

Libros de **Cátedra**

Epidemiología del ciclo vital y salud materna e infantojuvenil

Juan P. Alconada Magliano

n
naturales

FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS

 **EduLP**
EDITORIAL DE LA UNLP



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

ÉPIDEMIOLOGÍA DEL CICLO VITAL Y SALUD MATERNA E INFANTOJUVENIL

Juan P. Alconada Magliano

Facultad de Ciencias Médicas



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA


EDITORIAL DE LA UNLP

A mis padres, con el recuerdo más amoroso e infinito agradecimiento.

A Juan, María y Nicolás, mis hijos, tan amados como admirados.

Índice

Introducción	5
Capítulo 1	
Ciclo Vital y Salud	8
Capítulo 2	
Desarrollo Humano y Salud	16
Capítulo 3	
Los Determinantes	21
Capítulo 4	
Los Indicadores	30
Capítulo 5	
Estado Actual de la Salud Materna e Infantojuvenil	37
Capítulo 6	
Estrategias de Intervención	83
El Autor	97

Introducción

Según la OMS, la epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud.¹ Dicho estudio hace posible describir el perfil epidemiológico de una determinada población. Es decir, el estado de salud y la forma de enfermar de la misma.²

La transición epidemiológica enfoca el cambio en los patrones de salud y enfermedad. Se refiere al tránsito de poblaciones con alta prevalencia de enfermedades infecciosas, por pobres condiciones ambientales, a poblaciones con predominio de enfermedades crónicas.³ El proceso de transición epidemiológica está condicionado por la transición demográfica, por cambios socio-económicos y por el proceso de urbanización-modernización.

La República Argentina presenta un perfil epidemiológico en transición, desde su caracterización por el predominio de las patologías asociadas a las condiciones de vida, en su mayoría de origen infectocontagioso, al avance de las patologías asociadas a los estilos de vida, en su mayoría de origen multicausal y evolución crónica.^{4,5} *Ver nota al pie.*¹ Estas últimas incluyen al cáncer, las enfermedades cardiovasculares y las lesiones por agentes externos. Es decir que, nuestro país, presenta una doble carga de enfermedades, las viejas y las nuevas.^{4,5}

Con relación a la mortalidad materna, es posible observar que los países recorren gradualmente un camino hacia la eliminación de las causas evitables. Fenómeno que se ha dado en llamar “transición obstétrica”.^{6,7} Así mismo, el perfil epidemiológico de la salud infantojuvenil también recorre un camino de transición a lo que ha dado en llamarse la “nueva morbilidad pediátrica”,⁸ Las principales causas de morbimortalidad han cambiado dando paso a enfermedades emergentes, trastornos nutricionales por exceso y patologías crónicas.¹⁰

La transición demográfica, la transición epidemiológica y los cambios socio-económicos, son procesos entrelazados que en conjunto determinan la necesidad de establecer nuevas

¹ Argentina se encuentra en una etapa avanzada de su proceso de transición demográfica, lo que determina el envejecimiento de su población. Esto se debe, principalmente, al descenso de la fecundidad y también a la reducción de los niveles de mortalidad. Se observa un incremento de la población de mayores de 65 años y una disminución porcentual progresiva de la población menor de 20 años.¹¹

estrategias sanitarias.^{7,9} Siendo posible afirmar que, como consecuencia, existe también una transición en la atención de la salud.¹⁰

El propósito de este material de lectura es poner al alcance del alumno de medicina conceptos y datos actuales sobre el desarrollo humano en la niñez y la salud materna e infantojuvenil, analizados bajo la perspectiva de la epidemiología del ciclo vital. Con la expectativa de que los mismos le permitan reconocer algunos de los desafíos que al respecto enfrentará en su futura práctica profesional. Finalmente, se brinda al alumno un panorama del conjunto de estrategias internacionales, políticas públicas, programas, planes e intervenciones existentes en Argentina, destinadas a promover y proteger la salud materno infantojuvenil de nuestra comunidad.

Referencias

- 1- Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud: Epidemiología. Disponible en: <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/> Consultado el 14 de julio de 2018.
- 2- Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en argentina. Salud Colectiva 2010; 6(3):275-93.
- 3- Ubeira CA, Miller LO. Manual de Epidemiología: Fundamentos, Métodos y Aplicaciones. Edición 2015. Mar del Plata: Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara”.
- 4- Barragán SL. Perfil Epidemiológico en Argentina. En: Fundamentos de Salud Pública. Cap. 7; pp. 191-229.
- 5- Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS; 2017.
- 6- Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Bohren M, Widme, M, Oladapo OT, et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. BJOG. 2014;121(s1): 1-4.
- 7- Chaves SC, Cecatti JG, Carroli G, Lumbiganon P, Hogue CJ, Mori R, et al. Obstetric transition in the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: exploring pathways for maternal mortality reduction. Rev Panam Salud Publica. 2015;37(4/5):203–10.
- 8- Vargas NA, Quezada A. Epidemiología, nueva morbilidad pediátrica y rol del pediatra. Rev Chil Pediatr 2007; 78 (Supl 1): 103-110.
- 9- Royal College of Paediatrics and Child Health. Child Health Reviews - UK: Retrospective epidemiological review of all-cause mortality. Report September 2013. London: RCPCH. Disponible en: <https://www.rcpch.ac.uk/resources/child-health-reviews-uk-retrospective-epidemiological-review-all-cause-mortality> . Consultado el 15 de julio de 2018.
- 10- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Ginebra: OMS, 2013. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/> . Consultado el 14 de julio de 2018.

- 11- Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo Nacional de Población 2001 y Proyecciones provinciales de población por sexo y grupo de edad 2010-2040. Total del país. Serie Análisis Demográfico 36. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/>. Consultado el 14 de julio de 2018.

CAPÍTULO 1

Ciclo Vital y Salud

El ciclo vital individual lo constituyen las etapas que las personas atraviesan a lo largo de la vida. El pasar por cada una de ellas implica un cambio que puede considerarse como una crisis, no solo en quien lo vivencia, sino también en el grupo familiar.¹

El ciclo vital además ayuda a explicar la conducta del individuo, a entender las fases normales del desarrollo y a predecir los problemas y los conflictos que puedan surgir.¹

Diversos autores han tratado de explicar el porqué de los fenómenos del desarrollo humano desde diferentes perspectivas. Siendo los más destacados: Sigmund Freud (etapas psicosexuales, Erik Erikson (crisis), Jean Piaget (desarrollo cognitivo), Lawrence Kohlberg (razonamiento moral) y Abraham Maslow (necesidades básicas).¹ La edad cronológica por sí sola resulta un criterio reducido para establecer las etapas del ciclo vital.² *Ver nota al pie.*²

En los Estados Unidos de Norteamérica, la Academia Americana de Pediatría ha definido las etapas del ciclo vital, y sus límites aproximados, de la siguiente manera: (1) infancia, entre el nacimiento y los dos años; (2) niñez, desde los 2 a los 11 años; y (3) adolescencia, desde los 11 a los 21 años. Esta última, a su vez, permite reconocer los siguientes subgrupos: temprana (desde los 11 a los 14 años); media (desde los 15 a los 17 años); y tardía (desde los 18 a los 21 años).³ Sin embargo, es necesario señalar que el límite superior de la adolescencia es arbitrario, y que se dispone de evidencia científica que demuestra que el desarrollo del cerebro humano no se completa hasta ya avanzada la tercera década de la vida, y por ende el desarrollo mental y emocional.^{3,4}

Desde la perspectiva clínica, cada periodo de la infancia se distingue por su maduración fisiológica y sus implicancias fisiopatológicas, clínicas, pronósticas y terapéuticas. Por lo tanto, cada etapa presenta patologías cuantitativa y cualitativamente distintas. La clasificación más aceptada en el ámbito académico y asistencial es la siguiente: primera infancia (desde el nacimiento hasta los dos años y medio, momento en que se completa la primera

² La teoría de Erikson ha sido la más utilizada por la Cátedra para enseñar el Ciclo Vital Individual. El autor afirmó la existencia de un principio epigenético: *“todo ser vivo tiene un plano básico de desarrollo, y es a partir de este plano que se agregan las partes, teniendo cada una de ellas su propio tiempo de ascensión, maduración y ejercicio, hasta que todas hayan surgido para formar un todo en funcionamiento”*. Describe la existencia de ocho estadios psicossociales. Señalando que *“la crisis comprende el paso de un estadio a otro, como un proceso progresivo de cambio de las estructuras operacionales, o un proceso de estancamiento (o regresivo) en el mismo, manteniendo las estructuras operacionales”*.⁵

dentición), la segunda infancia (desde los dos años y medio hasta los 12 años), y la adolescencia (desde los 12 años hasta los 20 años, aproximadamente). En la mujer, la adolescencia suele comenzar, en promedio, un año antes, y se acepta que puede también finalizar antes (18 años aproximadamente).² No obstante, desde un punto de vista social más amplio que lo meramente biológico, podemos nombrar otros elementos que podrían poner fin a la adolescencia, como es el aspecto económico, considerándose que la independencia económica del núcleo familiar es también un parámetro aceptado como fin de esta etapa del ciclo vital.⁶

En la primera infancia se pueden distinguir las siguientes subdivisiones: recién nacido (comprende los primeros 28 días de vida), que a su vez se puede dividir en periodo neonatal precoz (hasta los 7 días de vida) y periodo neonatal tardío (desde el día 8 hasta el día 28 de vida, inclusive). A partir de allí se inicia el periodo de lactante, que, dependiendo de los autores, alcanza hasta el final del primer o segundo año de vida).²

En la segunda infancia se pueden distinguir dos subdivisiones: preescolares (desde los 2 años y medio hasta los 6 años), y escolares (desde los 6 hasta los 12 años).²

La adolescencia, como ya se mencionó anteriormente, es una etapa del ciclo vital con límites muy variables, que más allá de la edad cronológica, tiene su inicio con el comienzo de la pubertad y su final con la culminación del crecimiento. Siendo ambos eventos más tempranos en las mujeres que en el varón. Sin embargo, aunque de duración inconstante, la adolescencia permite reconocer tres subdivisiones o subgrupos: temprana, media y tardía.^{2,4}

La Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, e incorporada a la Constitución de la Nación Argentina en el año 1994 (previamente sancionada como Ley N° 23.849 en 1990), entiende por niño a todo ser humano menor de dieciocho años, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.⁷ En su texto se hace referencia a niños y adolescentes, y los mismos se engloban indistintamente en las denominaciones genéricas de infancia y de niñez.

La Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) con el apoyo financiero del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), publica anualmente un boletín informativo denominado "Salud materno-infanto-juvenil en cifras", cuya última edición corresponde al año 2017.⁸ Allí se presenta, además de las cifras de salud materna, los datos más relevantes de morbilidad y mortalidad de la población por debajo de los 20 años de vida.

Las Naciones Unidas definen como 'juventud' a las personas de entre 15 y 24 años de edad.⁹ Sin embargo, esta definición está en disonancia con la definición de niño que las Naciones Unidas utilizó en la Convención sobre los derechos del niño que ya se mencionó previamente. Esta superposición de etapas hace que algunos autores utilicen indistintamente los términos adolescencia y juventud.

Muchos países también marcan la edad límite del concepto "joven" en función del momento en que son tratados como adultos frente a la ley, lo que se conoce como "mayoría de edad", que suele ser los 18 años. No obstante, la definición y los matices del término "juven-

tud" varían de un país a otro, según los factores socioculturales, institucionales, económicos y políticos. Así, para la UNESCO cada contexto particular es siempre una guía importante a la hora de definir la "juventud".¹⁰

La falta de uniformidad para precisar las diferentes etapas que integran las dos primeras décadas del ciclo vital humano hace necesario que el alumno contextualice la perspectiva desde dónde los diferentes autores y/u organizaciones, hacen referencia al ciclo vital en su conjunto y/o a algunas de sus etapas en particular.

Finalmente, en este material de lectura se adopta el concepto de población pediátrica o infantojuvenil para hacer referencia a las personas de 0 a 20 años de edad. Dado que la pediatría se entiende como la clínica de una edad de la vida caracterizada por el crecimiento y el desarrollo físico, psíquico y social de la persona humana, y todo ello acontece, casi en su totalidad, durante las dos primeras décadas de la vida.^{2,3}

Cómo ya hemos visto, el concepto de "ciclo vital" es utilizado en diferentes disciplinas, incluida la medicina, para describir una serie consecutiva de etapas de la vida con características propias y delimitadas entre sí, que se encuentran social y biológicamente determinadas. En psicología, se utiliza frecuentemente el concepto de "*life span*", cuya traducción se asemeja a "lapso vital"; el cual asume que el desarrollo y el envejecimiento forman un proceso continuo desde el nacimiento hasta el fallecimiento del individuo. En sociología, se utiliza más comúnmente el término "curso de vida", más como una diferencia de carácter histórico que conceptual.¹¹ Los tres términos suelen usarse de manera intercambiable, pero existen diferencias cuya descripción supera los objetivos de esta publicación.

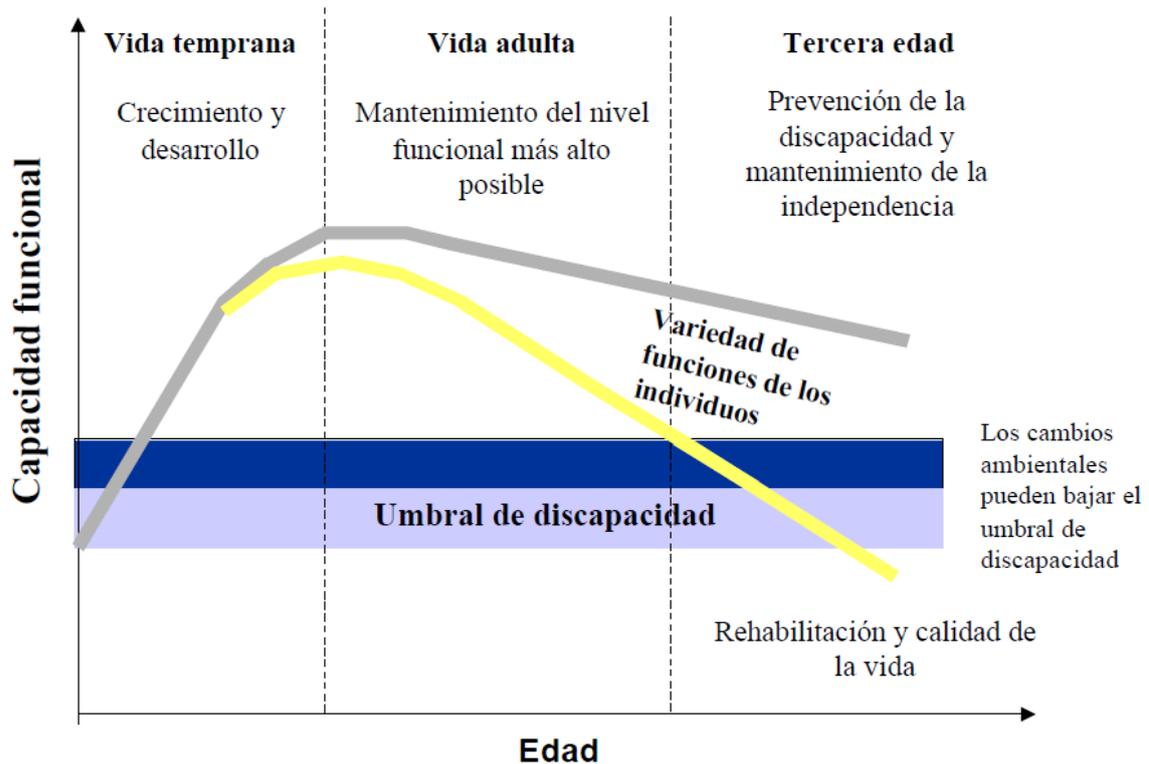
Durante la última mitad del siglo veinte, ha habido una gran proliferación de estudios que han permitido esclarecer que factores hacen que las personas se enfermen y cuales contribuyen positivamente sobre la salud. Los modelos biosociales que dan cuenta de la gran variedad de factores que determinan la salud, han reemplazado los modelos biologicistas que explicaban las causas de la enfermedad. Más recientemente se desarrolló un modelo centrado en el ciclo vital, el cuál sintetiza los nuevos conocimientos provenientes de las investigaciones realizadas en las disciplinas biológicas, sociales y del comportamiento humano.¹²⁻¹³ Dicho modelo, define al desarrollo de la salud individual como un proceso dinámico que se inicia antes de la concepción y que continúa a lo largo de toda la vida.¹²⁻¹⁶ Esta nueva visión de la salud permite la creación de nuevas estrategias destinadas a optimizar la salud individual y colectiva a través de toda la trayectoria vital.

Según la OPS, la construcción de la salud es un proceso continuo, en donde las intervenciones y los resultados no están aislados, sino que se acumulan en el tiempo, combinando periodos de estabilidad y transformación.¹⁷⁻¹⁸ Lo cual puede representarse en forma de trayectorias, tanto individuales como poblacionales.

La OMS ha propuesto en el año 2000 un marco conceptual para entender la salud desde la perspectiva del ciclo vital, graficando la capacidad funcional a lo largo del ciclo vital.¹⁷ En el gráfico se puede observar, como la capacidad funcional (por ejemplo la función cardiovascular) aumenta en la niñez y llega a su máximo en los adultos jóvenes, seguida con el

tiempo de una disminución. La tasa de disminución, sin embargo, está determinada en gran parte por factores relacionados con los estilos de vida, como el tabaquismo, el consumo de alcohol, el grado de actividad física y el régimen alimentario. Cuando la pendiente baja de forma abrupta el resultado puede ser una discapacidad prematura. Sin embargo, una disminución acelerada de la capacidad funcional puede revertirse como respuesta a medidas individuales o colectivas.

Gráfico. Capacidad Funcional y Ciclo Vital



Reproducido de OPS. Construyendo la salud en el curso de vida.¹⁷

La comprensión de la salud como un proceso de desarrollo continuo implica modificar la forma en que la salud se define y se evalúa. En el año 2004, el Instituto de Medicina (IOM, por su sigla en inglés) de los Estados Unidos de Norte América, a través de su Comité de Salud Infantil, propuso una nueva definición de salud.¹⁹ Esta nueva definición incorpora el concepto de salud como una capacidad de desarrollo que permite a un individuo interactuar satisfactoriamente con su ambiente biológico, psicológico y social.¹⁵ Consecuentemente, la evaluación de la salud debe evolucionar más allá de simplemente de establecer la presencia o ausencia de enfermedad, hacia la estimación de los niveles de capacidad funcional y el potencial de salud (la capacidad adaptativa de alcanzar futuros objetivos de salud).¹⁵

Este nuevo enfoque de la salud, basado en el ciclo vital, podría implicar la necesidad de realizar cambios significativos en la selección de los indicadores utilizados para medir los niveles de salud, en la organización de la atención de la salud, y en la forma en que se fi-

nancian los sistemas de salud. Todo ello gira alrededor de los siguientes principios, según describen Halfon y cols:¹⁵

- La salud de los individuos es una capacidad en desarrollo.
- El desarrollo de la salud puede ser representado como una trayectoria.
- Los factores de riesgo y los factores protectores de la salud se encuentran dispuestos en una matriz ecológica de relaciones, que está en una transacción dinámica con las capacidades de desarrollo individual a nivel biológico y del comportamiento.
- Los factores de riesgo y los factores protectores de la salud pueden tener un gran impacto durante periodos críticos del desarrollo, momento en que los sistemas de regulación biológica y del comportamiento se encuentran vulnerables. La plasticidad propia de esos periodos los hace susceptibles a grandes mutaciones y cambios.
- Los factores de riesgo, los factores protectores y las acciones de promoción de la salud, pueden actuar a través de diferentes mecanismos que a su vez pueden interactuar entre sí. Como, por ejemplo:
 - Sucesos biológicos y del comportamiento humano acontecidos en periodos críticos del desarrollo que pueden producir efectos que permanecen latentes, pudiéndose observar los mismos años o décadas más tarde.
 - Influencias acumuladas durante períodos de tiempo prolongados.
 - Caminos socialmente construidos y factores culturales relacionados que brindan una suerte de “andamiaje social” que conduce el desarrollo de la salud, en forma predecible, hacia resultados superiores.

El concepto de riesgo acumulativo es de fundamental importancia para comprender la epidemiología del ciclo vital o curso de vida. El mismo se basa en el reconocimiento de que la exposición a condiciones ambientales adversas o el daño producido por diferentes episodios de enfermedad o por comportamientos nocivos para la salud, tienen un efecto acumulativo.¹² La acumulación de diferentes tipos de exposiciones (tales como ambientales, socio-económicas o vinculadas al comportamiento) pueden causar un daño a largo plazo, siendo los factores de riesgo independientes o agrupados.¹²

Esta nueva manera de pensar la salud trae una serie de implicancias en el campo de la salud materno infantil. Pidiéndose observar áreas que no se alinean adecuadamente con las políticas sanitarias existentes y con la práctica asistencial.¹⁵

Por lo pronto, es necesario ir más allá del enfoque clínico tradicional basado en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades ya establecidas, incluso aún más allá de los métodos de prevención y promoción de la salud. El propósito para los servicios de salud es lograr que las personas alcancen un estado de salud que les permita funcionar al nivel más alto de sus propias capacidades, para así poder alcanzar sus objetivos personales.^{12,13,15,16}

Este nuevo modelo nos ayuda a entender que muchas condiciones de salud son desordenes del desarrollo, donde los procesos adaptativos se han desviado por fuera de

sus límites normales, o donde la respuesta adaptativa ha resultado en concordancia con el ambiente que actualmente rodea al niño.^{12,13,15,16} *Ver nota al pie*³. Las intervenciones deben hacer foco en la infancia temprana, mientras se conserva la plasticidad de los sistemas biológicos.¹⁵

Se sabe el rol que tiene lo acontecido durante vida fetal en la infancia y en etapas posteriores del ciclo vital. Pero el ambiente previo a la concepción también tiene un rol fundamental. Dicho ambiente es altamente dependiente de la salud de la mujer en términos de su constitución genética, su estado nutricional, la presencia o no de enfermedades crónicas, su exposición ambiental y de las redes sociales de pertenencia.^{12,13,15,16}

El periodo que transcurre entre la madurez reproductiva y la concepción del primer hijo suele caracterizarse por un infrecuente contacto con el sistema de atención de la salud. La deficiente detección de riesgos para la salud como el abuso de sustancias, la ansiedad crónica y la depresión, el sobrepeso y la obesidad, y las carencias nutricionales en las personas jóvenes debe ser visto en el contexto de potenciales consecuencias no saludables para la trayectoria vital de sus futuros niños, como así también para su propia salud.^{12,13,15,16}

Es posible reconocer diferentes eras en la evolución del cuidado de la salud. En cada una de ellas se observa una versión del sistema de salud que refleja el pensamiento de cada época respecto a los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad-atención.²⁰ Ahora que la expectativa de vida se aproxima a los 80 años de edad y que el conocimiento científico revela que una persona puede vivir saludablemente hasta los 100 años, los objetivos del sistema de salud deben redireccionarse para ser capaces de optimizar la salud a lo largo de un ciclo vital cada vez más prolongado.²⁰

La evidencia científica disponible permite suponer que muchos de los pobres resultados en salud que presenta la población adulta tienen su origen en la infancia. No se trata solamente de problemas específicos de la salud de los niños sino también de la existencia de condiciones sociales adversas y de una inversión económica insuficiente para atender las necesidades de la infancia.^{10,11,13,14} Los países que presentan buenos niveles de salud en la población adulta también presentan buenos indicadores en la población pediátrica, lo que indica que ha habido en ellos una inversión social importante que ha favorecido el desarrollo de trayectorias vitales saludables.²² Por lo expuesto, está claro que el desarrollo vital saludable no es solo una cuestión asociada a la atención médica o el sector salud, ya que son muchos los determinantes sociales que contribuyen. Esta multiplicidad de factores determinantes hace necesario que, para obtener los resultados deseados, la organización del sistema de salud posea, además de una integración vertical basada en niveles de complejidad,

³ Los términos “desarrollo”, “desarrollo psicomotor” o “neurodesarrollo” se utilizan indistintamente para referirse al fenómeno evolutivo de adquisición continua y progresiva de habilidades a lo largo de la infancia, relativas al lenguaje, la cognición, la motricidad, la interacción social y la conducta. Su identificación oportuna constituye uno de los desafíos de la práctica pediátrica en la atención primaria. En este documento, cuando se mencionan desórdenes del desarrollo, se hace referencia fundamentalmente al retraso del desarrollo producto de condiciones medioambientales adversas, como la pobreza y la falta de acceso a oportunidades de estimulación adecuada, que mejora cuando el niño se inserta en el ámbito educativo.²¹

una integración horizontal con la educación y los servicios sociales, de manera de promover la salud en todas las políticas públicas y actividades comunitarias.²²

Integrar la atención médica con otros servicios o sectores externos al sector salud, es uno de los principales desafíos de la atención primaria.²² Un ejemplo de ello lo representa la epidemia mundial de sobrepeso y obesidad infantil, ante la cuál es claramente insuficiente la acción individual del médico en el consultorio, mostrándose como más efectiva la realización de actividades preventivas en la escuela y en los diferentes centros de recreación.²³

Referencias

- 1- Rojas K, Gómez Urrego JF, Pazos Serna VM, y Grupo de Investigación en Pediatría (Grinped), El Ciclo Vital Individual. CCAP 2014; 13 (4):9-20.
- 2- Morano J. Concepto, Fundamentos, Perspectivas y Alcances de la Pediatría. En: Morano J (Director). Tratado de Pediatría. Editorial Atlante. 3ª Ed. Buenos Aires 2004. Capítulo 1; pp. 43-57.
- 3- Hardin AP, Hackell JM, AAP COMMITTEE ON PRACTICE AND AMBULATORY MEDICINE. Age Limit of Pediatrics. Pediatrics. 2017;140(3): e20172151.
- 4- Sacks D; Canadian Paediatric Society. Age limits and adolescents. Paediatr Child Health. 2003; 8(9):577.
- 5- Erikson EH. El ciclo Vital Completo. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1985.
- 6- Sanders R.A. Adolescent Psychosocial, Social, and Cognitive Development. Pediatrics in Review 2013; 34,8: 354-58.
- 7- UNICEF. Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes. Área de Comunicación. UNICEF-Oficina de Argentina. Ciudad de Buenos Aires, septiembre 2014. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/publicaciones-y-datos>. Consultado el 9 de mayo de 2018.
- 8- SAP / UNICEF. Salud Materno Infanto Juvenil en Cifras 2017. Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), septiembre 2017.
- 9- Naciones Unidas. Juventud (Página Digital). Disponible en: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/youth-0/index.html> Consultado el 17 de marzo de 2020.
- 10- UNESCO. Programa de la Juventud (Página Digital). Disponible en: <https://es.unesco.org/youth> Consultado el 17 de marzo de 2020.
- 11- O'Rand AM, Krecker ML. "Concepts of the Life Cycle: Their History, Meanings, and Uses in the Social Sciences." Ann Rev of Sociol 1990; 16: 241-62. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/2083270>. Consultado el 9 de mayo de 2018.
- 12- Kuh D, Ben-Shlomo Y, Lynch J, et al. Life course epidemiology. J Epidemiol. Community Health. 2003; 57:778-83.
- 13- Blane D, Netuveli G, Stone J. The development of life course epidemiology. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 2007; 55:31-8.

- 14- Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Bohren M, Widme, M, Oladapo OT, et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG*. 2014;121(s1): 1-4.
- 15- Halfon N, Larson K, Lu M, Tullis E, Russ S. Lifecourse Health Development: Past, Present and Future. *Matern Child Health J* 2014; 18:344-65.
- 16- Wadsworth ME, Kuh D. Epidemiological Perspectives on the Life Course. In: M.J. Shanahan et al. (eds.), *Handbook of the Life Course, Handbooks of Sociology*. Springer International Publishing Switzerland 2016. Vol. II; pp. 639-59.
- 17- Organización Mundial de la Salud. Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. WHO/NMH/HPS/00.2. Ginebra: OMS, 2000. Disponible en: https://www.who.int/ageing/publications/lifecourse/alc_lifecourse_training_es.pdf?ua=1 Consultado el 18 de marzo de 2020.
- 18- Organización Panamericana de la Salud. Construyendo la salud en el curso de vida. En: *Salud de las Américas 2017*. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=307&lang=es Consultado el 18 de marzo de 2020.
- 19- National Research Council / Institute of Medicine. *Children's health, the nation's wealth: Assessing and improving child health*. Washington, DC: The National Academies Press. Disponible en: <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309091187>. Consultado el 9 de mayo de 2018.
- 20- Breslow, L. Health measurement in the third era of health. *American Journal of Public Health* 2006; 96(1):17-19.
- 21- Comité de Crecimiento y Desarrollo. Guía para el seguimiento del desarrollo infantil en la práctica pediátrica. *Arch Argent Pediatr* 2017;115 Supl 3:s53-s62.
- 22- Fine A, Kotelchuck M. Rethinking MCH: The life course model as an organizing framework. U.S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration Maternal and Child Health Bureau, 2010. Disponible en: <http://www.hrsa.gov/ourstories/mchb75th/images/rethinkingmch.pdf>. Consultado el 9 de mayo de 2018.
- 23- Organización Mundial de la Salud. Enfoques poblacionales de la Prevención de la Obesidad Infantil. Ginebra: OMS, 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/>. Consultado el 15 de julio de 2018.

