

1° INFORME ESPECIAL DEL OBSERVATORIO DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA SAP-UNICEF



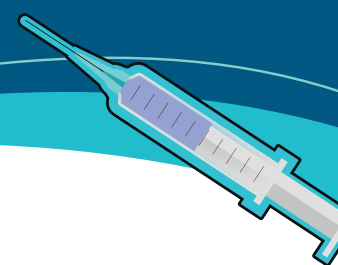
“Coberturas de vacunación
un desafío para el pediatra”

unicef 
para cada infancia



**Sociedad Argentina
de Pediatría**

Por una niñez y
adolescencia sanas,
en un mundo mejor



UNICEF Argentina

Autoridades

Representante de UNICEF

Dra. BRUMANA, Luisa

Representante adjunta

ISAZA, Olga

Especialista en Salud

Dr. ZINGMAN, Fernando

Oficial de Salud

Lic. ANCIOLA, Julia

Sociedad Argentina de Pediatría

Comisión Directiva

Presidente

Dr. MORENO, Rodolfo Pablo

Vicepresidente 1ro.

Dr. INDART DE ARZA, Miguel Javier

Vicepresidente 2da.

Dra. MOLINA, Fabiana Gabriela

Secretaria General

Dra. GIUBERGIA, Verónica Sabina

Prosecretaria General

Dra. ARPÍ, Lucrecia Georgina

Tesorera

Dra. BOGDANOWICZ, Elizabeth Patricia

Secretario de Educación Continua

Dr. DARTIGUELONGUE, Juan Bautista

Secretario de Actas y reglamento

Dr. PARISI, Claudio

Secretario de Medios y

Relaciones Comunitarias

Dra. PAPPOLLA, Rosa Inés

Secretario de Relaciones Institucionales

Dr. PACE, Alejandro Eugenio

Secretario de Subcomisiones,

Comités y Grupos de Trabajo

Dr. ROCCA RIVAROLA, Manuel

Secretaria de Regiones,

Filiales y Delegaciones

Dra. GATICA, Cristina Iris

Vocal 1º.

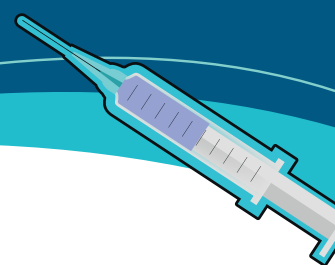
Dr. CÁCERES COLLANTES, Eduardo Federico

Vocal 2º.

Dr. DAYER, José

Vocal 3º.

Dra. ARTURI, Analia



Coordinadora General:

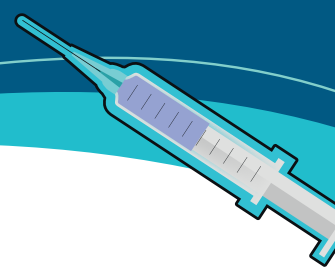
Dra. GENTILE, Ángela

Integrantes:

Mg. DEGIUSEPPE, Juan Ignacio

Dra. JUÁREZ, María del Valle

Dra. LUCION, María Florencia



Introducción:

El Observatorio de la Infancia y Adolescencia ha sido creado como un ente autónomo, en el marco de la cooperación entre la Sociedad Argentina de Pediatría y UNICEF, para darle visibilidad a las problemáticas de la infancia y adolescencia relacionadas con la salud en la República Argentina y sus regiones, teniendo en cuenta los determinantes intervinientes.

Tiene como finalidad hacer una evaluación de las condiciones de vida de esta población que permita resaltar necesidades, proponer recomendaciones y elaborar estrategias en el marco de la defensa de los derechos de niños, niñas y adolescentes.

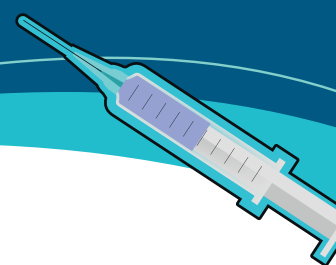
Las vacunas constituyen una de las medidas sanitarias que mayor beneficio ha producido y sigue produciendo a la humanidad, previniendo enfermedades que antes causaban grandes epidemias, muertes y secuelas tales como el cáncer cervical, la difteria, la hepatitis B, el sarampión, la parotiditis, la tos ferina, la neumonía, la poliomielitis, las enfermedades diarreicas por rotavirus, la rubéola y el tétanos. Las vacunas benefician tanto a las personas vacunadas como a las personas no vacunadas y susceptibles que viven en su entorno (inmunidad colectiva o de rebaño).

Mediante las vacunas se ha logrado erradicar la viruela, estamos finalizando la erradicación de la poliomielitis en el mundo, el sarampión ha dejado de ser un problema frecuente en nuestro medio, no tenemos casos de difteria y otras enfermedades están siendo controladas como la tos ferina, el tétanos, la hepatitis B, la meningitis meningocócica.

Para lograr el control efectivo de cualquiera de las enfermedades inmunoprevenibles mencionadas es fundamental además de sostener un programa de vacunación amplio, contar con una vigilancia epidemiológica adecuada y oportuna para evitar la aparición de brotes.

La estrategia de prevención primaria a través de las vacunas es una medida de Salud Pública que ha demostrado un alto impacto y en nuestro país es una política de Estado que se evidencia en el crecimiento que ha tenido el Calendario Nacional de Vacunación en estos últimos años. La ampliación del acceso a la inmunización es fundamental para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible ya que la vacunación no solo evita el sufrimiento y las defunciones causados por enfermedades infecciosas, sino que también se traduce en beneficios más amplios en materia de educación y desarrollo económico.

La incorporación de nuevas vacunas seguras y eficaces en forma gratuita y obligatoria es uno de los indicadores de inclusión social y equidad más robustos que puede tener un país ya que facilita el acceso a esta herramienta clave de prevención para todos los sectores de la población. Sumado a esto, la jerarquización de las vacunas que están incluidas en el calendario regular desde hace años y que han sido pilares fundamentales para la eliminación de enfermedades como la poliomielitis, el sarampión, la rubéola y el síndrome de rubéola congénita es clave para sostener estos logros.



Desde que se implementaron las distintas etapas de aislamiento, se vieron afectadas diversas actividades relacionadas con la prevención, el cuidado de la salud y el tratamiento de distintas enfermedades, síntomas o posibles síntomas distintos al coronavirus.

Según datos de la encuesta de Percepción y Actitudes de la Población (UNICEF) realizada en el mes de mayo de 2021 surge que el 24% de los hogares no ha podido mantener los controles de salud y 7% el calendario de vacunación de sus hijos e hijas. Estos valores ascienden cuando se considera los hogares que perciben AUH: allí el 28% de los hogares no han podido llevar adelante los controles de salud y el 8% de vacunación. Sin embargo, comparado con los relevamientos previos, esta proporción es menor en mayo de 2021 que en la segunda mitad del 2020, producto de la progresiva apertura de actividades y la mayor posibilidad de circulación que permitió la vuelta a los controles.

Con relación a las razones por las cuales no pudieron ir a controles, el 50% indicó que fue debido a la falta de turnos. En el caso de la vacunación de niñas, niños y adolescentes, 37% indicaba dicho motivo. Por su parte, alrededor de un 28% de los hogares indicaba como motivo el temor a los contagios en los centros de salud y/o de vacunación.

La Sociedad Argentina de Pediatría, a través del Observatorio de la Infancia, pretende actualizar la información científica disponible en relación con las coberturas de vacunación en las diferentes edades incluidas en la población pediátrica, utilizando algunas de ellas como “trazadoras” del comportamiento de estas.

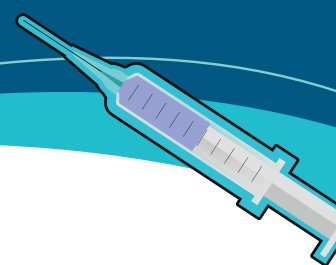
En la Argentina, gracias a la vacunación, no se registran casos autóctonos de sarampión desde el año 2000, de rubéola congénita desde 2009, poliomielitis desde 1984, difteria 2006, tétanos neonatal 2007 y se redujo en más del 96% los casos de trasplante hepáticos por el virus de la hepatitis A.

Metodología de la medición

Se describieron y analizaron los indicadores de coberturas de vacunación de niños, niñas y adolescentes de Argentina durante el período 2015-2020. La información se obtuvo a partir de fuentes secundarias oficiales. Los datos fueron desagregados por jurisdicción y por las 5 regiones económicas argentinas (Noroeste Argentino, Nordeste Argentino, Cuyo, Centro y Patagonia).

Para el análisis de las vacunas utilizadas como trazadoras se calculó el promedio de las coberturas del periodo 2015-2020 tomando como numerador la sumatoria de las dosis informadas en el periodo y como denominador la sumatoria de la población objetivo de cada indicador multiplicándose por cien.

1. Encuesta de Percepción y Actitudes de la Población. Impacto de la pandemia COVID-19 y las medidas adoptadas por el gobierno sobre la vida cotidiana. Cuarta ronda. Primera edición, junio 2021. UNICEF ARGENTINA.
Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/informes/encuesta-de-percepcion-y-actitudes-de-la-poblacion>



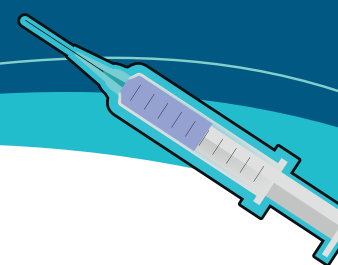
Se seleccionaron las siguientes coberturas según grupos etarios:

- **Menores de 1 año:**
 - **DPT3:** quintuple bacteriana (difteria, tétanos, coqueluche, *Haemophilus influenzae* b y hepatitis B), 3° dosis aplicada a los 6 meses.
 - **Polio 3:** poliomielitis, 3° dosis aplicada a los 6 meses.
- **12-23 meses:**
 - **PCV13:** neumococo de 13 serotipos, refuerzo aplicado a los 12 meses.
 - **SRP 1:** triple viral (sarampión, rubéola, parotiditis), 1° dosis aplicada a los 12 meses.
 - **Antigripal:** influenza, 2° dosis más dosis única aplicada entre los 6 y 24 meses.
- **Ingreso escolar:**
 - **SRP 2:** triple viral (sarampión, rubéola, parotiditis), 2° dosis aplicada a los 5 años.
- **Adolescentes:**
 - **VPH:** virus del papiloma humano, 2° dosis aplicada a los 11 años en mujeres y varones.
 - **dTpa:** triple bacteriana acelular (difteria, tétanos, coqueluche), refuerzo aplicado a los 11 años.

