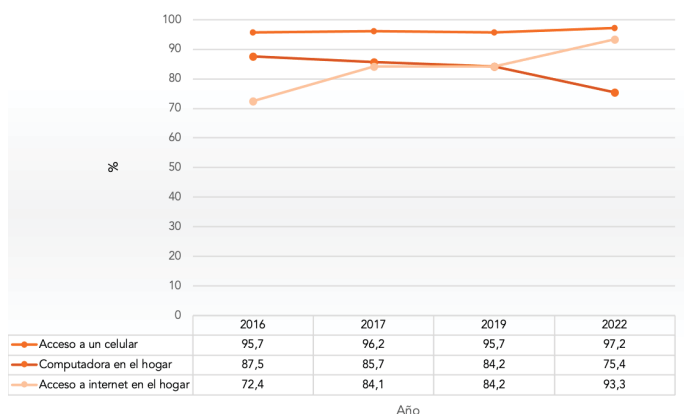


Figura 121. Acceso a celular, computadora y conexión a internet en el hogar de estudiantes secundarios. Argentina, 2016-2022

Fuente: Evaluación Aprender 2016, 2017, 2019 y 2022. Secretaría de Evaluación e Información Educativa del Ministerio de Educación de la Nación.

Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías

Si bien el acceso a internet se encuentra en aumento y supera el 90%, este derecho es considerado una necesidad básica en la actualidad, fundamental para el acceso a la información, por lo que se debe trabajar para mejorar aún más el alcance.

Al indagar a estudiantes sobre la tenencia de un celular propio, una amplia mayoría afirma tener un celular (97,2%), mientras que un 2,8% no posee este recurso, sin diferencias significativas según el sector de gestión del establecimiento (estatal o privado) o ámbito rural o urbano. Se evidenció que los niveles de desempeño en Lengua y Matemática fueron mejores entre quienes contaban con un celular propio (Figuras 122 y 123).

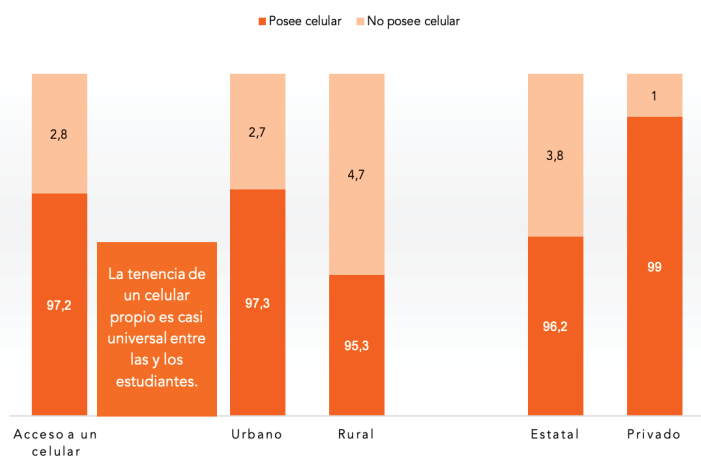


Figura 122. Acceso a celular según ámbito y gestión del establecimiento y desempeño. Argentina, 2022

Fuente: Evaluación Aprender 2022. Secretaría de Evaluación e Información Educativa. Ministerio de Educación de la Nación.

Acceso a Tecnologías

Mediante las evaluaciones Aprender 2016, 2017, 2019 y 2022 realizadas sobre adolescentes escolarizados, se les consultó acerca de la posesión en sus hogares de ciertos recursos o condiciones que se consideran indicadores del nivel socioeconómico de los hogares y, además, son relevantes para acompañar el proceso de enseñanza de las y los estudiantes en sus casas. En este sentido, se indagó si las y los estudiantes poseen teléfono celular, computadora y servicio de conexión a internet en sus hogares.

Al evaluar la tendencia de estos recursos en el tiempo, vemos que el acceso al teléfono celular es prácticamente universal y estable en los últimos años, mientras que contar con una computadora en el hogar muestra una tendencia descendente entre las y los estudiantes a partir de 2019. Esto, probablemente, esté relacionado con la interrupción de los planes universales de acceso a dispositivos y conectividad que facilitaban el acceso a notebooks por parte de los estudiantes como parte de políticas públicas (programa Conectar Igualdad 2010-2015). Por el contrario, el acceso a internet en los hogares se incrementó en concordancia con el uso masivo de dispositivos móviles como medio de comunicación y acceso a la información (Figura 121).

Figura 121. Acceso a celular, computadora y conexión a internet en el hogar de estudiantes secundarios. Argentina, 2016-2022

Fuente: Evaluación Aprender 2016, 2017, 2019 y 2022. Secretaría de Evaluación e Información Educativa del Ministerio de Educación de la Nación.

Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías

Si bien el acceso a internet se encuentra en aumento y supera el 90%, este derecho es considerado una necesidad básica en la actualidad, fundamental para el acceso a la información, por lo que se debe trabajar para mejorar aún más el alcance.

Al indagar a estudiantes sobre la tenencia de un celular propio, una amplia mayoría afirma tener un celular (97,2%), mientras que un 2,8% no posee este recurso, sin diferencias significativas según el sector de gestión del establecimiento (estatal o privado) o ámbito rural o urbano. Se evidenció que los niveles de desempeño en Lengua y Matemática fueron mejores entre quienes contaban con un celular propio (Figuras 122 y 123).

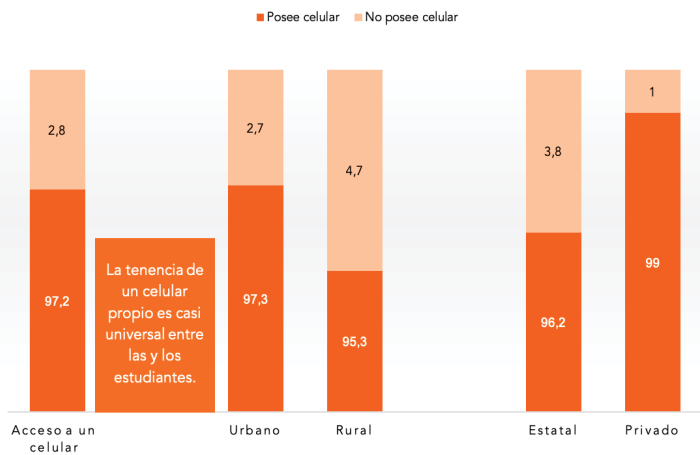


Figura 122. Acceso a celular según ámbito y gestión del establecimiento y desempeño. Argentina, 2022

Fuente: Evaluación Aprender 2022. Secretaría de Evaluación e Información Educativa. Ministerio de Educación de la Nación.

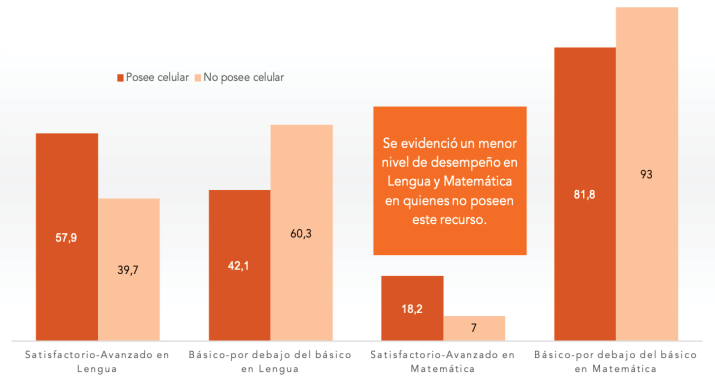


Figura 123. Acceso a celular según desempeño académico. Argentina, 2022

Fuente: Evaluación Aprender 2022. Secretaría de Evaluación e Información Educativa. Ministerio de Educación de la Nación

Al explorar los datos acerca de si disponen computadora en el hogar, el 75,4 % respondió afirmativamente, mientras que un cuarto de las y los estudiantes carece de este recurso. Este dato cobra importancia al considerar que constituye un recurso que facilita el acceso a la información, a la realización de las actividades escolares y contribuye a los procesos de aprendizaje (Figura 124).

Un tercio de las y los estudiantes que asisten a escuelas de ámbito rural carecen de este recurso, mientras que para quienes asisten a instituciones del ámbito urbano la proporción es del 23,8%. Por otra parte, 9 de cada 10 estudiantes que asisten a escuelas de gestión privada poseen una computadora en su hogar, mientras que son 7 cada 10 que asisten a escuelas de gestión estatal los que cuentan con este recurso (Figura 125).

Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías

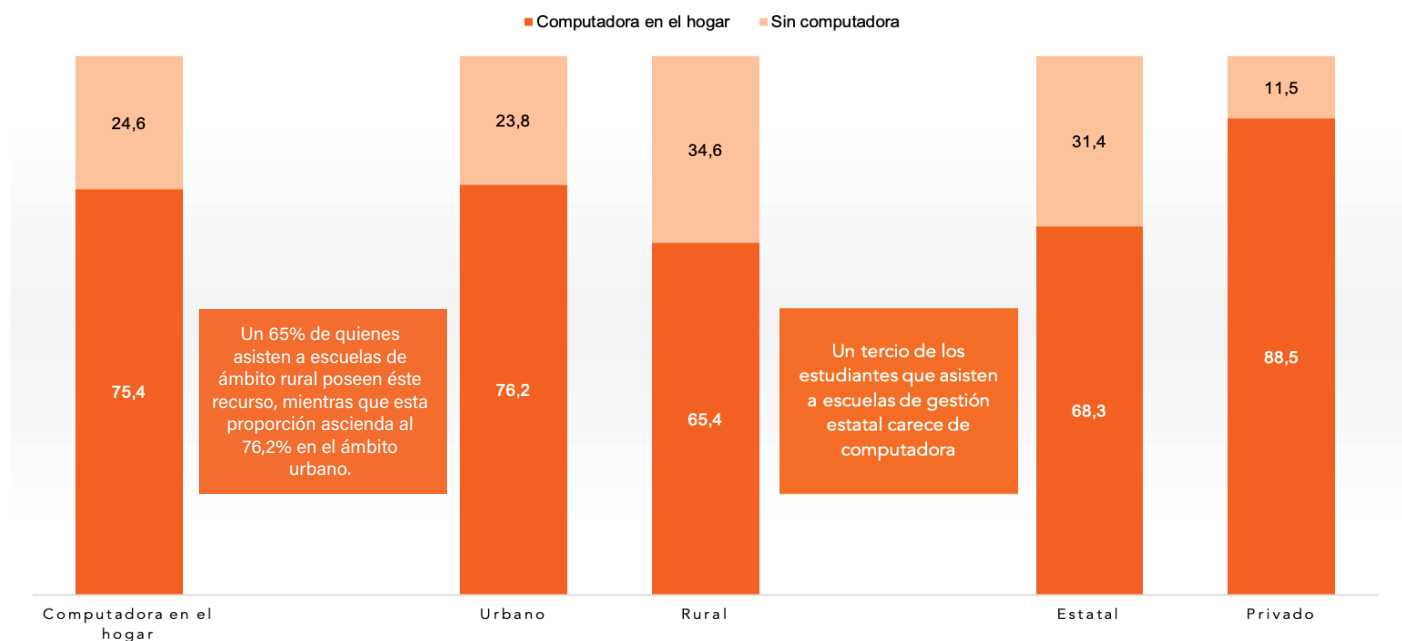
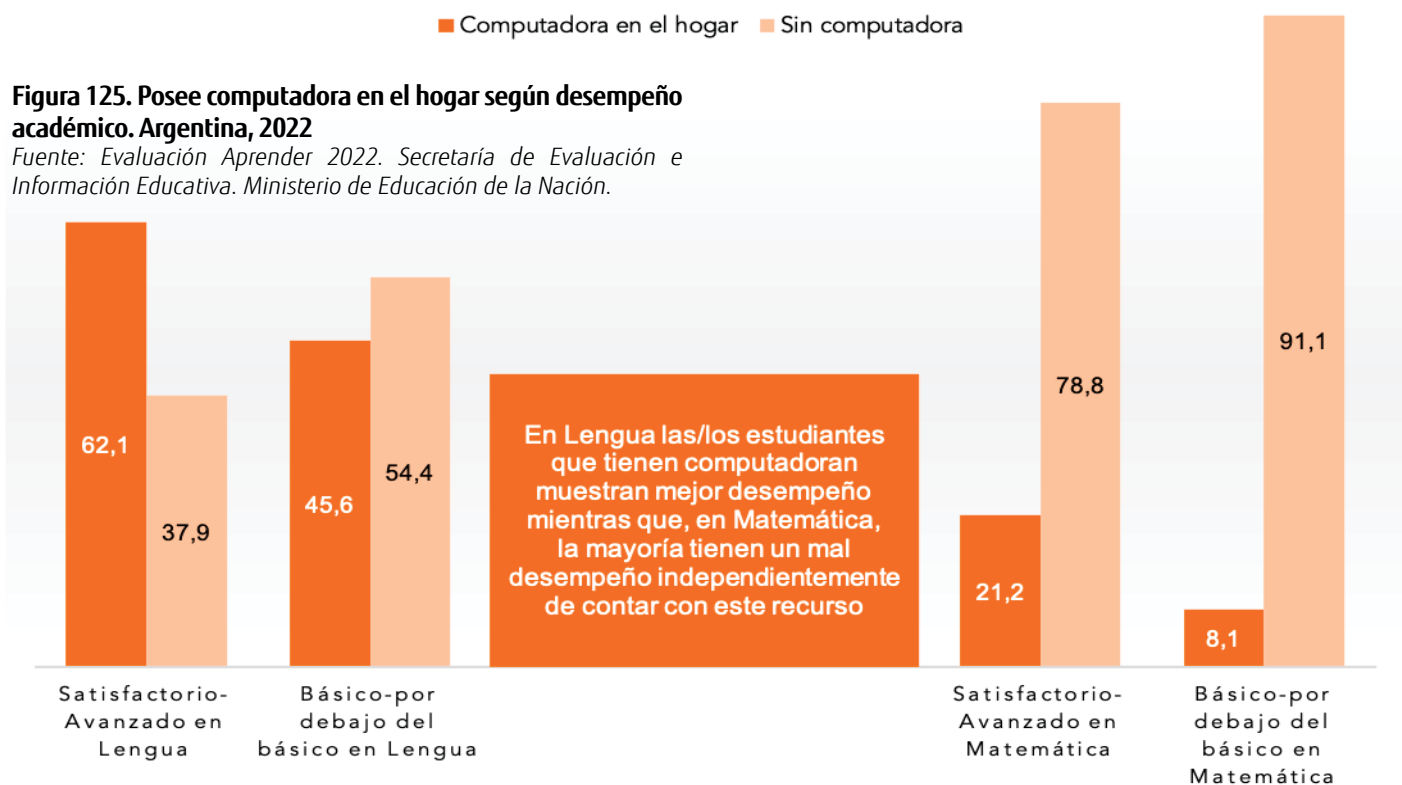