CAPÍTULO 2

Desarrollo Humano y Salud

Según Naciones Unidas, el desarrollo humano puede entenderse como la expansión de las capacidades de las personas, de sus libertades reales, es decir la ampliación de las alternativas de vida entre las personas que pueden optar.¹ Como las capacidades potenciales de las personas pueden ser numerosas, para medir el desarrollo humano se consideran tres dimensiones: gozar una vida larga y saludable (salud), acceder al conocimiento necesario para un buen desempeño social y laboral (educación), y tener un nivel de vida decente (ingreso o, en forma equivalente, crecimiento económico).¹ Estas dimensiones son los fines más básicos del desarrollo humano, pero también sus medios, pues interactúan entre sí, fenómeno al que se conoce como “dinámica del desarrollo humano”. Mejores niveles de salud hacen más productivas a las personas al aumentar su rendimiento físico y mental, y mejores niveles de educación facilitan el desarrollo y la adaptación de tecnologías que llevan a un crecimiento económico sostenido. Una mejor salud permite una mayor matriculación escolar y mejora las funciones cognitivas, y por lo tanto las posibilidades de aprendizaje, mientras que niveles de educación más altos significan mejor nutrición y prevención de enfermedades, y por lo tanto mejor salud. El crecimiento económico genera un mayor ingreso, que permite una mejor nutrición y acceso a cuidados médicos, y más recursos para educación y capacitación. Esta es la dinámica virtuosa del desarrollo humano. Pero esta dinámica no dice nada sobre la igualdad del desarrollo humano, aspecto también fundamental. El desarrollo humano es la expansión de capacidades de las personas; por lo tanto, su idea de igualdad es la igualdad de capacidades.¹ Por ende, los sistemas de salud reflejan y realimentan las desigualdades socioeconómicas y jurisdiccionales existentes. *Ver nota al pie.*⁴

El estudio de las condiciones de vida de la niñez permite predecir sobre cuál habrá de ser al menos el techo del desarrollo de una sociedad. Es decir, cualquier déficit en el nivel de integración y de formación de capacidades presentes en la niñez y adolescencia impone límites insalvables al desarrollo futuro de un país.²

⁴ Argentina destina a la salud un 9,4% del PIB, lo que representa un porcentaje similar al de muchos países desarrollados.³ Sin embargo, el sistema de salud se encuentra muy fragmentado y segmentado, débilmente gobernado y regulado, con falta de eficiencia y equidad en el financiamiento, con desequilibrios regionales en la oferta pública y bajo nivel de cobertura. Además, el subsistema de la seguridad social evidencia insuficientes niveles de solidaridad.⁴

El Estado argentino, a través de la legislación vigente, reconoce que el sostenimiento de la vida y el desarrollo infantil requieren contar con un conjunto integrado de factores económicos, sociales, emocionales y culturales favorables como el derecho a un medio ambiente adecuado para la vida, el derecho a la alimentación, a una vivienda digna, a la atención de la salud, a una educación de calidad, el derecho a poder vivir con su familia, a poder comer, compartir juegos, acceder a estímulos emocionales e intelectuales en condiciones socialmente adecuadas.² *Ver nota al pie.*⁵

En términos de bienestar y desarrollo humano, los primeros años de la vida de las personas resultan cruciales. El adecuado desarrollo temprano de las niñas y los niños, entendido como la combinación del desarrollo físico, mental y social en sus primeros años de vida –que se logra, entre otras cosas, mediante los buenos cuidados brindados por los padres, una buena nutrición y el acceso a servicios médicos y a condiciones de vida saludables–, representa la base para la expansión en otras dimensiones del bienestar.⁵

El desarrollo infantil resulta de la constante interacción entre los aspectos constitucionales y un conjunto de factores de riesgo y de protección que existen en la vida de los niños.⁶ Estos factores van desde la atención prenatal, la nutrición, la exposición a riesgos ambientales, pasando por la calidad de los cuidados infantiles, hasta la estimulación temprana y del entorno emocional. Como resultado se pueden generar contextos que ya sean desfavorables o favorables a un desarrollo pleno, según el caso. En base a lo expuesto, hay consenso entre los expertos sobre la necesidad de adoptar un enfoque intersectorial del desarrollo del niño en la primera infancia, que abarque la salud, la educación, el bienestar y la seguridad social.⁷

Para el año 2015, se debían alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) planteados por la Asamblea General de Naciones Unidas en el año 2000.⁸ Si bien hubo considerables avances en el cumplimiento de los ODM en todos los países, estos no se han alcanzado plenamente, y sobre todo los avances han sido desiguales.⁷ *Ver nota al pie.*⁶

En Argentina, la tasa de mortalidad materna fue de 5,2 en el año 1990, disminuyendo a 3,9 en el año 2015 (Meta 2015 <1,3).^{5,6} La tasa de mortalidad en menores de 5 años evidenció una reducción del 29,6% en 1990 a 10,8% en 2015 (Meta 2015 <9,9);⁶ mientras que la Tasa de Mortalidad infantil, que representa el componente principal de la TM<5 paso de 25,6% en 1990 a 9,7% en 2015. (Meta 2015 <10,8).^{5,6} En cambio, la cobertura de vacunación antisarampionosa ha tenido una evolución fluctuante, llegando en el año 2009

⁵ En el conjunto de la legislación vigente que aborda la problemática social de la infancia, se destacan, entre otras, las siguientes normas: Ley N° 23.849, que adhiere a la Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989), sancionada en 1990; la ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (Ley 26.061), sancionada en el 2005; y el decreto de necesidad y urgencia 1602/2009 (Asignación universal por hijo para la protección social). Además, el estado argentino asumió compromisos frente a los Objetivos de Desarrollo para el Milenio (ONU, 2000) para el año 2015.²

⁶ En septiembre de 2000, los líderes del mundo se reunieron en Nueva York para adoptar la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. Allí los países asumieron el compromiso en una nueva alianza mundial para reducir la pobreza extrema y se estableció una serie de ocho objetivos, con plazo límite de 2015, conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).⁹

al 100% para ser finalmente del 89% en el año 2015 (Meta 2015 >95%).¹⁰⁻¹³ Es decir que, en el periodo 1990-2015, se ha avanzado insuficientemente en la reducción de la mortalidad materna, y se han logrado importantes avances en la reducción de la mortalidad de los niños menores de 5 años.

En el año 2015, la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó el documento final denominado “Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”.¹⁴ La Agenda es un plan de acción en favor de las personas, el planeta y la prosperidad, que parte de la necesidad de garantizar la paz y la libertad de las personas en su sentido más amplio. Aceptando que la erradicación de la pobreza en todas sus formas y dimensiones, incluida la pobreza extrema, es el mayor desafío a que se enfrenta el mundo y constituye un requisito indispensable para el desarrollo sostenible. Este plan será implementado por todos los países y partes interesadas mediante una alianza de colaboración, y consta de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas. Con ellos se pretende retomar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y conseguir lo que estos no lograron. Los Objetivos y las metas son de carácter integrado e indivisible y conjugan las tres dimensiones del desarrollo sostenible: económica, social y ambiental. Las siguientes metas se corresponden en particular con la lucha contra el flagelo de la desnutrición infantil en particular, y en general con mejorar la salud materna e infantojuvenil:¹⁴

- De aquí a 2030, poner fin al hambre y asegurar el acceso de todas las personas, en particular los pobres y las personas en situaciones de vulnerabilidad, incluidos los niños menores de 1 año, a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año.
- De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.
- De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
- De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

Se dispone de diferentes marcos conceptuales para abordar el desarrollo y, en consecuencia, distintas formas de medirlo: el Producto Bruto Interno (PIB), el Índice de Desarrollo Humano (IDH) y el Índice de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (IODS). Para el año 2017, la Argentina se encontró en el puesto 51 entre 183 países en el ranking del PBI, en el puesto 45 entre 188 países en el ranking del IDH, y en el puesto 43 entre 149 países en el ranking del IODS.¹⁵

Referencias

1. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe nacional sobre desarrollo humano 2010. Desarrollo humano en Argentina: trayectos y nuevos desafíos / dirigido por Gabriela Catterberg y Ruben Mercado. – 1.a ed. – Buenos Aires: PNUD, 2010. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/argentina_indh_2010.pdf . Consultado el 2 de mayo de 2018.
2. Salvia A, Tuñón L. Apuntes sobre la construcción de indicadores de desarrollo humano de la infancia. Modelos e indicadores de desarrollo y bienestar infantil. Universidad de la República, Montevideo, abril de 2011 Disponible en: <https://www.academica.org/agustin.salvia/177>. Consultado el 9 de abril de 2018.
3. de la Puente C, de los Reyes L. ¿Cuánto gasta Argentina en salud? Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social, 2019. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001756cnt-cuanto-gasta-argentina-en-salud.pdf>. Consultado el 5 de mayo de 2020.
4. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS; 2017.
5. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe 2010: Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad. –1a. ed. – San José, C.R.: PNUD, 2010.
6. de Castro F, Allen B. Elaboración de un paquete de indicadores esenciales de bienestar y desarrollo infantil temprano para monitoreo poblacional en México. En: Tuñón I (coordinadora). Desafíos del desarrollo humano en la primera infancia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Biblos, 2015. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8247> Consultado el 20 de marzo de 2020.
7. Shawar YR, Shiffman J. Generation of global political priority for early childhood development: the challenges of framing and governance. The Lancet 2016; 389:119-24.
8. United Nations. General Assembly Fifty-fifth session. 55/2 United Nations Millennium Declaration. New York: United Nations, 18 September 2000. Disponible en: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>. Consultado el 9 de abril de 2018.
9. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2015. Nueva York: Naciones Unidas, 2015. Disponible en: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf. Consultado el 9 de abril de 2018.
10. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica. Año 2015. Serie 5. N° 59. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf>. Consultado el 9 de abril de 2018.
11. PNUD - Argentina: Informe Final 2015. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Buenos Aires: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo - Argentina, 2015. Disponible en: https://www.odsargentina.gob.ar/public/documentos/seccion_publicaciones/odm/informe_final_2015.pdf Consultado el 9 de abril de 2018.

12. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Defunciones de menores de cinco años. Indicadores seleccionados. Argentina – Año 2015. Boletín Número 156. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2017. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Boletin156Menoresde5anos.pdf> . Consultado el 9 de abril de 2018.
13. OMS/OPS/Ministerio de Salud de la Nación. Indicadores básicos. Argentina 2017. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2018. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2018/04/IndicadoresBasicos2017.pdf>. Consultado el 15 de abril de 2018.
14. United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. A/RES/70/1. New York: United Nations; 2015. Disponible en: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>. Consultado el 15 de abril de 2018.
15. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2017. Información para el desarrollo sostenible: Argentina y la Agenda 2030 / dirigido por Gabriela Catterberg y Rubén Mercado; Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD, 2017. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/pnudargent-pnu_2017_baja.pdf. Consultado el 5 de mayo de 2020.

CAPÍTULO 3

Los Determinantes del Desarrollo Humano y de la Salud

La salud es una dimensión fundamental del desarrollo humano. Desarrollar plenamente las capacidades de las personas requiere mucho más que el simple hecho de no estar enfermo. Disponer de una vida larga y saludable que permita el desarrollo integral de las capacidades y el plan de vida de las personas, representa un derecho humano fundamental.^{1,2}

El estado de salud de la población de una población no depende solamente del sistema de salud.² La vivienda, el acceso al agua potable y a una nutrición adecuada, constituyen determinantes fundamentales de la salud. Los cuales, a su vez, dependen de otros determinantes, como el acceso a la educación, las oportunidades de empleo, la distribución del ingreso y la dinámica de crecimiento de la economía, entre otros. Por lo tanto, la salud no es una dimensión aislada, sino un aspecto esencial del proceso de desarrollo humano y del proceso de desarrollo general de un país.¹⁻³

Al final del siglo XX, a partir de las investigaciones de Marmot y Wilkinson sobre los determinantes sociales de la salud,⁴ la OMS publica la primera edición de "*Social Determinants of health. The Solid Facts*", señalando la necesidad de priorizar lo colectivo sobre lo individual, la existencia de determinantes sociales de la enfermedad claramente identificados y la cuestión de la inequidad social en salud.⁵ En el año 2003, se publica la segunda edición de "*Social Determinants of health. The solid Facts*", dónde se reafirma que el gradiente social, el estrés, la infancia temprana, la exclusión social, las condiciones laborales, el desempleo, las redes sociales, las adicciones, la nutrición y el transporte, representan determinantes sociales de la salud.⁶ Esto representa un nuevo enfoque en materia de salud pública internacional, y un nuevo modelo explicativo del proceso salud-enfermedad que obliga a redireccionar las acciones sanitarias y las políticas públicas.

Según la OMS, los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.⁷ Cuando las circunstancias son altamente inequitativas pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Sin embargo, es posible que sea inevitable que algunas de dichas condiciones sean diferentes, en cuyo caso se consideran desigualda-

des. Pero cuando estas diferencias son evitables se consideran inequidades.⁸ Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

En el año 2011, la OMS llevó a cabo la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, en cuya Declaración Política se manifiesta la convicción de actuar sobre los determinantes sociales de la salud tal y como se acordó de forma colectiva en la Asamblea Mundial de la Salud y quedó reflejado en la resolución WHA62.14 («Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud»), en la que se toma nota de las tres recomendaciones generales de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: mejorar las condiciones de vida; luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos, y medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.⁹ Además de dejar claramente establecido que la equidad sanitaria es una responsabilidad compartida que exige el compromiso y la acción de los gobiernos, de la sociedad y de la comunidad internacional, bajo la premisa de que las inequidades sanitarias son política, social y económicamente inaceptables.

La OMS refiere que los componentes básicos del marco conceptual de los determinantes sociales de la salud son: la situación socioeconómica y política, los determinantes estructurales, y los determinantes intermedios.¹⁰

El contexto socioeconómico y político comprende los elementos estructurales, culturales y funcionales del sistema social que condicionan los patrones de estratificación social y, consecuentemente, el acceso de la población a la salud.^{10,11} Entre otros, el mercado laboral, las instituciones políticas y el sistema educativo.

Los determinantes estructurales son aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de las personas. Los mismos generan inequidades sociales, y la salud se determina en función de la situación social de las personas (ej. posición social, género, grupo étnico, acceso a la educación, y acceso al empleo).^{10,11}

Los determinantes de la salud de tipo estructural ejercen su acción a través de los determinantes de tipo intermedio. Estos últimos, se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a los factores de riesgo. Es posible distinguir los siguientes grupos de determinantes intermedios de la salud: las circunstancias materiales (ej. calidad de la vivienda y entorno físico laboral), las circunstancias psicosociales (ej. circunstancias de vida y relaciones estresantes, apoyo y redes sociales), los factores conductuales y biológicos (ej. nutrición, actividad física, adicciones, y factores genéticos), la cohesión social (ej. confianza mutua y respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad) y el propio sistema de salud (ej. acceso a los servicios y programas de salud).^{6,10-12}

Cuando se analiza en forma particular la determinación social de la salud materna e infantojuvenil, los hechos también son sólidos, como afirman las investigaciones de Marmot y

Wilkinson para la salud en general.^{13,4-6} La evidencia científica respecto a la estrecha vinculación entre desarrollo socioeconómico, transición epidemiológica, transición demográfica y desarrollo humano (en especial de la mujer,) con los indicadores de salud materna e infantojuvenil es abrumadora e irrefutable.¹⁴⁻¹⁸ En Latinoamérica, son ejemplos de ello las experiencias de México, Honduras, Colombia y Argentina, entre otras.¹⁹⁻²³

El desarrollo humano de las mujeres repercute en forma evidente sobre la salud materna y sobre la salud y el desarrollo humano infantojuvenil.^{24,3,1,2,4-6} La determinación social de la salud materna e infantojuvenil, comienza aunada a cuestiones vinculadas a la paridad de género y al empoderamiento de las mujeres.¹³ La educación de mujeres y niñas tiene un efecto multiplicador positivo en el progreso en todas las áreas de desarrollo. Existe una alta correlación entre el nivel de educación de la madre y la mortalidad infantil, así el analfabetismo de la madre, como el poseer solo el ciclo primario completo determina en un alto porcentaje la mortalidad infantil, mientras que un ciclo secundario, aunque sea incompleto, se constituye en un factor protector. La relación de la mortalidad infantil y las tasas de fertilidad evidencia una fuerte asociación en los países más pobres.¹⁵

El desarrollo socioeconómico y la accesibilidad a la atención médica favorecen la atención del parto por personal capacitado. Una estructura de saneamiento básica se asocia a una reducción de la tasa de mortalidad materna. Por otro lado, a mayor edad materna se asocian menores tasas de mortalidad materna e infantil.¹⁵⁻¹⁸⁻²²

Las razones para invertir en la educación de la mujer se fundamentan en primer término como una cuestión de derechos humanos y equidad de géneros. Sin embargo, desde la perspectiva de la correcta asignación de los recursos, los beneficios de invertir en la educación de la mujer son múltiples. Puesto que se reducen las tasas de fertilidad de las mujeres, la tasa de mortalidad infantil y del niño, y la propia tasa de mortalidad materna.^{15-17,19-22} *Ver nota al pie*⁷

El análisis de las complicaciones maternas puede ser realizado a partir del “*modelo de las cuatro demoras*”, que agrupa las situaciones que contribuyen a que se presenten y agraven las complicaciones maternas en cuatro categorías (demoras): *Reconocer signos y señales de peligro (Demora I)*; son demoras relacionadas con los contenidos y significados sociales del evento reproductivo que comporta la mujer; *Búsqueda de ayuda. Toma de decisiones (Demora II)*; como la existencia y capacidad de apoyo o intervención efectiva de la red social; *Accesibilidad a servicios de salud (Demora III)*. *Atención oportuna y de calidad (Demora IV)*. Las dos últimas categorías se corresponden con la capacidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud de dar una respuesta adecuada.^{18,22}

El impacto de los determinantes sociales de la salud en los niños requiere un análisis particular. Además, es necesario señalar que la influencia de estos en nuestra región es diferente a la observada en los países más desarrollados que integran la Organización por

⁷ La disparidad entre los géneros ha disminuido considerablemente en todos los niveles de educación desde el año 2000, principalmente en la enseñanza primaria. La mayor disparidad entre géneros se presenta en la enseñanza terciaria. Sin embargo, todavía existen diferencias significativas entre las regiones y los países.²⁵

la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), y que los resultados obtenidos en la mayoría de los indicadores de bienestar infantil es inferior.^{26,27}

Según UNICEF, ante la persistencia de las inequidades se hace necesario establecer globalmente cuales son los determinantes estructurales del bienestar de los niños.²⁸ Esa necesidad no se limita a los países pobres, ya que en el interior de los países más desarrollados del mundo también es posible observar grandes asimetrías e inequidades entre los diferentes grupos poblacionales.²⁹⁻³⁹

Enfocar la salud de la infancia desde la perspectiva de los determinantes estructurales ha permitido modificar el carácter de las intervenciones y mejorar los resultados obtenidos. Es en el sector salud dónde esto más se ha podido evidenciar. La vinculación de las condiciones socio-económicas con la mortalidad y la nutrición de los niños está bien documentada.^{28,30,40}

La pobreza y las condiciones ambientales se encuentran fuertemente asociadas con la morbilidad de la infancia. Las asimetrías entre el crecimiento económico y la distribución de la riqueza representan factores de riesgo clave para una alta prevalencia de infección por HIV en determinados ámbitos. La inequidad económica, educacional, socio-cultural, y en el respaldo jurídico de las adolescentes, ha sido identificado como el origen de la vulnerabilidad de género a la infección por HIV.^{29,39}

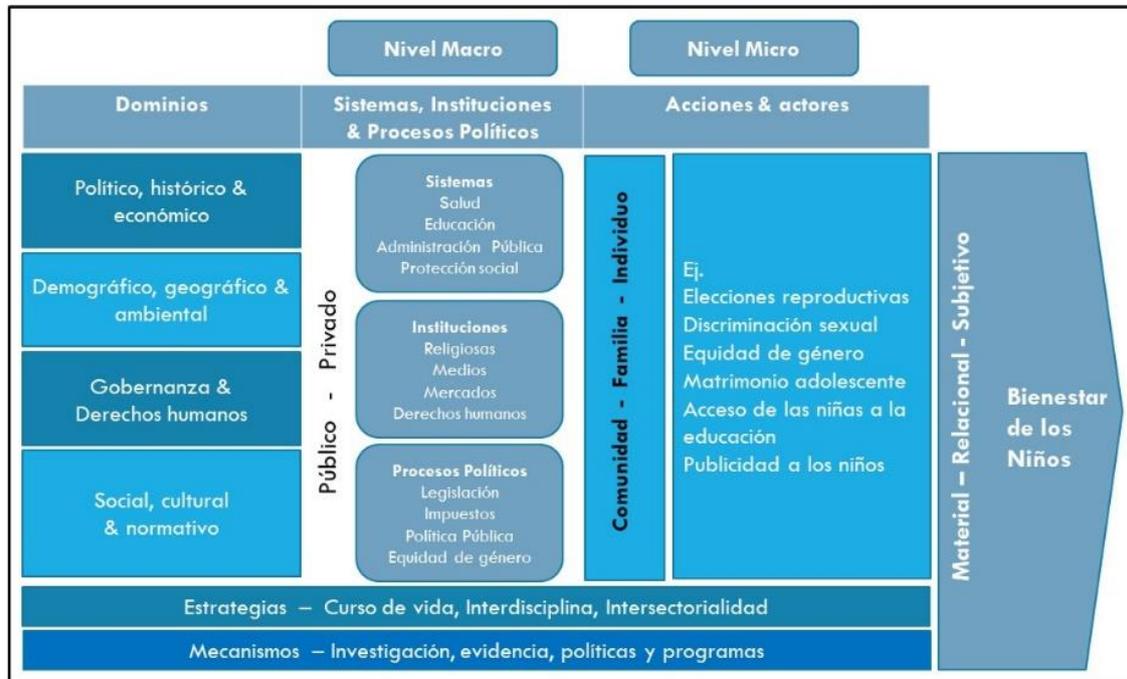
En 1984, Mosley y Chen propusieron el uso de un marco referencial o modelo de los “determinantes proximales” como herramienta para analizar la relación entre los determinantes y la conceptualización de intervenciones simultáneas a diferentes niveles.^{28,41} El modelo está integrado por un conjunto de determinantes socioeconómicos, a los que denominaron determinantes distales, que actúan a través de un conjunto de determinantes que influyen de manera directa sobre la dinámica del proceso salud-enfermedad, a los denominaron determinantes proximales. Según los autores, los determinantes distales son: los recursos económicos, la educación y la posición social; y los determinantes proximales son: los factores maternos, los factores nutricionales, las lesiones, los factores ambientales y el control personal de la enfermedad (conductas personales preventivas).⁴¹

En el año 2012, expertos convocados por UNICEF para debatir sobre “Los determinantes estructurales del bienestar de los niños”, propusieron un nuevo marco para el análisis de estos. El grupo de expertos identificó cuatro dominios para categorizar los determinantes estructurales (político, histórico y económico; demográfico, geográfico y ambiental; gobernanza y derechos humanos; y social, cultural y normativo). Los sistemas, las instituciones y los procesos políticos fueron considerados como acciones cruciales a nivel macro que comprenden modalidades públicas y privadas. Mientras que las acciones que los actores realizan a nivel micro ocurren en la comunidad, en la familia o en forma individual, impactando en el bienestar de los niños a nivel material, relacional y subjetivo.²⁸ Ver Gráfico nº 1.

En los países en desarrollo, la mayor morbilidad y mortalidad de niños se suele observar en la población pobre que vive alejada de los centros urbanos y presenta un acceso limitado a los servicios de atención de la salud. Sin embargo, una considerable proporción de las muertes ocurren dentro de la población urbana pobre, que vive en barrios margina-

les con escaso apoyo social y malas condiciones de vida.^{38,42} La concentración de la mortalidad en determinadas áreas, tanto urbanas como rurales, refleja la falta de acceso a una atención médica de calidad.²⁹

Gráfico n° 1. Marco para el Análisis de los Determinantes del Bienestar de los Niños



Tomado y traducido al español del documento original de UNICEF.²⁸

La estrecha relación entre pobreza y desnutrición se encuentra científicamente demostrada. Se estima que el 45% de todos los fallecimientos en los niños menores de 5 años de vida puede estar asociada con un aporte insuficiente de nutrientes, que se puede manifestar como un retraso del crecimiento intrauterino, retraso ponderal posnatal, emanación, déficit de vitaminas y minerales, y lactancia materna insuficiente.⁴³

El Estudio de la Mortalidad en Menores de 5 años en la Argentina (EMMA)⁴⁴ adoptó los lineamientos del enfoque propuesto por UNICEF al analizar la contribución de la malnutrición en la morbimortalidad, que considera que la mortalidad infantil y de menores de 5 años puede reconocer tres tipos de causas:⁴⁵

- *Causas inmediatas: los procesos mórbidos que llevan al deceso.*
- *Causas subyacentes: vinculadas a factores biológicos (antecedentes, morbilidad), cuidado de la salud, acceso y calidad de la atención.*
- *Causas básicas: condiciones de contexto sociopolítico sanitario.*

El estudio EMMA evidenció que, las limitaciones en el acceso y en la comunicación entre los equipos de salud y los padres, la insuficiente identificación y focalización de

situaciones de riesgo –tanto biológico como social–, las inadecuaciones y demoras diagnósticas y terapéuticas, la frecuente observación de complicaciones, las limitaciones estructurales y particularmente en términos de recursos humanos en salud, constituyen los aspectos observados que inciden en la mortalidad de menores de 5 años. Además, se observó que en el 64,7% de los casos los niños fallecidos pertenecían a hogares que presentaban necesidades básicas insatisfechas.⁴⁴

Referencias

1. PNUD - Argentina. Informe nacional sobre desarrollo humano 2013. Argentina en un mundo incierto: Asegurar el desarrollo humano en el siglo XXI / dirigido por Gabriela Catterberg y Rubén Mercado. Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD, 2013.
2. PNUD/OMS/CEPAL. “El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: Logros alcanzados y desafíos futuros”. *Aportes para el desarrollo humano* n.º 6. Buenos Aires: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD, 2011.
3. PNUD-Argentina. Informe nacional sobre desarrollo humano 2010. Desarrollo humano en Argentina: trayectos y nuevos desafíos / dirigido por Gabriela Catterberg y Rubén Mercado. Buenos Aires: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD, 2010. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/argentina_indh_2010.pdf. Consultado el 3 de diciembre de 2019.
4. Marmot M, Wilkinson RG, eds., Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press; 1999.
5. Marmot M, Wilkinson RG. Social determinants of health: the solid facts. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, 1998.
6. Wikilson R, Marmot M, editors. Social determinants of health: the solid Facts. 2nd edition. Copenhagen: World Health Organization, 2003.
7. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud (Página Digital). Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/. Consultado el 15 de abril de 2018.
8. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS; 2017.
9. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Declaración política de Rio sobre determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro: OMS; 2011. Disponible en: <http://www.who.int/sdhconference/declaration/>. Consultado el 16 de abril de 2018.
10. Blas E, Sivasankara Kurup A & World Health Organization. (2010). Equity, social determinants and public health programmes / editors Erik Blas and Anand Sivasankara Kurup. WHO. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44289>. Consultado el 3 de diciembre de 2019.

11. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. In: Evans T (ed.) *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*. Oxford: Oxford University Press, 2011.
12. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: WHO, 2008. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf?sequence=1. Consultado el 3 de diciembre de 2019.
13. Naciones Unidas. *Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2015*. Nueva York: Naciones Unidas, 2015. Disponible en: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/Spanish2015.pdf>. Consultado el 3 de diciembre de 2019.
14. Schultz T. Mortality Decline in the low-income world: Causes and Consequences. *Living Standards, Work Levels, Health, and Mortality* 1993; 83 (2): 337-341.
15. Tafani R, Roggeri M, Chiesa G, Gaspio N, Caminati R. Factores asociados a la mortalidad infantil. Países miembros de la OMS, año 2010. *Revista de Salud Pública* 2013; XVII (1):19-31.
16. The World Bank. *World Development Report 2012. Gender Equality and Development*. Washington, DC: The World Bank, 2011. Disponible en: <https://siteresources.worldbank.org/>. Consultado el 1 de mayo de 2018.
17. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). *Los Factores Sociales Determinantes de la Mortalidad y la Discapacidad Materna (Actualización 2012)*. Disponible en: <https://www.unfpa.org>. Consultado el 21 de julio de 2018.
18. Ronsmans C, Graham WJ, on behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group. "Maternal Mortality: Who, When, Where, and Why." *Lancet* 2006; 368 1189-1200.
19. Freyermuth G. Determinantes sociales en la Mortalidad Materna en México. *Revista CO-NAMED* 2016; 21(1):25-32.
20. La Fleur MT, Vélez J. Determinantes de la salud materna e infantil y de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Honduras. Tegucigalpa, febrero de 2014. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/policy/capacity/presentations/honduras/Determinantes-de-MIyMM-en-Honduras.pdf>. Consultado el 20 de julio de 2018.
21. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) / Ministerio de Salud Pública y Protección Social de Colombia (MSPS). *Determinantes Sociales de la Morbilidad y la Mortalidad Materna*. Bogotá: MSPS, 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Determ-MM-y-MME-Demoras-I-y-II.pdf>. Consultado el 20 de julio de 2018.
22. Quiero L, Atencio AM, Pérez de Guzmán S. Identificación de determinantes y áreas de riesgo para la morbi-mortalidad materna y su intervención en la provincia de Jujuy. *Cuadernos FHyCS-UNJu* 2009; 37:243-263.
23. Ramos S, Romero M, Karolinski A, Mercer R, Insúa I, del Río Fortuna C. *Mortalidad Materna en la Argentina: Diagnóstico para la Reorientación de Políticas y Programas*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. CEDES, 2004. Disponible en:

- https://www.researchgate.net/publication/307980275_Mortalidad_Materna_en_la_Argentina_Diagnostico_para_la_Reorientacion_de_Politicas_y_Programas. Consultado el 22 de julio de 2018.
24. United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. A/RES/70/1. New York: United Nations; 2015. Disponible en: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>. Consultado el 15 de abril de 2018.
 25. PNUD - Argentina: Informe Final 2015. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Buenos Aires: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo - Argentina, 2015. Disponible en: http://www.odsargentina.gob.ar/public/documentos/seccion_publicaciones/odm/informe_final_2015.pdf. Consultado el 9 de abril de 2018.
 26. Organization for Economic Cooperation and Development. Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising. Paris: OECD, 2011. Disponible en: <https://www.oecd.org/els/soc/49170768.pdf>. Consultado el 22 de julio de 2018.
 27. OECD, Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2017. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en. Consultado el 22 de julio de 2018.
 28. UNICEF. The Structural Determinants of Child Well-being. An Expert Consultation Hosted by the UNICEF Office of Research. June 2012. Disponible en: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/structural_determ_eng.pdf. Consultado el 22 de julio de 2018.
 29. Bhutta ZA, Black RE. Global Maternal, Newborn, and Child Health — So Near and Yet So Far. *N Engl J Med* 2013;369:2226-35.
 30. Buchbinder M. Mortalidad infantil y desigualdad socioeconómica en la Argentina: Tendencia temporal. *Arch. argent. pediatr.* 2008; 106(3): 212-218.
 31. Finkelstein J, Duhau M, Speranza A, Marconi E. y Escobar P. Evolución de la mortalidad infantil en Argentina en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. *Archivos Argentinos de Pediatría* 2016; 114(3): 216-222.
 32. Herrero MB, Bossio JC. Determinantes sociales de la mortalidad infantil por causas reducibles en la Argentina, 2009-2011. *Población y Salud en Mesoamérica* 2017; 15(1): artículo 9. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/27650>. Consultado el 23 de julio de 2018.
 33. Zulma Ortiz. UNICEF. Determinantes sociales y ambientales para el desarrollo de los niños y niñas desde el período del embarazo hasta los 5 años. Buenos Aires: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), abril de 2015. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/>. Consultado el 21 de abril de 2018.
 34. Rajmil L, Díez E, Peiró R. Desigualdades sociales en la salud infantil. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit* 2010; 24(Suppl 1):42-8.
 35. Johnson SB, Riis JL, Noble KG. State of the Art Review: Poverty and the Developing Brain. *Pediatrics* 2016;137(4): e20153075. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/137/4/e20153075.full.pdf>. Consultado el 21 de abril de 2018.

36. Jasso-Gutiérrez L, López Ortega M. El impacto de los Determinantes Sociales de la Salud en los niños. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2014;71(2):117-125.
37. Duarte-Gómez MB, Núñez-Urquiza RM, Restrepo-Restrepo JA, Richardson-López-Collada VL. Determinantes sociales de la mortalidad infantil en municipios de bajo índice de desarrollo humano en México. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2015; 72(3): 181-189.
38. Awasthi S, Agarwal S. Determinants of childhood mortality and morbidity in urban slums in India. *Indian Pediatr* 2003; 40:1145-61.
39. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports* 2014; 129:19-31.
40. Jiménez-Benítez D, Rodríguez-Martín A, Jiménez-Rodríguez R; Red de Malnutrición en Iberoamérica del Programa de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo (Red Mel-CYTED). Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. *Nutr Hosp* 2010;(Supl. 3)25:18-25.
41. Mosley W. H., Chen, L. C. (1984). An Analytical Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries. *Population and Development Review*1984; 10:25-45.
42. Matthews Z, Channon A, Neal S, Osrin D, Madise N, Stones W. Examining the “urban advantage” in maternal health care in developing countries. *PLoS Med* 2010; 7(9): e1000327.
43. Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle- income countries. *Lancet* 2013;382: 42751. [Erratum, *Lancet* 2013;382:396.]
44. Ministerio de Salud de la Nación-UNICEF. Aportes para el análisis y la reducción de las muertes de menores de 5 años en la Argentina. Resultados y conclusiones del EMMA. Buenos Aires, abril de 2012.
45. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, Argentina) ¿Por qué mueren los niños? Propuesta para el análisis de las muertes infantiles como instrumento para mejorar el cuidado de la salud de la niñez. Buenos Aires: UNICEF, 1998: 1-63.

CAPÍTULO 4

Los Indicadores del Desarrollo Humano y de la Salud

El análisis de la situación sanitaria a cualquier nivel (global, país, distritos, instituciones, etc.) requiere disponer de información válida y confiable. Lo mismo sucede a la hora de tomar decisiones y de programar en salud.¹

La búsqueda de medidas objetivas del estado de salud de la población es un elemento central de la epidemiología y la salud pública. Inicialmente, las medidas se referían a las enfermedades infecciosas que eran las responsables de la mayor carga de mortalidad. Sin embargo, más recientemente, a medida que fueron cambiando los paradigmas sobre el proceso salud-enfermedad, se reconoció la necesidad de considerar también otras dimensiones del estado de salud. Tales como el acceso a servicios, la calidad de la atención, las condiciones de vida y los factores ambientales.¹

Según Naciones Unidas, la experiencia en el monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) ha demostrado que el uso eficaz de datos contribuye a impulsar el desarrollo e implementar intervenciones bien dirigidas. Como también ayuda a hacer un seguimiento del desempeño y mejorar la rendición de cuentas.¹ Sin embargo, afirma la agencia internacional, todavía se carece de datos clave para el diseño de políticas de desarrollo.