Se utilizó la media nacional y regional, con el fin de detectar áreas de mayor riesgo y determinar prioridades.

Adicionalmente, los indicadores se estratificaron en terciles según las tasas de mortalidad infantil del periodo informado. Se seleccionó la tasa de mortalidad infantil (TMI) dado que es uno de los indicadores más importantes para la planificación y programación de actividades en salud, que muestra la condición sanitaria de los niños y de los adolescentes y es uno de los ejes principales sobre los que se analizan otros indicadores que reflejan las condiciones socioeconómicas y ambientales en las que viven. La TMI es un indicador sensible de la disponibilidad, utilización y efectividad de la atención de la salud, particularmente, la atención perinatal.

Los terciles se construyeron calculando la media de TMI de los años 2015-2019. En **T1** se ubicaron las provincias con las **menores tasas de mortalidad infantil** (CABA, Neuquén, Tierra del Fuego, Chubut, Río Negro, Mendoza, Córdoba y Santa Fe), seguidas por **T2** con **tasas intermedias** (Santiago del Estero, Santa Cruz, La Pampa, Misiones, San Luis, San Juan, Buenos Aires, Entre Ríos y Catamarca) y **T3** con las **mayores TMI** (La Rioja, Jujuy, Salta, Chaco, Tucumán, Corrientes y Formosa).



Se estima que esta tasa no solo refleja la magnitud de los problemas de salud directamente responsables de la muerte de los niños, como diarrea, infecciones respiratorias y malnutrición, junto con otras enfermedades infecciosas y condiciones perinatales, sino que también refleja el nivel de salud de las madres, la política de planificación familiar, las condiciones de salud ambiental y el desarrollo socioeconómico de una sociedad.

Si bien desde el año 1980 en nuestro país se observa un descenso sostenido de la TMI, los resultados de la salud materna, infantil, de adolescentes y de mujeres no son aún satisfactorios en algunas regiones de nuestro país. Casi 9.000 niños mueren antes de cumplir el año de edad, la mayoría durante la primera semana de vida. Así como existen grandes diferencias en las TMI entre los países menos desarrollados y los más desarrollados, la distribución de la mortalidad en Argentina también es muy desigual: un recién nacido o una mujer embarazada que residen en la Región Patagónica o en la Ciudad de Buenos Aires tienen mayores probabilidades de vivir que las que residen en regiones del Noroeste Argentino (NOA) y Noreste Argentino (NEA).

Por otra parte, se evaluó la articulación de los indicadores de coberturas con los determinantes estructurales de la mortalidad en la infancia con las condiciones de vida y con los factores biológicos y culturales del nivel familiar. Para esto se utilizó el indicador de necesidades básicas insatisfechas (NBI). Una limitación actual de la utilización del NBI es que su relevamiento tiene más de 10 años (Censo 2010) y puede estar ocultando desigualdades actuales.

Los quintiles se definieron considerando como **Q1** el estrato con **peores condiciones** y **Q5** como el de **mejores condiciones**. Los quintiles incluyen las siguientes jurisdicciones:

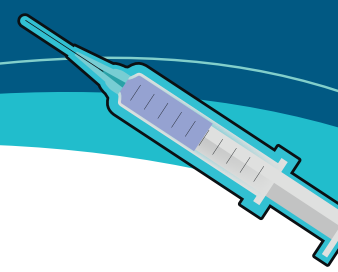
Q1 (Formosa, Salta, Chaco, Santiago del Estero, Corrientes),

Q2 (Misiones, Jujuy, Tucumán, La Rioja, Catamarca, Tierra del Fuego),

Q3 (San Juan, Neuquén, Río Negro),

Q4 (Entre Ríos, Buenos Aires, San Luis, Chubut, Mendoza)

Q5 (Santa Cruz, Santa Fe, Córdoba, CABA, La Pampa).



Resultados

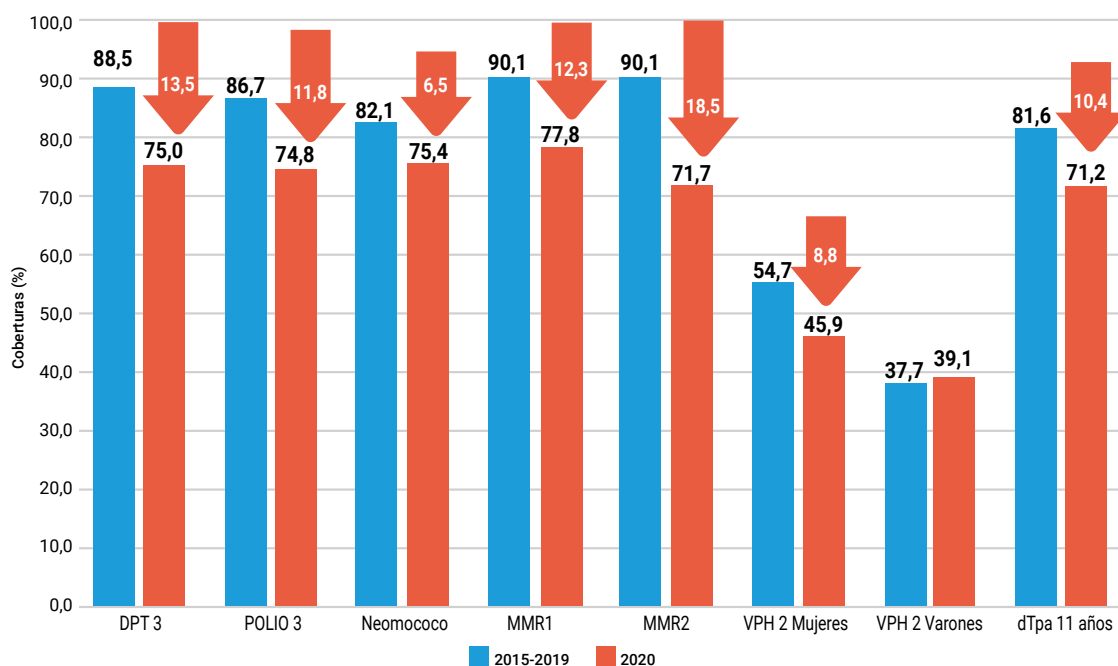
Las coberturas de vacunación se encuentran en descenso para todas las vacunas trazadoras analizadas, en todos los grupos etarios

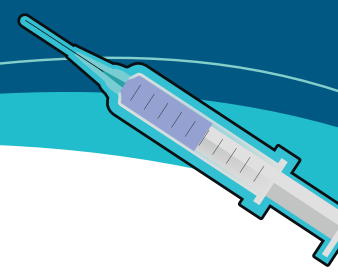
El grupo de menores de 1 año presenta el descenso más dramático en el tiempo y por ende de mayor riesgo.

Impacto de la Pandemia por SARS-COV-2 en las coberturas nacionales de vacunación de Argentina

- ➔ A nivel país en el año 2020 las coberturas en menores de 1 año registran una caída de 19 puntos al comparar con el año 2015 y de 8 puntos en comparación con el año 2019.
- ➔ En los menores de 1 año las coberturas de vacunación son inferiores al 90% contra la poliomielitis desde el año 2016 y con vacuna quíntuple desde el 2017.
- ➔ Las coberturas durante el segundo año de vida también registran una tendencia sostenida en descenso y en el año 2020 muestran una caída de 6 puntos para neumococo y 11 puntos para sarampión en comparación con el año 2015.
- ➔ Al ingreso escolar las coberturas con vacuna triple viral se encuentran en descenso mostrando una caída de 15 puntos en comparación con el 2015 y de 12 puntos con el año 2019.
- ➔ Los adolescentes presentaron sus mejores coberturas en los años 2017-2018 registrando una caída promedio en el año 2020 de 10 a 15 puntos con VPH y dTpa en comparación con el año 2019.

Comparación 2015-2019 vs 2020





El impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 sobre las coberturas de vacunación fue muy significativo en todos los grupos etarios. En 2020 se registró un descenso promedio de 10 puntos en las coberturas nacionales de vacunación de todas las vacunas respecto al promedio 2015-2019.

En el año 2020, ninguna vacuna del CNV ha superado un valor del 80% de cobertura a nivel nacional, lo que implica un incremento sustancial de individuos susceptibles que, acumulados con los susceptibles de años previos, generan un escenario que predispone y favorece la aparición de brotes, reemergencia o reintroducción de enfermedades prevenibles por vacunación (EPV) que se encuentran controladas o eliminadas en nuestro país.

En el año 2020 quedaron sin vacunar...

Poliomielitis:

160.000 niños y niñas menores de 1 año no recibieron el esquema primario completo.



En Argentina se notificó el último caso de poliomyelitis en 1984, sin embargo en el mundo aún hay casos de polio salvaje tipo 1 en Afganistán y Pakistán. En la actualidad el gran desafío es la tendencia creciente de brotes de polio causados por virus Sabin derivado, sobre todo tipo 2, principalmente en África y en Asia. ([Boletín Polio OMS](#))



Para minimizar el riesgo de reintroducción del poliovirus en el país, es necesario mantener altos niveles de coberturas de vacunación y un sistema de vigilancia de parálisis agudas flácidas (PAF) sensible y de calidad.

Coqueluche-Difteria-Tétanos-Hib-Hepatitis B (Quíntuple):

160.000 niños y niñas menores de 1 año no recibieron el esquema primario completo



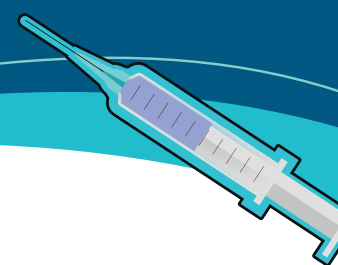
En Argentina, no ha habido Tétanos Neonatal desde el 2007 (dos casos reportados) hasta la fecha y el último caso registrado de difteria fue en el año 2006. Sin embargo se registran casos aún en países de las Américas. ([Alerta difteria](#))



En relación a coqueluche, después de la incorporación de la vacunación materna con triple bacteriana acelular las tasas de letalidad muestran una tendencia en descenso sostenido a pesar de los cambios en la incidencia de la enfermedad. Los bajos niveles de cobertura en la población pediátrica, provocan el acúmulo de susceptibles y favorecen la aparición de brotes especialmente en menores de 1 año, con mayor riesgo de padecer cuadros graves y mayor mortalidad.