Figura 124. Posee computadora en el hogar según ámbito y gestión del establecimiento. Argentina, 2022

Fuente: Evaluación Aprender 2022. Secretaría de Evaluación e Información Educativa. Ministerio de Educación de la Nación.



Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías

Finalmente, se indagó sobre si las y los estudiantes poseían en sus hogares servicio de conexión a internet. El 93,3% afirmó tener este servicio en sus hogares, con diferencias en cuanto al ámbito, ya que esta proporción cayó al 80% en ámbito rural (Figuras 126 y 127).

Figura 126. Acceso a internet en el hogar según ámbito y gestión del establecimiento. Argentina, 2022

Fuente: Evaluación Aprender 2022. Secretaría de Evaluación e Información Educativa. Ministerio de Educación de la Nación.

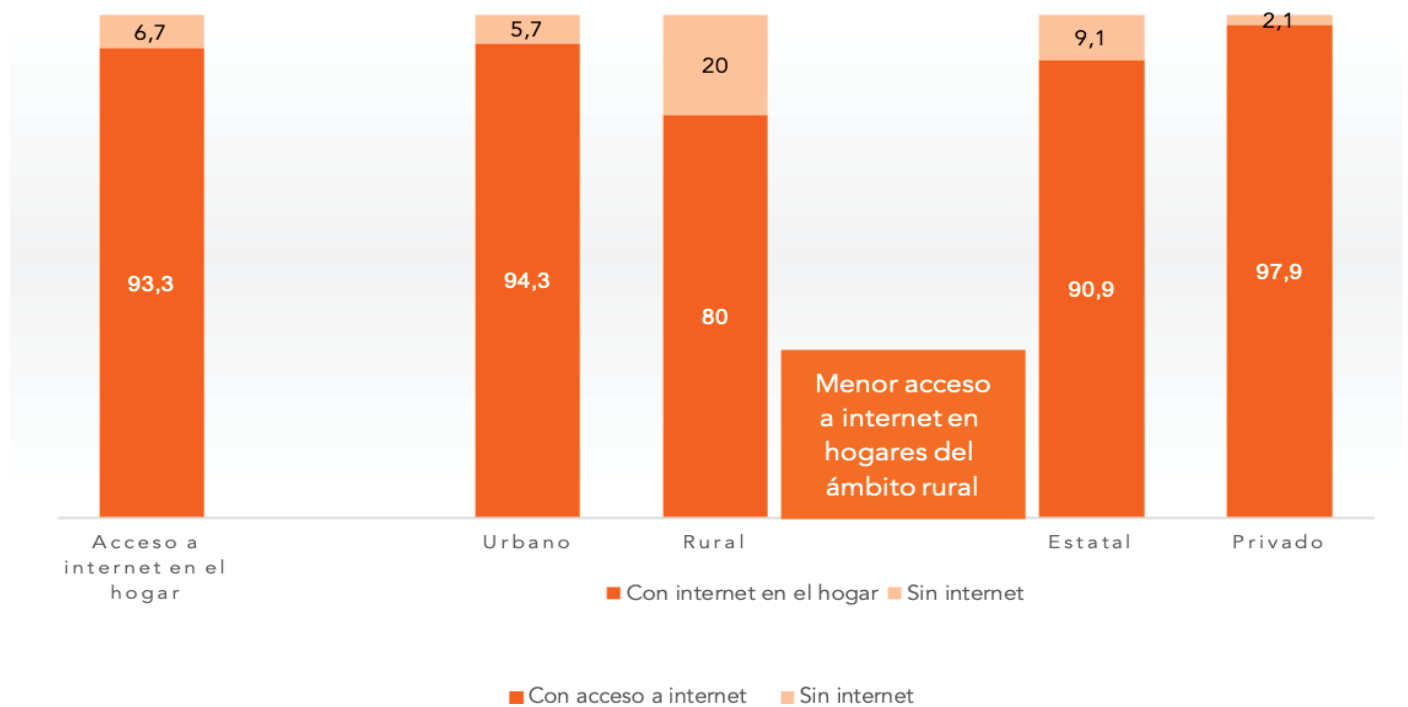
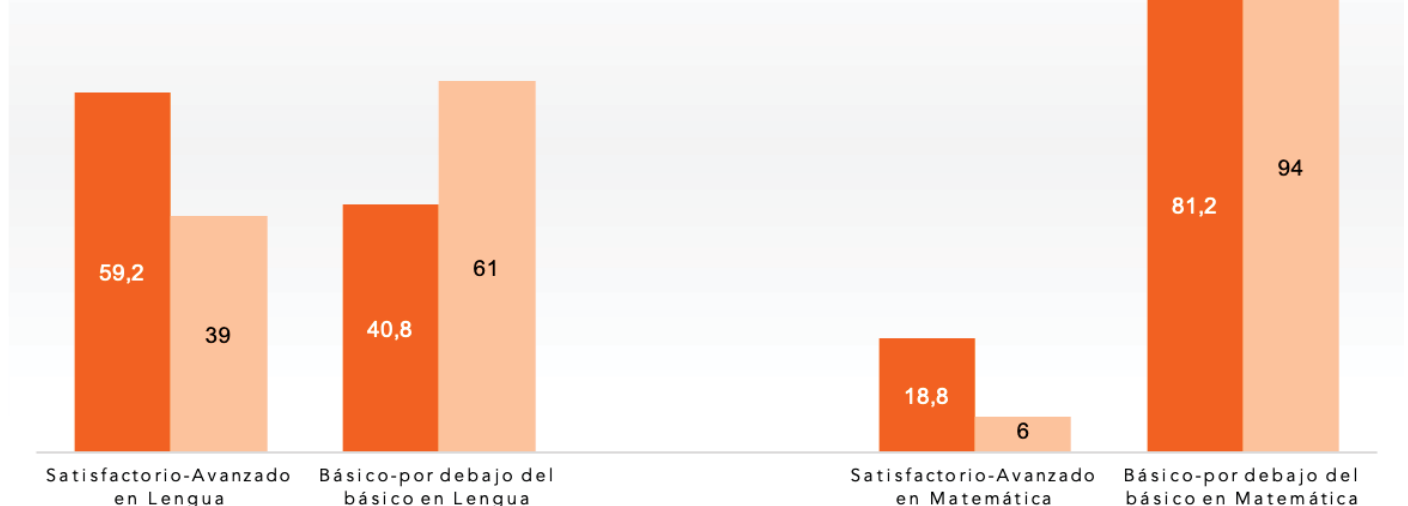


Figura 127. Acceso según desempeño académico. Argentina, 2022

Fuente: Evaluación Aprender 2022. Secretaría de Evaluación e Información Educativa. Ministerio de Educación de la Nación.



Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías

La situación actual de la matriculación en el sistema educativo presenta avances significativos en el nivel primario y en la sala de 5 años, con una cobertura prácticamente universal. Sin embargo, en el nivel secundario, aunque la matriculación ha experimentado un aumento cercano al 15% desde 2011, aún el 6% de los adolescentes en edad de asistir no están matriculados. Esta brecha subraya la necesidad de una intervención continua para asegurar que todos los jóvenes tengan acceso a la educación secundaria.

El financiamiento estatal, que cubre el 72% del total, sigue siendo una fuente principal para las instituciones educativas, las cuales están predominantemente ubicadas en áreas urbanas. Esta distribución geográfica resalta una posible desigualdad en el acceso a recursos educativos en áreas rurales. La alta tasa de promoción en el nivel primario (98%) contrasta con las tasas del nivel secundario, donde la promoción se sitúa en el 80%, con una repitencia del 3% y un preocupante abandono interanual del 17%. La sobreedad y la repitencia en el nivel secundario siguen siendo significativas, con tasas mucho mayores que en el nivel primario.