Más precisamente, se requieren medidas de resumen que capturen información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud y que, vistos en conjunto, intenten reflejar la situación sanitaria de una población y sirvan para su vigilancia epidemiológica.¹ Dichas medidas de resumen se denominan indicadores de salud.

Un indicador de salud puede ser definido como *“una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud (i.e., la ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud) o de un factor asociado con la salud (i.e., el estado de salud u otro factor de riesgo) en una población especificada.”*²

Con relación a la salud existen Indicadores que evalúan:³

- La política sanitaria (ej. proporción del producto nacional bruto invertido en actividades relacionadas con servicios de salud).
- Las condiciones socioeconómicas (ej. tasa de alfabetismo de adultos).

- Las prestaciones de atención de salud (ej. porcentaje de cobertura de vacunación BCG en recién nacidos).
- El estado de salud. Estos indicadores son los más usados y es posible identificar 4 sub-categorías: *Mortalidad* (ej. tasa de mortalidad materna); *Natalidad* (ej. tasa de bajo peso al nacer); *Morbilidad* (ej. tasa de coqueluche según grupo de edad); *Calidad de vida*. Estos últimos son indicadores generalmente compuestos que intentan objetivar un concepto complejo que considera aspectos como: capacidad funcional de las personas, expectativa de vida, y nivel de adaptación del sujeto en relación con su medio. Un ejemplo de este tipo de indicador es la "calidad material de la vida" que se construye a partir de la mortalidad infantil, la expectativa de vida al nacer y la capacidad de leer y escribir.

En el año 2018, la OMS ha presentado un listado de referencia compuesto por 100 indicadores de salud para ser utilizado por los países, las regiones y globalmente como un instrumento para reportar los resultados obtenidos en relación a las prioridades de salud previamente establecidas. Los indicadores se encuentran ordenados en función de cuatro dominios: estado de salud, factores de riesgo, cobertura de servicios, y sistemas de salud.⁴ Además, la OMS recomienda agregar a la lista los indicadores correspondientes a los Objetivos de Desarrollo Sustentable que, en forma directa o indirecta, miden resultados de salud.

Solo para el análisis de la mortalidad materna e infantil (embarazo, parto y posparto de la mujer, y niños hasta el año de vida), la Dirección General de Estadística del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe elaboró una síntesis de 20 indicadores. Estos incluyen información estadística sobre nacidos vivos según peso y edad de la madre, defunciones infantiles, neonatales, pos neonatales, defunciones maternas por residencia habitual, etc.⁵

Las tasas de mortalidad materna, mortalidad infantil, mortalidad de menores de 5 años y el porcentaje de nacimientos vivos atendidos por médico o partera, son posiblemente los indicadores de salud materna e infantojuvenil más frecuentemente usados, e integran, junto a otros, el conjunto de indicadores utilizados para medir el cumplimiento de los ODM.⁶⁻¹⁰ Además, se suele reportar el Coeficiente de Gini para las tasas de mortalidad referidas. Pero sin dudas, el indicador de salud más utilizado ha sido durante décadas la tasa de mortalidad infantil, ya que se la considera también un indicador del desarrollo humano. La misma permite evaluar las condiciones de vida de una población, la situación de la infancia, el sistema de salud y el nivel de desarrollo de un país, debido a que las causas de la mortalidad infantil se encuentran estrechamente vinculadas a la estructura económica y social de un país o una región.¹¹

Sin embargo, la evaluación de la salud de la infancia requiere de mucho otros indicadores. Entre los que se destacan los índices antropométricos contruidos a partir de las mediciones de peso, talla y edad, que se utilizan para evaluar el estado nutricional.⁴ Además se requieren indicadores que permitan evaluar la actividad física, las prácticas alimentarias en niños menores de 2 años, la utilización de los sistemas de salud, la cobertura de vacunación, la prevalencia de infecciones diarreicas y respiratorias, la discapacidad, etc.¹²

Tradicionalmente, cuando se evalúa el desempeño de los sistemas de salud se miden y monitorean las tendencias de los indicadores de salud más usuales, tanto los negativos, que miden mortalidad, morbilidad y carga de enfermedad, como los positivos, que miden cobertura, acceso y calidad de los servicios. Para finalmente medir la brecha entre las metas esperadas y los resultados obtenidos. Pero, para evaluar la equidad en salud es necesario analizar si la mejora de los indicadores de salud se acompaña o no, de incrementos en las brechas entre los diferentes estratos sociales de la población. La salud de la población verdaderamente mejora cuando simultáneamente mejoran los indicadores y se reducen las brechas entre los diferentes estratos sociales.⁶

La medición del desarrollo humano es aún más compleja que la medición de la distribución de los fenómenos del proceso salud-enfermedad y sus determinantes. El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, ha creado para tal fin el Índice de Desarrollo Humano (IDH).¹³

El IDH es un indicador social estadístico compuesto por tres parámetros: Vida larga y saludable (medida según la esperanza de vida al nacer); Educación (medida por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y superior, así como los años de duración de la educación obligatoria); y Nivel de vida digno (medido por el PIB per cápita PPA en dólares).¹³ La aplicación del IDH permite el monitoreo del desarrollo humano a diferentes niveles (global, regional, país, Provincias y otros tipos de jurisdicciones). El IDH se expresa como un valor entre 0 y 1. Entre más cercano a uno, mayores niveles de desarrollo humano. En caso contrario, menores niveles o logros alcanzados.

En la década de los 40 del siglo pasado, a partir de los informes de UNICEF, comenzó la preocupación por objetivar el bienestar de la infancia a través de la medición de indicadores sociales del mismo. Sin embargo, es a partir de los años 60 cuando comienza a emerger el “movimiento de indicadores sociales”, que se propone medir el bienestar de la sociedad en sus diferentes dimensiones y generar datos valiosos para la elaboración de las políticas públicas. Posteriormente, con la aparición de un marco teórico y normativo sobre el bienestar de la infancia, comienza el “movimiento de indicadores sociales infantiles”.^{14,15}

Prácticamente no hay disidencias en que el marco normativo para analizar todo aquello que tenga incumbencia sobre el “colectivo infantil” es la Convención sobre los Derechos del Niño (1989). Por lo tanto, esta constituye el marco para evaluar el bienestar de la infancia.

En el plano académico, la nueva sociología de la infancia constituye un nuevo marco teórico conceptual para comprender la infancia, la cual considera que su bienestar no radica en su porvenir como futuros adultos, sino en su realidad actual por su condición de sujetos de derecho. El nuevo marco teórico conceptual se amplía con la ecología del desarrollo infantil, la cual se centra en el entorno del niño, fuente de desarrollo personal y bienestar social.¹⁵

Se han presentado diversos modelos o sistemas de indicadores para evaluar el bienestar infantil.^{16,17,15,18-25} A continuación se describen someramente los sistemas más difundidos. Sin la intención de agotar el tema y remitiendo al alumno a las fuentes originales, dónde podrán ver en profundidad los indicadores que integran cada uno de los sistemas presentados.

En el año 2007, UNICEF presenta un sistema de indicadores de bienestar de la infancia basado en seis dimensiones: bienestar material; salud y seguridad; bienestar educativo; relaciones familiares y entre iguales; conductas y riesgos; y bienestar subjetivo. A su vez, el sistema presenta 18 componentes y 40 indicadores.¹⁸

En el año 2009, UNICEF propone un nuevo marco conceptual alternativo. Este se divide en tres grandes niveles (individual, relacional y contextual) que agrupan diferentes dimensiones, y para cada una de ellas se crea una serie de componentes asociados a diferentes indicadores.¹⁹

En el año 2010, UNICEF España presenta una propuesta de un sistema de indicadores de bienestar infantil. La propuesta se presenta dividida en dimensiones de bienestar infantil divididas a su vez en componentes y cada componente está integrado por uno o varios indicadores, siguiendo el modelo de UNICEF 2007 ya mencionado anteriormente. Las dimensiones establecidas son las siguientes: educación; salud y seguridad; bienestar material; entorno familiar y social; infancia vulnerable; estilos de vida; y bienestar subjetivo.¹⁵

En el año 2017, el Barómetro de la Deuda Social de la Infancia presentó un informe técnico sobre la evolución de indicadores de desarrollo humano y social en la infancia desde una perspectiva de derechos humanos. Allí se presenta una estructura conceptual integrada por dimensiones e indicadores, que ha sido utilizada como sustrato para la elaboración de un módulo específico, destinado a medir el desarrollo humano y social de la niñez y adolescencia, incorporado a la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA).²⁴ Ver *Tabla nº1*.

Tabla nº1 Dimensiones de derechos e indicadores de déficit

Alimentación, Salud y Hábitat <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alimentos en cantidad y calidad ▪ Atención de la Salud ▪ Medioambiente de vida ▪ Vivienda y saneamiento
Subsistencia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) ▪ Pobreza e indigencia por ingresos ▪ Protección social
Crianza y socialización <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimulación emocional e intelectual ▪ Estructuras de oportunidades en la socialización secundaria
Información <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recursos de interconexión y medios de comunicación ▪ Participación a través de medios de comunicación
Educación <ul style="list-style-type: none"> ▪ Escolarización y rezago educativo ▪ Recursos en el campo de las ofertas educativas
Protecciones especiales: trabajo infantil <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajo en actividades domésticas ▪ Trabajo en actividades de mercado

Reproducido de Tuñón.²⁴

Esta estructura de dimensiones e indicadores destinados a evaluar el bienestar de la infancia se referencia con la normativa nacional e internacional vigente sobre los derechos humanos en general y los derechos de los niños, niñas y adolescentes en particular. Además, se considera especialmente como marco de referencia los Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS). *Ver nota al pie.*⁸

Referencias

- 1- Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud. Boletín Epidemiológico OPS 2001; 22(4):1-5.
- 2- Lengerich EJ (ed.). Indicators for Chronic Disease Surveillance: Consensus of CSTE, ASTCDPD, and CDC. Atlanta, GA: Council of States and Territorial Epidemiologists, November 1999.
- 3- EPI-CENTRO. Pontificia Universidad Católica de Chile. Indicadores en Salud. Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-020.pdf>. Consultado el 24 de abril de 2018.
- 4- 2018 Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs). Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: http://digitallibrary.unic.org.in/TempPdfFiles/563_1.pdf. Consultado el 27 de julio de 2018.
- 5- Dirección General de Estadística del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Santa Fe: Ministerio de Salud, agosto de 2017. Disponible en: [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/237715/1252534/file/Indicadores_Salud%20Materno_Infantil_2016%20\(2\).pdf](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/237715/1252534/file/Indicadores_Salud%20Materno_Infantil_2016%20(2).pdf). Consultado el 27 de julio de 2018.
- 6- Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS; 2017.
- 7- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Ginebra: OMS, 2013. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/>. Consultado el 14 de julio de 2018.
- 8- SAP / UNICEF. Salud Materno Infante Juvenil en Cifras 2017. Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), septiembre 2017.
- 9- PNUD - Argentina: Informe Final 2015. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Buenos Aires: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo - Argentina, 2015. Disponible en: http://www.odsargentina.gob.ar/public/documentos/seccion_publicaciones/odm/informe_final_2015.pdf. Consultado el 9 de abril de 2018.

⁸ Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS) son fruto del acuerdo alcanzado por los Estados Miembros de las Naciones Unidas. Se trata de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas que se intenta alcanzar para 2030. La salud ocupa un lugar fundamental en el ODS 3 «Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades», articulado en torno a 13 metas que cubren un amplio abanico de la labor de la OMS. La mayoría de los ODS están relacionados directamente con la salud o contribuirán a la salud indirectamente.³⁹

- 10- OMS/OPS/Ministerio de Salud de la Nación. Indicadores básicos. Argentina 2017. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2018. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2018/04/IndicadoresBasicos2017.pdf>. Consultado el 15 de abril de 2018.
- 11- Abeldaño RA, López de Neira MJ, Burrone MS, Enders J, Fernández AR, Estario JC. Análisis de los indicadores de salud infantil en Argentina, en relación con los objetivos de desarrollo del milenio trazados por Naciones Unidas. Revista de Salud Pública 2014; XVIII (2): 19-28.
- 12- De Castro F, Allen-Leigh B, Katz G, Salvador-Carulla L, Lazcano-Ponce E. Indicadores de bienestar y desarrollo infantil en México. Salud Publica Mex 2013;55 supl 2: S267-S275.
- 13- PNUD - Argentina. Informe nacional sobre desarrollo humano 2010. Desarrollo humano en Argentina: trayectos y nuevos desafíos / dirigido por Gabriela Catterberg y Rubén Mercado. Buenos Aires: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD, 2010.
- 14- Ben-Arieh A. "Paper commissioned for the EFA Global Monitoring Report 2007, Strong foundations: early childhood care and education". UNESCO, 2007.
- 15- UNICEF España / Observatorio de la Infancia y la Adolescencia del Principado de Asturias. Propuesta de un sistema de indicadores sobre bienestar infantil en España. Madrid: UNICEF España, mayo de 2010. Disponible en: https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/Indicadores_Bienestar_INF.pdf. Consultado el 28 de julio de 2018.
- 16- Salvia A, Tuñón L. Apuntes sobre la construcción de indicadores de desarrollo humano de la infancia. Modelos e indicadores de desarrollo y bienestar infantil. Universidad de la República, Montevideo, abril de 2011 Disponible en: <https://www.aacademica.org/agustin.salvia/177>. Consultado el 9 de abril de 2018.
- 17- Jasso-Gutiérrez L, López Ortega M. El impacto de los Determinantes Sociales de la Salud en los niños. Bol Med Hosp Infant Mex. 2014;71(2):117-125.
- 18- UNICEF. Report Card 7. Child poverty in perspective: an overview of child well-being in rich countries; Florence: UNICEF Innocenti Research Centre, 2007.
- 19- UNICEF. Working paper. Benchmarks for early childhood services in OECD countries; Florence: UNICEF Innocenti Research Centre, 2008.
- 20- UNICEF. Working paper. Positive indicators of child wellbeing: a conceptual framework, measures and methodological issues; Florence: UNICEF Innocenti Research Centre, 2009.
- 21- FRA. Developing indicators for the protection, respect and promotion of the rights of the child in the European Union; European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), 2010. Disponible en: <https://fra.europa.eu/>. Consultado el 30 de julio de 2018.
- 22- Instituto de Desarrollo e Innovación Educativa de Primera Infancia y Derecho de la Niñez de la OEI (IDIE). Sistema de información sobre primera infancia en Iberoamérica. Organización de Estados Iberoamericanos (OEI), 2010. Disponible en: <https://www.oei.es/historico/infancia.pdf>. Consultado el 30 de julio de 2018.
- 23- Uyan-Semerci P, Erdogan E. Defining and Evaluating Child Well Being Domains and Indicators Through The Eyes of Children in Turkey. UNICEF Turkey, 2015. Disponible en: <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/CWB%20Indicators%20through%20the%20E>

[yes%20of%20the%20Children%20-%20EN%20-%20Published%20Version.pdf](#). Consultado el 9 de diciembre de 2019.

- 24- Tuñón I. Evolución de indicadores de desarrollo humano y social en la infancia en perspectiva de derechos humanos (2010-2016). Documento estadístico. Barómetro de la Deuda Social Argentina. Serie del Bicentenario 2010-2016. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa, 2017.
- 25- Consejo Nacional de la Infancia/PNUD Chile. Primera Encuesta de Desarrollo Humano en niños, niñas y adolescentes. Santiago de Chile, marzo de 2018. Disponible en: <http://observatorioninez.consejoinfancia.gob.cl/wp-content/uploads/2018/03/Encuesta-Desarrollo-Humano-en-NNA-v.09.03.18r.pdf>. Consultado el 28 de julio de 2018.

CAPÍTULO 5

Estado actual de la salud materna e infantojuvenil

Estructura Etaria y Natalidad

La población total de la República Argentina estimada al 1 de julio de 2017 fue de 44.044.811 personas, de las cuales 14.449.868 (32,8%) corresponden a la población menor de 20 años.¹ Esta última es la que consideramos como población pediátrica o infantojuvenil.

El peso de los menores de 20 años en las distintas jurisdicciones presenta amplias variaciones. La población de CABA es la más envejecida: 26% de sus habitantes tiene entre 0-19 años. La población de Misiones es la más joven: 39,2% de sus habitantes tiene entre 0-19 años.^{1,2}

En el año 2017 la tasa de natalidad alcanzó su valor más bajo de los últimos 37 años, con 16 nacimientos cada 1000 habitantes.³ En las últimas cuatro décadas, la cantidad de nacidos vivos cada mil habitantes ha descendido casi en un treinta por ciento. Esta tendencia se observa en la mayoría de las jurisdicciones, aunque con grandes diferencias entre las mismas. Las jurisdicciones con menor tasa corresponden a las Regiones Centro y Patagónica, mientras que las tasas más altas se observan en la Región Norte Grande Argentino (en particular en la subregión NEA).¹⁻⁴

Para el año 2017, el número de nacidos vivos registrados en el país alcanza un valor de 704.609, un 3,3% menor en relación al año 2016. Sin embargo, al igual que para el año 2016, sigue observándose un valor superior al registrado en 2006 (1,2% mayor). La tasa bruta de natalidad no muestra cambios importantes en comparación al último trienio, siendo para 2017 de 15,9 por 1.000 habitantes. La tasa general de fecundidad para el año 2017 es de 63,4 por cada 1.000 mujeres de 15 a 49 años de edad, un 4,1% inferior al año inmediato anterior y un 12,8% al promedio del período 2006-2017 que alcanzó los 71,5 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres de 15 a 49 años de edad. *Ver nota al pie.*⁹

Para el año 2017, el 13,6% de los nacidos vivos fueron de madres adolescentes (menores de 20 años de edad).⁵ El 54% de las jurisdicciones muestran porcentajes de nacidos vivos de madres adolescentes por encima del valor antes indicado, reflejando las inequidades socioeco-

⁹ La Tasa General de Fecundidad es el cociente entre el total de nacidos vivos registrados en un área y año determinado y la población femenina de 15 a 49 años para la misma área y año.⁵

nómicas y sanitarias existentes. Las jurisdicciones que presentaron menores porcentajes de nacidos vivos de madres adolescentes (porcentajes menores o iguales a 12%) fueron Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Chubut, Mendoza, Neuquén, Río Negro y Tierra del Fuego. Las que mayores porcentajes presentaron (con valores iguales o superiores a 16,5%) fueron Catamarca, Corrientes, Chaco, Formosa, Misiones, Salta y Santiago del Estero.⁵

En las últimas tres décadas se ha observado una tendencia en descenso de la proporción de madres con bajo nivel de instrucción (analfabetas o con primaria incompleta).^{1,6} Como ya se ha mencionado anteriormente, el nivel de instrucción materno es un factor de riesgo para el hijo en cuanto a la probabilidad de sufrir un daño (muerte, enfermedad y/o secuela).^{1,6}

En cuanto al nivel de instrucción de las madres de los nacidos vivos registrados en 2017, el 4,8% posee bajo nivel de instrucción (madres analfabetas y hasta primaria incompleta). Al igual que en 2016, el 70% de las jurisdicciones presenta un valor igual o menor que el observado a nivel país. De las restantes 7 jurisdicciones, tres duplican el valor nacional (Chaco, Formosa y Santiago del Estero) y una lo cuadruplica (Misiones, con 17,9%).⁵

Durante el año 2016 el 60% de los partos fueron atendidos en el sector oficial de salud (hospitales y maternidades públicas). Observándose una alta brecha entre jurisdicciones. El porcentaje más bajo lo presentó CABA (37,1%). Además, casi la mitad de las madres no contaban con cobertura de obras sociales, prepagos, mutuales o sistemas de emergencias. Solo contaban con cobertura pública de salud.⁵

Aumentar la proporción de nacimientos atendidos por personal de salud capacitado, ya sea un médico, una enfermera o una partera, forma parte de la estrategia para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas (ODM 5. Mejora la salud materna).⁷

Para el año 2017, aproximadamente el 60% de los partos fueron atendidos en el sector oficial de salud (hospitales y maternidades públicas) y poco menos de la mitad de las madres (45%) cuentan sólo con cobertura pública de salud. *Ver nota al pie.*¹⁰ Más de la mitad de las jurisdicciones muestran valores superiores al total país en el porcentaje de nacidos vivos cuyos partos ocurrieron en el sector oficial. Entre las jurisdicciones con menor porcentaje se hallan Chubut (39,8%) y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (37,9%). El 99,5% (659.693 nacidos vivos) de los partos de la República Argentina fueron atendidos por médico o partera. Excepto una jurisdicción, los porcentajes de partos atendidos por médico o partera se encontraron entre 99,0% y 100%.⁵

Salud Materna

La salud materna comprende todos los aspectos de la salud de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio. Está determinada por distintos factores que influyen a la misma, como la asistencia sanitaria, el saneamiento, la nutrición y las condiciones socio-económicas

¹⁰ Las personas que no cuentan con afiliación -voluntaria o correspondiente por ley- a algún sistema de atención de la salud (obras sociales, medicina prepaga, mutuales, sistemas de emergencia), poseen cobertura pública exclusiva.⁵

generales.⁸ Los datos de morbilidad materna suelen ser recolectados deficientemente, mientras que los datos de mortalidad, sobre todo la hospitalaria, suelen estar mejor certificados, aunque el subregistro de las causas de muerte materna es una preocupación de las autoridades sanitarias.^{9,10}

La salud durante el embarazo

El embarazo provoca cambios fisiológicos en la mujer gestante que habitualmente retrogradan después del parto. Es también un periodo vulnerable para determinadas enfermedades directamente vinculadas con la gestación, y que en su mayoría repercutirán negativamente en el feto y el recién nacido. Es un periodo donde la prevención primaria de la salud es especialmente prioritaria, evitando daños para la salud de la madre y el recién nacido, así como también costos innecesarios para el sistema de salud. Como ya se ha mencionado previamente, las injurias sufridas en la vida intrauterinas pueden determinar negativamente el desarrollo de todo el ciclo vital de una persona, siendo responsables de diversas patologías a corto y largo plazo.^{11,12}

Para favorecer la salud materna y fetal resulta de fundamental importancia la existencia de una maternidad y una paternidad programada y responsable. Una vez producido el embarazo, es imprescindible un adecuado control del mismo.^{11,12}

Los controles periódicos del embarazo permiten que el profesional actuante (puede ser una obstétrica, un médico obstetra, o un médico general) lleve la historia clínica de la mujer gestante, realice un examen físico completo (destinado a establecer la normalidad y a detectar precozmente signos y síntomas de enfermedad), solicite los análisis necesarios, indique las ecografías correspondientes, recete el ácido fólico (puede también ser necesario recetar hierro), revise el calendario de vacunación e indique las vacunas correspondientes a esta etapa, de pautas de alarma para una consulta urgente y aconseje hábitos saludables.^{11,12} La evaluación odontológica es importante en la mujer embarazada, ya que no sólo importa confirmar o descartar la presencia de caries dentales, sino que deben descartarse las lesiones de la boca y lengua y la enfermedad periodontal. Esta última representa factor de riesgo modificable para el bajo peso al nacer, el parto prematuro, el aborto y la muerte fetal. Finalmente, el profesional actuante deberá enseñar a la embarazada a reconocer los signos de inicio del parto e indicarle adónde internarse cuando llegue el momento, como así también aconsejar sobre lactancia materna y anticoncepción después del parto.^{11,12} *Ver nota al pie.*¹¹

¹¹ **Ácido fólico:** es una vitamina esencial para el desarrollo del sistema nervioso central del bebé. Durante las primeras semanas del embarazo se desarrollan en el embrión el cerebro y el resto del sistema nervioso, incluyendo el cierre del tubo neural.¹¹⁻¹⁴ La anencefalia y la espina bífida son las malformaciones congénitas asociadas al cierre incompleto del tubo neural más frecuentes.¹³ La evidencia científica demuestra que si la mujer consume ácido fólico en dosis adecuadas durante al menos tres meses antes de la concepción hasta las primeras 7 semanas de gestación, el riesgo de que un bebé sea afectado por estas malformaciones disminuye hasta en un 75%.¹³ Además del suplemento diario, se debe aconsejar la ingesta de alimentos ricos en ácido fólico, como: hígado, riñón, verduras de

Retomando la conveniencia de adoptar hábitos saludables durante el embarazo, aparece la necesidad imperiosa de dejar de fumar. Son numerosas las consecuencias para la madre y el niño en gestación del consumo de tabaco.¹⁵ El tabaquismo durante el embarazo se asocia a una mayor incidencia de aborto espontáneo, parto prematuro, bajo peso al nacer, mortalidad perinatal e hipogalactia materna. Además, es necesario destacar que el niño se convierte en un fumador pasivo que presentará una mayor incidencia de síndrome de muerte súbita del lactante y enfermedades respiratorias.^{15,16}

Del conjunto de patologías que puede padecer la mujer embarazada solo mencionaremos las más prevalentes, y sobre todo aquellas que son plausibles de medidas de prevención primaria, o cuyo curso puede ser modificado con un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno. A continuación se formulan algunas consideraciones elementales sobre los trastornos hipertensivos, la diabetes gestacional y las infecciones durante el embarazo.

La determinación de la tensión arterial constituye un elemento básico del control de la mujer embarazada.¹⁷ *Ver nota al pie.*¹² Los trastornos hipertensivos complican alrededor del 10% de los embarazos. Sus formas severas (preeclampsia y eclampsia) representan alrededor del 4,4% de todos los nacimientos.¹⁷ La hipertensión severa se asocia a una elevada morbilidad materno-fetal.¹⁷ Siendo necesario establecer si se trata de un desorden hipertensivo previo al embarazo o de un trastorno hipertensivo propio del embarazo, particularmente la preeclampsia. Si se confirma este diagnóstico, la paciente debe ser derivada a un centro de mayor complejidad.

La prevalencia de la diabetes gestacional (DG) a nivel mundial oscila entre el 1 y el 14%. Siendo probable que un rango tan amplio se deba, además de a causas genéticas y ambientales, a una falta de uniformidad en los criterios diagnósticos. *Ver nota al pie.*¹³ La DG se asocia a resultados maternos y neonatales adversos. Además, la paciente con DG presenta un riesgo aumentado de desarrollar diabetes tipo 2 en los años siguientes a su embarazo, y sus hijos tienen mayor riesgo de desarrollar obesidad y diabetes.^{18,19}

Diversas son las infecciones que pueden detectarse durante el embarazo. Por un lado están las infecciones de transmisión sexual que afectan el tracto genital de las mujeres, causando vaginosis y vulvovaginitis, como por ejemplo las infecciones por Candidiasis, y Tricomonas, entre otras.^{11,12} Por otro lado, las infecciones que afectan a la madre y potencialmente al embrión y/o al feto, adquiridas por la madre sexualmente o por otras vías de contagio.^{11,12} Dependiendo del agente etiológico, la infección se transmite en forma vertical durante la gestación,

hojas color verde oscuro, remolacha, habas frescas, repollitos de Bruselas, harina de trigo fortificada, legumbres, germen de trigo y maní.¹¹⁻¹⁴

¹² **Hipertensión:** se define como una tensión arterial igual o mayor a 140 mm Hg de sistólica y/o 90 mm Hg de diastólica, en dos tomas separadas por lo menos por 6 horas, en el transcurso de una semana. El nivel promedio de la Tensión Arterial normal durante el embarazo es de 116 +/- 12 y 70+/-7 (Sistólica y diastólica).^{11,15}

¹³ **Diabetes Gestacional (DG):** Embarazada que cumple con los criterios de diagnóstico de diabetes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante el primer trimestre del embarazo: Síntomas clásicos de diabetes (polidipsia, poliuria, polifagia y bajo peso) y una glucemia en cualquier momento del día mayor o igual a 200 mg/dl, sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida; Glucemia en ayunas en plasma venoso mayor o igual a 126 mg/dl confirmada con un segundo test realizado en el laboratorio en el curso de la semana; Glucemia mayor o igual a 200 mg/dl dos horas después de una carga de 75 g de glucosa durante una prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGO).¹⁸

como sucede por ejemplo con el HIV y el *Treponema pallidum* (causante de la Sífilis), o inmediatamente después del nacimiento, como puede suceder con la Varicela.^{11,12} *Ver nota al pie.*¹⁴ Aunque esta última también se puede transmitir en forma vertical. Requiere una mención especial la infección por el virus de la rubeola que puede producir el Síndrome de Rubeola Congénita, cuyas complicaciones suelen ser invalidantes para el niño, siendo llamativamente una infección inmunoprevenible.^{11,12}

Finalmente, resulta oportuno realizar algunas consideraciones básicas sobre el parto prematuro, entendido como aquel que se produce antes de las 37 semanas de gestación.¹⁵ En primer término, eso significa que algunos de los órganos y sistemas del bebé no estarán totalmente maduros al momento de nacer, lo cual se asocia a un alta morbilidad neonatal y a una estadía prolongada en neonatología con altos costos para el sistema de salud.¹⁵ En segundo término, es de fundamental importancia destacar que si el médico o la obstétrica consideran que el nacimiento se producirá antes de tiempo (ya sea en forma espontáneo o electiva ante situaciones de riesgo para el bebé o la madre), la mujer debe ser derivada a una maternidad capaz de ofrecer los cuidados complejos que todo prematuro necesita; bajo la premisa de que la mejor derivación para un bebé prematuro, la más segura, es siempre la que se hace antes de nacer.¹⁵

Par el año 2017, el porcentaje de nacidos vivos pretérmino (menos de 37 semanas de gestación) en nuestro país alcanzó el 8,8%, sin cambios respecto a 2016.⁵ Mientras que el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos) representó el 7,3% para el total del país, también similar al porcentaje del año 2016.⁵

Datos de mortalidad materna

Se define como mortalidad materna a la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.²¹

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son:²²

¹⁴ El aumento de las infecciones de transmisión sexual en Argentina representa un preocupante problema de salud pública. Así lo evidencian los resultados de los estudios de tamizaje con pruebas no treponémicas para sífilis en mujeres embarazadas durante el primer control prenatal o durante algún control no especificado, cuya porcentaje de positividad ha aumentado en cinco años (2013-2017) de 2% a 3,17%.²⁰

- Las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto).
- Las infecciones (generalmente tras el parto).
- La hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia).
- Complicaciones en el parto.
- Los abortos realizados en forma insegura.

El acceso a la atención prenatal durante la gestación, la atención especializada durante el parto y en las primeras semanas siguientes, representan elementos centrales para reducir la morbilidad materna y neonatal. Por otro lado, para evitar la mortalidad es fundamental evitar el embarazo adolescente no deseado o a edades demasiado tempranas, ya que el mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años.²³ Por lo tanto, es de vital importancia el acceso a la anticoncepción para esta población de riesgo.