El descenso de las coberturas permite también la aparición de cuadros de enfermedad invasiva por Hib, especialmente meningitis, en niños menores de 1 año. Por otra parte también se pierde la inmunidad colectiva o de rebaño, uno de los pilares de la protección con estas vacunas conjugadas.



Neumococo:

162.000 niños y niñas de 1 año no recibieron su refuerzo



Antes de la introducción de la vacuna de neumococo, este agente era la causa más habitual de cuadros de meningitis y neumonía. El descenso de las coberturas en las dosis de refuerzo, implica una menor efectividad y por ende menor protección individual y colectiva.

Sarampión-Rubéola-Parotiditis:

147.000 niños y niñas de 1 año y **215.000** niños y niñas al ingreso escolar.



Argentina es un país libre de circulación del virus sarampión, sin embargo Brasil continúa con un brote activo de esta enfermedad en el norte del país y junto con Venezuela son países endémicos en nuestra Región.



Es importante para sostener este logro, alcanzar una cobertura del 95% con dos dosis de vacuna triple viral; la primera dosis protege al grupo de mayor riesgo de padecer enfermedad con complicaciones y muerte y la segunda dosis, cubre la falla primaria de la vacuna.



Se recuerda tener un especial cuidado en relación a los viajeros de acuerdo al último alerta nacional. ([Alerta Sarampión 23-11-2021](#))



Es fundamental promover una vigilancia epidemiológica de enfermedad febril aguda exantemática eficaz y responder a los brotes de manera rápida. Mientras el sarampión no sea erradicado, deberemos continuar con las campañas de seguimiento, vacunando a las cohortes de niños de 1 a 4 años inclusive cada cuatro años.

VPH

193.000 mujeres y **220.000** varones adolescentes de 11 años no recibieron su segunda dosis.



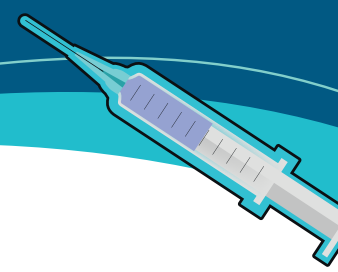
En los adolescentes, la vacuna VPH protege a largo plazo previniendo el cáncer. Es una enfermedad silenciosa y es fundamental la vacunación oportuna antes del contacto con el virus. A diferencia de las vacunas de los dos primeros años de vida, el impacto de esta estrategia será evidente en la adultez.

Coqueluche-Difteria-Tétanos (Triple bacteriana acelular):

208.000 adolescentes de 11 años no recibieron su refuerzo.



El refuerzo con triple bacteriana acelular a los 11 años contribuye al control de la enfermedad por *Bordetella pertussis*, difteria y tétanos. Si bien en la Argentina el tétanos neonatal está eliminado, aun se registran casos de tétanos en otras edades asociados a heridas y accidentes.

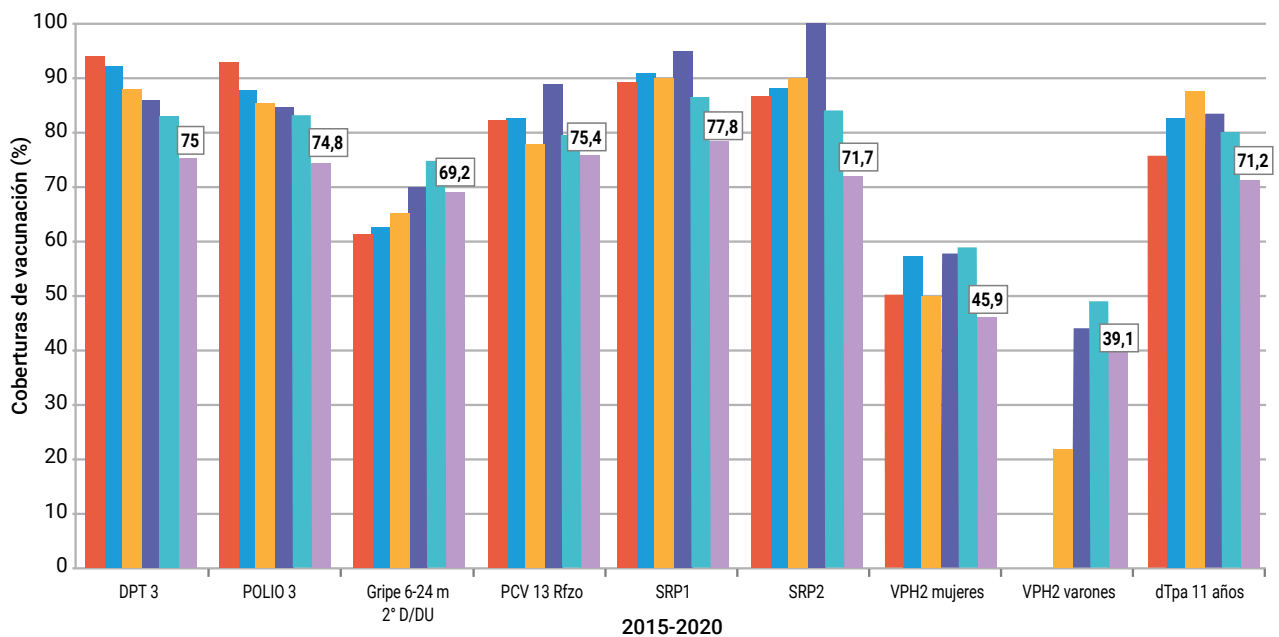


Resultados globales y por región 2015-2020

El análisis global de las coberturas de vacunación muestra una tendencia en descenso marcada y constante en los menores de un año para las terceras dosis de vacuna quíntuple y contra poliomielitis. En los niños entre 12-23 meses y al ingreso escolar este descenso también es constante aunque menos pronunciado. Ninguna de las vacunas aplicadas antes de los dos años de vida o al ingreso escolar alcanzaron coberturas óptimas en los últimos 5 años, a excepción de la vacuna triple viral que alcanzó las coberturas esperadas en los años 2014 y 2018 coincidente con las campañas de vacunación de seguimiento contra sarampión y rubéola.

Las coberturas en la población adolescente resultan subóptimas para las dos vacunas evaluadas, con una brecha considerable entre ambas y entre sexos en el caso de la vacuna contra el VPH. (Figura 1)

FIGURA 1. Coberturas de vacunación por año según vacunas trazadoras. Argentina. Años 2015-2020.



*DPT3: 3° dosis de quíntuple (6 meses); Polio 3: 3° dosis de vacuna antipoliomielítica (6 meses); PCV13 Rfzo: Refuerzo de vacuna contra neumococo 13 serotipos (12 meses); SRP 1 y 2: vacunas contra sarampión, rubéola y parotiditis 1° dosis (12 meses) y 2° dosis (ingreso escolar); VPH 2: 2° dosis de vacuna contra virus del papiloma humano; dTpa 11 años: vacuna triple bacteriana acelular a los 11 años.

Fuente: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.

Las coberturas por regiones del país muestran brechas de más de 10 puntos en algunos casos. La región de Cuyo muestra las mejores coberturas en la población de menores de 2 años y la de ingreso escolar. En contraposición la región Centro, la más densamente poblada de nuestro país, informa las menores coberturas en los últimos años. (Figura 2)

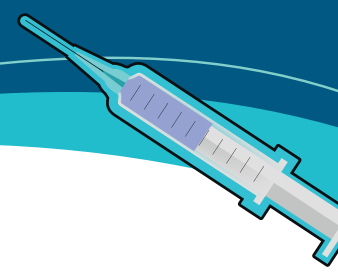
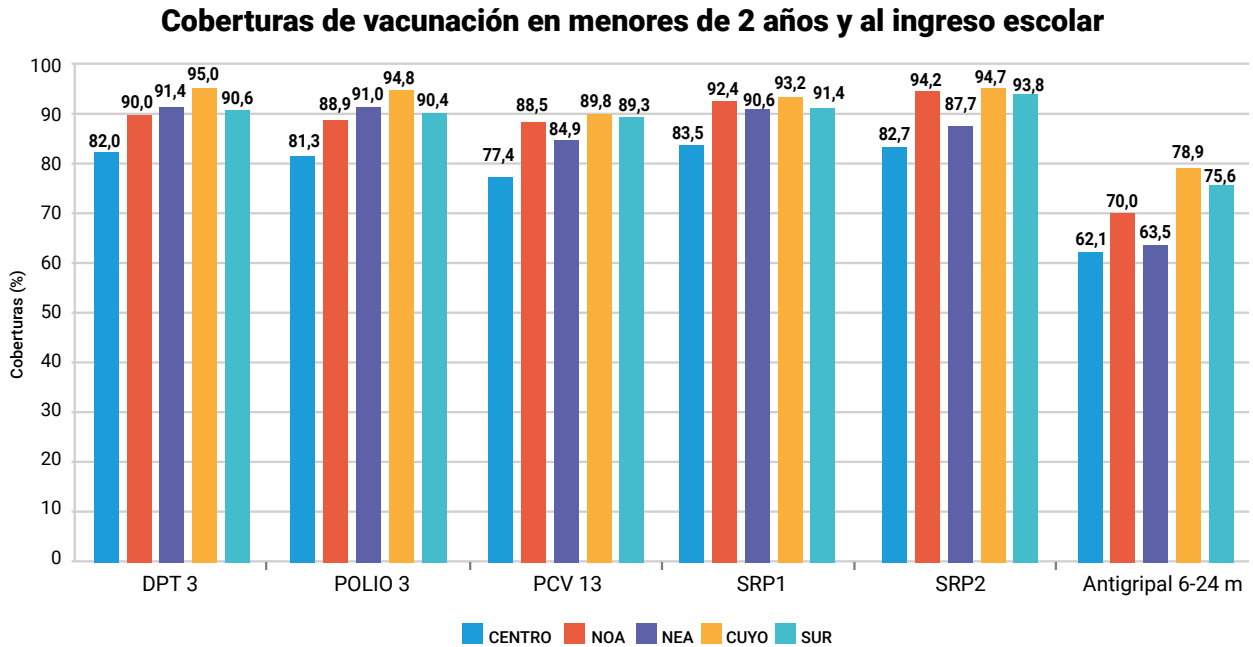