El embarazo no intencional es una causa importante de deserción escolar, representa el 5% de los casos, y tiene un impacto prolongado en las oportunidades laborales de las madres adolescentes. Además, el trabajo infantil y adolescente afecta negativamente la asistencia y el rendimiento escolar, con tasas de trabajo infantil en menores de 15 años del 10% y de trabajo adolescente del 32%, especialmente elevadas en NOA, NEA y en contextos rurales.

Estas situaciones subrayan la urgencia de políticas que promuevan la continuidad educativa y reduzcan el impacto del trabajo en la juventud.

En cuanto a la tecnología, el acceso a teléfonos celulares es casi universal, y el 75% de los hogares tienen al menos una computadora, aunque esta cifra está en descenso desde 2019. El acceso a internet supera el 90% en 2022, lo que refleja una mejora en la conectividad. No obstante, es crucial garantizar que esta tecnología sea accesible de manera equitativa para todos los hogares, especialmente para aquellos con menos recursos.

Las recomendaciones incluyen mejorar el apoyo académico y psicosocial para los estudiantes en riesgo, reducir la sobreedad y la repitencia, y ofrecer programas específicos para abordar las causas de deserción escolar y el trabajo infantil.

Dimensión de Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías

Resumen Ejecutivo de la Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías

Este resumen destaca las áreas críticas y ofrece recomendaciones dirigidas a mejorar la continuidad educativa y reducir las barreras actuales en el sistema educativo argentino.

Matriculación y nivel escolar:

- Nivel primario y sala de 5 años: Presentan niveles de matriculación prácticamente universales.
- Nivel secundario: La matriculación ha aumentado cerca del 15% desde 2011, pero aún el 6% de los estudiantes en edad de asistir no están matriculados

Oferta educativa:

- Financiamiento estatal: Representa el 72% del total.
- Ubicación de las escuelas: La mayoría están ubicadas en el ámbito urbano.

Indicadores de trayectoria:

- Nivel primario:
 - Tasa de promoción: 98%
 - Tasa de repitencia: 2%
 - Tasa de abandono interanual: 1%
- Nivel secundario:
 - Tasa de promoción: 80%
 - Tasa de repitencia: 3%
 - Tasa de abandono interanual: 17%
- La tasa de promoción efectiva ha mejorado en ambos niveles en la mayoría de las jurisdicciones.
- La tasa de repitencia en el nivel secundario es el triple en comparación con el nivel primario.

- La tasa de sobreedad es más del triple en el nivel secundario comparado con el primario, con una tendencia en descenso.
- La repitencia es más alta en las escuelas de gestión estatal en comparación con las de gestión privada, aunque los datos pueden estar sesgados por el traslado de estudiantes entre sectores.
- Tasa de abandono en el secundario: 8%, en descenso desde 2012.
- Embarazo no intencional: Representa el 8% de las causas de deserción escolar, afecta a las madres adolescentes y sus posibilidades de inserción laboral futura.

Trabajo infantil y adolescente:

- Trabajo infantil (5-15 años): 10%
- Trabajo adolescente (16-17 años): 32%
- Las tasas más altas se encuentran en el NOA, NEA y en el ámbito rural.
- Las actividades productivas impactan negativamente en la asistencia, repitencia y abandono escolar.

Acceso a tecnología:

- Teléfono celular: Prácticamente universal.
- Computadoras en hogares: 75%, con una tendencia descendente desde 2019.
- Acceso a internet: Superior al 90% en 2022.

Dimensión de Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías

Resumen Ejecutivo de la Dimensión Educación, Trabajo y Acceso a Tecnologías

Recomendaciones

Mejorar la continuidad escolar en secundaria:

- Desarrollar programas específicos para reducir el abandono y repitencia en el nivel secundario.
- Fortalecer el apoyo académico y psicosocial para estudiantes en riesgo de deserción.

Reducir la sobreedad y repitencia:

- Implementar estrategias para disminuir la sobreedad en el nivel secundario.
- Apoyar a las escuelas estatales para abordar los desafíos asociados a la repitencia y abandono.

Atención a causas de deserción:

- Promover iniciativas para reducir el embarazo no intencional y sus efectos en la educación de adolescentes.
- Ofrecer apoyo a las madres adolescentes para mejorar sus perspectivas laborales y educativas.

Abordar el trabajo infantil y adolescente:

- Fomentar políticas para reducir el trabajo infantil y adolescente, especialmente en áreas con altas tasas.
- Garantizar el acceso a la educación y actividades alternativas para jóvenes en riesgo.

Optimizar el acceso a tecnología:

- Asegurar que el acceso a dispositivos y conectividad sea equitativo, apoyando a los hogares con menor acceso a tecnología.