Las defunciones maternas pueden subdividirse en dos grupos:

- Defunciones obstétricas directas: son las que resultan de complicaciones obstétricas del estado de gestación (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originados en cualquiera de las circunstancias mencionadas.²⁴
- Defunciones obstétricas indirectas: son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.²⁴

La razón de mortalidad materna es el indicador de mortalidad materna más utilizado.^{1,15} Pero también se miden los siguientes indicadores: la tasa de mortalidad materna, el riesgo de morir por una causa materna y la mortalidad materna proporcional.²⁵ *Ver nota al pie.*¹⁵

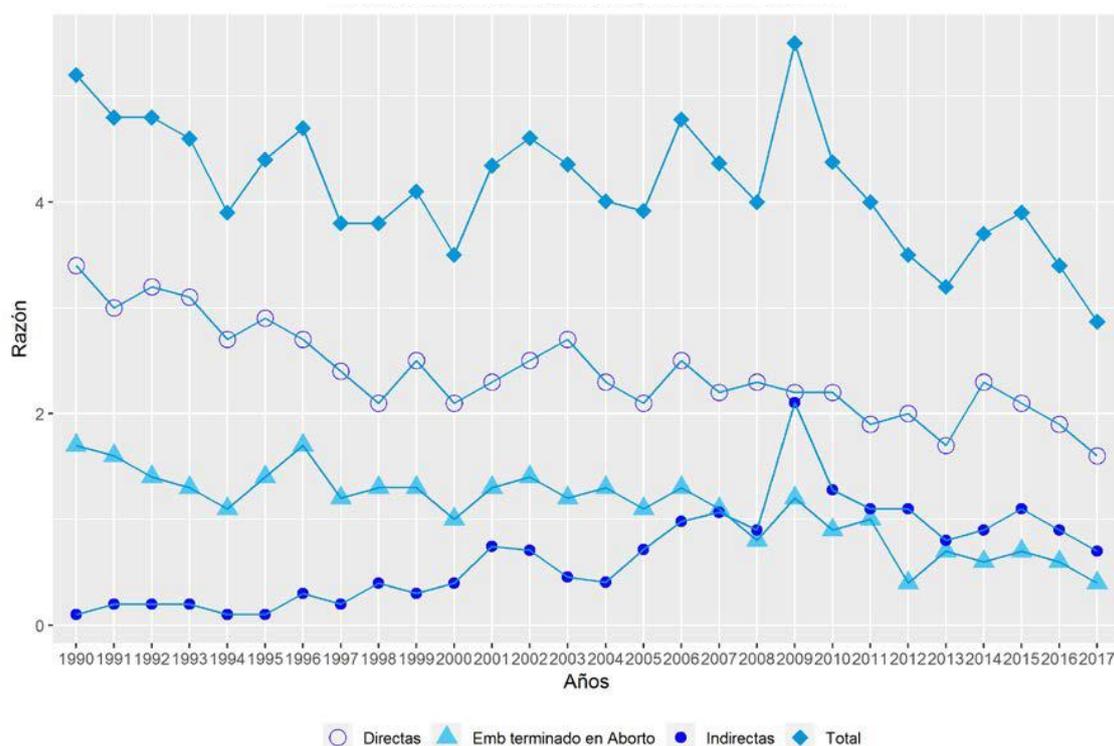
Durante el 2017, se registraron 202 muertes maternas, lo que representa una razón de mortalidad materna de 2,9 muertes cada 10.000 nacidos vivos.⁵ Lo que representa un descenso de 15% respecto al año anterior.

El 15% de las muertes maternas para el 2017 lo representó el Embarazo terminado en aborto. Las Causas indirectas con un 26,7% y las Otras causas directas con un 58,4% completan el universo de las causas de estas muertes.⁵ *Ver Gráfico nº 1.*

De 2005 a 2017, las muertes por Embarazo terminado en aborto se han reducido en un 62%, en tanto que las debidas a Causas indirectas han aumentado alrededor de 2%. Por su parte, las Causas directas (excluido el aborto), muestran un descenso de aproximadamente 19,7% en el período mencionado.⁵

¹⁵ La Razón de Mortalidad Materna refleja el riesgo de morir de las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio. Se utiliza como denominador el número de nacidos vivos (en un área geográfica dada en un año dado) como una aproximación al número de mujeres expuestas a morir por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio.¹

Gráfico n° 1. Razón de mortalidad materna total y por grupos de causas (por 10.000 nacidos vivos). República Argentina, 2005-2017.



Reproducido de DEIS. Estadísticas Vitales – Información Básica 2017. Serie 5, Número 61; 2018.¹

Por término medio, las mujeres de los países en desarrollo tienen muchos más embarazos que las mujeres de los países desarrollados, por lo que tienen mayor riesgo de muerte relacionada con el embarazo a lo largo de la vida.²⁵ El riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida (es decir, la probabilidad de que una mujer a partir de los 15 años de edad acabe muriendo por una causa materna) es de 1 en 4900 en los países desarrollados y de 1 en 180 en los países en desarrollo.²⁵ En los países clasificados como estados frágiles el riesgo es de 1 por 54, lo cual demuestra las consecuencias de la descomposición de los sistemas de salud.^{25,26} *Ver nota al pie.*¹⁶

Salud Infantojuvenil

Los problemas de salud que prevalecen en la población pediátrica o infantojuvenil son diversos y de naturaleza variable. Algunos son propios de una etapa particular del ciclo vital, y otros, aunque comunes a las diferentes etapas del ciclo vital que abarca la pediatría, presentan en cada una de ellas una incidencia distinta y un curso clínico característico.

¹⁶ Según la OCDE, un Estado es frágil cuando es incapaz de realizar las responsabilidades y obligaciones propias de los Estados. Se caracteriza por presentar instituciones débiles. Sí bien es un concepto en constante redefinición, hay acuerdo en que existe una multicausalidad y en que el análisis debe hacerse desde una perspectiva multidimensional.²⁷

Es necesario destacar que, los reportes de las estadísticas vitales no se realizan solo en función de las etapas del ciclo vital que ya se han mencionada en secciones anteriores de este material de estudio. Sino que también se utiliza una estructura poblacional organizada en grupos de edad (años) para describir los hechos vitales y la morbilidad. Como también se mencionó previamente, la Argentina cursa una transición demográfica avanzada, con una tasa de natalidad estable y una disminución porcentual progresiva de la población por debajo de los 20 años. Pese a esto, el 32,8 % de la población argentina continúa por debajo de esa edad y constituye el universo de la población pediátrica.¹

Frecuentemente, la morbilidad se suele reportar ordenada en dos grandes grupos o categorías.^{2,3,6} Por un lado, las enfermedades transmisibles, como la infección por HIV y la TBC. Por otro lado, las enfermedades no transmisibles, como la malnutrición y los tumores.

A continuación se tratarán someramente algunas enfermedades seleccionadas en función de su prevalencia y de su importancia como problema de salud pública. Además, se mencionarán los datos de mortalidad más trascendentes.

Datos de morbilidad

Enfermedades Transmisibles

Infección por HIV

En el año 2015, en América Latina y el Caribe había estimativamente 2 millones de personas infectadas por el VIH, de las cuales el 2% tenían menos de 15 años.²⁸

En el caso de los niños, niñas y adolescentes con VIH, la información disponible es limitada, y esto ocurre en parte por la subnotificación de los casos. Desde el inicio de la epidemia hasta diciembre de 2014, el Ministerio de Salud de la Nación recibió notificaciones epidemiológicas de 10.264 personas de 0 a 19 años. Se observa a partir del 2002 una disminución progresiva de la incidencia de infecciones por transmisión perinatal y el aumento de las infecciones durante relaciones sexuales desprotegidas en adolescentes de 15 a 19.²⁸

El 88% de los niños y niñas diagnosticados entre 2005 y 2014 se infectaron por transmisión perinatal y un 7% por vía de transmisión desconocida.²⁸ En cambio, en los grupos de 15 a 19, el 89% de las infecciones se debieron a relaciones sexuales desprotegidas. Se considera como diagnóstico oportuno aquel que ocurre durante las etapas asintomáticas y como diagnóstico tardío el que tiene lugar durante una fase sintomática. Más del 40% de los niños y niñas menores de 14 años presentan diagnóstico tardío, con el consiguiente retraso en el inicio del tratamiento antirretroviral.²⁹

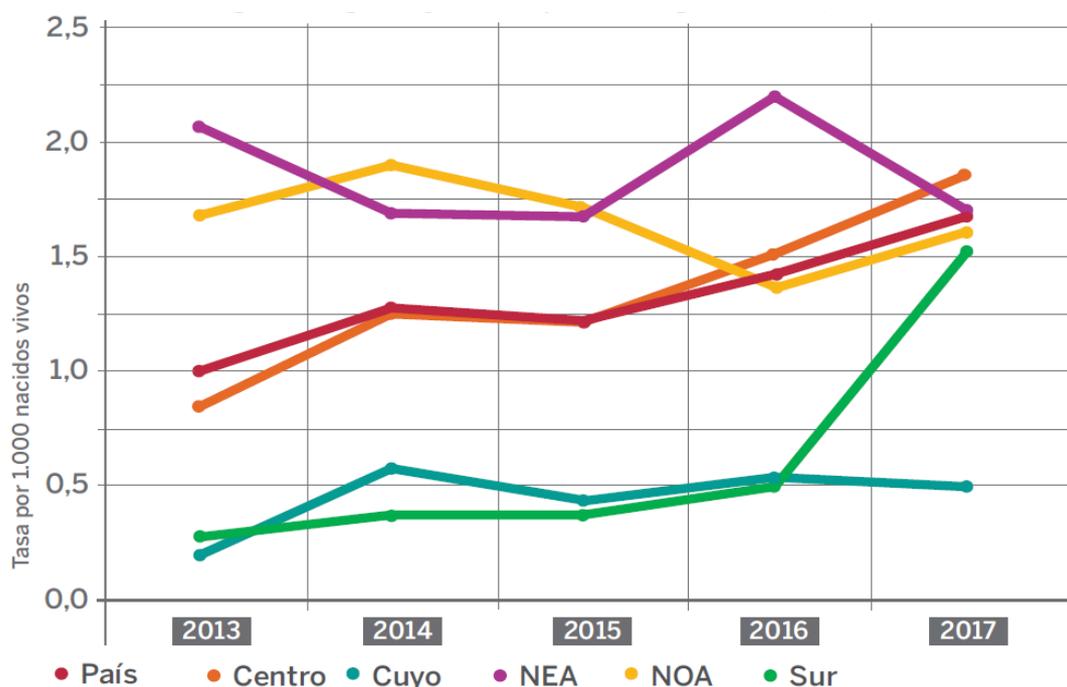
De acuerdo a la última estimación oficial, en 2017 vivían en la Argentina 129 mil personas con VIH, de las cuales el 80% conocía su situación y, de ellas, el 83% estaba en tratamiento antirretroviral. A su vez, la tasa de transmisión vertical continuó descendiendo y, en 2016 (último año con datos cerrados), se ubicó en el 4,1%.²⁰

Sífilis Congénita

Se registra como sífilis congénita todo recién nacido, aborto o mortinato cuya madre tuvo sífilis no tratada, fue inadecuadamente tratada o sin constancia de tratamiento, independientemente de la presencia de signos, síntomas o resultados de laboratorio; o todo recién nacido con evidencia clínica de sífilis congénita; o todo recién nacido con resultados de laboratorio compatibles con infección sífilítica (independientemente del tipo de tratamiento que recibió la madre durante el embarazo). La definición abarca, además de niños infectados, el antecedente materno así como a otros niños/as que se notifican y tratan por falta de información sobre el antecedente materno.²⁰

En el período 2013-2017, la tasa a nivel nacional muestra un continuo ascenso, a expensas principalmente de las notificaciones de la región Centro. Mientras que en 2013 era de 1 caso cada mil nacidos vivos, en 2017 había trepado a 1,7. Todas las regiones, a excepción de Cuyo, presentan tasas superiores a 1,5 casos cada mil nacidos vivos en 2017. Ver Gráfico n° 2. Si nos detenemos en 2017, la región Centro y el NEA son las que presentan las tasas más altas de sífilis congénita, con 1,9 y 1,7 niños cada mil nacidos vivos respectivamente, seguidas del NOA (1,6), el Sur (1,5) y Cuyo (0,5). Las provincias patagónicas son las que dieron el salto más alto en este período, pasaron de 0,5 en 2013 a 1,5 en 2017, aunque este crecimiento pueda también ser atribuido a una mejora en el reporte.²⁰

Gráfico n° 2. Evolución de la tasa de sífilis congénita por mil nacidos vivos, según región y total país, Argentina (2013-2017)



Reproducido de Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina. Año XXI, No 35 – 2018.²⁰

Síndrome Urémico Hemolítico (SUH)

En Argentina, el agente etiológico más comúnmente asociado a SUH es un patógeno zoonótico transmitido por los alimentos y el agua: Escherichia coli productor de toxina Shiga

(STEC), cuyo serotipo más frecuente es O157:H7, aunque hay más de 100 serotipos que poseen un potencial patogénico similar.³⁰⁻³² La bacteria se encuentra en el intestino de las vacas y otros animales de granja, y se suele transmitir a los niños a través del agua o alimentos contaminados y mal cocidos; en especial, la carne.^{30,31} *Ver nota al pie.*¹⁷

De acuerdo con lo notificado hasta el 9/12/2019, durante las SE1 a SE 48 del 2019, se notificaron 287 casos de SUH.³¹ *Ver nota al pie.*¹⁸ Este número es menor a la mediana y al promedio de casos para el mismo período de los últimos 5 años 2014-2018 (314 y 323 respectivamente). La incidencia acumulada hasta la SE48 de 2019 es de 0,71 casos cada 100.000 habitantes. De los 287 casos notificados, 230 (80%) correspondieron a menores de 5 años, lo que representa una incidencia acumulada de 6,52 casos cada 100.000 menores de 5 años. Observándose, hasta ese momento, un predominio de casos del sexo femenino.³¹

Los casos registrados hasta la SE 48 en las Regiones Sur y NEA, superan el promedio y la mediana de los últimos 5 años para el mismo período, mientras que, en el Centro, Cuyo y NOA los casos registrados son inferiores tanto al promedio como a la mediana de los últimos años para el mismo período.³¹

Coqueluche

Aún en países con altas coberturas de vacunación, la tos convulsa o coqueluche, constituye un problema de salud pública. Es una enfermedad endemoepidémica con brotes cada 3-5 años. La mayoría de los casos se describen en menores de 6 meses, quienes presentan mayor frecuencia de hospitalización, complicaciones y muerte.³³ *Ver nota al pie.*¹⁹

Coqueluche o tos convulsa es una enfermedad infecciosa aguda de las vías respiratorias causada por la bacteria *Bordetella pertussis*. Se transmite a través de gotas producidas por la tos o

¹⁷ El síndrome urémico hemolítico (SUH) es una enfermedad de comienzo agudo con anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, y daño renal que se presenta generalmente a continuación de un episodio de diarrea con o sin sangre, principalmente en niños menores de 5 años. Estos síntomas pueden acompañarse con fiebre, vómitos, dolor abdominal, y anuria u oliguria. Además, puede afectar otros órganos como sistema nervioso central, pulmones, páncreas y corazón, y llevar a la muerte debido a complicaciones neurológicas, intestinales, cardíacas o a infecciones intercurrentes. El período de incubación es de dos a diez días, con una media de tres o cuatro días, y el de transmisibilidad hasta tres semanas o más en los niños y de una semana o menos en los adultos, después del comienzo de la diarrea. No hay tratamiento específico para la enfermedad. Se tratan los síntomas y el compromiso de los órganos afectados. Si llega a producirse una insuficiencia renal aguda, se indica diálisis. Para evitar la enfermedad son fundamentales las medidas preventivas, en especial la higiene de manos con agua y jabón antes de comer o manipular alimentos y después de tocar alimentos crudos, ir al baño o cambiar pañales, cocinar bien las carnes, consumir únicamente lácteos pasteurizados y agua potable, mantener la cadena de frío de los alimentos y evitar la contaminación cruzada al manipular los alimentos.³⁰⁻³²

¹⁸ Los padecimientos o eventos epidemiológicos se agrupan en lo que se conoce como semana epidemiológica (SE). A su vez, a la división de los 365 días del año en semanas epidemiológicas, se denomina calendario epidemiológico, el cual es un instrumento de estandarización de la variable tiempo para los fines de la vigilancia epidemiológica.

¹⁹ La sintomatología varía desde una forma leve hasta la forma severa. El curso de la enfermedad reconoce las siguientes 3 fases: Catarral, Paroxística, y de Convalecencia.³⁶ Otras complicaciones menos frecuentes son las neurológicas (convulsiones, encefalopatía), sobreinfecciones bacterianas (otitis media, neumonía, o sepsis) y condiciones asociadas a los efectos de presión por la tos paroxística severa, (neumotórax, epistaxis, hematoma subdural, hernia y prolapso rectal).³⁶ En aquellos niños que por la severidad de los accesos no pueden alimentarse adecuadamente, lo cual es agravado por los vómitos que acompañan al final de los accesos, se puede observar desnutrición.³⁶

los estornudos, y tiene alta contagiosidad. La enfermedad puede presentarse en cualquier etapa de la vida, pero la mayoría de los casos se describen en menores de 6 meses, quienes presentan mayor frecuencia de hospitalización, complicaciones y muerte.³³ Según la Organización Mundial de la Salud, en el año 2018 se reportaron 151.074 casos a nivel mundial.³⁴

En Argentina la vacunación contra *Bordetella pertussis* incluye un esquema primario (2-4-6 meses) y dos refuerzos con componente celular (15-18 meses y 4-6 años), una dosis a los 11 años y en cada embarazo, con vacuna triple bacteriana acelular.³⁵

Durante el año 2018 se confirmaron en nuestro país 900 casos de coqueluche. La distribución por grupo etario mostró una mayor incidencia de la enfermedad en los menores de un año que representaron el 67% de los casos (52% menores de 6 meses y 19% menores de 2 meses). Además, las mayores tasas de incidencia se observaron en Salta (15,8 casos/100.000 hab.), Mendoza (12,5 casos/100.000 hab.) y Entre Ríos (5,5 casos/100.000 hab.). La tasa global de incidencia a nivel país fue de 2 casos cada 100.000 habitantes.³¹

En los últimos años las coberturas de vacunación con componente *pertussis* en menores de 2 años fueron insatisfactorias, especialmente en la dosis de refuerzo de los 15-18 meses. En contraposición la vacunación materna muestra coberturas en ascenso desde su recomendación en 2012 y su posterior incorporación al calendario en 2014. Además, la estrategia de vacunación con triple bacteriana acelular (dTpa) en embarazadas muestra un impacto positivo, ya que se evidencia un descenso de la tasa de letalidad en niños menores de 2 meses de 84% y global de 69%. Lo que permitiría inferir que la vacunación materna estaría protegiendo a los lactantes pequeños, quienes constituyen la principal población de riesgo.³²

Hasta la SE 25 de 2019 fueron notificados al SNVS 2.0 un total de 2556 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales fueron confirmados 339 casos (13,2%).³⁷ En 2018 entre las SE 1-25 se habían confirmado 206 casos, esto significa que en 2019 se observa un incremento de 64%.³⁷ La distribución por edad muestra que el 70% de los casos confirmados son menores de 1 año y los menores de 2 meses, quienes deberían estar protegido por la vacunación materna con triple acelular, representan el 23%.³⁷

Dengue

El dengue es una enfermedad viral de amplia distribución en zonas tropicales y subtropicales. La Argentina fue declarada libre de *Aedes aegypti* en la década de 1960, pero en 1984 reapareció el vector. En la década de 1990 comenzaron a presentarse brotes de enfermedad autóctona limitados a las provincias del norte. Entre el 2008-2009, los casos autóctonos se extendieron a gran parte del país.³⁸ *Ver nota al pie.*²⁰

El dengue es un problema creciente para la Salud Pública mundial, debido a varios factores: el cambio climático, el aumento de la población mundial en áreas urbanas de ocurrencia rápida

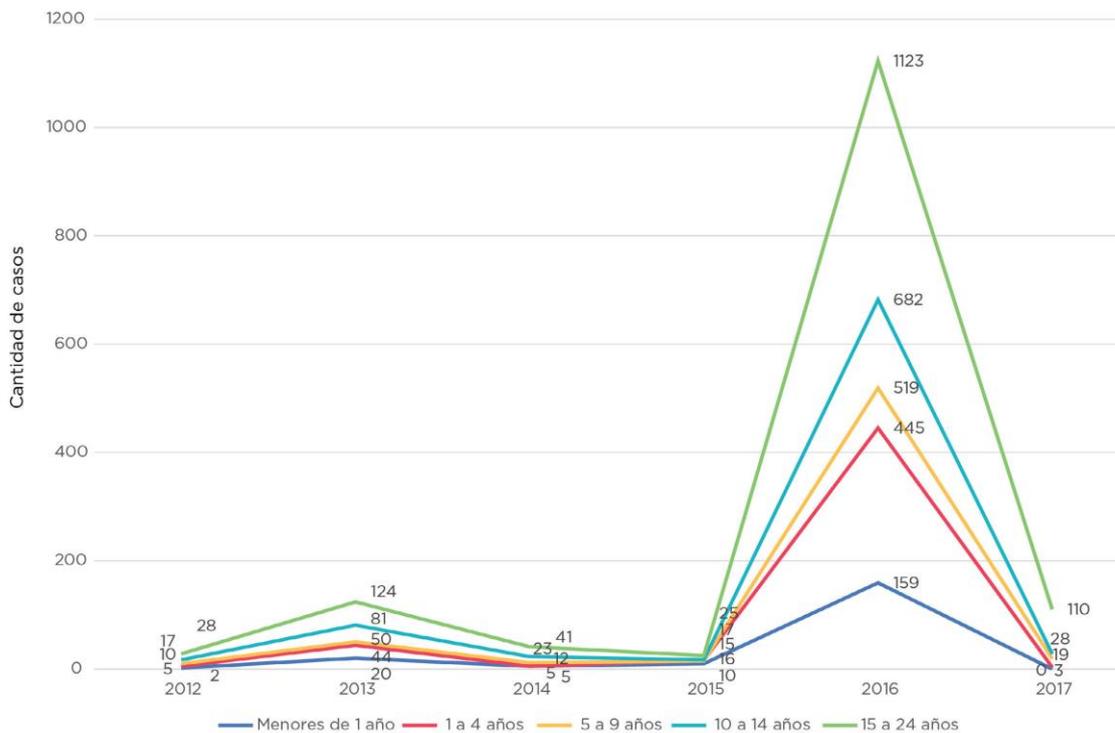
²⁰ La infección por dengue puede ser clínicamente inaparente o puede causar una enfermedad de variada intensidad. Luego de un período de incubación que puede ser de 5 a 7 días (se han observado casos con un período de incubación de 3 hasta 14 días), podrán aparecer las manifestaciones clínicas, aunque una alta proporción de las personas infectadas cursarán de manera asintomática. Se reconocen 3 fases en el curso de la enfermedad: febril, crítica, y de recuperación; y 2 formas clínicas: dengue y dengue grave.³⁹

y desorganizada, la insuficiente provisión de agua potable que obliga a su almacenamiento en recipientes caseros habitualmente descubiertos, la inadecuada recolección de residuos y la gran producción de recipientes descartables que sirven como criaderos de mosquitos al igual que los neumáticos desechados.³⁹ A esto se suman el aumento de viajes y migraciones, fallas en el control de los vectores y la falta de una vacuna eficaz para prevenir la enfermedad.³⁸ Aunque es sumamente infrecuente, la transmisión vertical madre-hijo existe y sus efectos en la mujer embarazada y en los recién nacidos son poco conocidos.^{38,40}

Según la OPS/OMS, el número de casos reportados hasta la semana epidemiológica 42 para la Región de las Américas fue de 2.733.635 (incidencia de 280 casos por 100.000 habitantes). Superando en 13% al número de casos reportados en el año epidémico 2015, y representando el valor más alto registrado en la historia de dengue en las Américas. Con relación a la proporción de dengue grave, la cifra (0,8%) ha superado a lo observado en los cuatro años previos. La tasa de letalidad fue de 0,04%.⁴¹

El comportamiento del dengue en Argentina es epidémico, y la ocurrencia de casos se restringe a los meses de mayor temperatura (noviembre a mayo), en estrecha relación con la ocurrencia de brotes en los países limítrofes.³⁹ En 2016 se produjo la epidemia de dengue de mayor magnitud en la Argentina desde la reemergencia de la enfermedad en 1998, con una tasa de 111 casos confirmados por cada 100.000 habitantes.⁶ La mayor cantidad de casos se registró en el grupo de adolescentes y adultos jóvenes (15 a 24 años). En el año 2017, la cantidad de casos se redujo en más del 90% con respecto al año anterior.² Ver Gráfico nº 3.

Gráfico nº 3. Casos de dengue según grupo de edad. Argentina, 2012 a 2017



Reproducido de SAP / UNICEF. Salud Materno Infanto Juvenil en cifras 2019.²

En el primer semestre de 2019 se registraron brotes de dengue desde la SE 1 hasta la SE 30, evidenciándose un aumento desde la SE 2 y dos picos de incidencia de casos, un primer pico en la SE 6 y un segundo incremento a partir de la SE11 con un máximo en la SE 19. Desde la SE 19 se registró un descenso en el número de casos positivos autóctonos e importados y un incremento en la detección de casos importados entre las semanas 34 y 35. La curva refleja un aumento en la notificación de casos sin registro de viaje a partir de la semana 44, coincidente con el registro de los primeros casos confirmados en la provincia de Misiones.³¹

Diarreas Agudas

Las enfermedades diarreicas agudas continúan siendo uno de los problemas de salud pública más serios en los países en desarrollo, en los que constituyen una de las causas principales de enfermedad y muerte en los niños menores de 5 años.^{43,44} Aproximadamente el 85% de las muertes por diarrea ocurren en los menores de un año.⁴⁴ *Ver nota al pie.*²¹

Las diarreas, como problema de salud pública, puede ser pensada desde dos paradigmas: la epidemiología clásica, centrada en la causalidad biológica de la enfermedad y que incorpora lo social como factores de riesgo asociados al “caso” individual, y de la epidemiología social, que plantea un conjunto de determinaciones para este problema de salud/enfermedad, en el cual también están presentes las determinaciones biológicas e individuales, pero resultan relevantes aquéllas que dan cuenta de la situación social de las personas, entendidas como miembros de una comunidad, con su historia y su cultura.⁴⁴ El factor de riesgo determinante y estructural es el socioeconómico, que se observa, especialmente en países de economías dependientes, en el hacinamiento, falta de acceso al agua potable, falta de posibilidades de refrigeración de los alimentos, sistema de eliminación de excretas ineficiente, falta de acceso a información, dificultad de acceso a los servicios de salud, dificultad para aplicar los cuidados necesarios al paciente, analfabetismo y desocupación.⁴⁴

Los agentes etiológicos de enfermedades diarreicas agudas más frecuentes son los rotavirus que causan del 70 al 80% de las diarreas infecciosas, las bacterias entre el 10 y el 20 %, y los parásitos, alrededor del 10%. La transmisión se produce habitualmente por la ingesta de agua o alimentos contaminados con materia fecal, o mediante la contaminación directa de las manos u objetos utilizados diariamente. En muchas áreas geográficas pueden observarse variaciones estacionales en la incidencia de diarrea. En los climas templados, la diarrea bacteria-

²¹ Las enfermedades diarreicas son infecciones del tracto digestivo ocasionadas por bacterias, virus o parásitos, cuyo principal síntoma es la deposición 3 o más veces al día de heces sueltas o líquidas. Aunque es una enfermedad generalmente autolimitada, en algunos casos es una causa de muerte, fundamentalmente en forma secundaria a la deshidratación y la desnutrición.⁴⁵ Se describen tres tipos clínicos de enfermedades diarreicas: la diarrea acuosa aguda, que dura varias horas o días, como en el caso del cólera; la diarrea con sangre aguda, también llamada diarrea disintérica o disentería; y la diarrea persistente, que dura 14 días o más. Las dos causas más comunes de enfermedades diarreicas son los rotavirus y la bacteria *Escherichia coli*. Los niños que la padecen desnutrición son más vulnerables a las enfermedades diarreicas. A su vez, cada episodio de diarrea empeora su estado nutricional. La diarrea es la segunda mayor causa mundial de malnutrición en niños menores de cinco años.⁴⁴

na aumenta durante la estación cálida, mientras que la viral, especialmente la causada por rotavirus, se incrementa durante el invierno.⁴⁶

La diarrea es una de las principales causas de mortalidad en los niños. Se calcula que todos los años en el mundo ocurren cerca de 4.000 millones de casos entre niños y niñas menores de 5 años. Los niños son más vulnerables que los adultos a morir por causa de la diarrea, debido a que su organismo se deshidrata y se desnutre con más rapidez.⁴⁶ Más del 90% de las muertes ocurren en países en vías de desarrollo.

La tasa de diarreas en menores de un año es la más elevada respecto a las de los otros grupos de edad. Sin embargo, luego de la introducción de la vacuna contra el rotavirus al calendario nacional de vacunación en el año 2015, las tasas de notificación de diarreas por rotavirus por 10.000 habitantes en menores de 1 año y en niños de 1 a 5 años, evidencian una marcada tendencia descendente.⁶

En Argentina, se notifican entre 1.100.000 y 1.250 000 casos de diarreas agudas por año y el 45-50% pertenecen a niños menores de 5 años. La región del Noroeste Argentino (NOA) es la que presenta las mayores tasas de diarrea aguda asociada a rotavirus con un 41, 6% de positividad del total de las muestras analizadas durante el período 2009-2011.^{44,46}

La incidencia acumulada por 100.000 habitantes hasta la SE 48 del año 2019 para el total país fue de 1813,5 casos. En la Región Centro presentó la incidencia acumulada más baja (925,1 casos por 100.000 habitantes), mientras que en el NOA se observó la mayor incidencia (4463,1 casos por 100.000 habitantes).³¹

Infecciones Respiratorias Agudas

Las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) aún representan una importante causa de morbimortalidad en nuestro medio. Durante los 2 primeros años de vida, se producen la mayoría de las IRAB; los virus son sus principales agentes etiológicos, tanto en bronquiolitis como en neumonía.^{47,48} *Ver nota al pie.*²²

En Argentina, todos los años se verifica un progresivo aumento de los casos de IRA en la época invernal. Dicho aumento se asocia con un incremento en la demanda de atención, del número de hospitalizaciones y de la mortalidad por causas respiratorias.⁴⁹

Los virus (los mismos relacionados con la bronquiolitis) son los responsables más frecuentes de neumonía adquirida en la comunidad en menores de 2 años.⁵⁰ En relación a la neumonía bacteriana, *Streptococcus pneumoniae* continúa siendo el agente etiológico más frecuente en neumonías bacterianas de la comunidad luego del período neonatal.⁵⁰ Con la incorporación al calendario oficial de la vacuna antineumocócica conjugada, se ha observado una disminución de hospitalizaciones por enfermedad invasiva debida a dicho germen.⁵⁰

²² Se define como bronquiolitis al primer o segundo episodio de sibilancias asociado a manifestaciones clínicas de infección viral en menores de dos años. Es más frecuente en lactantes, especialmente menores de 6 meses. Se define como neumonía adquirida en la comunidad, a la infección aguda del parénquima pulmonar con signos clínicos de ocupación alveolar y radiológicos de opacidad sin pérdida de volumen, de localización única o múltiple.⁵⁰

Actualmente, el *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) es muy poco frecuente, aunque puede ocasionar enfermedad invasiva en la población inmunocomprometida o con vacunación incompleta. En los últimos años, se ha observado el surgimiento de infecciones por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad (SAMR-ac) y debe considerarse en algunas situaciones particulares.⁵⁰ Las infecciones por *Mycoplasma pneumoniae* suelen ser infrecuentes por debajo de los dos años de edad, pero su prevalencia aumenta francamente a partir de los 4 años de edad.⁵¹ Mientras que en los últimos años se ha observado un aumento de casos de coqueluche en todo el país, especialmente en menores de un año, como ya se ha mencionado en párrafos anteriores.⁵⁰

Según la Sociedad Argentina de Pediatría, los factores de riesgo para padecer infección respiratoria baja se pueden agrupar en dos categorías: del huésped y del medio ambiente. Entre los primeros se encuentran la falta de lactancia materna, la vacunación incompleta, la prematuridad/bajo peso al nacer, y la desnutrición. Entre los segundos, se encuentran el hacinamiento, el invierno, la asistencia a guardería, el analfabetismo funcional materno, la maternidad adolescente, la contaminación ambiental, y la contaminación domiciliar (tabaco, consumo de biomasa para calefacción o cocina).⁵⁰

Según la OMS, la prevención de la neumonía en niños se basa fundamentalmente en las siguientes acciones: inmunización contra Hib, neumococos, sarampión y tos ferina; promoción de la lactancia natural exclusiva y del hábito de lavarse las manos; reducción de la contaminación del aire en interiores; nutrición adecuada; y profilaxis antibiótica en los niños infectados con el VIH.⁵²

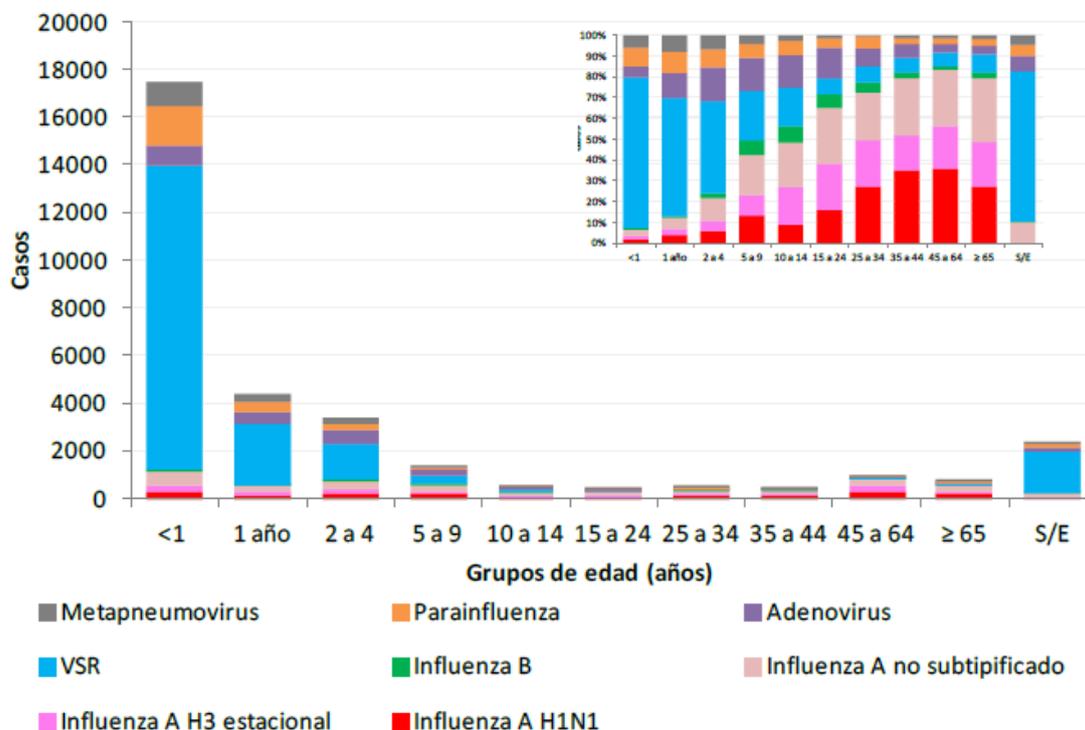
Hasta la SE48 de 2019 se registraron 808.223 casos de Enfermedad Tipo Influenza (corresponde a todos los grupos etarios), 148.101 casos de Neumonía, 74.332 casos de Infección Respiratoria Aguda Grave (corresponde a todos los grupos etarios; representa una incidencia acumulada de 163,6 casos por 100 mil habitantes), y 243.112 casos de Bronquiolitis en menores de dos años.³¹

En relación a los agentes virales identificados hasta la SE48, se observa que el VSR es el más frecuente en los niños y disminuye su proporción conforme aumenta la edad, en favor de adenovirus e Influenza fundamentalmente hasta los 14 años. Desde esa edad y en todos los grupos de edad adulta los virus más frecuentes corresponden a los del grupo Influenza.³¹ Ver *Gráfico n° 3*.