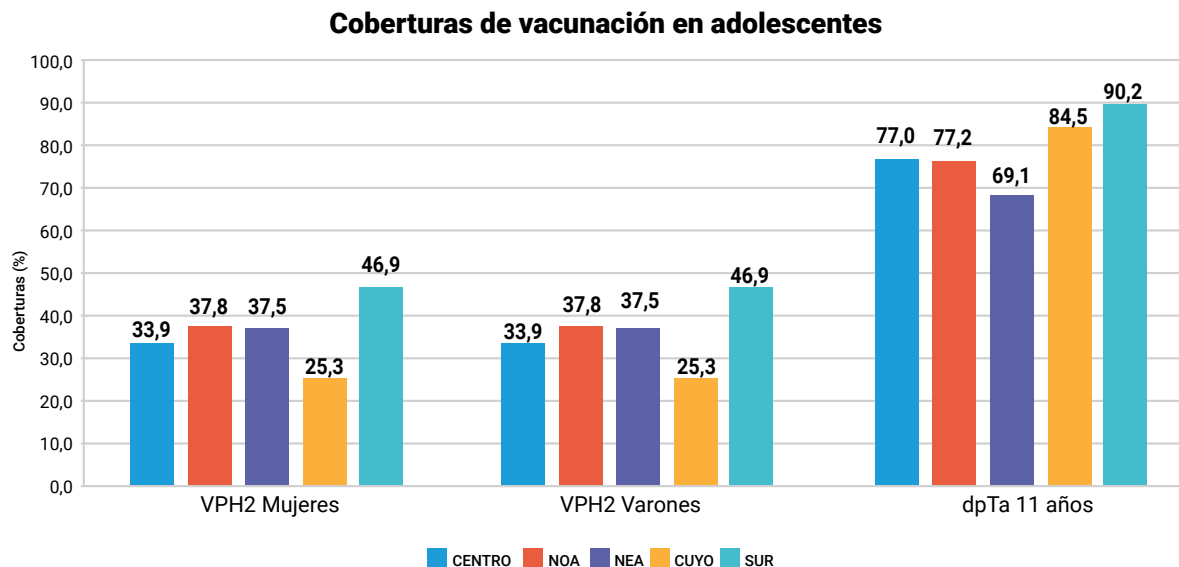
FIGURA 2. Coberturas de vacunación por región según vacunas trazadoras en menores de 2 años y al ingreso escolar. Argentina. Años 2015-2020.



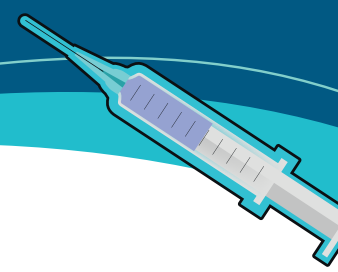
Fuente: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.

En cuanto a la población adolescente podemos observar que se mantienen las brechas pero son menores. La región Sur presenta las mayores coberturas y la región Cuyo las menores. En todas las regiones se observan diferencias entre las coberturas de vacunación alcanzadas con triple bacteriana acelular y con VPH a favor de la primera. (Figura 3)

FIGURA 3. Coberturas de vacunación por región según vacunas trazadoras en adolescentes. Argentina. Años 2015-2020.



Fuente: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.

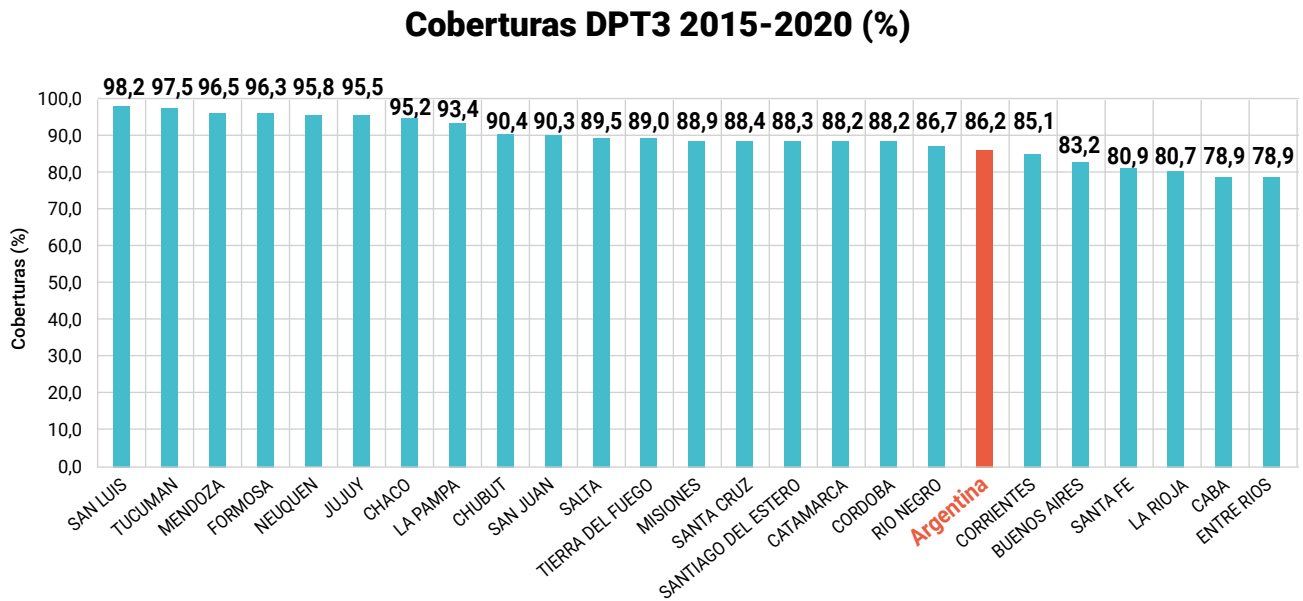


Resultados 2015-2020 por jurisdicciones y grupos etarios

Primer año de vida

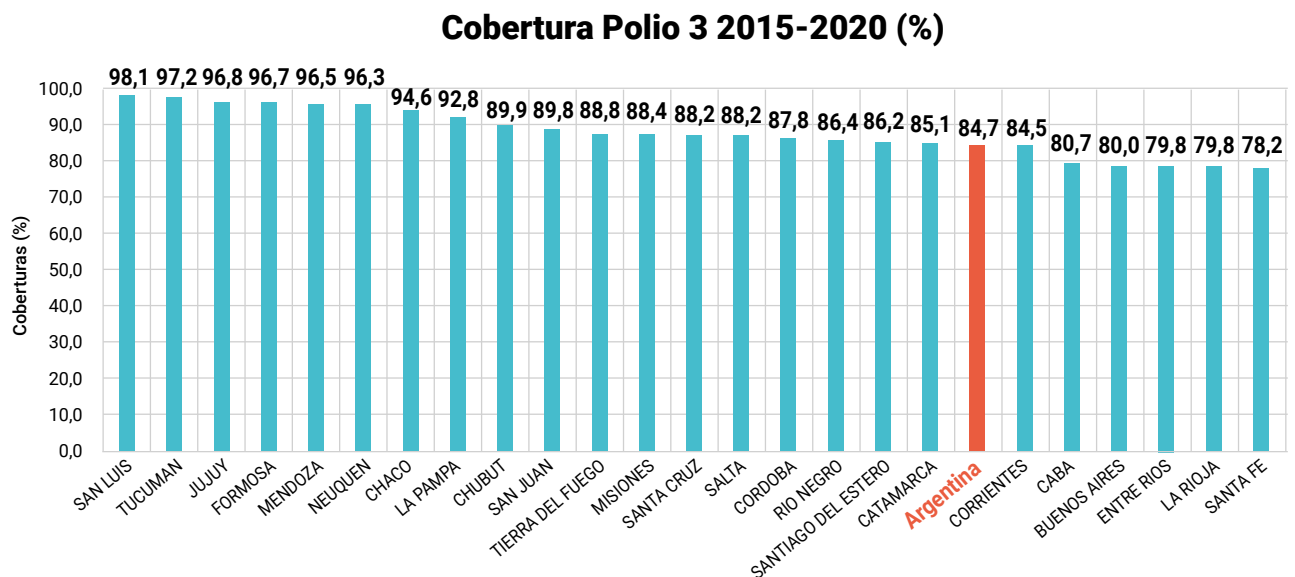
Las coberturas de vacunación en el primer año de vida (DPT3 y Polio3) en promedio entre los años 2015 y 2020 fueron heterogéneas en las diferentes jurisdicciones, registrando hasta 20 puntos de diferencia entre los extremos. (Figuras 4 y 5)

FIGURA 4. Cobertura de vacunación DPT3 (%) por jurisdicción. 2015-2020. Argentina.

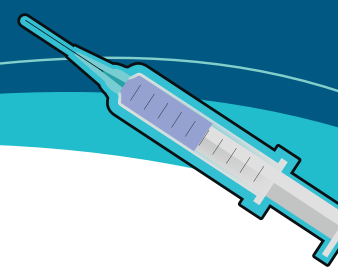


Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.

FIGURA 5. Cobertura de vacunación Polio3 (%) por jurisdicción. 2015-2020. Argentina..

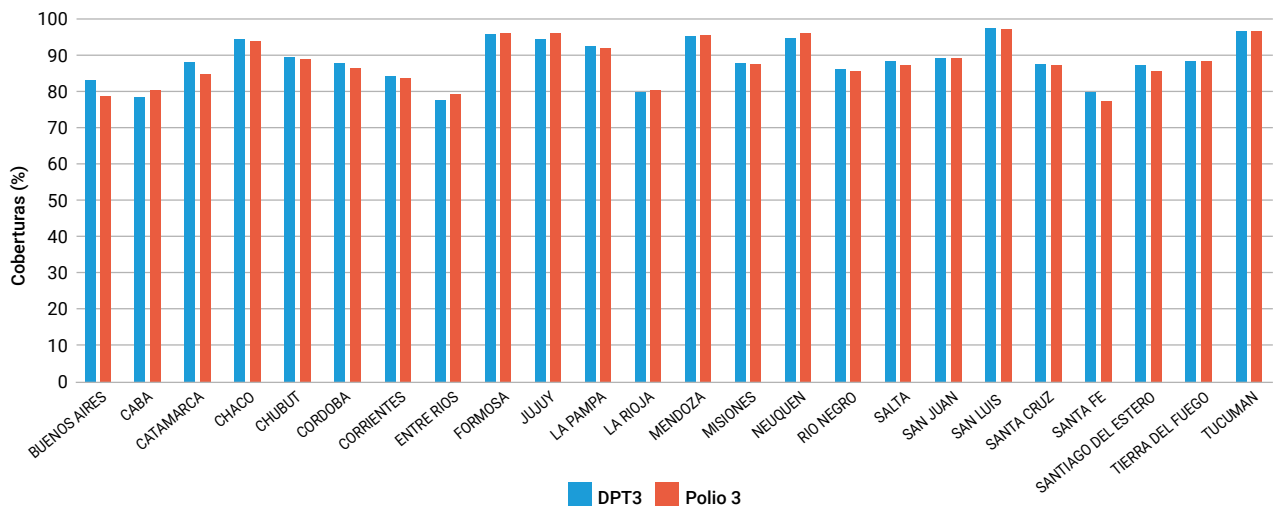


Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.