Comentarios Finales



La actualización propuesta por el Observatorio de la Infancia y Adolescencia de la SAP refleja la diversidad de nuestro país y la inequidad global y entre jurisdicciones en las condiciones de vida y de salud de NNyA.

La pobreza infantil conlleva la privación de recursos materiales, emocionales, sociales y simbólicos necesarios para sobrevivir, desarrollarse y prosperar, lo que les impide poder disfrutar sus derechos, alcanzar su pleno potencial o participar como miembros plenos y en pie de igualdad en la sociedad. En este sentido, resulta fundamental considerar la privación de las necesidades básicas desde una perspectiva de derechos humanos.

La pobreza es el determinante social más importante de la salud y el desarrollo de los NNyA, especialmente por su impacto de larga duración; actúa como un obstáculo significativo para su desarrollo integral afectando su salud de manera multidimensional y perpetuando ciclos de desigualdad y exclusión. Más de la mitad de los NNyA en Argentina son pobres y presentan consecuentemente peores condiciones de salud.

Las inequidades en salud pueden abordarse efectivamente mediante políticas públicas e intervenciones sociales dirigidas a mejorar las condiciones de vida. Según el modelo de los determinantes sociales de la salud, existen diversos factores que influyen en el bienestar y la salud de los individuos, como los socioeconómicos, los culturales, los estilos de vida y las conductas individuales.

Las políticas públicas juegan un papel crucial en la reducción de estas inequidades; se requiere destinar recursos, sostenidos en el tiempo, para mejorar las condiciones de vida de las familias más vulnerables. A nivel país, la elevada brecha observada en las condiciones socioeconómicas de la población refleja una alarmante inequidad entre las jurisdicciones.

La perspectiva de derechos constituye un marco fundamental en el que deben basarse las políticas públicas destinadas al cuidado de la salud. El derecho a la salud infantil y adolescente en Argentina está respaldado por leyes y convenciones internacionales que tienen rango constitucional.

El embarazo adolescente conlleva riesgos significativos en salud, con impactos negativos en la educación y oportunidades laborales de las madres; de hecho, se asocia al 8% de las causas de abandono escolar. A pesar de una disminución en la tasa de fecundidad adolescente desde 2010, aún persisten desigualdades sociales y regionales. Las políticas como la Ley de Educación Sexual Integral y el Plan ENIA han sido efectivas en reducir la fecundidad, pero se requiere un refuerzo continuo en la asignación de recursos para mantener y mejorar los logros.

La mortalidad ha disminuido significativamente en la última década. Entre las causas por grupo etario, se destacan las perinatales en menores de un año y causas externas en adolescentes, pero existen inequidades significativas entre las jurisdicciones y grupos socioeconómicos.

Comentarios Finales

Se subraya la necesidad de mejorar el acceso y la calidad de atención perinatal, en la detección y el tratamiento de afecciones congénitas y tumorales, entre otras. En la adolescencia, las causas externas de mortalidad, como siniestros viales, suicidios y agresiones, son más frecuentes en varones y muchas veces están asociadas a situaciones de violencia, lo que debe llevar a interpelar los modelos impuestos de masculinidad hegemónica.

En Argentina, cerca del 60% de los niños y adolescentes están expuestos a diversas formas de violencia, y las niñas son especialmente vulnerables a la violencia sexual. El abordaje de esta problemática debe ser prioritario, trabajando desde el sistema de salud en conjunto con otros actores sociales y educativos.

La escuela es fundamental para el desarrollo emocional y social de NNyA. Es el ámbito socializador por excelencia. Es un espacio privilegiado para el desarrollo de vínculos, la formación y el desarrollo cognitivo. En muchas ocasiones, la escuela garantiza el acceso a otros derechos, como a la alimentación o la asistencia a las familias en el cuidado de NNyA. Respecto a la escolaridad, la sobreedad, la repitencia y el abandono se presentan con mayor frecuencia en el nivel secundario.

Es necesario desarrollar programas específicos para disminuir las situaciones asociadas a estos indicadores y fortalecer el apoyo académico y psicosocial para los estudiantes en riesgo de deserción. La ampliación de las becas Progresar para adolescentes de 16 y 17 años estimulan a esta población en sus trayectorias por lo que programas como estos deben ser fortalecidos.

El trabajo infantil y adolescente representa un 10% y un 32% respectivamente en dichas poblaciones, con brechas regionales, con tasas más altas en el NOA y el NEA como en el ámbito rural. Asociado a actividades productivas, el trabajo infantil y adolescente impacta negativamente en la asistencia, repitencia y abandono escolar. Se requiere de políticas públicas efectivas y sostenibles para eliminar el trabajo infantil y regular las condiciones laborales del trabajo adolescente, garantizando el acceso a la salud, la educación y la recreación.