Sin embargo, a partir de los 5 años se observa un aumento de casos de influenza, de ahí la importancia de vacunar a todas aquellas personas con factores de riesgo en estos grupos etarios. Ver *pie de página*.²³

²³ Se consideran factores de riesgo para el desarrollo de formas graves por influenza a los siguientes: Grupo 1: Enfermedades respiratorias: a) Enfermedad respiratoria crónica (hernia diafragmática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], enfisema congénito, displasia broncopulmonar, traqueostomizados crónicos, bronquiectasias, fibrosis quística, etc.); b) Asma moderado y grave. Grupo 2: Enfermedades cardíacas: a) Insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, reemplazo valvular, valvulopatía; b) Cardiopatías congénitas. Grupo 3: Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas (no hemato-oncológica): a) Infección por VIH; b) Utilización de medicación inmunosupresora o corticoides a altas dosis (mayor a 2 mg/kg/día de metilprednisona o

Gráfico n° 3. Distribución absoluta y relativa de muestras y casos virus respiratorios por grupos de edad acumulados SE1 a SE48 de 2019. Argentina. N=91.129



Reproducido de DEIS. Boletín Integrado de Vigilancia N° 477 - SE 50 - 2019.³¹

La vacunación reduce las complicaciones, hospitalizaciones, muertes y secuelas ocasionadas por el virus influenza. El Calendario Nacional de Vacunación incluye la vacuna antigripal para los siguientes grupos: Lactantes (1era dosis: entre 6 y 24 meses, 2da dosis: 4 semanas de la primera dosis, Dosis anual: hasta los dos años de vida, si certifica la 1era y 2da dosis) ; Embarazadas (una dosis, en cualquier trimestre de la gestación); Puérperas (una dosis, hasta 10 días posteriores al parto en caso de no haber recibido en el embarazo); Adultos mayores de 65 años y personal de salud (una dosis anual); y Personas de 2 a 64 años con factores de riesgo (una dosis anual).³⁶

más de 20 mg/día o su equivalente por más de 14 días); c) Inmunodeficiencia congénita; d) Asplenia funcional o anatómica; e) Desnutrición grave. Grupo 4: Pacientes Oncohematológicos y trasplantados: a) Tumor de órgano sólido en tratamiento; b) Enfermedad oncohematológica, hasta seis meses posteriores a la remisión completa; c) Trasplantados de órganos sólidos o tejido hematopoyético. Grupo 5: Otros: a) Obesos con índice de masa corporal [IMC] mayor a 40; b) Diabéticos; c) Personas con insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes seis meses; d) Retraso madurativo grave en menores de 18 años de vida; e) Síndromes genéticos, enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio y malformaciones congénitas graves; f) Tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico en menores de 18 años; g) Convivientes de enfermos oncohematológicos; h) Convivientes de prematuros menores de 1500 g; i) Embarazadas (en cualquier trimestre) y puérperas hasta las 2 semanas del parto.⁵³

Enfermedades Febriles Exantemáticas

Dada la semejanza en el cuadro clínico, la investigación epidemiológica y los estudios de laboratorio, la vigilancia de sarampión y rubéola se realiza en forma integrada como Enfermedad Febril Exantemática (EFE), utilizando una definición de caso única para ambas patologías.⁵⁴ *Ver nota al pie.*²⁴

En Argentina se dejó de registrar casos endémicos de sarampión en el año 2000 y de rubéola y síndrome de rubeola congénita en el año 2009.⁵⁵ Desde entonces, hasta el año 2017, se registraron 29 casos de sarampión importados y relacionados a la importación.⁵⁵

La tasa de casos sospechosos de sarampión/rubeola en la Argentina, para el periodo comprendido entre la SE 25 de 2017 y la SE 24 de 2018, fue de 1 caso cada 100.000 habitantes. Mientras que la tasa de casos sospechosos de síndrome de rubeola congénita fue de 1,8 casos cada 10.000 nacidos vivos.⁵⁶ *Ver nota al pie.*²⁵

En Argentina nos encontramos actualmente ante un brote de sarampión (diciembre 2019). Entre la SE 1 a 50 se registraron 88 casos, 86 detectados en Argentina y 2 en España. De los 86 casos detectados en Argentina, 7 son casos importados o relacionados a la importación y 79 no cuentan con antecedentes de viaje o vínculo hasta el momento con casos importados.³¹ Correspondiendo el mayor número de casos confirmados (22) y la mayor tasa de incidencia por 100.000 habitantes observada según grupo etario (2,97) a los menores de 1 año de edad, seguido de los grupos de 1-4 años. El tercer grupo más afectado son los adultos de 20-40 años.³¹

A continuación se resumen las recomendaciones sobre la vacunación contra el sarampión, según el Calendario Nacional de Vacunación:³⁶

- **Para el equipo de salud de todo el país, profesionales y no profesionales:** deben acreditar dos dosis de vacuna con componente contra el sarampión aplicada después del año de vida (monovalente, doble o triple viral) o contar con serología IgG positiva para sarampión.
- **Para población de todo el país:** de 12 meses a 4 años inclusive: deben acreditar UNA DOSIS de vacuna triple viral (sarampión-rubéola-paperas); mayores de 5 años, adolescentes y adultos: deben acreditar DOS DOSIS de vacuna con componente contra el sarampión aplicada después del año de vida (monovalente, doble o triple viral) o contar con serología IgG positiva para sarampión; las personas nacidas antes de 1965 no necesitan vacunarse porque son consideradas inmunes.

²⁴ Se considera caso sospechoso todo paciente de cualquier edad que presente fiebre y exantema o paciente en que el profesional sospeche sarampión o rubéola.⁵⁷

²⁵ **Caso sospechoso de SRC:** Todo paciente de menos de 1 año de edad, de quien el trabajador de salud sospeche que tiene SRC debido a: 1. Que se le ha detectado una o más de las siguientes anomalías al nacer: cataratas congénitas, defectos cardíacos congénitos (conducto arterioso persistente, estenosis de la arteria pulmonar, etc.), deficiencias auditivas (hipoacusia uni o bilateral), o púrpura. 2. Historia de infección por rubéola (confirmada o sospechosa) de la madre durante el embarazo. Pueden o no estar acompañados por: bajo peso al nacer, púrpura, ictericia, hepatoesplenomegalia, microcefalia, retraso mental, meningoencefalitis, osteopatía radiolúcida, etc. Estas manifestaciones se presentan aisladas o combinadas.⁵⁷

- **Para residentes en Argentina que viajan al exterior:** varía según la edad. Para mayor información consultar el Boletín Integrado de Vigilancia N° 477 correspondiente a la SE 50 de 2019.³¹
- **Sobre las embarazadas:** no deben vacunarse por tratarse de una vacuna a virus vivos, y hay consideraciones especiales para las mismas en caso de viaje.³¹

Sin embargo, ante el brote de sarampión las indicaciones sobre la vacunación son dinámicas y podrán sufrir modificaciones de acuerdo a la situación epidemiológica. A fecha 13 de diciembre de 2019 se mencionan las siguientes consideraciones:³¹

- Los niños y las niñas entre 6 y 11 meses de vida, deben recibir una dosis de vacuna triple viral, “dosis cero”. Esta “dosis cero” es adicional y no debe ser tenida en cuenta como esquema de vacunación de calendario.
- Los niños y las niñas de 13 meses a 4 años inclusive deben acreditar al menos 2 dosis de vacuna triple viral después del año de vida. La dosis de calendario regular al año de vida y la dosis de la Campaña Nacional de Seguimiento 2018 de 1-4 años.
- Todos los mayores de 5 años, adolescentes y adultos deben acreditar al menos dos dosis de vacuna con componente contra el sarampión.

Parotiditis

La parotiditis epidémica o fiebre urliana es una enfermedad inmunoprevenible. La mayor incidencia de la enfermedad en la actualidad ocurre en adolescentes y adultos jóvenes, y en segundo lugar los niños mayores de 5 años.⁵⁸ La parotiditis es una enfermedad de notificación obligatoria a través del módulo clínico del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, ante un caso sospechoso. La notificación oportuna permite las acciones de investigación y control de foco. *Ver nota al pie.*²⁶

El uso de la vacuna contra las parotiditis (componente de la Triple Viral) redujo la tasa de incidencia de la enfermedad en un 90%. El virus continúa circulando en el país a pesar de la vacunación afectando mayormente a personas no vacunadas adecuadamente y a individuos que están en comunidades cerradas.⁵⁸

Las tasas de parotiditis mostró en el periodo 2013-2016 una tendencia en ascenso para todos los grupos de edad.⁶ Sin embargo, en el año 2017 la tasa acumulada de parotiditis para el total de la población de Argentina fue de 19,9 casos cada 100.000 habitantes, lo

²⁶ Enfermedad vírica aguda caracterizada por fiebre, tumefacción y dolor al tacto de una o más glándulas salivales. Un tercio de las meningoencefalitis en niños menores de 2 años y la orquitis pueden ocurrir sin afección de las glándulas salivales. Se transmite de persona a persona a través de las secreciones que elimina una persona enferma al hablar, toser o estornudar, o bien por contacto directo con cualquier objeto contaminado con esas mismas secreciones. El período de incubación se puede extender de 12 a 25 días. Principalmente afecta a niños y niñas entre los 2 y 12 años que no han sido vacunados contra la enfermedad. Sin embargo, la infección puede ocurrir a cualquier edad. Se previene a través de la vacuna triple (sarampión-Rubeola-Parotiditis), aplicando el esquema del calendario nacional de vacunación ya descrito para el sarampión.³⁶

que representa un descenso del 27% respecto al año 2016. En el grupo de adolescentes (15 a 24 años) la tasa de incidencia de parotiditis fue de 69,6 casos cada 10.000 habitantes adolescentes en 2016; mientras que la tasa de incidencia en el grupo de 10 a 14 años fue de 49,8 casos cada 100.000.

Hasta la SE 48 del año 2019, se notificaron para el total país 8.175 casos de parotiditis, lo que representa una incidencia acumulada de 18,2 casos cada 100.000 habitantes (todos los grupos etarios). En cuanto a la distribución por regiones, la incidencia acumulada más alta se registró en el Sur (47,6) y la más baja en el NEA (5,5).³¹

Tuberculosis

La Tuberculosis (TB) representa la segunda causa mundial de mortalidad debido a un agente infeccioso, después del SIDA. La OMS estima que 1 de cada 10 casos de TB en el mundo se produce en niños. El número estimado podría ser mucho mayor, porque la TB en los niños a menudo no se diagnostica.⁵⁴ Más de 200 niños menores de 15 años mueren en el mundo cada día, innecesariamente, por esta enfermedad prevenible y curable.⁵⁴

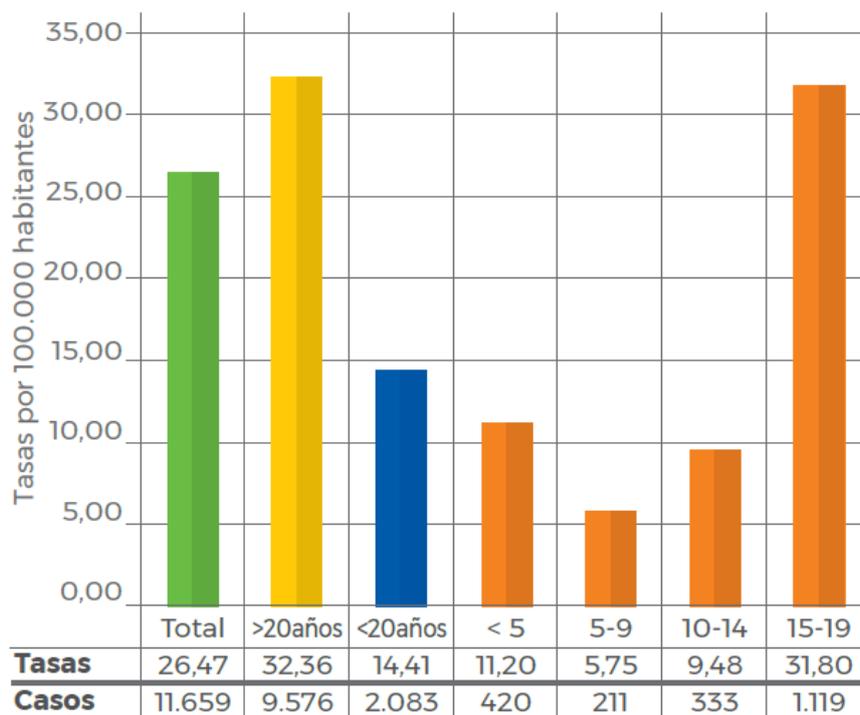
Las tasas de notificación de tuberculosis presentan grandes variaciones según las jurisdicciones consideradas (la Ciudad de Buenos Aires es la que presenta la tasa más alta de notificaciones).⁵⁹ Siendo necesario destacar que la ocurrencia de tuberculosis pediátrica y del adolescente se concentra en regiones suburbanas con alta notificación de casos bacilíferos en adultos y áreas con condiciones sociales desfavorables.⁶⁰

En el año 2017 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 11.659 casos de tuberculosis (todas las formas clínicas y todos los grupos etarios), de los cuales el 88,5% fueron casos nuevos y recaídas y el 11,5% casos antes tratados.⁶¹

Los menores de 20 años representaron el 17,9% (2.083) entre todos los casos notificados, con predominio de notificación en el grupo de adolescentes: 9,6% del total de casos (1.119).⁵³ Los menores de 15 años -el 8,3% (964)- se distribuyeron de la siguiente forma en grupos quinquenales de edad: niños menores de 5 años 3,6% (420 casos); niños de 5 a 9 años, 1,81% (211); y niños de 10 a 14 años, 2,86% (333).⁶¹

En nuestro país, para el año 2017 la tasa de notificación en menores de 20 años fue de 14,4 casos por 100.000 habitantes. Esta tasa representó un aumento del 7,6% con relación a la tasa de 2016 (13,4 casos por 100.000 habitantes). También el número de casos mostró un aumento de 152 notificaciones más en 2017 respecto de 2016 (aumento del 7,9%). La distribución por edad de los casos de tuberculosis presentó un comportamiento similar al de años anteriores. Las mayores tasas de notificación se observaron en los adolescentes de entre 15 y 19 años, mientras que la población de 5 a 9 años presentó las tasas más bajas.⁶¹ *Ver Gráfico n° 4.*

Gráfico n° 4. Notificación total de casos de TBC (todas las formas) por grupos de edad. Número de casos y tasas por 100.000. Argentina, 2017.



Reproducido de Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC. Boletín sobre Tuberculosis en Argentina N° 2 – Año II, Marzo de 2019.⁶¹

En Argentina se registraron 27 muertes por TBC en menores de 20 años en 2017: un fallecimiento más que en 2016. La tasa de mortalidad fue de 0,19 muertes por cada 100.000 habitantes. Hubo siete defunciones en menores de 15 años (0,06 por 100.000) y 19 en adolescentes de 15 a 19 años (0,48 por 100.000).⁶¹

La mortalidad por tuberculosis pediátrica y del adolescente se asocia con condiciones sociales desfavorables, tanto individuales como del contexto: bajo nivel de instrucción, falta de cobertura de salud, alta proporción en hogares con necesidades básicas insatisfechas.⁵⁹

Enfermedades No Transmisibles

Malnutrición

El término “malnutrición” se refiere a las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona. Abarca tres grandes grupos de afecciones: la desnutrición, la malnutrición relacionada con los micronutrientes y el binomio sobrepeso-obesidad.⁶² Los dos primeros por carencia, y el tercero por exceso.² Ver Gráfico n° 5. Todos los países del mundo están afectados por una o más formas de malnutrición. Las mujeres, los lactantes, los niños y los adolescentes están particularmente expuestos a la malnutrición.⁶² Una buena nutrición al comienzo de la vida (en particular durante los 1000 días que transcurren

entre la concepción y el segundo aniversario del niño), posibilita una mejor salud en el presente y en el largo plazo.⁶² La pobreza multiplica el riesgo de sufrir malnutrición y sus consecuencias. Las personas pobres tienen una mayor probabilidad de sufrir distintas formas de malnutrición. Además, la malnutrición representa un factor de riesgo para las principales enfermedades no transmisibles (como las enfermedades cardiovasculares, algunos cánceres y la diabetes).⁶²

Finalmente, cabe destacar que la malnutrición aumenta los costos de la atención de salud, disminuye la productividad y repercute negativamente sobre el crecimiento económico. Lo que puede perpetuar el ciclo de pobreza y enfermedad.⁶²

Desnutrición

Aquí se agrupan las patologías asociadas a la carencia de nutrientes. Pudiéndose describir cuatro tipos principales de desnutrición: emaciación, retraso del crecimiento, insuficiencia ponderal, y carencias de vitaminas y minerales. Por causa de la desnutrición, los niños, en particular, son mucho más vulnerables ante la enfermedad y la muerte.⁶²

La insuficiencia de peso respecto de la talla se denomina emaciación. Suele indicar una pérdida de peso reciente y grave, debida a que la persona no ha comido lo suficiente y/o a que tiene una enfermedad infecciosa, como la diarrea, que le ha provocado la pérdida de peso. Un niño pequeño que presente una emaciación moderada o grave tiene un riesgo más alto de morir, pero es posible proporcionarle tratamiento. En el año 2016, se estima a nivel mundial que 55 millones de niños menores de 5 años de vida presentaron emaciación.⁶³

La talla insuficiente respecto de la edad se denomina retraso del crecimiento. Es consecuencia de una desnutrición crónica o recurrente, por regla general asociada a condiciones socioeconómicas, deficiencias en la nutrición y en la salud de la madre, recurrencia de enfermedades y/o a una alimentación o unos cuidados no apropiados para el lactante y el niño pequeño.⁶² El retraso del crecimiento impide que los niños desarrollen plenamente su potencial físico y cognitivo. Se calcula a nivel mundial que, en 2016, 155 millones de niños menores de 5 años presentaban retraso del crecimiento o talla baja.⁶³

Los niños que pesan menos de lo que corresponde a su edad sufren insuficiencia ponderal. Un niño con insuficiencia ponderal puede presentar a la vez retraso del crecimiento y/o emaciación.⁶² Alrededor del 45% de las muertes de menores de 5 años tienen que ver con la desnutrición. En su mayoría se registran en los países de ingresos bajos y medianos. Al mismo tiempo, en esos países están aumentando las tasas de sobrepeso y obesidad en la niñez.⁶²

En Argentina, durante el año 2016 se pudo observar que dentro del grupo de malnutrición por carencia, la categoría “baja talla” es 3 veces superior en los lactantes y niños menores de 2 años comparado con los niños, niñas y adolescentes de 10 a 19 años.⁶⁴ La baja talla para la edad es la variable que más contribuye al indicador de déficit nutricional. *Ver Gráfico n° 6.*

Malnutrición relacionada con los micronutrientes

El organismo necesita micronutrientes (vitaminas y minerales) para producir enzimas, hormonas y otras sustancias esenciales para un crecimiento y un desarrollo adecuado. La ingesta insuficiente de los mismo produce diferentes enfermedades.⁶²

El yodo, la vitamina A y el hierro son los más importantes en lo que se refiere a la salud pública a escala mundial; sus carencias suponen una importante amenaza para la salud y el desarrollo de las poblaciones de todo el mundo, en particular para los niños y las embarazadas de los países de ingresos bajos.⁶²

En Argentina, según los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, la prevalencia de anemia es 16,5% en menores de 6 años y 35,3% en niños de 6-23 meses.⁶⁴ La prevalencia de deficiencia subclínica de vitamina A en niños de 2-5 años es del 14,3%. Mientras que la prevalencia del déficit de vitamina D en los niños de 6-23 meses en la región Patagonia es del 2,8%.

Sobrepeso y Obesidad

Una persona tiene sobrepeso o es obesa cuando pesa más de lo que corresponde a su altura. Una acumulación anormal o excesiva de grasa puede afectar a la salud.⁶²

El índice de masa corporal (IMC) es una relación entre el peso y la altura que se utiliza habitualmente para determinar el sobrepeso y la obesidad. Se define como el peso de una persona en kilogramos divididos por el cuadrado de la altura en metros (kg/m^2).⁶² En los adultos, el sobrepeso se define por un IMC igual o superior a 25, y la obesidad por un IMC igual o superior a 30. En la población pediátrica, el IMC varía según sexo y edad.

El sobrepeso y la obesidad pueden ser consecuencia de un desequilibrio entre las calorías consumidas (demasiadas) y las calorías gastadas (insuficientes). A escala mundial, las personas cada vez consumen alimentos y bebidas más calóricos (con alto contenido en azúcares y grasas), y tienen una actividad física más reducida. Se calcula que en 2016, 41 millones de niños menores de 5 años tenían sobrepeso o eran obesos.⁶³

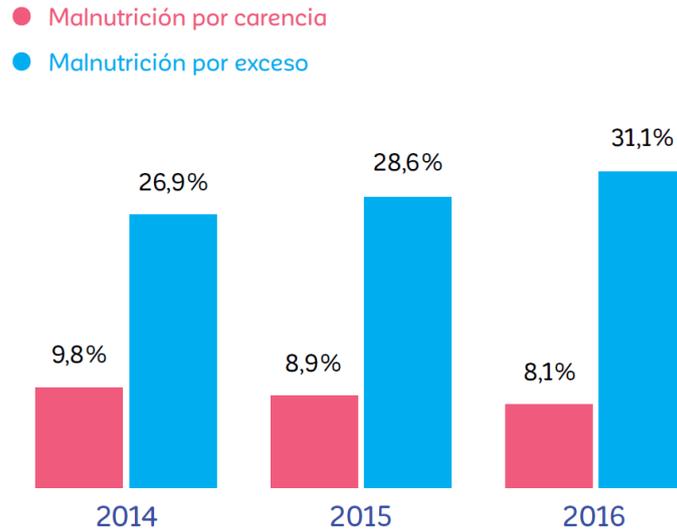
La obesidad infantil y adolescente no solo es un grave problema de salud pública con alto impacto económico, sino que aumenta el ausentismo escolar, la discriminación entre compañeros, y, consecuentemente, disminuye el rendimiento escolar.

Durante el período 2014-2016 el incremento de la obesidad en todo nuestro país fue del 34%. Mientras que en igual período la provincia de Bs. As. duplicó los casos de obesidad en niños, niñas y adolescentes.⁶⁴ Otras provincias que también tuvieron fuertes incrementos fueron Neuquén (98%), San Juan (76%) y Misiones (54%). Contrariamente, se observó un descenso de la obesidad en las provincias de Chaco, Corrientes, Formosa, San Luis y Santa Cruz.⁶⁴

En Argentina, en la población reportada por el programa SUMAR correspondiente al año 2016, se observa que en los distintos grupos de edad el sobrepeso se mantuvo relativamente estable (por arriba del 18%) y se incrementó levemente en el tramo adolescente, en donde llegó a 21,9%.⁶⁴ Mientras que la obesidad presentó un crecimiento sostenido a lo largo de los

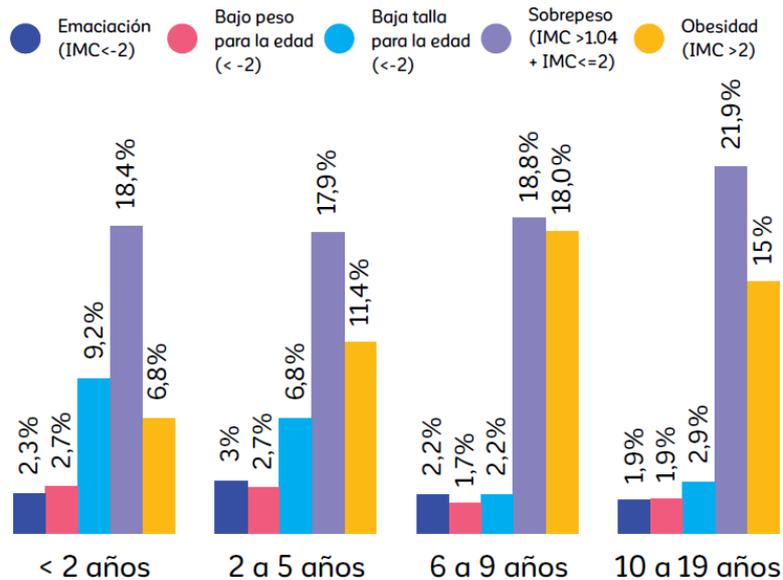
distintos rangos etarios, siendo del 6,8% en menores de 2 años y llegando al 18,1% en el grupo de 6 a 9 años, para luego disminuir levemente entre los adolescentes a un 15,1%.⁶⁴ Ver Gráfico n° 6. Ambos indicadores resultaron los más elevados en cada uno de los tramos, superando ampliamente a los de déficit, con excepción de la talla para la edad entre los menores de 2 años en donde alcanzó el 9,2%.⁶⁴

Gráfico n° 5. Evaluación de los indicadores antropométricos de la población, según malnutrición por carencia vs. Malnutrición por exceso. 2014 a 2016. Total país (en porcentaje)



Reproducido de Ministerio de Salud. Sobrepeso y Obesidad en niños, niñas y adolescentes según datos del primer nivel de atención en la Argentina. 2018.⁶⁴

Gráfico n° 6. Cantidad de niños, niñas y adolescentes por tramos de edad. 2014 a 2016. Total país. (en porcentaje)



Reproducido de Ministerio de Salud. Sobrepeso y Obesidad en niños, niñas y adolescentes según datos del primer nivel de atención en la Argentina. 2018.⁶⁴

La malnutrición por carencia continúa siendo un importante problema de salud pública en un país con las condiciones socioeconómicas de la Argentina. Sin embargo, resulta imprescindible incorporar al sobrepeso y a la obesidad al nuevo paradigma de la malnutrición de niños, niñas y adolescentes. La malnutrición por exceso es la forma más prevalente de malnutrición y en nuestro país cuadruplica la desnutrición clásica, acorde con la tendencia internacional. Siendo los grupos sociales más vulnerables los que enfrentan la doble carga de la malnutrición y el exceso de peso de modo simultáneo y ambos asociados a la pobreza, caracterizando la transición epidemiológica.⁶⁴ La Encuesta Mundial de Salud Escolar 2012 ya había demostrado que los adolescentes de menor nivel educativo tenían índices de sobrepeso y obesidad un 31% mayor respecto al observado en los adolescentes de mayor nivel educativo.⁶⁵

Morbilidad Pediátrica y Carga de Enfermedad

Se ha descripto hasta aquí la situación epidemiológica de las enfermedades más frecuentes de la población pediátrica, aquellas que se suelen englobar como “patologías prevalentes” y que habitualmente están presentes en los reportes que anualmente publica la Sociedad Argentina de Pediatría con la colaboración de UNICEF Argentina y en los reportes que cada cuatro años publica la OPS sobre la “Salud en las Américas”. Sin embargo, la tasa de prevalencia e incidencia no es lo único a considerar al abordar una enfermedad desde la perspectiva de la salud pública. Es también necesario evaluar la carga de enfermedad que la misma implica.

La carga atribuible a una enfermedad en particular dependerá de su frecuencia (incidencia, prevalencia y mortalidad), pero también de la valoración de sus consecuencias mortales (pérdida de años de vida) y no mortales (pérdidas funcionales y de bienestar).⁶⁶ Para eso es necesario combinar los efectos de la mortalidad prematura y de la discapacidad, integrando en una sola medida o indicador el efecto sobre la población de los principales trastornos de salud, mortales o no mortales.⁶⁷ Los años de vida ajustada según discapacidad (AVAD) representan la principal unidad utilizada internacionalmente para medir la carga de enfermedad. En ellos se combinan los años de vida perdida (AVP) y los años de vida perdidos por discapacidad (AVPD). *Ver nota al pie.*²⁷ Un AVAD perdido es un año de vida “sana” perdido, y por lo tanto, la carga de enfermedad así medida es la brecha entre el nivel actual de salud de la población y el nivel ideal de salud de una población que alcanzara la esperanza de vida atribuida libre de discapacidad.⁵⁹ Detallar la metodología del cálculo e interpretación de los AVAD escapa a los objetivos de este material de estudio.