Se observa una simultaneidad adecuada en este grupo etario. (Figura 6)

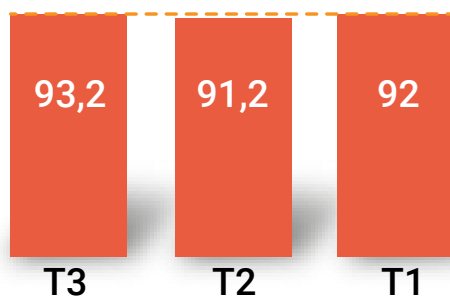
FIGURA 6. Simultaneidad: coberturas de vacunación DPT3 y Polio3 (%) por jurisdicción. 2015-2020. Argentina.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.

El análisis según estratos de tasa de mortalidad infantil no mostró asociación con las coberturas ni con los quintiles de NBI, es decir no se observan desigualdades en el acceso según condiciones de vulnerabilidad. (Figuras 7 y 8)

FIGURA 7. Promedio de coberturas de vacunación DPT3 (%) por jurisdicción según estratos de mortalidad infantil. 2015-2020. Argentina.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles y la Dirección de Estadísticas e Información de Salud Serie 5 (Nros 58-62). Ministerio de Salud de la Nación.

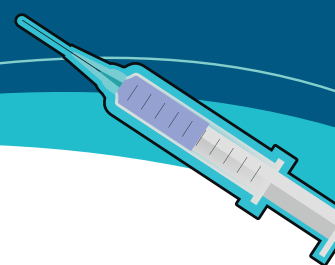
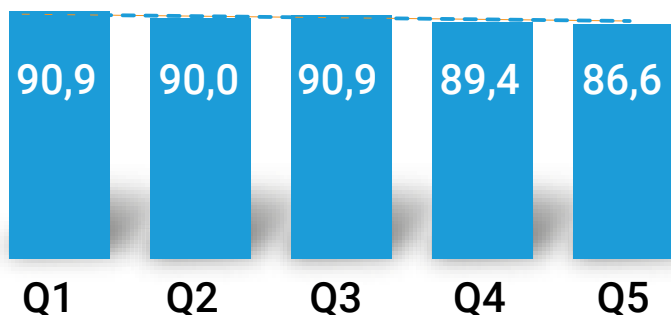


FIGURA 8. Promedio de coberturas de vacunación DPT3 (%) por jurisdicción según estratos de NBI. 2015-2020. Argentina

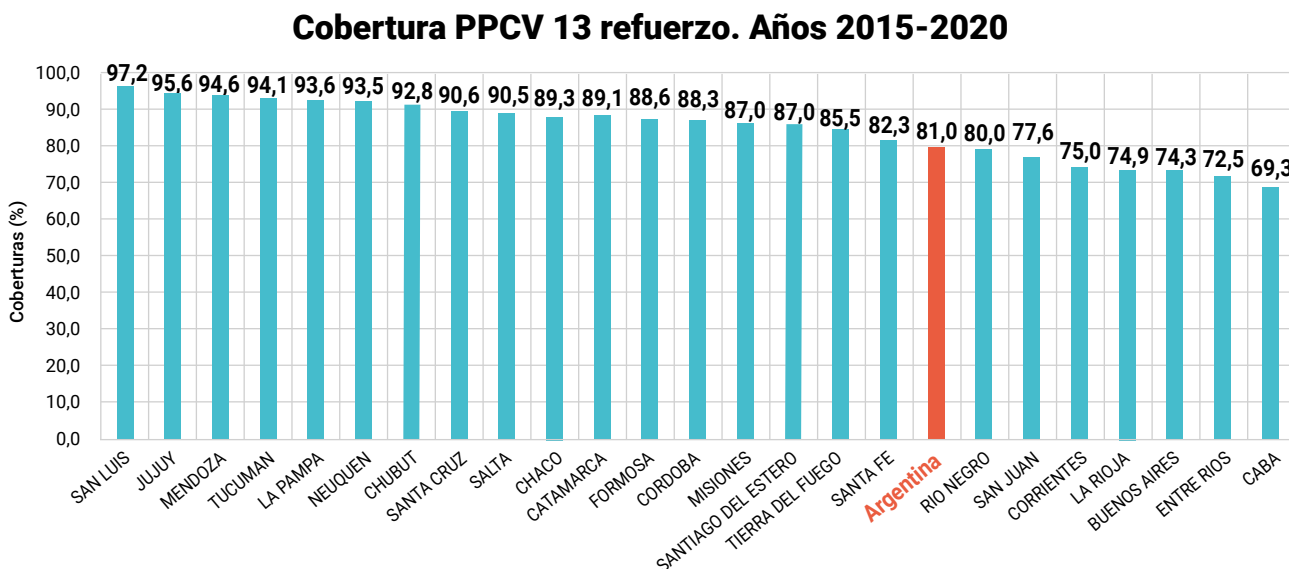


Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles Ministerio de Salud de la Nación. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (INDEC)

Segundo año de vida

Las coberturas al año de vida evidencian brechas más amplias entre jurisdicciones, de hasta 30 puntos. (Figura 9 y 10)

FIGURA 9. Cobertura de vacunación PCV13 refuerzo (%) por jurisdicción. 2015-2020. Argentina.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.

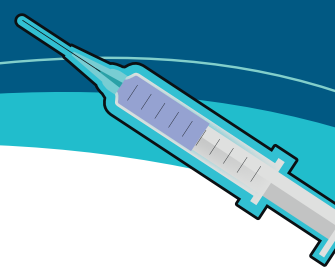
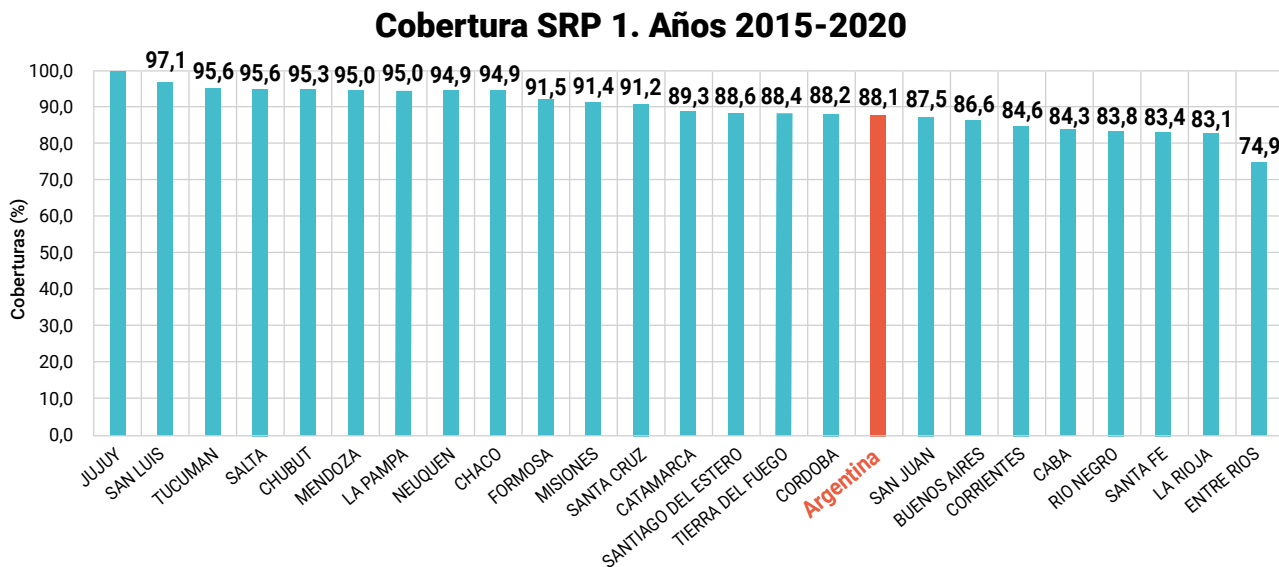


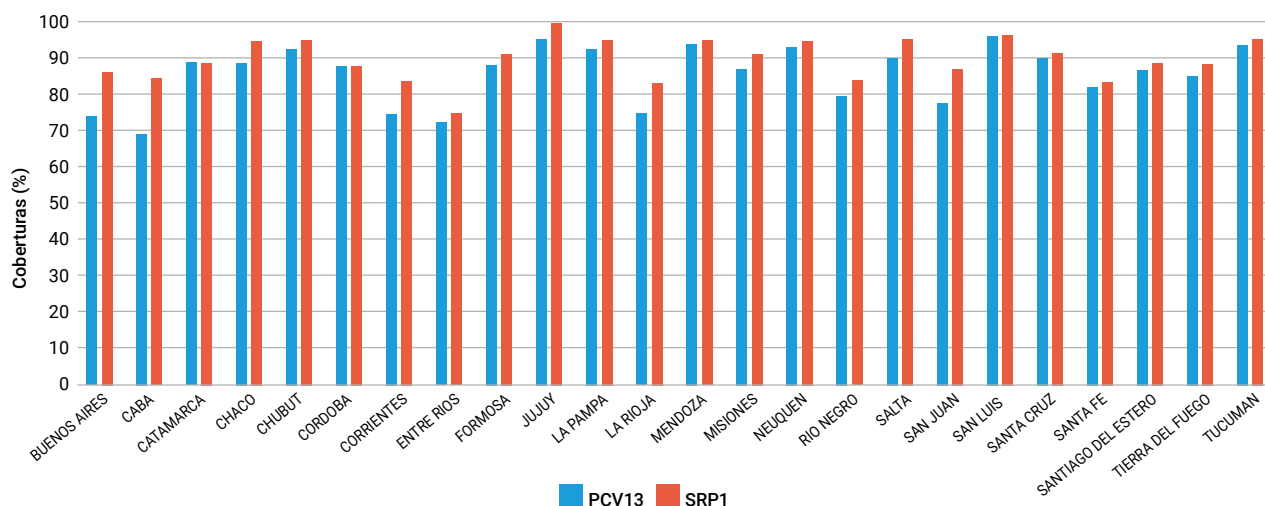
FIGURA 10. Cobertura de vacunación SRP1 (%) por jurisdicción. 2015-2020. Argentina.