El equipo del Observatorio ha trabajado arduamente con el Comité de Pediatría Social para elaborar el presente informe. Sus resultados deberían ser el sustrato para futuras acciones en todo el país de parte de Filiales, Comités y Subcomisiones.

Estos resultados podrían guiar acciones específicas y propias para cada jurisdicción y región, trabajando activamente en talleres, capacitaciones, propuestas que permitan encarar posibles acciones.

Líneas de Acción Propuestas por el Comité de Pediatria Social

Sociedad Argentina de Pediatría



Por una niñez y
adolescencia sanas,
en un mundo mejor

- Dar continuidad a los espacios de investigación y análisis interdisciplinario e intersectorial de las situaciones de salud de NNyA, sus familias, la comunidad y los contextos con perspectiva de derechos, género, generacional. Brindar continuidad en el aprendizaje y la docencia en estas temáticas como gran desafío para potenciar el análisis y la incidencia en las políticas. Los trabajos y compromisos asumidos por la SAP tienen décadas de historia rica en aportes académicos, de experiencias y encuentros.
- Fortalecer el trabajo con carácter federal que la SAP ha construido desde sus inicios en distintos niveles ya sean representativo, conducción, gestión, producción de conocimiento, intercambio de experiencias. Una estrategia que proponemos considerar es armar talleres regionales coordinados con los referentes de los niveles centrales y regionales de la SAP, propiciando una convocatoria ampliada a actores sociales comprometidos con la problemática, que aporten experiencias e investigaciones que enriquezcan el intercambio.
- Incluir la perspectiva de derechos humanos en la formación continua de los pediatras, respetar sus principios fundamentales, tales como la universalidad y no discriminación, la indivisibilidad, interdependencia e integralidad, la participación de los sujetos involucrados y la exigibilidad en los términos de corresponsabilidad que define la Convención Internacional de Derechos del Niño (CIDN).
- Incluir la perspectiva de género/s, y la concepción de interseccionalidad para abordar las desigualdades múltiples que se interrelacionan y muchas veces se potencian, nos compromete a lecturas que incluyen y exceden la enumeración de problemáticas en forma aislada, y que nos permiten visibilizar no solamente las determinaciones, sino también las mediaciones entre ellas.
- Incluir la perspectiva generacional en el análisis de las situaciones de salud, condiciones de vida y en todas las políticas públicas. Así como la perspectiva de derechos humanos y la perspectiva de género/s son hoy ineludibles y tienen un reconocimiento significativo tanto a nivel académico como en otros ámbitos institucionales y de la agenda pública nacional e internacional, la perspectiva generacional nos convoca a pensar, procurar comprender y accionar pensando la niñez y la adolescencia ya no en forma aislada como grupo etario, sino en su conjunto con las relaciones sociales y diferentes momentos del curso de vida.
- Propiciar que, tanto desde la perspectiva generacional como desde la crítica al adultocentrismo, complementarias en sus formulaciones, las voces de los NNyA sean escuchadas en primera persona, a la vez que posibilitemos que esa escucha sea lo menos sesgada posible y respetada en su decir y en sus silencios y con capacidad de agencia en sus vidas. Al mismo tiempo, proponemos que estas escuchas puedan ser a NNyA en su singularidad, así como parte de asociaciones, organizaciones escolares, barriales, religiosas, que suman reflexiones colectivas, con consensos y diversidades.

Líneas de Acción Propuestas por el Comité de Pediatria Social

Sociedad Argentina de Pediatría



Por una niñez y
adolescencia sanas,
en un mundo mejor

- Incluir “lo social” como determinación y como potencia nos interpela a incluir tanto metodologías cuantitativas como cualitativas, y especialmente a la triangulación entre ellas, que nos permite describir la perspectiva de la complejidad no ya como obstáculo, sino como desafío para acotar lecturas reduccionistas, descontextualizadas y muchas veces también frustrantes al no lograr los resultados esperados. Entendemos la complejidad como aquella mirada que incluye y valora todos los saberes disciplinarios, ya sean multi-, inter- o transdisciplinarios, y que reconoce la incertidumbre y el cambio permanente como categorías sociales propias de los sujetos y las relaciones sociales. Desde esta perspectiva, la “pediatría social” no es una especialidad en sí misma, ya que no pensamos en la posibilidad de una “pediatría no social”, sino como un recorrido posible de reafirmación de lo social tanto en términos de categoría explicativa como de lo que requiere ser explicado, en conjunto con otras determinaciones biológicas, psicológicas, vinculares, entre otras.