Cuando analizamos los problemas de salud de la población pediátrica bajo esta perspectiva, surge como necesario hacer referencia a otras patologías, como por ejemplo las cardiopatías congénitas y el cáncer, enfermedades de gran importancia clínica para el médico pediatra y en

²⁷ **Años de vida perdida (AVP):** se calculan a partir de las muertes a cada edad multiplicadas por los años restantes de vida que cabría esperar según una esperanza de vida general, estándar para todos los países.⁶⁷ **Años de vida perdidos por discapacidad (AVPD):** se calculan multiplicando los casos nuevos de lesión o enfermedad por la duración media de la enfermedad y por un peso de discapacidad que refleja la gravedad de la enfermedad en una escala de 0 (salud perfecta) a 1 (muerte).⁶⁷ **Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) = AVP + AVD.**⁶⁷

menor medida para el médico general. Sin embargo, es importante que este último dimensione el problema de salud pública que estas dos patologías representan, dada la mortalidad y la discapacidad que generan. Además de la carga económica que significan para las familias y el sistema de salud.⁶⁸⁻⁷⁰ *Ver nota al pie.*²⁸

En el trienio 2014-2016 se registraron 4107 casos de cáncer en menores de 15 años. Las leucemias representaron el principal tumor (37,6%), mientras que el segundo lugar fue para los tumores del sistema nervioso central y el tercer lugar para los linfomas.^{2,71} La sobrevida estimada a los 5 años del diagnóstico para el período 2005-2011 fue aproximadamente del 66.5%.⁷¹ La sobrevida a 5 años de los tres tumores más frecuentes fue del 67.1% para las Leucemias, del 54.5% para los Tumores del Sistema Nervioso Central, y del 76.9% para los Linfomas.⁷¹

Durante el período 2012-2017 se realizaron en nuestro país 24.567 denuncias de cardiopatías congénitas a través del Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas (58% de ellas en menores de 1 año) y 9887 intervenciones, con una mortalidad pre y posquirúrgica de aproximadamente 4,8%.²

Comportamientos de Riesgo en la Población Adolescente

La adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica.⁷³ En Argentina, para el año 2017 la población adolescente (entre 10 y 19 años) estimada fue de 7 millones, lo que representó el 16% del total de habitantes del país.¹ Abordar integralmente la atención del adolescente requiere detenerse a analizar el concepto de riesgo, entendiendo al mismo como la probabilidad de que ocurra algún hecho negativo. Además de la posible existencia de factores de riesgo y/ o protectores para determinadas patologías, es posible observar en la población adolescentes determinados comportamientos o conductas de riesgo.⁷³⁻⁷⁹

Son conductas de riesgo aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo o comunidad, que puede llevar a consecuencias nocivas.⁷³ Las mismas pueden ser biológicas, psicológicas y/o sociales. Son particularmente intensas en la adolescencia y suelen implicar un efecto placentero inmediato pero carecen de una valoración de las consecuencias posteriores.⁷⁴

Las conductas de riesgo se vinculan con factores individuales y de contexto.⁷⁹ Entre los primeros, se pueden identificar factores personales, como su historia de vida, factores precipitantes, como la percepción subjetiva del impacto de las experiencias que le toca vivir, y de contexto, como la existencia o no de redes sociales de apoyo. Entre los segundos, se incluyen factores tales como la familia, el grupo de pares, el papel de los medios de comunicación, las normas y los valores y las creencias del contexto sociocultural en el que se vive, etc.

²⁸ **Carga económica de la enfermedad:** es un término utilizado para describir los problemas del paciente relacionados con los costos de la atención médica. No contar con seguro médico o tener un gasto de bolsillo elevado por la atención sanitaria que no cubre el seguro médico, puede causar problemas financieros y llevar al endeudamiento y la quiebra. La carga económica también afecta la calidad de vida de los pacientes y el acceso a la atención médica.⁷²

Las conductas de riesgo más frecuentes son: el consumo de drogas (especialmente alcohol, tabaco y marihuana), las relaciones sexuales precoces y sin medidas de protección, los trastornos de la alimentación, las conductas antisociales, el abandono de los estudios.⁷³⁻⁷⁹ Las que exponen a los adolescentes a perjuicios para su salud como por ejemplo los accidentes, el embarazo adolescente, las enfermedades de transmisión sexual, el fracaso escolar, los episodios depresivos y el suicidio.⁷³⁻⁷⁹ Por lo tanto, los problemas de salud de la población adolescente presentan algunas características específicas, aunque comparten con el resto de los grupos etarios problemas de salud relacionados con aspectos de la vida urbana moderna, como los accidentes de tránsito, el sedentarismo y algunos desórdenes alimenticios u obesidad.⁷⁸ Los adolescentes se enferman menos que otros grupos etarios, lo que provoca que consulten menos a los profesionales de salud. Suelen concurrir solo por problemas físicos. Sin embargo, los problemas de salud de la población adolescente pueden condicionar su vida actual y futura.

Descontando el embarazo, parto y puerperio, que aglutinan a la mayoría de los egresos hospitalarios de las adolescentes, la causa más importante de egresos entre adolescentes de ambos sexos son los traumatismos, los envenenamientos y otras consecuencias de causas externas.⁷⁸

Las principales problemáticas de salud reportadas por los funcionarios tanto nacionales como provinciales son: consumo excesivo de alcohol, uso de sustancias y embarazos no planificados.⁷⁸ Siendo necesario destacar que la distribución de los problemas de la población adolescentes varía entre las diferentes jurisdicciones de nuestro país, reflejando las diferencias socioeconómicas, de nivel educativo, de acceso al sistema sanitario, culturales y de equidad de género existentes entre las mismas.⁷³⁻⁷⁹

En relación al estado nutricional en la población adolescente escolarizada, como ya se ha detallado previamente, la obesidad y el sobrepeso han aumentado durante los últimos años, especialmente en los varones.⁷⁸

En relación a la salud mental de la población adolescente, durante el periodo 2005-2013, el problema de salud más frecuente (39,5%) fueron los “Trastornos por Consumo de Psicotrópicos”.⁸⁰ Sin embargo, la prevalencia de consumo anual de tabaco y cocaína disminuyó en estudiantes de enseñanza media entre 2001 y 2014.⁷⁸ El suicidio representa la segunda causa de mortalidad en la población adolescente. Según datos de la Encuesta Mundial de Salud Escolar 2012, el 16,6% de los adolescentes escolarizados informó haber “considerado seriamente suicidarse en el último año”, elevándose a cerca del 25% en la provincia de Salta, mientras que en Ciudad de Buenos Aires no alcanza al 15%.⁷⁸

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2013, el 44,2% de las mujeres y el 53,2% de los varones de entre 14 y 19 años se había iniciado sexualmente. Siendo la edad promedio de iniciación sexual era levemente superior entre las mujeres: 15,5 años versus 14,9 entre los varones. La utilización de algún método de anticoncepción en la primera relación fue alta tanto en mujeres (90%) como en varones (87,1%). Esta proporción se eleva al 97,7% en el AMBA y desciende al 80,2% en las provincias del NOA.^{78,81}

El ejercicio de una sexualidad no responsable, tiene como consecuencia no deseada la aparición de las enfermedades de transición sexual y el embarazo adolescente. Según datos de la Dirección de Estadísticas en Información de Salud, en el año 2018 nacieron en nuestro país 84.768 niños y niñas de madres adolescentes entre 15 y 19 años, y 2.350 de niñas/adolescentes menores de 15 años.⁸² Lo que representa que el 12,9% de los niños nacieron de madres menores de 20 años. Pudiéndose observar una gran variación de este porcentaje entre las diferentes jurisdicciones del país, lo que refleja las inequidades socioeconómicas y sanitarias existentes.

El embarazo adolescente disminuye los logros educativos de las adolescentes madres en relación con sus pares no madres. Cuando las jóvenes madres permanecen en el hogar de origen la asistencia escolar es mayor.⁷⁸ Las complicaciones del embarazo adolescentes suelen ser peores entre las menores de 15 años, ya que su detección suele ser tardía (en el segundo trimestre). Lo que impide un abordaje adecuado y oportuno para evaluar las circunstancias en torno al embarazo y brindar intervenciones acordes a las necesidades detectadas.⁷⁸

Datos de Mortalidad Infantojuvenil

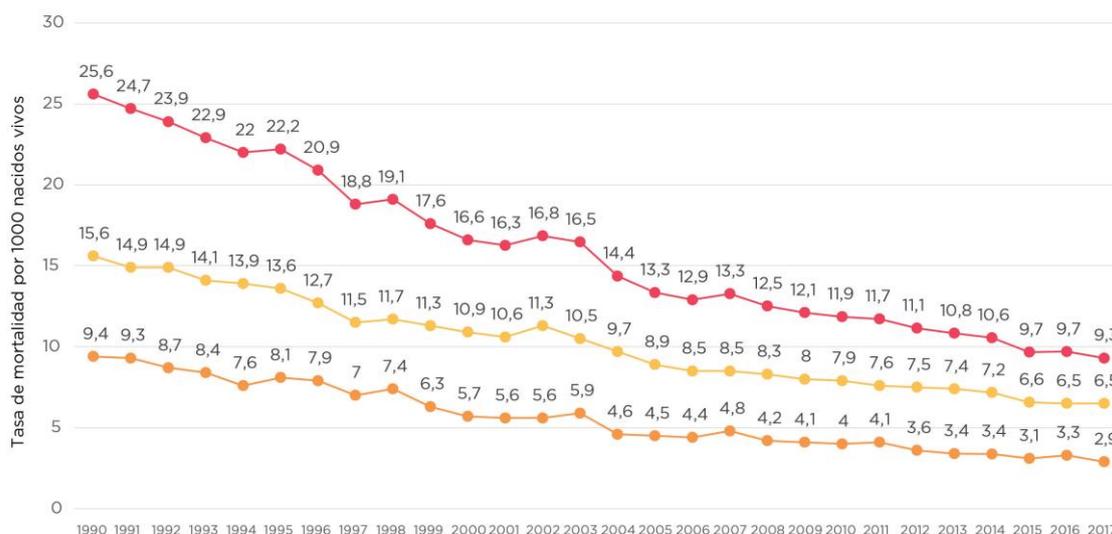
Según señala la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), los datos de mortalidad en 2017 según sexo y edad, ratifican que superado el primer año de vida y fundamentalmente a partir de los 5 años, el riesgo de muerte crece a medida que aumenta la edad.⁵ Si bien en todos los grupos de edad la mortalidad en hombres fue mayor que en las mujeres, esta diferencia se acentúa entre los 10 y los 35 años de edad, efecto atribuible al impacto de las causas externas (accidentes, suicidios y homicidios).⁵

A continuación se presentan los datos de mortalidad de la población pediátrica agrupados en los grupos de edad que mayormente utilizan los organismos oficiales y las organizaciones no gubernamentales.

Mortalidad Infantil

En el transcurso del año 2017 se registraron 6.579 defunciones de menores de 1 año de edad, lo que resulta en una tasa de mortalidad infantil de 9,3 defunciones cada 1.000 nacidos vivos.⁵ Esta tasa es un 4,1% menor a la de 2016 y un 30% menor que la tasa registrada en 2005, año en que la tasa fue de 13,3 defunciones cada 1.000 nacidos vivos.⁵ El componente neonatal y postneonatal mostraron descensos cercanos al 26% y al 35%, respectivamente en ese período.⁵

Figura n° 3. Tendencia de mortalidad infantil, neonatal y posneonatal por 1000 nacidos vivos. Argentina, 1990 a 2017



Reproducido de SAP / UNICEF. Salud Materno Infantil en cifras 2019.²

En 2017 la mortalidad neonatal (6,5 por 1.000) duplica a la postneonatal (2,9 por 1.000). El descenso en el último año de la tasa de mortalidad infantil se dio principalmente por la baja en el componente postneonatal.⁵

La mortalidad infantil desciende de manera sostenida desde el año 2007. Desde el año 2011 este descenso se acompaña de un incremento de la tasa de mortalidad perinatal, que se ubica por encima.⁵ *Ver nota al pie.*²⁹ Lo cual podría ser consecuencia de un aumento de las defunciones fetales o de una mejora en el registro de las defunciones fetales.

El análisis de la distribución geográfica de la mortalidad infantil durante el año 2017, permite observar que la tasa menor alcanza las 6,8 defunciones cada 1.000 nacidos vivos y corresponde a la provincia de Chubut y la tasa máxima es de 16 defunciones cada 1.000 nacidos vivos y corresponde a Formosa.⁵

Las afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas son responsables del 79,8% de las muertes infantiles (5.247 defunciones en menores de 1 año).⁵ Las afecciones originadas en el período perinatal, con 3.383 defunciones, representan el 51% de las causas de muerte en menores de 1 año. Las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con 1.864 defunciones, aportan el restante 28%.⁵

²⁹ **Mortalidad Perinatal.** La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima Revisión (CIE-10) estableció definitivamente que el período perinatal comienza cuando se completa la 22ª semana de gestación (cuando el peso del feto es normalmente de 500 gramos) y finaliza cuando se completan los siete días posteriores al nacimiento.⁸³ **Tasa de Mortalidad Perinatal:** se calcula colocando el Nro. de muertes fetales tardías (aquellas que se producen a partir de la 22ª semana de gestación) más el Nro. de defunciones de menores de siete días en el numerador, y colocando el Nro. de muertes fetales tardías más el Nro. de nacidos vivos registrados en el denominador, para finalmente multiplicar por mil.⁸³

En el primer grupo de causas, los trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal y la dificultad respiratoria del recién nacido, son las principales afecciones que dan cuenta del 31% (1.048) y 15% (510), respectivamente.⁵ En el segundo grupo de causas, las malformaciones congénitas del corazón concentran el 32%.⁵

Debe destacarse el descenso en las defunciones infantiles por enfermedades respiratorias durante el año 2017 en comparación con el año 2016, dónde se registraron 120 defunciones menos (23,7% de descenso).

Para el año 2017, el 55% de las muertes neonatales y el 67,7% de las muertes postneonatales fueron clasificables como reducibles.⁵ Dentro de las muertes postneonatales, es importante el peso de las causas mal definidas e inespecíficas.⁵

Según el criterio clásico de reducibilidad, el 55% de las muertes neonatales y el 68% de las posneonatales se podrían evitar. *Ver nota al pie.*³⁰

En el transcurso del año 2018 se registraron 6.048 defunciones de menores de 1 año de edad, lo que resulta en una tasa de mortalidad infantil de 8,8 defunciones cada 1.000 nacidos vivos.⁸³ Al desagregar la misma por jurisdicciones es posible observar que la tasa más baja la presentó CABA (6,0 cada 1000 nacidos vivos), y la tasa más elevada la presentó la provincia de Corrientes (12,8 cada 1000 nacidos vivos).

Mortalidad de 1 a 4 años

En las áreas con niveles medios y altos de desarrollo, la mortalidad de 1 a 4 años - conjuntamente con la correspondiente al intervalo de 5 a 9 años- registran las tasas más bajas de mortalidad a lo largo de toda la vida de los individuos de una población.⁸⁴

En la mortalidad de este grupo de edad se reflejan los principales determinantes que afectan la salud de un niño, como la nutrición, la sanidad, las enfermedades transmisibles e inmutables y los accidentes que ocurren en y alrededor del hogar y se reducen a valores mínimos las causas más frecuentes de la mortalidad infantil (afecciones perinatales y anomalías congénitas).⁸⁴

En nuestro país, durante el año 2017 se produjeron 1194 muertes de niños y niñas de entre 1 y 4 años de edad, lo que representa una tasa de mortalidad de 0,4 por cada 1000 niños de 1 a 4 años. . Las principales causas asociadas a estas muertes fueron externas, las malformaciones congénitas y las anomalías cromosómicas, y las enfermedades del sistema respiratorio. Los tumores representan el 12% de las muertes de los niños y las niñas de esta edad.^{1,2} *Ver nota al pie.*³¹

³⁰ La clasificación de las causas de muerte según "Criterios de Reducibilidad" tiene como objeto detectar problemas, sustentar la toma de decisiones y guiar las actividades, de forma tal que faciliten la instrumentación de medidas correctivas adecuadas. Se reconocen las siguientes categorías: Reducibles, Difícilmente reducibles y No clasificables.^{1,82}

³¹ La Tasa de Mortalidad de Niños de 1 a 4 años, es la razón entre el número de muertes de niños de 1 a 4 años, durante un determinado año, y la población del grupo de edad de 1 a 4 años, en ese año. Se calcula como el cociente entre el número de defunciones de niños cuya edad al morir era de 1 a 4 años (numerador) y el número de niños de 1 a 4 años en la población, estimado a mediados del año (denominador), multiplicado por 1000.⁸⁴

Mortalidad de Menores de 5 Años

La mortalidad de menores de 5 años (TMM5) refleja tanto la mortalidad infantil como de la primera infancia, lo cual puede hacer llamar la atención sobre una tasa elevada de mortalidad entre niños mayores de un año.⁸⁴

Una mortalidad de la niñez elevada indica condiciones perinatales no saludables para las madres y también los efectos de factores adversos en los primeros años de vida relacionados con causas reducibles tales como infecciones, accidentes, desnutrición, etc.⁸⁴

La reducción a la mitad de esta mortalidad entre 1990 y 2015 constituye una de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y es difundida anualmente tanto en publicaciones nacionales como internacionales como un indicador de salud y bienestar de la niñez.

En la Argentina, la TMM5 en el año 2015 fue de 10,8 casos por cada 1.000 nacidos vivos.⁵⁶ *Ver nota al pie.*³²

Mortalidad de 5 a 9 años

En el 2017, en la Argentina se produjeron 725 muertes de niños y niñas de entre 5 y 9 años de edad.^{1,2} Las principales causas asociadas a estas muertes fueron externas (30%) y los tumores (20%).^{1,2} Dentro de las causas externas se destacaron la proporción asociada a accidentes vinculados al tránsito y transporte (29%), otros traumatismos accidentales (29%) y ahogamiento (8%).^{1,2} Lo que representa que, 3 de cada 10 muertes en niños y niñas de 5 a 9 años se asocian con causas externas, principalmente accidentes o lesiones no intencionales. Por otra parte, de las 128 muertes por tumores malignos en este grupo etario la leucemia representa el 46%.^{1,2}

Mortalidad en Adolescentes

En nuestro país, durante el año 2017, se registraron 3294 muertes de adolescentes. Pudiéndose observar que 2 de cada tres adolescentes fallecidos fueron varones, y que el 75% de las muertes se produjo entre los 15 y 19 años. Las mayores tasas se observaron en las provincias de Catamarca, Salta, Formosa y Santiago del Estero.^{1,2}

Las causas externas representan el primer motivo de muerte tanto en el grupo de 10 a 14 años como en el de 15 a 19 años (57,5%). En particular los accidentes de tránsito (16,5%)^{1,2} Mientras que los suicidios representan el 11% de los fallecimientos, principalmente en el grupo de entre 15 y 19 años, en el cual representa el 29% de las causas externas.^{1,2} Los tumores representan alrededor del 10% de las causas asociadas a la muerte en los adolescentes entre 10 a 19 años, principalmente la leucemia.^{1,2}

³² La Tasa de Mortalidad de Menores de 5 Años es la razón entre el número de muertes de niños menores de cinco años de edad, durante un determinado año, y el número de nacidos vivos en ese año. Se calcula como el cociente entre el número de niños que mueren antes de cumplir cinco años de edad (numerador) y el número total de nacidos vivos en el período dado de un año (denominador), multiplicado por 1000. Es una aproximación a la probabilidad de morir antes de cumplir cinco años de vida.⁸⁴

Educación y Entorno Escolar

Como ya se ha mencionado en capítulos anteriores de este material de lectura, la escolarización incide sustantivamente en la construcción individual y social de la niñez, y en buena medida, de ella depende la posibilidad de un desarrollo humano pleno.⁸⁵

Casi la mitad de los niños y niñas del mundo, en especial las niñas y los que forman parte de las poblaciones marginadas, no tienen garantizada la educación en la primera infancia. Cuando se accede tardíamente a la escuela la evolución educativa se resiente y aumenta la deserción escolar, contribuyendo así al ciclo intergeneracional de la pobreza.

En nuestro país, el sistema educativo nacional se estructura en 4 niveles de enseñanza (Inicial, Primario, Secundario y Superior).

En el año 2017, la escolarización de niños de 5 años estuvo cerca de considerarse universal (97,7%), registrándose la menor tasa en Santa Fe (95,4%).⁸⁶ Por el contrario, en la escolarización de niños de 3 años se observó un fenómeno muy diferente, ya que la tasa de CABA (69,6%) en el año 2015 superó más de 11 veces a la de Mendoza (6,1%).⁸⁷

En el año 2018, 1.836.781 niños y niñas eran alumnos de Nivel Inicial, el 6% de los cuales (110.091) asistía al ciclo maternal.⁸⁶ Las salas de 4 y 5 años de edad son obligatorias desde fines del 2014.

El Nivel Primario es el más voluminoso de todo el sistema ya que, con 4.822.689 alumnos en el año 2018, representaba el 42% de todos los matriculados en la educación común. Representando una virtual universalización de su cobertura.⁸⁶

El Nivel Secundario es obligatorio en su totalidad desde el año 2006. En el 2018, asistieron 3.832.054 alumnos.⁸⁶

La problemática de la repitencia no está libre de controversias, y se dispone de evidencia nacional e internacional que coincide en señalar los efectos negativos de la misma sobre la autoestima y sobre el rendimiento de los alumnos a largo plazo. Por esa razón, siguiendo una tendencia internacional, algunas jurisdicciones de nuestro país van adoptando la promoción pedagógica o promoción social, mediante la cual el alumno “pasa” de grado o año independientemente de sus logros académicos. Lo cual dificulta la interpretación de los indicadores clásicos de eficiencia educativa tales como repitencia, promoción efectiva y sobreedad. Profundizar sobre esta problemática escapa a los objetivos de este material de estudios, destinado al alumno de la carrera de Medicina. Sin embargo, el abandono se vincula con la exclusión educativa, lo cual lo vuelve un tema trascendente para el bienestar infantil y el desarrollo humano.

Entre 2009 y 2017, en el promedio del país, el abandono interanual en el Nivel Primario descendió de 1,44 a 0,52%. Sin embargo, las provincias de la región norte triplicaron esta tasa.⁸⁷

El abandono interanual en el Ciclo Secundario Básico se incrementó 9 veces respecto del primario y se mantuvo prácticamente constante entre 2009 y 2017 (9,34 y 9,45%, respectivamente). Una vez más las provincias del norte están por encima del promedio nacional, pero no llegaron a duplicar sus tasas (por ejemplo, 18,30% en Corrientes en 2009).

La tasa de abandono interanual durante el Ciclo Secundario Orientado es casi un 70% superior respecto del Ciclo Secundario Básico entre 2009 y 2015 (períodos en que se consignan

en forma separada los ciclos básico y orientado). Las tasas más altas se distribuyen más homogéneamente en las regiones del país.⁸⁷

Las escuelas constituyen un ámbito propicio para promover la adopción de un estilo de vida saludable, ya que en ellas niños, niñas y adolescentes permanecen una parte importante del día. Además, es a edades tempranas de la vida cuando se adquieren las preferencias alimentarias y los patrones de conducta que persistirán a lo largo de la vida.⁸⁸⁻⁹¹ Sin embargo, en la actualidad la escuela suele constituir un entorno obesogénico. *Ver nota al pie.*³³

Según la OMS, los niños, niñas y adolescentes están expuestos a una amplia oferta de alimentos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional en las escuelas. Además, se han reducido las oportunidades de realizar actividad física y ha aumentado el tiempo dedicado a actividades sedentarias durante los recreos.⁹²

En la Encuesta Mundial de Salud Escolar realizada en nuestro país en el año 2012 (EMSE2012),⁹⁴ se observó que:

- En un 80,2% de los establecimientos evaluados había al menos un kiosco.
- Los alimentos disponibles eran, en su mayoría: sándwiches de embutidos (jamón, salame, mortadela, etc.), snacks (papas fritas, chizitos, palitos, maní, etc.), galletas saladas y dulces con y sin relleno, barritas de cereal, alfajores/budines/bizcochuelos, helados, caramelos/chupetines/chicles, gaseosas regulares, agua saborizada con y sin gas, jugos de fruta envasados.
- El 80% de las escuelas evaluadas ofrecían gaseosas azucaradas en los kioscos dentro de la institución. Observándose carteles o publicidad de gaseosas en más de la mitad de los kioscos (58,6%).
- El 90,9% de los establecimientos contaban con agua segura, pero sólo el 5,6% de las escuelas incluidas contaba con bebederos en los patios o dispensers de agua segura gratuita.
- El 81% de los adolescentes es inactivo, es decir, no realizó actividad física acorde a lo recomendado por la OMS (al menos 60 minutos de actividad física moderada o vigorosa todos los días de la semana). El 78,8% de los varones y el 87,6% de las mujeres son insuficientemente activos).
- El 50,3% de los encuestados declaró pasar al menos 3 horas diarias sentado, sin contar las horas que pasan sentados en las clases, que de por sí se dictan en posición sedente.
- Sólo en 1 de cada 4 escuelas se dictan 3 o más clases semanales de actividad física y en la mitad de las escuelas se ofrecen actividades extracurriculares.

³³ Un entorno obesogénico es aquel que fomenta el consumo excesivo de kilocalorías y nutrientes críticos como azúcares, grasas y sodio, además de ofrecer múltiples barreras para el desarrollo de actividad física y fomentar el comportamiento sedentario.⁹³

Trabajo Infantil y Adolescente

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define al trabajo infantil como “toda actividad económica y/o estrategia de supervivencia, remunerada o no, realizada por niños/as, por debajo de la edad mínima de admisión al empleo, que no han finalizado la escolaridad obligatoria o que no han cumplido los 18 años si se trata de trabajo peligroso”.⁹⁵

El informe “Medir los progresos en la lucha contra el trabajo infantil - Estimaciones y tendencias mundiales entre 2000 y 2012” publicado por la OIT en 2013, señala que para 2012 el 16,7% de los niños y niñas del mundo de entre 5 y 17 años se encontraban ocupados en actividades económicas.⁹⁵ En 2008 se registraron 264 millones de casos de trabajo infantil, observándose un descenso a 222 millones en 2012 (es decir, un 22% de reducción en cuatro años), en tanto se sostuvo una mayor participación de niños que de niñas (18,1% y 15,2% respectivamente).⁹⁵ En términos absolutos, América Latina y el Caribe registraban a 12,5 millones (con una incidencia de 1 niño ocupado cada 12), ubicándose en el tercer lugar del análisis para la región. Con respecto a los niños y niñas involucrados en trabajos peligrosos, América Latina y el Caribe se encuentran en el tercer lugar con 9,6 millones.⁹⁵

El trabajo infantil en nuestro país es ilegal. La normativa nacional (Ley 26.390) prohíbe el trabajo de los niños y las niñas por debajo de los 16 años, y protege el trabajo adolescente entre los 16 y 18 años.

En la Argentina, los niños y las niñas realizan diversas tareas, según la región geográfica y las condiciones de la población en la que se encuentran. En cualquiera de estas modalidades, los niños y las niñas que trabajan están expuestos, de manera directa o indirecta, a mayor riesgo de sufrir enfermedades, lesiones y abuso.

Se presentan a continuación los datos más importantes de la Encuesta de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes 2016-2017 (EANNA) realizada conjuntamente por el Ministerio de Producción y Trabajo y el INDEC. A saber:

- Según datos registrados entre el 2016 y 2017, de los 7.648.413 niños y niñas de 5 a 15 años que hay en el país, 763.544 realizan al menos una actividad productiva: 435.578 son niños y 327.965 son niñas.
- Entre 2016 y 2017, 1 de cada 5 niños de entre 5 a 15 años que viven en el ámbito rural trabajó.
- Según los datos, de los 6.604.464 niños y niñas encuestados que viven en el ámbito urbano, 556.909 realizan alguna actividad productiva. De los 1.043.949 niños y niñas de 5 a 15 años encuestados que viven en el ámbito rural, 206.635 realizan alguna actividad productiva.
- Al analizar regionalmente el fenómeno de niños y niñas de 5 a 15 años que trabajan, vemos que el NOA y el NEA mostraron porcentajes mayores o iguales al 15%, muy superiores al promedio nacional (11%). Por el contrario, en GBA, Región Pampeana y Cuyo, las tasas oscilaron entre 9,4 y 10,3 %; y en la Patagonia se observaron tasas menores al 8%.

- La realización de actividades productivas se incrementa entre los adolescentes de 16 y 17 años. El 31,9% del total del país realiza al menos una.
- De un total de 1.343.003 adolescentes de 16 y 17 años, 428.581 trabajaban al momento de la encuesta: 238.815 varones y 189.766 mujeres.
- La participación en actividades productivas es diferente según el sexo: los varones realizan más actividades mercantiles y de autoconsumo, mientras que las niñas y las adolescentes llevan más adelante actividades domésticas intensivas. Ver nota al pie.³⁴
- Las diferencias entre regiones geográficas en la incidencia del trabajo adolescente fueron menores comparadas con las registradas para el trabajo infantil. No obstante, la Patagonia mostró la tasa más baja, mientras que el NOA y el NEA presentaron más altas. GBA, Cuyo y la Región Pampeana mostraron valores similares al nivel general.

Los adolescentes pueden trabajar solo con autorización de sus padres o tutores, salvo que no vivan con ellos. En trabajos urbanos, no pueden hacerlo por más de 6 horas diarias o 36 horas semanales; y en trabajos agrarios, por más de 32 horas a la semana. No pueden realizar horas extras, trabajo nocturno ni trabajos peligrosos, penosos o insalubres.

Condiciones de Vida

Los análisis de la pobreza se podrían clasificar entre aquellos que se basan en la insuficiencia de recursos económicos (ingreso o consumo) y aquellos que se basan en métodos que emplean la combinación de múltiples indicadores de carencias (multidimensionales). La pobreza constituye un fenómeno complejo que requiere integrar diferentes aspectos del bienestar. Existen diversos métodos multidimensionales que procuran una medición completa de la pobreza.⁹⁶ Ver nota al pie.³⁵

En nuestro país se dispone fundamentalmente de dos índices de pobreza medida por ingresos (pobreza monetaria): el índice del Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA) y el índice del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), los cuales son metodológica-

³⁴ **Actividad económica para el mercado:** Actividad económica orientada al mercado que genera bienes o servicios, al menos 1 hora en la semana de referencia. **Actividad productiva para autoconsumo:** Producción de bienes primarios que se realizan en el hogar con fines de uso y consumo. **Actividad doméstica intensa:** Tareas de limpieza, cocina y/o arreglos de la propia casa, cuidado de hermanos o alguna persona que vive en el hogar y que, según su intensidad y carga inadecuada, interfieren en el desarrollo adecuado de los niños, niñas y adolescentes, obstaculizando el proceso educativo, el juego y el descanso. Criterio (cantidad de horas semanales): 5 a 13 años: 10 horas o más; mayores de 13 años: 15 horas o más.⁹⁵

³⁵ **Formas de medir la pobreza.** La medición de la *pobreza monetaria* cuantifica el costo de una canasta básica. Los hogares o personas cuyos ingresos no alcancen a cubrir dicha canasta básica de bienes y servicios, se encuentran en situación de pobreza. Los hogares que no alcanzan a cubrir una canasta básica de alimentos se encuentran en situación de pobreza extrema (indigencia)⁹⁷. La *pobreza por privaciones no monetarias* se mide a partir de la definición de una serie de dimensiones. En el caso de niñez y adolescencia, se define como la privación en el ejercicio de al menos uno de los siguientes derechos, enunciados en la Convención sobre los Derechos del Niño: educación, protección social, vivienda adecuada, saneamiento básico, acceso al agua segura y un hábitat seguro.⁹⁷ Finalmente, el *método integrado* combina las dos metodologías ya descriptas.⁹⁷

mente diferentes e independientes.⁹⁸ El primero se basa en la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA) del ODSA, y el segundo, de carácter oficial, se basa en la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del INDEC.

La pobreza urbana medida por ingresos dada a conocer en los informes del 05/12/2019 y 28/12/2019 del ODSA, registró para la segunda parte del año 2019, 40,8% de personas bajo la línea de pobreza, de los cuales 8,9% se ubicaron por debajo de la línea de indigencia.⁹⁸ Mientras que la medición del INDEC registró para el primer semestre del mismo año, 35,4% de personas por debajo de la línea de pobreza, de las cuales 7,7% se ubicaron por debajo de la línea de indigencia.⁹⁹ Cuando estos últimos porcentajes se desagregan por grupos de edad se evidencia que el 52,6% de los menores de 14 años se encuentran por debajo de la línea de pobreza, de los cuales el 13,1% se encuentra por debajo de la línea de indigencia, mientras que en los grupos de mayor edad se observa un descenso progresivo de los mismos; es decir que a mayor edad menor pobreza.⁹⁹ Esta estructura etaria de la pobreza infantilizada es común a la totalidad de los países de América Latina.¹⁰⁰

En el año 2018, UNICEF publicó un documento con las estimaciones sobre la pobreza monetaria y privaciones no monetarias en niñas y niños y en la población en general en Argentina.⁹⁷ El mismo se elaboró en base a los resultados de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) correspondiente al primer semestre de 2018, cuya cobertura alcanza a 31 grandes aglomerados donde reside el 62% del total de la población. A continuación se presentan los datos más relevantes:

- **Pobreza Multidimensional**
 - 48% niñas y niños son pobres desde una perspectiva no monetaria (6,3 millones).
 - 20 puntos porcentuales corresponden a privaciones severas.