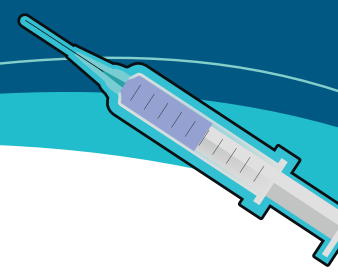
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.

En este grupo etario se pierde la simultaneidad, observando mejores coberturas para SRP en comparación con PCV13. (Figura 11)

FIGURA 11. Simultaneidad: coberturas de vacunación PCV13 refuerzo y SRP1 (%) por jurisdicción. 2015-2020. Argentina.

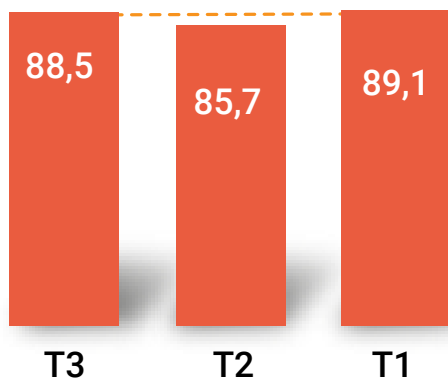


Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.



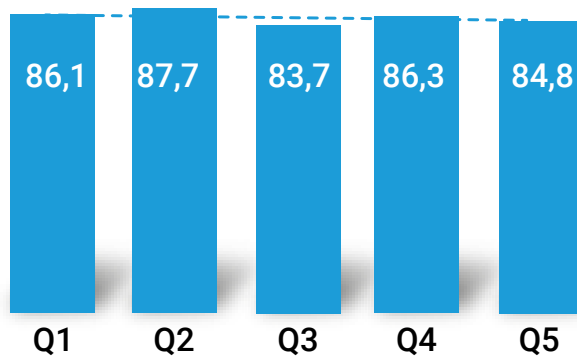
Al igual que en el grupo de menores de 1 año no se observan diferencias en cuanto a estratos de tasas de mortalidad infantil o condiciones socio-económico ambientales (NBI). (Figuras 12 y 13)

FIGURA 12. Promedio de coberturas de vacunación PCV13 refuerzo (%) por jurisdicción según estratos de mortalidad infantil. 2015-2020. Argentina



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles y la Dirección de Estadísticas e Información de Salud Serie 5 (Nros 58-62). Ministerio de Salud de la Nación.

FIGURA 13. Promedio de coberturas de vacunación PCV13 refuerzo (%) por jurisdicción según estratos de NBI. 2015-2020. Argentina.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (INDEC)

En relación a la vacuna antigripal se observan brechas de casi 50% entre los extremos. Sin embargo se destaca que si bien no se logran coberturas óptimas, esta vacuna es la única que presenta tendencia en ascenso sostenida en los últimos años. (Figura 14)

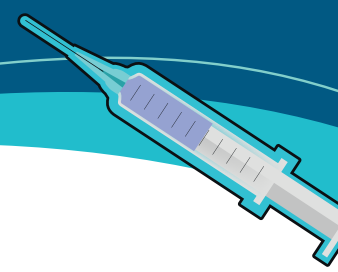
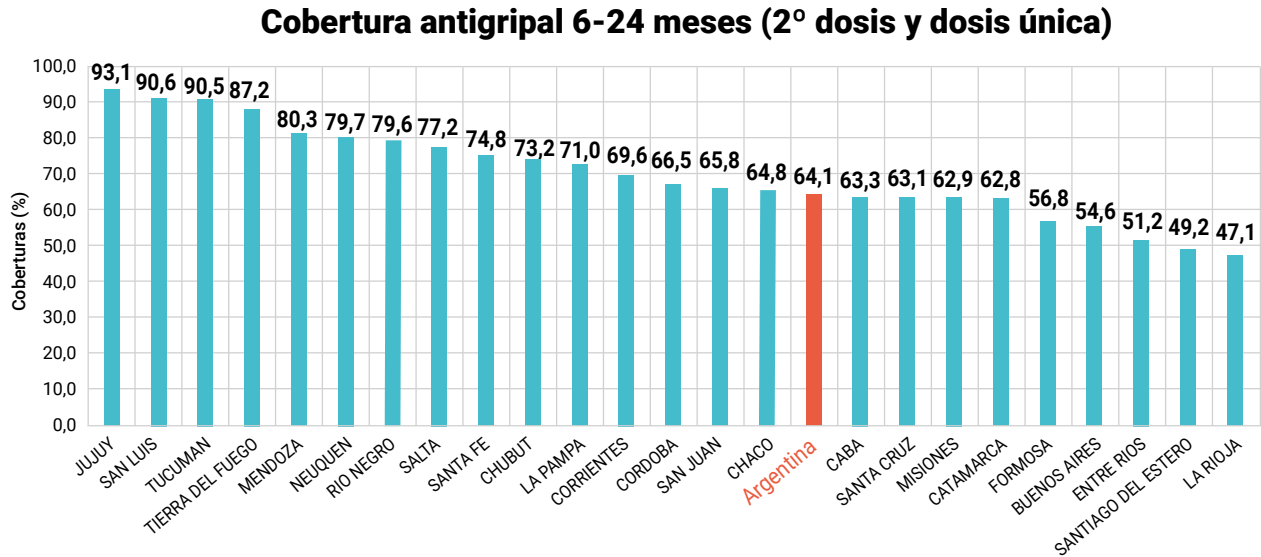


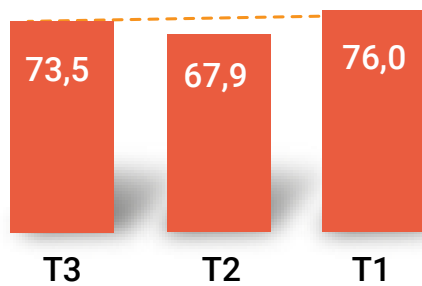
FIGURA 14. Cobertura de vacunación antigripal (%) 6-24 meses 2° dosis + dosis única por jurisdicción. 2015-2020. Argentina.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.

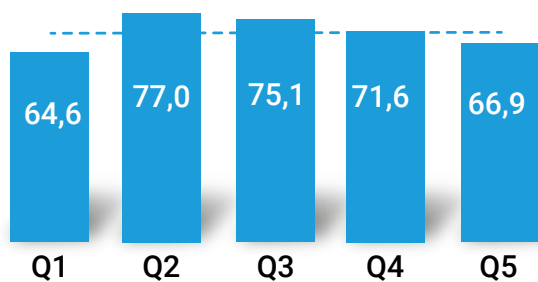
No se observan diferencias significativas en relación a las TMI ni de NBI. (Figuras 15 y 16)

Figura 15. Promedio de coberturas de vacunación PCV13 refuerzo (%) por jurisdicción según estratos de mortalidad infantil. 2015-2020. Argentina.

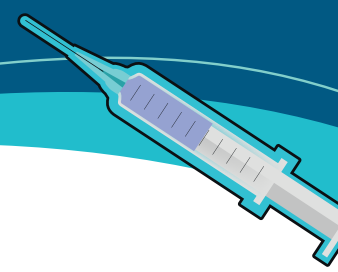


Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles y la Dirección de Estadísticas e Información de Salud Serie 5 (Nros 58-62). Ministerio de Salud de la Nación.

Figura 16. Promedio de coberturas de vacunación PCV13 refuerzo (%) por jurisdicción según estratos de NBI. 2015-2020. Argentina.



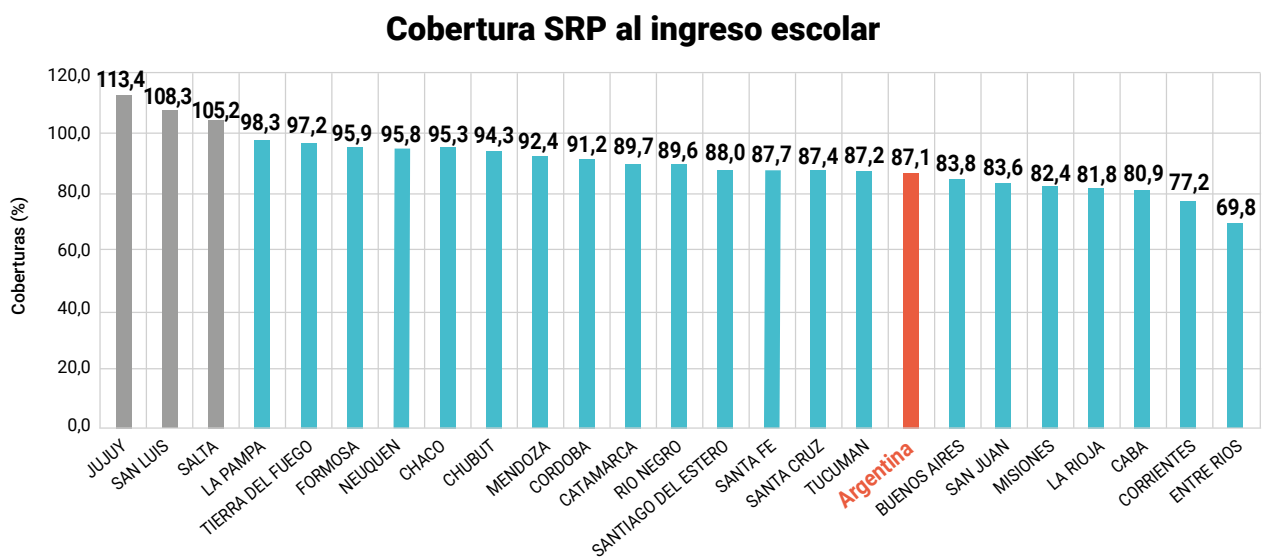
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (INDEC)



Ingreso escolar

Las coberturas del ingreso escolar analizada a través de la vacunación contra sarampión, rubéola y parotiditis se observa que son insuficientes en varias regiones del país, algunas jurisdicciones evidencian coberturas que superan el 100% lo que podría estar mostrando dificultades con los denominadores que no permiten evaluar adecuadamente el riesgo o cálculo de posibles susceptibles. (Figura 17)

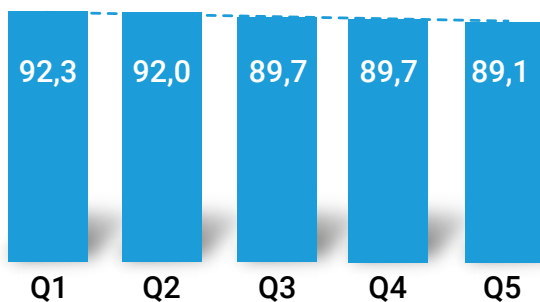
FIGURA 17. Cobertura de vacunación SRP2 (%) por jurisdicción. 2015-2020. Argentina.