- **Pobreza Monetaria**
 - 27% del total de la población vive en situación de pobreza (12 millones).
 - El 4,9% vive en una situación de pobreza extrema.
 - 42% de niños, niñas y adolescentes vive en situación de pobreza (5,5 millones).
 - El 8% de la población infantil vive en situación de pobreza extrema.

- **Método Integrado**
 - 16,3% de la población es pobre por insuficiencia de ingresos y privaciones no monetarias (7,2 millones).
 - 26,9% de los niños, niñas y adolescentes son pobres por ingresos y por privaciones no monetarias (3,5 millones).
 - Esto significa que del total de pobres casi la mitad son niños, niñas y adolescentes.

La desagregación de los datos permite observar la existencia de profundas brechas entre grupos de población definidas por edad, sexo, nivel educativo e inserción ocupacional, que dan cuenta de la existencia de desigualdades en el acceso a bienes y servicios básicos.⁹⁷

Finalmente, a la luz de la evidencia, el informe señala que la Argentina presenta serias dificultades para cumplir la meta comprometida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de erradicar la pobreza extrema y reducir sustancialmente la pobreza en 2030.⁹⁷

Tuñón y Poy, investigadores del Barómetro de la Deuda Social de la Infancia, presentaron un informe en el que se estimó que en el año 2018 el 63,4% de los niños y niñas entre 0 y 17 años, se encontraba privado en el ejercicio de al menos un derecho fundamental en el espacio de la vivienda, saneamiento, salud, estimulación, educación, información, y/o alimentación. Señalando que un 18,9% de esta población experimenta privaciones graves e inaceptables en un país que adhiere a la normativa internacional de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.¹⁰¹ Todos estos índices evidencian un deterioro de las condiciones de vida de la población argentina respecto al año 2017.

La crisis socioeconómica que atraviesa la Argentina desde el año 2018 a la fecha, golpea más duramente a niños, niñas y adolescentes. La vida de los niños, niñas y adolescentes se ve limitada por las condiciones económicas de sus hogares y la situación socio-ocupacional de los adultos de su entorno, pero también por las dificultades que presentan la escuela, el sistema de atención de la salud y la comunidad de pertenencia.¹⁰¹

Según el reciente informe sobre pobreza estructural publicado por el ODSA en febrero de 2020, la población de entre 0 y 17 años es la más afectada por la pobreza multidimensional, superando el 54% para 2019. Mientras que en la población de entre 18 y 29 años la pobreza estructural alcanzó el 38%, en los que tenían entre 30 y 59 años el 34% y en los que tenían 60 años o más alcanzó el 12%.¹⁰² Todos los grupos etarios mostraron un deterioro respecto a la situación de pobreza estructural que presentaron en el año 2018, evidencio los valores más altos del periodo 2010-2019.¹⁰²

Referencias

- 1- Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas vitales. Información básica. Año 2017. Serie 5. N° 61. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/01/Serie5Nro61.pdf> Consultado el 6 de enero de 2020.
- 2- Sociedad Argentina de Pediatría / Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en Argentina. Salud Materno Infanto Juvenil en cifras 2019. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/6486/file/Salud%20materno%20infanto%20juvenil%20en%20cifras.pdf>. Consultado el 13 de diciembre de 2019.
- 3- Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS; 2017.

- 4- OMS/OPS/Ministerio de Salud de la Nación. Indicadores básicos. Argentina 2019. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2019. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2018/04/IndicadoresBasicos2017.pdf>. Consultado el 15 de abril de 2018.
- 5- Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Natalidad y Mortalidad 2017. Síntesis Estadística 5 I 2019. Buenos Aires: Ministerio de salud, 2019. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/04/Sintesis-nro-5-natalidad-y-mortalidad-2017.pdf>. Consultado el 6 de enero de 2020.
- 6- Sociedad Argentina de Pediatría / Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en Argentina. Salud Materno Infanto Juvenil en Cifras 2017. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/416/file/Salud%20infanto%20juvenil.pdf>. Consultado el 6 de enero de 2020.
- 7- Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2015. Nueva York: Naciones Unidas, 2015. Disponible en: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/Spanish2015.pdf>. Consultado el 6 de enero de 2020.
- 8- Quiero L, Atencio AM, Pérez de Guzmán S. Identificación de determinantes y áreas de riesgo para la morbi-mortalidad materna y su intervención en la provincia de Jujuy. Cuadernos FHyCS-UNJu 2009; 37:243-263.
- 9- PNUD - Argentina: Informe Final 2015. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Buenos Aires: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo - Argentina, 2015. Disponible en: http://www.odsargentina.gob.ar/public/documentos/seccion_publicaciones/odm/informe_final_2015.pdf. Consultado el 9 de abril de 2018.
- 10- Ramos S, Romero M, Karolinski A, Mercer R, Insúa I, del Río Fortuna C. Mortalidad Materna en la Argentina: Diagnóstico para la Reorientación de Políticas y Programas. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. CEDES, 2004. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/307980275_Mortalidad_Materna_en_la_Argentina_a_Diagnostico_para_la_Reorientacion_de_Politicas_y_Programas. Consultado el 22 de julio de 2018.
- 11- Asprea I, García O, Nigri C. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Buenos Aires: Ministerio de Salud, Edición 2013. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>
- 12- Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As. Guía de Procedimientos para el control del embarazo y la atención del parto y puerperio de bajo riesgo. La Plata: Ministerio de Salud, Dic 2012. Disponible en: <http://www.femeba.org.ar/documentos/download/1617-basica-guia-control-embarazo-parto-puerperio-bajo-riesgo-mrio-sal.pdf> Consultado el 5 de febrero de 2020.
- 13- Ministerio de Salud. Glosario de Salud. Ácido Fólico - Qué es y cuáles son los beneficios del ácido fólico (Página Web). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/acidofolico> Consultado el 5 de febrero de 2020.

- 14- Castaño E, Piñuñuri R, Hirsch S, Ronco AM. Folatos y Embarazo, conceptos actuales. ¿Es necesaria una suplementación con Ácido Fólico? Rev Chil Pediatr. 2017;88(2):199-206.
- 15- Ministerio de Salud. Crecer con Salud durante el embarazo y la niñez - Embarazo, parto y puerperio - El control del embarazo (Página Web). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/embarazo-nuevo/el-control-del-embarazo> Consultado el 5 de febrero de 2020.
- 16- Córdoba-García R, García-Sánchez N, Suárez López de Vergara RG, Galván Fernández C. Exposición al humo ambiental de tabaco en la infancia. An Pediatr (Barc). 2007; 67(2):101-3.
- 17- Rovira MG, Jawerbaum A, Glatstein L, et al. Recomendaciones para el manejo de las pacientes con diabetes pregestacional. Revista de la Sociedad Argentina de Diabetes 2017; 51:153-74.
- 18- Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Consenso de diabetes - Recopilación, actualización y recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes gestacional - Septiembre de 2012. Disponible en: <http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/diabemb.pdf> Consultado el 7 de febrero de 2020.
- 19- Fabiana García F, Vázquez L, Sarubbi MA. Guía de Prevención y Tratamiento de las Infecciones Congénitas y Perinatales. Buenos Aires: UNICEF / Ministerio de Salud de la Nación, noviembre de 2010. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000316cnt-g10-guia-infecciones-perinatales.pdf> Consultado el 11 de febrero de 2020.
- 20- Ministerio de Salud y Desarrollo Social / ONUSIDA. Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina. Año XXI, No 35 – Diciembre de 2018. Argentina, 2018. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001385cnt-2018-12-20_boletin-epidemiologico-vih-sida-its_n35.pdf Consultado el 8 de enero de 2020.
- 21- Organización Panamericana de la Salud-Oficina Pan Americana-Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión, 1992. Publicación Científica Nro.554. Washington, D.C: OPS, 1995.
- 22- Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD, et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. Lancet Global Health. 2014;2(6): e323-e333.
- 23- Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. Am J Obstet Gynecol 2004. 192:342–349.
- 24- De la Galvez Murillo A. Mortalidad Materna. Un análisis en profundidad y sus dimensiones para la política pública. CIDES-UMSA, 2017. Disponible en: https://www.unicef.org/bolivia/resources_37716.html. Consultado el 2 de mayo de 2018.
- 25- Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna (16 de febrero de 2018). Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. Consultado el 10 de julio de 2018.

- 26- Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Bohren M, Widme, M, Oladapo OT, et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. BJOG. 2014;121(s1): 1-4.
- 27- OECD. States of Fragility 2015: Meeting Post-2015 Ambitions. Paris: OECD Publishing, 2015. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/9789264227699-en>. Consultado 20 de julio de 2018.
- 28- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Aids info. Base de datos en línea [Internet]. Ginebra: ONUSIDA, 2015. Disponible en: <http://www.aidsinfoonline.org/>. Consultado el 10 de julio de 2018.
- 29- Ministerio de Salud/OPS/SAP/UNICEF. Atención Integral de Niños, Niñas y Adolescentes con HIV. Buenos Aires: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2012. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/uploads/consensos/gu-iacuteas-de-quot-atenci-oacuten-integral-de-ni-ntildeos-ni-ntildeas-y-adolescentes-con-vih.pdf>. Consultado el 10 de julio de 2018.
- 30- Antman J, Geffner L, Pianciola L, Rivas M. Informe especial : Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) en Argentina, 2010-2013. Extracto del Boletín Integrado de Vigilancia N° 222 -SE 30 Agosto 2014. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000799cnt-2014-08_Informe-SUH.pdf. Consultado el 9 de enero de 2020.
- 31- Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud. Boletín Integrado de Vigilancia N° 477 - SE 50 - 2019. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/201912-biv_477.pdf. Consultado el 9 de enero de 2020.
- 32- Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud. Boletín Integrado de Vigilancia N° 448 – SE 14 – 2019. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_448.pdf. Consultado el 10 de enero de 2020.
- 33- Romanin V, Agostinho V, Califano G, et al. Situación epidemiológica de coqueluche y estrategias para su control. Argentina, 2002-2011. Arch Argent Pediatr 2014;112(5):413-20.
- 34- WHO. Immunization, Vaccines and Biologicals. Pertussis. Disponible en: https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/passive/pertussis/en/. Consultado el 9 de enero de 2020.
- 35- Ministerio de Salud. Norma Nacional de Vigilancia y Control de Coqueluche. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/inmunizaciones/norma-coque.pdf>. Consultado el 10 de enero de 2020.
- 36- Ministerio de Salud. Vacunas y Calendario de Vacunación. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas>. Consultado el 10 de enero de 2020.
- 37- Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud. Boletín Integrado de Vigilancia N° 457 - SE 26 - 2019. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_457_cuatrisesmanal.pdf Consultado el 10 de enero de 2020.
- 38- Berberian G, Fariña D, Rosanova MT, et al. Dengue perinatal. Arch Argent Pediatr 2011;109(3):232-6.

- 39- Dirección de Epidemiología - Ministerio de Salud de la Nación. Dengue. Guía para el equipo de salud Nro. 2 (4ta. edición). Ministerio de Salud de la Nación, 2015. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud>. Consultado el 2 de agosto de 2018.
- 40- Bologna R, Ruvinsky S, Berberian G, González F. Dengue: un enfoque práctico. Med Infant 2009;16(4):414-20.
- 41- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Dengue. 11 de noviembre de 2019, Washington, D.C. OPS/OMS, 2019. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=dengue-2158&alias=50965-11-de-noviembre-de-2019-dengue-actualizacion-epidemiologica-1&Itemid=270&lang=es. Consultado el 10 de enero de 2020.
- 42- Comité Nacional de Gastroenterología de la Sociedad Argentina de Pediatría. Consenso Nacional sobre Diarrea Aguda en la Infancia: Actualización sobre criterios de diagnóstico y tratamiento. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consenso-de-diarreas-agudas-en-la-infancia.pdf>. Consultado el 2 de agosto de 2018.
- 43- Ministerio de Salud. Secretaría de Promoción y programas sanitarios. Boletín Integrado de Vigilancia. N° 129 - SE 29 julio de 2012. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/boletines2012>. Consultado el 2 de agosto de 2018.
- 44- Ministerio de Salud. Glosario de Salud. Enfermedades diarreicas. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/diarrea>. Consultado el 13 de enero de 2020.
- 45- Ministerio de Salud. Fundamentos de la introducción de la vacuna contra el Rotavirus al Calendario Nacional de Inmunizaciones 2015. Buenos Aires: Ministerio de Salud. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000586cnt-2014-12_lineamientos-rotavirus.pdf. Consultado el 3 de agosto de 2018.
- 46- Degiuseppe J I, Giovacchini C, Stupka JA, et al. Vigilancia epidemiológica de rotavirus en la Argentina: 2009-2011. Arch Argent Pediatr 2013;111(2): 148-54.
- 47- Marcone DN, Ellis A, Videla C, Ekstrom J, et al. Viral etiology of acute respiratory infections in hospitalized and outpatient children in Buenos Aires, Argentina. Pediatr Infect Dis J 2013; 32(3): e105-10.
- 48- Vidaurreta SM, Marcone DN, Ellis A, Ekstrom J, et al. Acute viral respiratory infection in children under 5 years: Epidemiological study in two centers in Buenos Aires, Argentina. Arch Argent Pediatr 2011;109(4):296-304.
- 49- Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Vigilancia Epidemiológica y Recomendaciones para la prevención y Diagnóstico de las Infecciones Respiratorias Agudas en Argentina. Actualización Mayo de 2018. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/>. Consultado el 3 de agosto de 2018.
- 50- Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional de Neumonología, Comité Nacional de Infectología y Comité de Medicina Interna. Recomendaciones para el manejo de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años. SAP Consensos 2015. Disponi-

- ble en: <http://www.sap.org.ar/uploads/consensos/versi-oacuten-abreviada.pdf> Consultado el 8 de julio de 2018.
- 51- Lezcano A, Balbaryski J, Torres F, Cutri A, et al. Seroprevalencia de anticuerpos anti-Mycoplasma pneumoniae: evaluación en niños menores de 12 años. Arch Argent Pediatr 2008;106(1):6-10.
 - 52- Organización Mundial de la Salud. Neumonía (Página Digital, 7 de noviembre de 2016). Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>. Consultado el 8 de julio de 2018.
 - 53- Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Vigilancia Epidemiológica y Recomendaciones para la Prevención y Diagnóstico de las Infecciones Respiratorias Agudas en Argentina. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001499cnt-actualizacion-guia-irag-2019.pdf>. Consultado el 14 de enero de 2020.
 - 54- Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Gerencia Operativa de Epidemiología. Boletín Epidemiológico Semanal N 88, Año 3; Información hasta la SE 15 (27 de abril de 2018). Disponible en: www.buenosaires.gob.ar/. Consultado el 18 de febrero de 2020.
 - 55- Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de la Situación de Salud. Boletín Integrado de Vigilancia N° 392 - SE 52 - 2017. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/boletines2018>. Consultado el 3 de agosto de 2018.
 - 56- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica, Sarampión. 8 de junio de 2018, Washington, D.C. OPS/OMS. 2018. Disponible en: <https://www.paho.org/> Consultado el 18 de febrero de 2020..
 - 57- Secretaría de Promoción y programas sanitarios. Boletín Integrado de Vigilancia N° 309 - SE 19 - Mayo de 2016. Ministerio de Salud. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/boletines2016> Consultado el 18 de febrero de 2020.
 - 58- Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología y Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Situación epidemiológica de la Parotiditis en Argentina. Ministerio de Salud, 19 de noviembre de 2015. Disponible en: <https://www.sadi.org.ar/novedades/item/326-situacion-epidemiologica-de-la-parotiditis-en-argentina>. Consultado el 10 de julio de 2018.
 - 59- Gentile A, Lazovski J. “Plan de Trabajo para la TB Infantil. Hacia cero muertes”. Sociedad Argentina de Pediatría y Secretaria de Promoción y Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires: SAP, 2015. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/uploads/documentos/tuberculosis-infantil.pdf>. Consultado el 10 de julio de 2018.
 - 60- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) “Emilio Coni”. Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud. Situación en Argentina de la Tuberculosis en niños y adolescentes en Argentina. Ministerio de Salud de la Nación, 2017. Disponible en: <http://www.anlis.gov.ar/>. Consultado el 12 de julio de 2018.

- 61- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC. Boletín sobre Tuberculosis en Argentina No 2 – Año II, Marzo de 2019. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001436cnt-2019-03_boletin-epidemiologico_tuberculosis.pdf#page=1&zoom=auto,-158,842. Consultado el 16 de enero de 2020.
- 62- Organización Mundial de la Salud. Malnutrición (Página Digital,16 de febrero de 2018). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition> Consultado el 19 de febrero de 2020.
- 63- Global database on child growth and malnutrition [online database]. Geneva: World Health Organization; 2017 ([http:// www.who.int/nutgrowthdb/database/en](http://www.who.int/nutgrowthdb/database/en)).
- 64- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Secretaria de Gobierno de Salud. Sobrepeso y Obesidad en niños, niñas y adolescentes según datos del primer nivel de atención en la Argentina. 2018. Disponible en: [http:// www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001387cnt-2019-01_sobrepeso-y-obesidad.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001387cnt-2019-01_sobrepeso-y-obesidad.pdf). Consultado el 2 de enero de 2020.
- 65- Ponce M, Allemandi L, Castronuovo L, Tiscornia V, Gutkowski P, Schoj V. Brechas sociales de la obesidad en la niñez y adolescencia. Análisis de la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE). FIC Argentina / UNICEF, 2016. <https://www.unicef.org/argentina/media/331/file/Obesidad%20Infanto-Juvenil.pdf>. Consultado el 27 de enero de 2020.
- 66- Garzón MO. Carga de la Enfermedad. Rev CES Salud Pública 2012; 3(2): 289-295.
- 67- Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL. Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors. Ginebra, World Health Organization, 2004. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42770>. Consultado el 27 de enero de 2020.
- 68- Borrueal M A, Mass IP, Borrueal GD. Estudio de carga de enfermedad: Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2010. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000226cnt-02-Estudio_de_carga_FESP.pdf. Consultado el 27 de enero de 2020.
- 69- Magliola R, Laura JP, Capelli H. Situación actual de los niños con cardiopatía congénita en Argentina. Arch. argent. pediatr 2000; 98:130-133.
- 70- Instituto Nacional del Cáncer. Plan Nacional de Control de Cáncer 2018-2022. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2018. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001548cnt-plan-nacional-control-cancer-2018-22.pdf>. Consultado el 29 de enero de 2020.
- 71- Moreno F, Chaplin MA. Registro oncopediátrico hospitalario argentino ; 6a ed.. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2018. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001365cnt-registro-oncopediatico-argentino-digital.pdf>. Consultado el 20 de enero de 2020.
- 72- NIH. NCI Dictionary of Cancer Terms. Economic Burden. Disponible en: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/economic-burden> Consultado el 1 de febrero de 2020.

- 73- World Health Organization. Programming for Adolescent Health and Development. WHO Technical Report Series 886. Geneva: WHO, 1999. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/trs_886/en/ Consultado el 1 de febrero de 2020.
- 74- Fonseca H. Helping adolescents develop resilience steps the pediatrician can take in the office. *Adolesc Med.* 2010;(21):152-60.
- 75- Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, MSAL / UNICEF. Situación de Salud de las Adolescentes y los Adolescentes en la Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación / UNICEF, 2016. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000872cnt-linea-base-adolescencia-2016.pdf> Consultado el 1 de febrero de 2020.
- 76- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado de situación de la niñez y la adolescencia en Argentina. Buenos Aires: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Noviembre de 2016. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/2211/file/SITAN.pdf> Consultado el 2 de febrero de 2020.
- 77- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El suicidio en la adolescencia. Situación en la Argentina. Buenos Aires, Argentina: UNICEF, 2019. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/media/6326/file/Suicidio_adolescencia.pdf Consultado el 2 de febrero de 2020.
- 78- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). El acceso a la salud de los y las adolescentes en Argentina 2017. Buenos Aires: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Noviembre de 2017. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/301/file/publicaci%C3%B3n.pdf> Consultado el 2 de febrero de 2020.
- 79- Gómez de Girauo MT. Adolescencia y Prevención: Conductas de riesgo y resiliencia. Universidad del Salvador, RACISMO Repositorio Institucional. Disponible en: <https://racimo.usal.edu.ar/4541/> Consultado el 1 de febrero de 2020.
- 80- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Conceptualizaciones sobre salud mental Infanto juvenil. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social, 2019. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001404cnt-2019-02_recomendaciones-conceptualizaciones-salud-mental-infanto-juvenil.pdf Consultado el 2 de febrero de 2020.
- 81- Ministerio de Salud de la Nación / INDEC. Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013 – Presentación de Resultados. Buenos Aires: INDEC, 2014. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enssy_r_2013.pdf Consultado el 3 de febrero de 2020.
- 82- Ministerio de Salud – Dirección Nacional de Maternidad e Infancia - Dirección de Estadísticas e Información de Salud - Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades - Sociedad Argentina de Pediatría. “Mortalidad Infantil según Criterios de Reducibilidad - Tercera Revisión”. Serie 3, Nro.56, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Edición 2012.
- 83- Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas vitales. Información básica Argentina - Año 2018 Serie 5 Número 62. Buenos Aires: Ministerio de Salud, diciembre de 2019.

- Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2020/01/Serie5Nro62.pdf> Consultado el 4 de febrero de 2020.
- 84- Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Defunciones de menores de cinco años. Indicadores seleccionados. Argentina – Año 2015. Boletín Número 156. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2017. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Boletin156Menoresde5anos.pdf> . Consultado el 22 de febrero de 2020.
 - 85- Terigi, Flavia (2009): Las trayectorias escolares. Del problema individual al desafío de política educativa. Presentado en el Seminario Internacional Dimensiones para el diseño de políticas de inclusión educativa. Buenos Aires.
 - 86- Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. Dirección Nacional de Información y Estadística Educativa. Anuario Estadístico Educativo 2018. Edición 2019. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anuario-estadistico-datos-2018-web.pdf> Consultado el 22 de febrero de 2020.
 - 87- Ministerio de Educación y Deportes de la Nación. Dirección Nacional de Información y Estadística Educativa. Principales cifras del Sistema Educativo Nacional. Año 2017. Disponible en: <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL005678.pdf> Consultado el 22 de febrero de 2020.
 - 88- Hawkes C, Smith TG, Jewell J, Wardle J, Hammond RA, Friel S, et al. Smart food policies for obesity prevention. *The Lancet*. 2015;385(9985):2410-21.
 - 89- Heelan KA, Bartee RT, Nihiser A, Sherry B. Healthier school environment leads to decreases in childhood obesity: the Kearney Nebraska story. *Childhood Obesity*. 2015;11(5):600-7.
 - 90- Welker E, Lott M, Story M. The school food environment and obesity prevention: progress over the last decade. *Current obesity reports*. 2016;5(2):145-55.
 - 91- Ministerio de Salud y Desarrollo Social / Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología. Guía de Entornos Escolares Saludables. Recomendaciones para la implementación de políticas de prevención de sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes en instituciones educativas. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001439cnt-2019-06_entornos-escolares-saludables.pdf. Consultado el 30 de diciembre de 2019.
 - 92- Organización Mundial de la Salud. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; c2016. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206450/1/9789243510064_spa.pdf?ua=1. Consultado el 2 de enero de 2020.
 - 93- Coalición nacional para prevenir la obesidad infantil en niños, niñas y adolescentes “Entornos escolares saludables. Recomendaciones para promover políticas escolares que prevengan la obesidad infantil en la Argentina”. 2018. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/201811/SALUD_1811_entornos_escolares.pdf. Consultado el 2 de enero de 2020.

- 94- Ministerio de Salud de la Nación. 2º Encuesta Mundial de Salud Escolar – Argentina 2012. Buenos Aires: Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, noviembre de 2013. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001599cnt-2014-09_encuesta-mundial-salud-escolar-2012.pdf Consultado el 2 de enero de 2020.
- 95- ONU Argentina. Trabajo infantil, trabajo forzoso y empleo joven de calidad en Argentina: aportes del Sistema de las Naciones Unidas 2000-2017. OIT, UNICEF, PNUD, OIM, Banco Mundial, FAO, ONU Mujeres, CEPAL, ACNUR, 2017. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_592699.pdf. Consultado el 3 de enero de 2020.
- 96- Bonfiglio JI, Vera J; Salvia A(Coordinador). Pobreza monetaria y vulnerabilidad de derechos. Inequidades de las condiciones materiales de vida en los hogares de la Argentina urbana (2010-2018) - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa, 2019. Disponible en: <http://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Documentos/2019/2019-OBSERVATORIO-DOC-ESTADISTICO-POBREZA-MONETARIA.pdf> consultado el 23 de febrero de 2020.
- 97- Paz J, Beccaria L, Born D, Minujin A, Waisgrais S, Fernández AL. Pobreza monetaria y privaciones no monetarias en Argentina. Buenos Aires: Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), noviembre de 2018. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/4156/file/Pobreza%20monetaria%20y%20privaciones%20no%20monetarias%20en%20Argentina.pdf> Consultado el 23 de febrero de 2020.
- 98- Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA). La Pobreza en Agenda: 10 años de medición de las deudas sociales en la Argentina. Buenos Aires: Universidad Católica, 2020. Disponible en: <http://uca.edu.ar/es/noticias/la-pobreza-en-agenda-10-anos-de-medicion-de-las-deudas-sociales-en-la-argentina> Consultado el 23 de febrero de 2020.
- 99- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Condiciones de vida. Vol. 3, nº 13. Buenos Aires: INDEC, septiembre de 2019. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_01_19422F5FC20A.pdf Consultado el 23 de febrero de 2020.
- 100- Filgueira F, Alicino C. La primera infancia en Argentina: desafíos desde los derechos, la equidad y la eficiencia. Documento de Trabajo N°130. Buenos Aires: CIPPEC, enero de 2015. Disponible en: <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/1259.pdf> Consultado el 23 de febrero de 2020.
- 101- Tuñón L. Infancia(s). Progresos y retrocesos en clave de desigualdad. Documento estadístico. Barómetro de la Deuda Social Argentina. Serie Agenda para la Equidad (2017-2025). Buenos Aires: Fundación Universidad Católica Argentina, mayo 2019. Disponible en: <http://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Documentos/2019/2019-BDSI-DOC-EST-INFANCIAS-PROGRESOS-RETROCESOS.pdf> Consultado el 23 de febrero de 2020.

102- Bonfiglio JI, Salvia A (Coordinador). La pobreza más allá de los ingresos – Nuevo informe sobre pobreza multidimensional 2010-2019 - Introducción de datos fundados en un Enfoque de Derechos. Buenos Aires: Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, febrero 2020. Disponible en: <http://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Documentos/2020/2020-OBSERVATORIO-DOCUMENTO-TRABAJO-NUEVO-INFORME-PM-ENFOQUE-DERECHOS.pdf> Consultado el 2 de marzo de 2020.

CAPÍTULO 6

Estrategias de Intervención

En este capítulo se presentará un panorama del conjunto de estrategias internacionales, políticas públicas, programas, planes e intervenciones existentes en Argentina, destinadas a promover y proteger la salud materno infantojuvenil de nuestra comunidad.

En consonancia con el marco teórico descripto, integrado por la perspectiva del ciclo vital y los determinantes sociales de la salud y del desarrollo humano, se presenta como evidente la necesidad de abordar integralmente la salud materna e infantojuvenil. Es decir que, se requiere de una visión integradora que vea más allá del ya de por sí fragmentado sistema de salud argentino. Por ende, las políticas públicas a favor de la madre y el niño requieren de la articulación de la mismas con el resto de las políticas públicas, en especial con las educativas y las de desarrollo social.¹⁻⁴ Siendo el Estado el responsable de coordinar las acciones desarrolladas por los distintos niveles de gobierno, la sociedad civil y los diferentes actores sociales.¹⁻⁴

Estrategias Internacionales

Se presentan aquí las principales estrategias implementadas en los últimos años por las Naciones Unidas en forma directa o a través de la OMS y la OPS, destinadas a promover y proteger la salud materno infantojuvenil en los países que la integran, en este caso particular la República Argentina. Las mismas son: la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el niño y el adolescente (2016-2030).^{5,6,7}

1- Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)

La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) surgió en la década de los noventa como una iniciativa conjunta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La estrategia AIEPI es una herramienta dirigida al personal del primer nivel de atención para el logro de una salud más equitativa entre los niños de las Américas.⁵

En 1996 ingresó a la Región de las Américas, siendo Perú el primer país que logró su adaptación e implementación.⁸ La estrategia AIEPI requiere para su expansión, entre otros procesos, de la capacitación del trabajador de salud que la aplica.⁵ En el marco de la Estrategia de Cooperación de la OPS/OMS (2017 – 2021) con la Argentina, se encuentran vigentes los acuerdos firmados en el año 2012 con las provincias de Salta y Santiago del Estero, con la participación técnica del Centro Colaborador en AIEPI Universidad Maimónides, para la capacitación a nivel comunitario y clínico en AIEPI.⁹

La AIEPI se centra en el bienestar general del niño. Su finalidad es reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad en los niños menores de cinco años, así como promover su mejor crecimiento y desarrollo. La estrategia reconoce componentes preventivos y curativos para su aplicación a nivel familiar, comunitario y de los servicios de salud.⁵

Los tres componentes de la estrategia son:

- Mejora de la formación del personal sanitario en el tratamiento de casos.
- Mejora general de los sistemas de salud.
- Mejora de las prácticas sanitarias en las familias y comunidades.

La introducción y aplicación de esta estrategia en un país requiere la coordinación de los programas y servicios sanitarios existentes, y el trabajo conjunto de la OPS con los gobiernos para planificar y adaptar los principios de la AIEPI a los contextos locales. La AIEPI ya se ha introducido en más de 75 países de todo el mundo.

2- Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)

La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño iniciada en el año 2010 por Naciones Unidas ha sido actualizada en el año 2015, incorporando la salud de los adolescentes. Es así como se inicia la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030), cuya visión es forjar para el año 2030 un mundo en el que el conjunto de las mujeres, los niños y los adolescentes, en todos los entornos, alcancen su derecho a la salud y al bienestar físico y mental, tenga oportunidades sociales y económicas y pueda participar plenamente en la configuración de sociedades prósperas y sostenibles.⁷ Los objetivos y metas de esta estrategia actualizada se encuentran alineados con los ODS que han de alcanzarse para el año 2030. En forma sintética, los objetivos son los siguientes: Poner fin a la mortalidad prevenible; Lograr la salud y el bienestar; y Ampliar los entornos propicios.

La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2039), recomienda una serie de intervenciones que se basan en evidencia científica, y que han sido seleccionadas utilizando los siguientes criterios: Intervenciones dirigidas a las principales causas de morbilidad y mortalidad de las mujeres, los niños y los adolescentes; Intervenciones con gran eficacia demostrada para mejorar la salud y el desarrollo de las mujeres, los niños y los adolescentes; Intervenciones cruciales para la salud y el bienestar gene-

rales de las mujeres, los niños y los adolescentes (por ejemplo, intervenciones relacionadas con prácticas nocivas y la violación de derechos humanos). Las mismas se detallan en la siguiente Tabla, tomada sin modificaciones del documento original de la estrategia (versión en español).