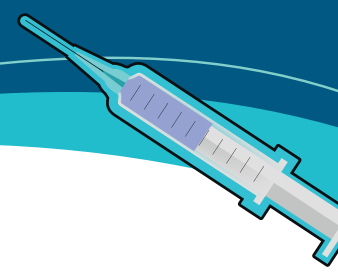
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.

En este grupo etario tampoco se observaron diferencias en cuanto a las condiciones socioeconómicas (NBI). (Figura 18)

FIGURA 18. Promedio de coberturas de vacunación SRP2 (%) por jurisdicción según estratos de NBI. 2015-2020. Argentina.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (INDEC)

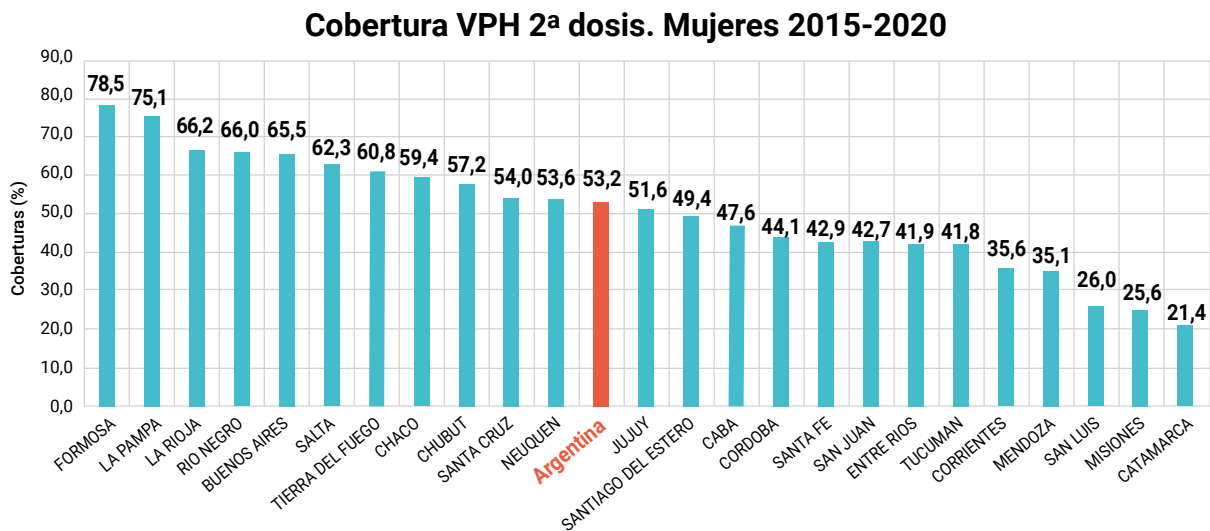


Adolescentes

En la edad adolescente las coberturas son francamente menores que en los niños de primera y segunda infancia. La cobertura de vacunación contra VPH por jurisdicciones muestra brechas amplias, de hasta casi 60 puntos, y diferencias entre sexos. Las coberturas en mujeres son casi el doble de la de los varones, esto podría explicarse entre otras cosas, por ser una estrategia más reciente la de vacunación en varones.

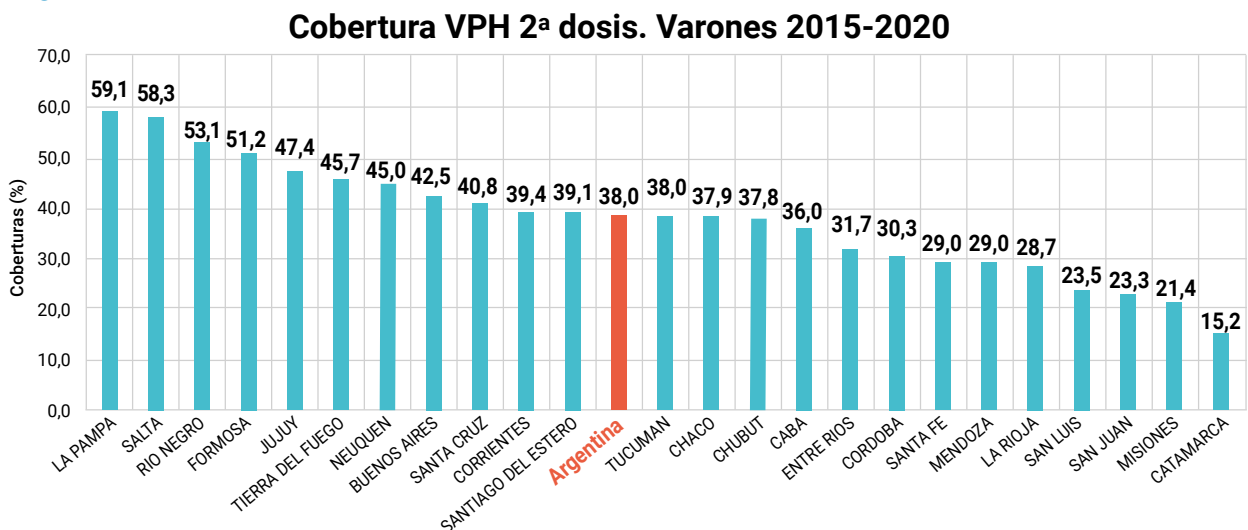
Las brechas observadas entre la segunda dosis de vacuna contra VPH y la cobertura con triple bacteriana acelular podría deberse a la dificultad en la captación de los adolescentes para completar la segunda dosis. (Figuras 19, 20 y 21)

FIGURA 19. Cobertura de vacunación VPH 2 (%) en mujeres por jurisdicción. 2015-2020. Argentina.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.

Figura 20. Cobertura de vacunación VPH 2 (%) en varones por jurisdicción. 2017-2020. Argentina.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.

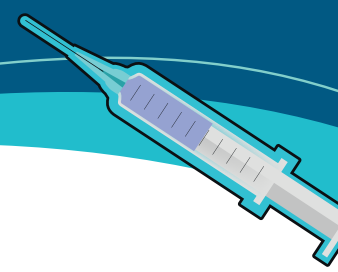
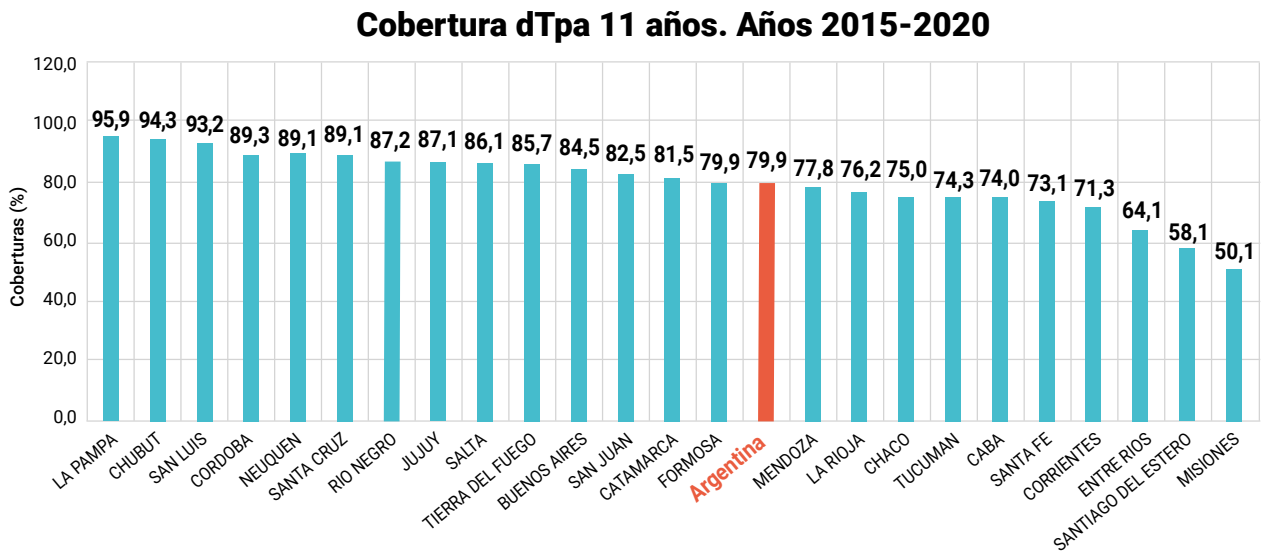


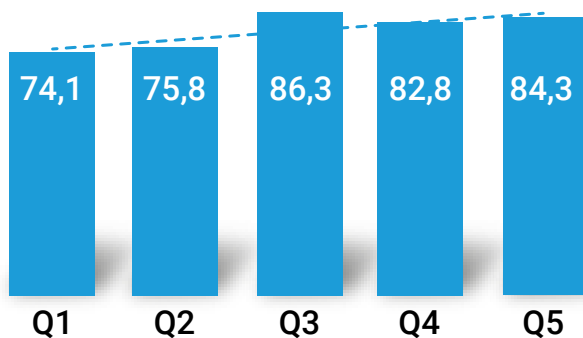
FIGURA 21. Cobertura de vacunación dTpa 11 años (%) por jurisdicción. 2015-2020. Argentina.



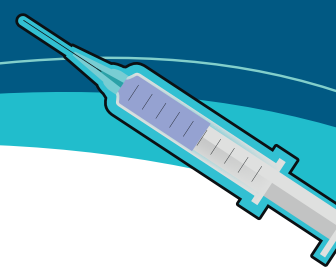
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.

En cuanto a la simultaneidad con la vacunación con triple bacteriana acelular se observa mejores coberturas con esta vacuna en comparación con VPH. La vacuna dTpa a los 11 años es la única trazadora que muestra diferencias en cuanto a las condiciones socioeconómicas, observándose mejores coberturas a mejores condiciones de NBI. Se observan brechas entre los quintiles de NBI mostrando mejores coberturas en las jurisdicciones con las mejores condiciones de vida (ubicadas en el quintil 5 en esta investigación). (Figura 22)

FIGURA 22. Coberturas de vacunación con dTpa a los 11 años y necesidades básicas insatisfechas (NBI) por quintil. 2014-2018. Argentina.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (INDEC)



¿Qué significan estos datos?

La caída de las coberturas de vacunación es multifactorial, hay que contemplar cuestiones vinculadas al acceso (dificultades económicas para acceder al centro de salud, escasez de recurso humano, vacunatorios con horarios acotados, etc.), disminución de las consultas y controles de salud que posibiliten la indicación de las vacunas correspondientes, falsas contraindicaciones, desconocimiento o baja percepción de riesgo por parte de la población y factores vinculados a la falta de confianza, no sólo en la seguridad de las vacunas, sino en los vacunadores, en los médicos que prescriben las vacunas y en los tomadores de decisión.

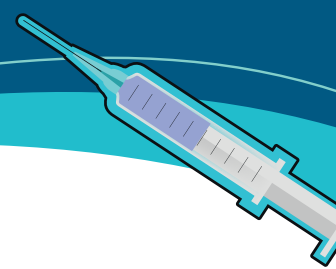
Debemos destacar que esta situación se acentuó durante la pandemia como resultado del aislamiento social y el temor a concurrir a los diferentes efectores de salud, generando un retroceso en la demanda de la vacunación y de otros controles de salud.

No podemos dejar de mencionar que en Argentina desde la semana epidemiológica (SE) 33/2019 y hasta la SE 22/2020 se registró el brote de sarampión más extenso desde la eliminación de la circulación endémica, con 174 casos confirmados, incluida una defunción, 159 de origen desconocido con identificación de genotipo D8, linaje MVs/GirSomnath.IND/42.16 y 15 casos importados (Brasil, EEUU y Europa-Asia). Los últimos casos de la provincia de Buenos Aires se identificaron en los partidos de Quilmes (3/3/2020), Moreno (5/3/2020), Lanús (14/3/2020), Almirante Brown (18/3/2020) y Ezeiza (19/3/20). La incidencia de la enfermedad por grupos de edad, muestra que los menores de 1 año y los de 1 a 4 años son los más comprometidos, sin embargo, los adultos jóvenes fueron otro de los grupos afectados.

En julio de 2020 la Comisión Nacional para la Certificación de la Eliminación del Sarampión, la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita determinó el fin del brote dado que el último caso confirmado presentó el exantema el 19/03/2020 (SE 12/2020) y transcurrieron más de 12 semanas sin casos confirmados (más de tres períodos de incubación máximos) son una tasas de notificación de 4,15 cada 100.000 habitantes.

La encuesta MICS realizada por UNICEF en Argentina entre los años 2019-2020 muestra que el 7,5% de las niñas y niños menores de 5 años y el 18,5% de las niñas, niños y adolescentes entre 5-17 años no asisten a controles de salud. Sumado a esto el 60% de los niños menores de 5 años realiza los controles adecuados entendidos como 10 controles anuales en menores de 1 año, 4 controles anuales en el segundo año, 2 controles anuales en niños de 3 y 4 años.²

2. UNICEF. Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Adolescentes (MICS) 2019-2020. Informe de resultados de la encuesta Octubre 2021. Disponible en: http://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS6/Latin%20America%20and%20Caribbean/Argentina/2019-2020/Survey%20findings/Argentina%202019-20%20MICS%20Survey%20Findings%20Report_Spanish.pdf



Con respecto a la situación durante la pandemia el informe de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (Ministerio de Salud de la Nación) muestra que si bien se registró una reducción porcentual global en el número de dosis aplicadas para todas las vacunas durante la mayoría de los meses correspondientes al año 2020 en comparación con las dosis aplicadas en el año 2019, el mayor impacto negativo se evidenció entre los meses de marzo y octubre de 2020 (con especial impacto en vacunas del ingreso escolar y en adolescentes, probablemente relacionado a la interrupción de estrategias de vacunación escolar que suelen realizarse en éste período).³

Propuestas

- ⇒ **Aprovechar cada contacto de los pacientes con el sistema de salud para controlar los esquemas de vacunación e iniciar y completar esquemas focalizando en los menores de 18 meses, al ingreso escolar y a los 11 años.**

- ⇒ **Coordinar acciones desde los centros de salud con las escuelas o el área de educación correspondiente para facilitar el acceso a las vacunas.**

- ⇒ **Acciones proactivas como: contactar a las personas empleando los registros nominales de vacunación o listas de pacientes por profesional o centro de atención.**

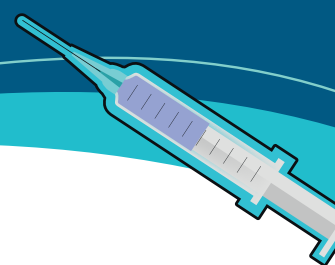
- ⇒ **Promover las acciones de capacitación continua para profesionales y vacunadores teniendo en cuenta la complejidad y actualizando los cambios en el calendario de vacunación.**

- ⇒ **Difusión de la información clara, oportuna y adecuada al conocimiento de la comunidad no médica incluyendo padres, pacientes, maestros y otros actores sociales que pudieran promover acciones a favor de las vacunas.**

- ⇒ **Promover herramientas para facilitar la indicación de esquemas de recupero (Ej: app, folletos)**

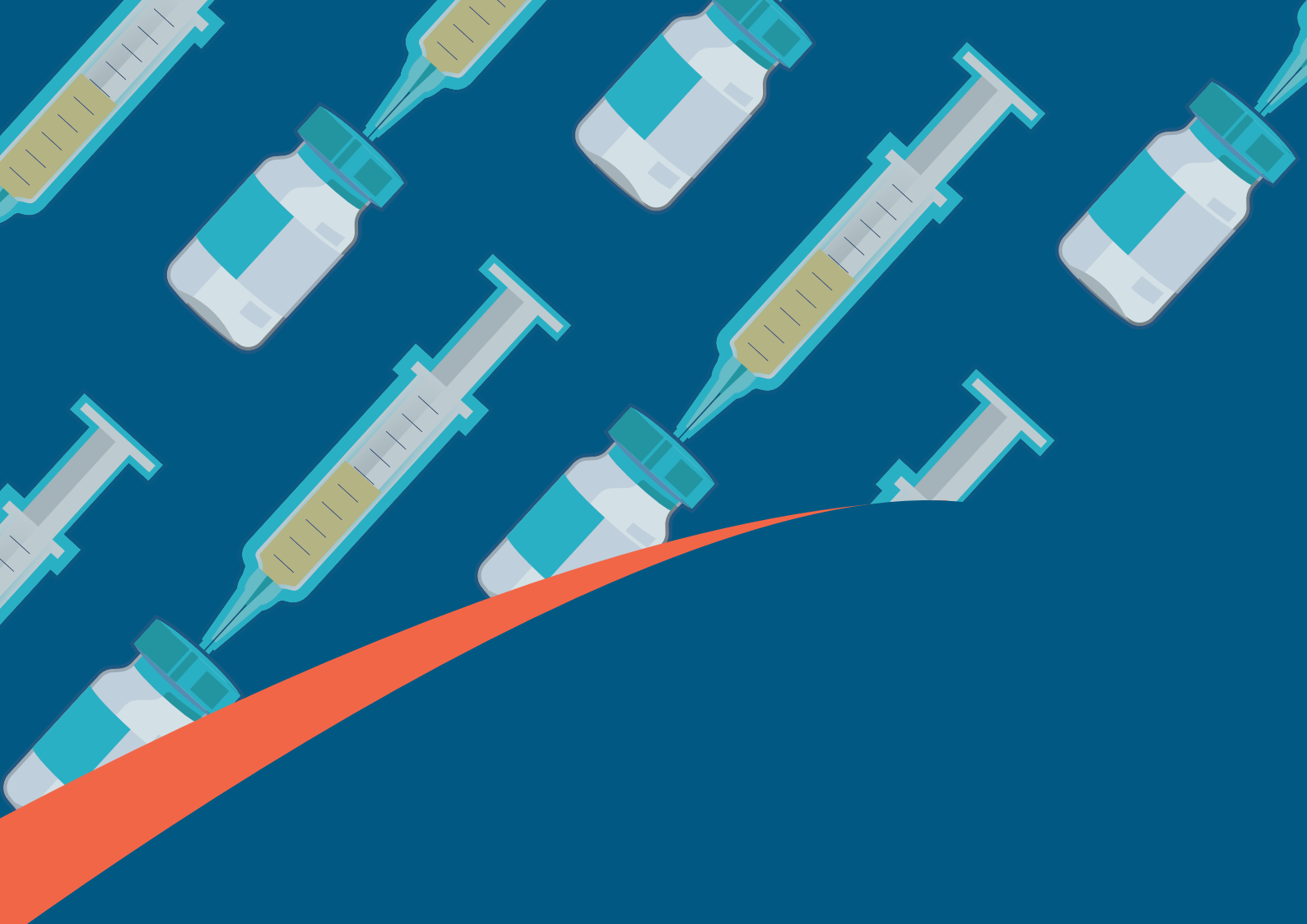
- ⇒ **Solicitar información al Ministerio de Salud de la Nación y provinciales sobre coberturas de vacunación son avances semestrales para contar con información oportuna que permita abogar por las coberturas de vacunación.**

3. Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Informe sobre el impacto de la pandemia SARS-CoV-2 en las coberturas nacionales de vacunación de Argentina. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informe-sobre-el-impacto-de-la-pandemia-sars-cov-2-en-las-coberturas-nacionales-de>



Conclusiones

Se deben realizar los máximos esfuerzos para mejorar y mantener coberturas adecuadas y homogéneas en todo el territorio nacional. Los principales riesgos asociados a la baja en las coberturas son la reemergencia de viejas enfermedades eliminadas en la región (polio, tétanos neonatal, sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita) y el aumento de casos de las enfermedades controladas como resultado de la vacunación masiva (hepatitis A, enfermedades invasivas por Hib, coqueluche, difteria, tétanos).



unicef 
para cada infancia



**Sociedad Argentina
de Pediatría**

Por una niñez y
adolescencia sanas,
en un mundo mejor