Tabla. Intervenciones sobre la salud de la mujer, el niño y el adolescente basadas en evidencias

<p>MUJERES (incluidas las intervenciones antes del embarazo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Información, asesoramiento y servicios de salud sexual y reproductiva integral, incluidos los métodos anticonceptivos • Prevención, detección y tratamiento de las enfermedades transmisibles y no transmisibles y de las infecciones de transmisión sexual y del aparato reproductor, con inclusión del VIH, la tuberculosis y la sífilis • Administración de suplementos de hierro/ácido fólico (antes del embarazo) • Detección y tratamiento de los cánceres cervicouterinos y mamario • Aborto seguro (si está permitido), atención postaborto • Prevención de la violencia sexual y demás formas de violencia de género, y respuesta ante esas prácticas • Detección antes del embarazo y gestión de factores de riesgo (nutrición, obesidad, tabaco, alcohol, salud mental, toxinas en el medio ambiente) y afecciones genéticas
<p>EMBARAZO (atención prenatal)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención prenatal temprana y apropiada (cuatro visitas), incluidas la detección y la gestión de casos de violencia de género • Determinación precisa de la edad gestacional • Detección de enfermedades maternas • Detección de problemas de hipertensión • Administración de suplementos de hierro/ácido fólico • Inmunización contra el tétanos • Asesoramiento sobre planificación familiar, parto y preparación para emergencias • Prevención de la transmisión de VIH de la madre al niño, incluso mediante antirretrovirales • Prevención y tratamiento de la malaria, incluso mediante la distribución de mosquiteros impregnados y el tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo • Abandono del hábito de fumar • Detección, prevención y gestión de las infecciones de transmisión sexual (sífilis y hepatitis B) • Detección de la violencia de pareja y respuesta ante esas prácticas • Asesoramiento dietético para un aumento de peso saludable y una nutrición adecuada • Detección de factores de riesgo y gestión de afecciones genéticas • Gestión de afecciones crónicas (p. ej., hipertensión, diabetes mellitus preexistente) • Prevención, detección y tratamiento de la diabetes gestacional, la eclampsia y la preeclampsia (incluido el parto a término) • Gestión de complicaciones obstétricas (ruptura prematura de membranas, macrosomía, etc.) • Tratamiento prenatal con corticoesteroides en las mujeres con riesgo de parto prematuro entre las semanas 24.^a y 34.^a de gestación, cuando existen las condiciones apropiadas • Gestión de mala posición a término

**Tabla. Intervenciones sobre la salud de la mujer, el niño y el adolescente basadas en evidencias.
(Continuación)**

<p>PARTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Parto en centros sanitarios con asistencia cualificada • Seguimiento sistemático con partograma y atención oportuna y apropiada • Gestión activa de la tercera fase del trabajo de parto • Gestión de partos prolongados u obstruidos, incluso el parto instrumentado o por cesárea • Operación cesárea cuando el estado de la madre o el feto la requiera • Inducción del parto con indicaciones médicas apropiadas • Gestión de la hemorragia puerperal • Prevención y gestión de la eclampsia (incluso con administración de sulfato de magnesio) • Detección y gestión de casos de mujeres con infecciones o riesgo de contraerlas (incluso mediante el uso profiláctico de antibióticos para operaciones cesáreas) • Cribado para detectar infecciones por el VIH (en mujeres que no se hayan sometido a pruebas) y prevención de la transmisión de la madre al niño • Gestión higiénica del cordón al nacer, incluso utilizando clorhexidina cuando sea preciso
<p>POSNATAL (madre)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención en el centro sanitario al menos durante las 24 horas posteriores al parto vaginal sin complicaciones • Promoción, protección y apoyo de la lactancia natural exclusiva durante los primeros seis meses de vida • Gestión de la hemorragia puerperal • Prevención y gestión de la eclampsia • Prevención y tratamiento de la anemia materna • Detección y gestión de la septicemia puerperal • Asesoramiento sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos • Examen sistemático después del parto y detección del cáncer cervicouterino en el grupo de edad pertinente • Detección de la infección por el VIH e inicio o continuación de la terapia antirretroviral • Detección de la violencia de pareja y respuesta ante esas prácticas • Detección temprana de la morbilidad materna (p. ej., fístula obstétrica) • Detección y gestión de la depresión posparto • Asesoramiento sobre nutrición y modos de vida, gestión del peso durante el periodo entre partos • Contacto posnatal con un dispensador de atención de salud debidamente cualificado, en el hogar o en un centro sanitario, aproximadamente al tercer día, al séptimo día y seis semanas después del parto
<p>POSNATAL (recién nacido)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención en el centro sanitario al menos durante las 24 horas posteriores al parto vaginal sin complicaciones • Secado y control térmico inmediatos • Reanimación neonatal con bolsa y mascarilla • Iniciación temprana de la lactancia (durante la primera hora) • Cuidado higiénico del cordón y la piel • Iniciación de la terapia profiláctica con antirretrovirales en los bebés expuestos al VIH • Método madre canguro para los bebés de pequeño tamaño y prematuros • Apoyo adicional con leche materna para la alimentación de los bebés de pequeño tamaño y prematuros • Terapia antibiótica de sospecha en recién nacidos con riesgo de infección bacteriana • Presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) en bebés con síndrome de dificultad respiratoria • Detección y gestión de casos de posible infección bacteriana grave • Gestión de casos de recién nacidos con ictericia • Detección y gestión de afecciones genéticas • Contacto posnatal con un dispensador de atención de salud debidamente cualificado, en el hogar o en un centro sanitario, aproximadamente al tercer día, al séptimo día y seis semanas después del parto

**Tabla. Intervenciones sobre la salud de la mujer, el niño y el adolescente basadas en evidencias.
(Continuación)**

<p>SALUD Y DESARROLLO DEL NIÑO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia natural exclusiva durante los primeros seis meses, y los seis siguientes combinada con alimentación complementaria • Asesoramiento dietético para prevenir la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad • Cuidado receptivo y estimulación • Inmunización sistemática (incluida la vacunación contra Haemophilus influenzae, enfermedades neumocócicas y meningocócicas y rotavirus) • Administración periódica de suplemento de vitamina A, cuando sea necesario • Administración de suplemento de hierro, cuando sea necesario • Prevención y gestión de las enfermedades prevalentes de la infancia, incluidas la malaria, la neumonía y la diarrea • Gestión de casos de malnutrición aguda grave y tratamiento de la emaciación • Gestión de la malnutrición aguda moderada (lactancia natural apropiada, alimentación complementaria y alimentación suplementaria, cuando sea necesaria) • Atención integral de niños infectados por el VIH o expuestos al virus • Gestión de casos de meningitis • Prevención del maltrato infantil y respuesta ante esas prácticas • Prevención de las prácticas nocivas, incluida la mutilación genital femenina • Atención de niños con retraso en el desarrollo • Tratamiento y rehabilitación de niños con anomalías y discapacidades congénitas
<p>SALUD Y DESARROLLO DEL ADOLESCENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vacunaciones sistemáticas (p. ej., contra el virus del papiloma humano, la hepatitis B, la difteria y el tétanos, la rubéola y el sarampión) • Promoción de comportamientos saludables (p. ej., nutrición, actividad física, abstención del consumo de tabaco, alcohol o drogas) • Prevención, detección y gestión de la anemia, sobre todo en las adolescentes • Educación integral sobre la sexualidad • Información, asesoramiento y servicios en materia de salud sexual y reproductiva integral, incluidos los métodos anticonceptivos • Apoyo psicosocial y servicios conexos en materia de salud mental y bienestar del adolescente • Prevención de la violencia sexual y otras formas de violencia de género, y respuestas ante esas prácticas • Prevención de las prácticas nocivas, tales como la mutilación genital femenina y el matrimonio precoz y forzoso, y respuestas ante esas prácticas • Prevención, detección y tratamiento de las enfermedades transmisibles y no transmisibles y de las infecciones de transmisión sexual y del aparato reproductor, con inclusión del VIH, la tuberculosis y la sífilis • Circuncisión masculina médica voluntaria en países con una epidemia generalizada de infección por el VIH • Detección y gestión del consumo de sustancias peligrosas y nocivas • Educación parental para gestionar los trastornos conductuales de los adolescentes • Evaluación y gestión de adolescentes que presenten lesiones no intencionales, incluidas las relacionadas con el consumo de alcohol • Prevención de suicidios y gestión de los riesgos de autolesión/suicidio

**Tabla. Intervenciones sobre la salud de la mujer, el niño y el adolescente basadas en evidencias.
(Continuación)**

<p>ENTORNOS HUMANITARIOS Y FRÁGILES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar y aplicar un método para realizar evaluaciones de los riesgos sanitarios y humanitarios a fin de determinar las necesidades prioritarias y focalizar las intervenciones • En caso de emergencia humanitaria, garantizar la distribución de las intervenciones sanitarias esenciales (mencionadas supra). Adaptar, establecer y coordinar el uso del paquete de servicios iniciales mínimos. Prestar especial atención, entre otras intervenciones, a las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - Prevención de la violencia sexual y otras formas de violencia de género, métodos anticonceptivos (anticonceptivos de emergencia de acción a plazo corto y largo), profilaxis postexposición <p>Velar por que en las políticas y prácticas aplicadas en emergencias y crisis humanitarias se promuevan, protejan y apoyen la lactancia natural y otras intervenciones esenciales para la salud de la mujer, el niño y el adolescente, teniendo en cuenta el contexto y las necesidades</p>
--	---

La *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente* (2016-2030) plantea también políticas e intervenciones multisectoriales sobre determinantes de la salud, y políticas e intervenciones relacionadas con el sistema de salud.⁷

Las políticas e intervenciones multisectoriales sobre determinantes de la salud son consideradas por Naciones Unidas como fundamentales para lograr los objetivos de la Estrategia. Ellas se organizan en diferentes sectores: Protección financiera y social; Educación; Género; Protección: registro, legislación y justicia; Agua y saneamiento; Agricultura y nutrición; Medio ambiente y energía; Trabajo y comercio; Infraestructura, tecnologías de la información y las comunicaciones, y transporte.⁷

Las políticas e intervenciones relacionadas con el sistema de salud también son consideradas por Naciones Unidas como fundamentales para lograr los objetivos de la Estrategia. Las mismas han sido presentadas en función de las siguientes esferas de incumbencia: Inversión en el sector sanitario; y Estructura del sistema de salud por función (comprende las intervenciones de preparación para las emergencias del sector sanitario).⁷

Estrategias Nacionales

El derecho a la salud en la población infantil y adolescente de la República Argentina tiene como principal marco normativo la Convención sobre los Derechos del Niño. En cumplimiento de las obligaciones derivadas de ella, en 2005 se sanciona la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes estableciendo su condición de sujetos de derecho así como el derecho a la salud integral, indicando en el decreto reglamentario

(415/2006): “El derecho a la atención integral de la salud del adolescente incluye el abordaje de su salud sexual y reproductiva”.

La política nacional en materia de salud materna e infantojuvenil está estructurada sobre la base de un conjunto de programas sanitarios, la mayoría de los cuales han sido creados por ley.

A continuación se describen someramente los principales programas nacionales que en forma exclusiva o integrando estrategias más amplias, se ocupan de la mujer embarazada, los niños, las niñas y los adolescentes en Argentina.

Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y Adolescentes

En cumplimiento del compromiso de alcance de las metas de los ODM, el Ministerio de Salud de la Nación estableció el Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y Adolescentes (2010).¹⁰ Dicha estrategia comprendió la participación de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (DINAMI), el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA), el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) y el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino (PNPCC), en coordinación con otros programas del ministerio. El consenso de las autoridades provinciales manifestado en el COFESA (Consejo Federal de Salud) dotó a esta estrategia de la legitimidad necesaria para su implementación gradual en la mayoría de las jurisdicciones. *Ver nota al pie.*³⁶

Sus objetivos fueron reducir la mortalidad infantil neonatal y postneonatal; reducir la mortalidad materna por todas sus causas, especialmente durante la adolescencia; mejorar el acceso a la atención de calidad de la salud sexual y reproductiva implementando un abordaje integral del embarazo en la adolescencia con perspectiva a su disminución a mediano y largo plazo, y disminuir la incidencia de mortalidad por cáncer cérvico-uterino.

Entre los principales lineamientos para lograr los objetivos propuestos se destacan el aseguramiento de las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales, la consolidación de Maternidades Seguras Centradas en la Familia, la implementación del alta conjunta de las madres y sus hijos, la regionalización de la atención perinatal, el mejoramiento de la calidad de información y los circuitos comunicativos y la vinculación entre los distintos niveles de atención a través de la referencia y contrarreferencia. *Ver nota al pie.*³⁷ Se añadió también el trabajo en prevención de lesiones y muertes por causas externas en adolescentes y las estrategias para la reducción de las muertes por cáncer cérvico-uterino. Simultáneamente, el Plan Operativo demandó la participación de otros programas ministeriales.

³⁶ El Consejo Federal de Salud, (COFESA) está integrado por los funcionarios que ejercen la autoridad de Salud Pública de más alto nivel en el orden nacional, en cada provincia, y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Su función es coordinar el desarrollo del sector salud en toda la República.¹¹

³⁷ La referencia es el procedimiento para derivar un paciente de una unidad operativa a otra de mayor capacidad resolutive. La contrarreferencia es el procedimiento mediante el cual una vez resuelto el problema de diagnóstico y/o tratamiento se retorna al paciente a la unidad operativa que lo refirió.¹²

Plan Nacer/Programa SUMAR

Comienza en 2004 y, mediante la implementación de pago por desempeño, incorpora prestaciones destinadas a dar respuesta a las principales patologías para la población materno infantil. El Programa SUMAR se amplió luego a la población de 6 a 9 años, la de 10 a 19 años, a las mujeres de 20 a 64 años y, desde marzo de 2015, a los varones de ese grupo de edad. SUMAR ofrece prestaciones orientadas a la atención perinatal de bajo y alto riesgo, prestaciones destinadas a la población adolescente (salud sexual y procreación responsable, promoción de la salud sexual y reproductiva a través de talleres, atención de lesiones por causas externas, intentos de suicidio y consumo de alcohol y otras sustancias) y prestaciones destinadas a la prevención y detección precoz del cáncer de cuello uterino. El programa busca además fortalecer la estrategia de atención perinatal incorporando el Paquete Perinatal de Alta Complejidad, estableciendo el pago de partos sólo en maternidades categorizadas por la DINAMI y promoviendo el uso de guías y protocolos de tratamiento nacionales como garantía de calidad en atención.¹³

Remediar

Surgió en el año 2002, en el marco de la Política Nacional de Medicamentos. Durante el periodo 2015-2019, el programa funcionó incorporado en el Programa Redes en el marco de la estrategia de Cobertura Universal de Salud, para retomar su funcionamiento original con el cambio de autoridades sanitarias. El mismo está orientado a fortalecer el modelo de atención primaria de la salud y promover políticas saludables con gestión participativa, aumentar la cobertura, promover la equidad y mejorar las condiciones de salud de la población a través de un componente de medicamentos y de acceso oportuno a tratamientos apropiados.¹³ Es un programa que contribuye a garantizar tu derecho al acceso a los medicamentos esenciales a través de la distribución directa a los Centros de Salud, para que sean prescritos/indicados/recetados por profesionales y entregados a toda persona que los necesite. La provisión gratuita llega mensualmente a más de 8.000 Centros de Salud distribuidos en todo el país en botiquines de medicamentos esenciales, que dan respuesta al 80% de las consultas del Primer Nivel de Atención. De esta manera garantizan la cobertura de medicamentos a 15 millones de personas que dependen exclusivamente del sistema público de salud.¹³

Programa de Nacional de Cardiopatías Congénitas (PNCC)

Creado en 2010, se propone contribuir a la reducción de la tasa de mortalidad infantil incrementando el número de cirugías de niños y niñas menores de un año y portadores de cardiopatías. Para lo cual busca mejorar el diagnóstico prenatal y postnatal de las cardiopatías congénitas. Favorecer la derivación oportuna y segura a los centros de referencia, regionalizar la atención (organización de la red) y fortalecer el Registro Nacional de Cardiopatías Congénitas (RNCC). El PNCC garantiza la resolución quirúrgica a todos los niños y niñas del país con diagnóstico de cardiopatía congénita que cuentan con cobertura exclusiva del sistema público de salud. Siendo el encargado de coordinar la derivación, traslado, tratamiento y seguimiento

de niños sin obra social que padecen cardiopatías congénitas en las 24 jurisdicciones del territorio nacional.

El Plan Nacer financió inicialmente las cirugías de las cardiopatías congénitas de los pacientes comprendidos en el PNCC, pero a partir de agosto de 2012 el PNCC se encuentra financiado por el Programa SUMAR.¹⁴

Programa de Sanidad Escolar (PROSANE)

En el marco en la Ley N° 26.061 de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, PROSANE se desarrolla como una “Política Integrada de Cuidado para niños, niñas y adolescentes”. El PROSANE articula las acciones de los Ministerios de Salud y Educación destinadas a dar respuesta activa a las necesidades de atención de los niños, niñas y adolescentes en edad escolar, en el ámbito de la educación pública y privada de todo el territorio nacional.¹³ El PROSANE se enmarca dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Los equipos del primer nivel de atención realizan el Control Integral de Salud (C.I.S.) tanto en las escuelas como en los centros de salud. El CIS contempla la evaluación a nivel clínico, odontológico, oftalmológico, fonoaudiológico, así como el control del carné de vacunas y la aplicación de dosis pendientes.¹³

La información recogida con las herramientas del PROSANE es utilizada para referenciar la población al primer, segundo o tercer nivel para el seguimiento y resolución de las problemáticas detectadas.¹³ Además, la articulación entre la escuela y el centro de salud permite identificar problemas de salud que requieren de acciones de promoción en las escuelas.

Programas de Vacunación (Control de Enfermedades Inmunoprevenibles)

La estrategia de inmunizaciones es fundamental para disminuir la mortalidad materno infantil a causa de patologías prevenibles por vacunación. En la Argentina está vigente la Ley N° 27.491 de Control de enfermedades prevenibles por vacunación (sancionada en el año 2018), que garantiza la vacunación en todas las etapas del ciclo vital.¹⁵

El calendario oficial de inmunizaciones de la Argentina incluye 20 vacunas que se aplican gratuitamente en vacunatorios, centros de salud y hospitales públicos.¹⁶ El mismo incluye las vacunas para prevenir la tuberculosis, hepatitis A y B, difteria, tétanos, tos convulsa, meningitis, varicela, sarampión, y la infección por la bacteria *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), que puede causar enfermedades como otitis, neumonía y meningitis, entre otras vacunas.

En el ingreso a la escuela primaria y secundaria es obligatorio presentar el carnet de vacunas.¹⁵ También se puede requerir en el ingreso a la universidad, en el examen pre laboral y en los controles periódicos.

En el calendario se especifica cuáles son las vacunas obligatorias según la edad o situación particular. En el caso de las embarazadas, deben recibir la vacuna triple bacteriana acelular (una dosis en cada embarazo, después de la semana 20 de gestación), y la vacuna antigripal: (una dosis, en cualquier trimestre de la gestación).¹⁶ Mientras que los recién nacidos deben

recibir las vacunas contra la hepatitis B (una dosis dentro de las primeras 12 horas de vida), y contra la tuberculosis (BCG).

Durante el primer año de vida, los bebés deben iniciar diferentes esquemas. Por ejemplo, a los 2 meses, deben recibir la vacuna contra rotavirus.¹⁶ También a esa edad los bebés deben recibir la primera dosis de la vacuna pentavalente conjugada (vacuna combinada que protege contra 5 enfermedades: difteria, tos convulsa, tétanos, Haemophilus influenzae tipo b y hepatitis B) y la vacuna contra el neumococo. Para mayor información sobre el Calendario Nacional de Inmunizaciones, se recomienda acceder al mismo en la página digital del Ministerio de Salud de la Nación.¹⁶

Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia

Según los términos de la Ley Nacional N° 25.415/2001, todo recién nacido debe tener garantizado el acceso al estudio temprano de su capacidad auditiva y al tratamiento oportuno si lo necesita.¹⁵

La pesquisa se inicia con el estudio de Otoemisiones Acústicas (OEA) en todos los recién nacidos.¹⁵ Si este estudio revela un problema de audición, se prevé la provisión gratuita de audífonos o prótesis auditivas, así como la rehabilitación auditiva.

Las prestaciones establecidas en esta ley se encuentran incorporada al Programa Médico Obligatorio.¹⁵ *Ver nota al pie.*³⁸

Pesquisa Neonatal

En agosto de 2007 se sancionó la Ley Nacional 2 N° 6.279 sobre pesquisa neonatal, que incluye la detección de hipotiroidismo, fenilcetonuria, fibrosis quística de páncreas, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinidasa, retinopatía del prematuro, Chagas y sífilis congénitos.¹⁸ Para ese entonces, según un informe de noviembre de 2007, la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil mostró que en el 100% de las provincias se hace algún tipo de pesquisa neonatal y que en aproximadamente el 85% de los nacimientos se investiga hipotiroidismo congénito. Sin embargo, las leyes nacionales en materia de salud no obligan a los estados provinciales a adherirse; éstos pueden dictar sus propias leyes sobre el tema. La provincia de Buenos Aires estableció por ley, en el año 1986, la obligatoriedad de la detección masiva con fines diagnósticos de hipotiroidismo congénito y fenilcetonuria en todos los recién nacidos. En el año 2008, a través de una nueva ley provincial se incorporan nuevas patologías, quedando establecida la obligatoriedad de detectar: hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita, déficit de biotinidasa, retinopatía del prematuro, fibrosis quística, enfermedad del jarabe de arce o leucinosis.¹⁹

³⁸ El Programa Médico Obligatorio de Emergencia (P.M.O.E. - Res.201/02 M.S.) establece las prestaciones básicas esenciales que deben garantizar las Obras Sociales y Agentes del Seguro a toda la población beneficiaria.¹⁷

El costo de la pesquisa no es comparable con el costo del tratamiento de la enfermedad, los años perdidos en calidad de vida, la disminución del coeficiente intelectual en los niños afectados y la responsabilidad legal de los que no hacen la pesquisa.²⁰

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

En 1985 el Estado argentino reconoció los derechos reproductivos y derechos sexuales como derechos humanos mediante la ratificación de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, y en 1994 se los invistió de jerarquía constitucional, incorporándolos a la Constitución Nacional.²¹

En octubre de 2002 se sancionó la Ley N° 25.673 que estableció la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) con el propósito de garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos de toda la población y disminuir las desigualdades que afectan la salud sexual y la salud reproductiva, desde una perspectiva de derechos y de género.

A partir del año 2003, mediante el Decreto Nacional N° 1282/2003, el PNSSyPR se puso en marcha en todo el territorio nacional, con los siguientes objetivos:

- Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;
- Disminuir la morbimortalidad materno-infantil;
- Prevenir embarazos no deseados;
- Promover la salud sexual de los adolescentes;
- Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/Sida y patologías genitales y mamarias;
- Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;
- Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.²¹

Según los expertos, la aprobación del nuevo Código Civil y Comercial en el año 2015, genera cambios tácitos a la Ley N° 25.673, en especial en lo referente al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de Niños Niñas y Adolescentes y las personas con discapacidad, ya que determinados artículos del mismo implican un gran avance en relación a la autonomía de las personas para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.²¹

El PNSSyPR se complementa con el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, creado por Ley N° 26.150 del año 2006, que establece el derecho de todos los alumnos de establecimientos, tanto públicos como privados, de todas las jurisdicciones del país, a recibir educación sexual integral.²² El mismo se puso en funcionamiento en el año 2008, en el ámbito del Ministerio de Educación de la Nación.

Programa Nacional de Cuidado Integral del Niño y Adolescente con Cáncer

El Programa Nacional de Cuidado Integral del Niño y Adolescente con Cáncer del Instituto Nacional del Cáncer busca garantizar equidad y accesibilidad a la mejor calidad de atención a niños y adolescentes con cáncer.²³ El Programa busca fortalecer el diagnóstico oportuno, mejorar la calidad de los cuidados e impulsar la investigación orientada a responder a los desafíos de nuestra realidad nacional. Creado por ley en año 2016, el Programa forma parte del Plan Nacional de Control del Cáncer 2018-2022.²⁴

Los objetivos principales del Programa Nacional de Cuidado Integral del Niño y Adolescente con Cáncer son: mejorar la supervivencia global de los pacientes; garantizar equidad en el acceso a un tratamiento de calidad en todo el país; mejorar la calidad de vida; y aumentar las posibilidades de que los niños puedan atenderse en sus localidades de origen durante la mayor parte del tratamiento.^{23,24}

Plan Nacional de prevención del sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes / Plan ASI (Alimentación Saludable en la Infancia)

El Plan de Prevención del Sobrepeso y la Obesidad en niños, niñas y adolescentes (NNyA), Plan ASÍ, tiene como objetivo consolidar y fortalecer una estrategia nacional intersectorial y en distintos niveles jurisdiccionales para detener la epidemia creciente de sobrepeso y obesidad en NNyA hasta 18 años de edad en la República Argentina en el período comprendido entre los años 2019 y 2023.²⁵

El Plan buscará la articulación y eficiencia de los programas y normativa existente en materia de derecho a la salud en general, alimentación saludable y de promoción de la actividad física.²⁰ Además, pretende reforzar las acciones tendientes a garantizar una alimentación nutritiva, suficiente y adecuada así como para promover la adquisición de hábitos saludables en los distintos ámbitos: familiares, comunitarios y sociales.²⁵

Los objetivos del Plan ASÍ también incluyen aspectos educacionales vinculados con la alimentación y la actividad física, y la participación activa de la comunidad en la construcción de entornos saludables.²⁵ El plan requiere de una acción estatal intersectorial, junto a la participación de organismos no gubernamentales, sociedades científicas y organismos Internacionales, entre otros.

Referencias

- 1- Filgueira, F. y Aulicino, C. La primera infancia en Argentina: desafíos desde los derechos, la equidad y la eficiencia. Documento de Trabajo N°130. Buenos Aires: CIPPEC, enero de 2015. Disponible en: <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/1259.pdf> Consultado el 25 de febrero de 2020.
- 2- Aulicino, C., Gerenni, F., y Acuña, M. Primera infancia en Argentina: políticas a nivel nacional. Documento de Trabajo N°143. Buenos Aires: CIPPEC, octubre de 2015. Disponible

- en: <https://www.cippeec.org/wp-content/uploads/2017/03/1166.pdf> Consultado el 25 de febrero de 2020.
- 3- Díaz Langou G, Cardini A, Florito J, Guevara J. Metas Estratégicas para Modificar Argentina. Políticas para la Niñez. Buenos Aires: #META - CIPPEC, 2019. Disponible en: https://www.cippeec.org/wp-content/uploads/2019/09/MEMO_Crianza_WEB.pdf Consultado el 25 de febrero de 2020.
 - 4- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud Integral del Niño (Página Web). https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5350:2011-salud-integral-nino&Itemid=1084&lang=es Consultada el 25 de febrero de 2020.
 - 5- Organización Mundial de la Salud (OMS). Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) [Página Web]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es/ Consultado el 26 de febrero de 2020.
 - 6- Organización Pan Americana de la Salud (OPS). Estrategia y Plan de Acción para la salud integral en la niñez. Washington, DC: OPS, 2013. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/ICH-espaniol-final-web.pdf?ua=1> Consultado el 26 de febrero de 2020.
 - 7- Naciones Unidas. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). Nueva York: Todas las mujeres, todos los niños 2015. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/ Consultado el 26 de febrero de 2020.
 - 8- Pereyra Zaldívar H. Los diez primeros años de AIEPI en el Perú. Lima: Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2006.
 - 9- Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de cooperación de la OPS/OMS con Argentina, 2017-2021. Buenos Aires: OPS; 2017. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34360/OPSARG17023_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y Consultado el 26 de febrero de 2020.
 - 10- Ministerio de Salud de la Nación. Bernztein R, Drake I, Miceli A (Coordinadores). Plan para la reducción de la mortalidad materno infantil, de las mujeres y de las adolescentes. Ministerio de Salud de la Nación. Bs. As, 2010. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion-mortalidad/pdfs/plan_operativo_reimpresion_junio2010_WEB.pdf Consultado el 28 de febrero de 2020.
 - 11- Ministerio de Salud de la Nación. Consejo Federal de Salud (Página Digital). Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/index.php/component/content/article/45-cofesa/32-cofesa> Consultado el 13 de marzo de 2020.
 - 12- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado de la situación de la niñez y la adolescencia en Argentina. Buenos Aires: UNICEF, 2016. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/2211/file/SITAN.pdf> Consultado el 12 de marzo de 2020.
 - 13- Ministerio de Salud de la Nación. Direcciones, Programas y Planes. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/direccionesprogramasplanes> Consultado el 14 de marzo de 2020.

- 14- Ministerio de Salud de la Nación. Programa SUMAR. ¿Cómo funciona la Cobertura de Cardiopatías Congénitas del Programa SUMAR? Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/sumar/images/stories/pdf/triptico-ccc.pdf> Consultado el 13 de marzo de 2020.
- 15- Ley 27.491 de Control de enfermedades prevenibles por vacunación. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27491-318455> Consultada el 14 de marzo de 2020.
- 16- Ministerio de Salud. Vacunas y Calendario de Vacunación. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas> Consultado el 14 de marzo de 2020.
- 17- Ministerio de Salud. Superintendencia de Salud. Programa Médico Obligatorio. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sss/salud/programa-medico-obligatorio> Consultado el 14 de marzo de 2020.
- 18- Ley Nacional nº 26.279 de detección y tratamiento de la fenilcetonuria, hipotiroidismo neonatal, fibrosis quística, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinidasa, retinopatía del prematuro, Chagas y sífilis. Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=11449> Consultado el 14 de marzo de 2020.
- 19- Ley nº 13.905 Prov. Bs. As. Declárase obligatoria la investigación masiva con la finalidad del diagnóstico precoz de todo tipo de anomalías metabólicas congénitas o errores congénitos de metabolismo. Disponible en: <http://www.gob.gba.gov.ar/html/gobierno/diebo/boletin/26038/leyes.htm> Consultado el 14 de marzo de 2020.
- 20- Rossato N. Pesquisa neonatal obligatoria. Reflexiones. Arch Argent Pediatr 2009; 107(3):193-4.
- 21- Ley nacional de salud sexual y procreación responsable nº 25673 y decreto reglamentario 1282/2003. Disponible en: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/ley-nacional-de-salud-sexual-y-procreacion-responsable-no-25673-y-decreto-reglamentario> Consultado el 14 de marzo de 2020.
- 22- Ministerio de Educación. Programa Nacional de Educación Sexual Integral (ESI). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/educacion/esi> Consultado el 14 de marzo de 2020.
- 23- Ministerio de Salud. Instituto Nacional del Cáncer. Programa Nacional de Cuidado Integral del Niño y Adolescente con Cáncer. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/el-inc/procuinca> Consultado el 14 de marzo de 2020.
- 24- Ministerio de Salud. Instituto Nacional del Cáncer. Plan Nacional de Control del Cáncer 2018-2022. <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001548cnt-plan-nacional-control-cancer-2018-22.pdf> Consultado el 14 de marzo de 2020.
- 25- Presidencia de la Nación. Plan Nacional de prevención del sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes. Documento Marco, abril de 2019. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001559cnt-2019-04_documento-marco_plan-asi.pdf Consultado el 14 de marzo de 2020.

El Autor

Dr. Juan P. Alconada Magliano

Egresado de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata. Médico Pediatra por la Sociedad Argentina de Pediatría y el Colegio de Médicos de la Prov. de Bs. As. Doctor en Medicina por la Universidad Nacional de La Plata. Especialista en Terapia Intensiva Infantil por la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva y el Ministerio de Salud de la Nación. Especialista en Docencia Universitaria por la Universidad Nacional de La Plata. Egresado de la Maestría en Efectividad Clínica de la Universidad de Buenos Aires. Docente de la Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria de la Universidad Nacional de La Plata. Docente de la Maestría de Salud Pública de la Universidad Nacional de La Plata. Docente del Departamento de Salud Materno Infantil de la Universidad Maimónides de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Integrante de la Unidad de Estudios en Salud Pública de la Universidad Nacional de La Plata. Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Nueva Clínica del Niño de La Plata. Director Médico Asociado de la Nueva Clínica del Niño de La Plata.

Alconada Magliano, Juan Pedro

Epidemiología del ciclo vital y salud materna e infantojuvenil / Juan Pedro Alconada Magliano. - 1a ed. - La Plata : Universidad Nacional de La Plata ; La Plata : EDULP, 2021.
Libro digital, PDF - (Libros de cátedra)

Archivo Digital: descarga
ISBN 978-950-34-1995-3

1. Medicina Comunitaria. 2. Epidemiología. 3. Salud. I. Título.
CDD 614.4

Diseño de tapa: Dirección de Comunicación Visual de la UNLP

Universidad Nacional de La Plata – Editorial de la Universidad de La Plata
48 N.º 551-599 / La Plata B1900AMX / Buenos Aires, Argentina
+54 221 644 7150
edulp.editorial@gmail.com
www.editorial.unlp.edu.ar

Edulp integra la Red de Editoriales Universitarias Nacionales (REUN)

Primera edición, 2021
ISBN 978-950-34-1995-3
© 2021 - Edulp

n
naturales


Edulp
EDITORIAL DE LA UNLP



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA