

**2.**

**Encuesta Nacional  
de Nutrición y Salud  
ENNyS2**

**Segundo Informe de Indicadores Priorizados**

JULIO • 2022



Ministerio de Salud  
Argentina

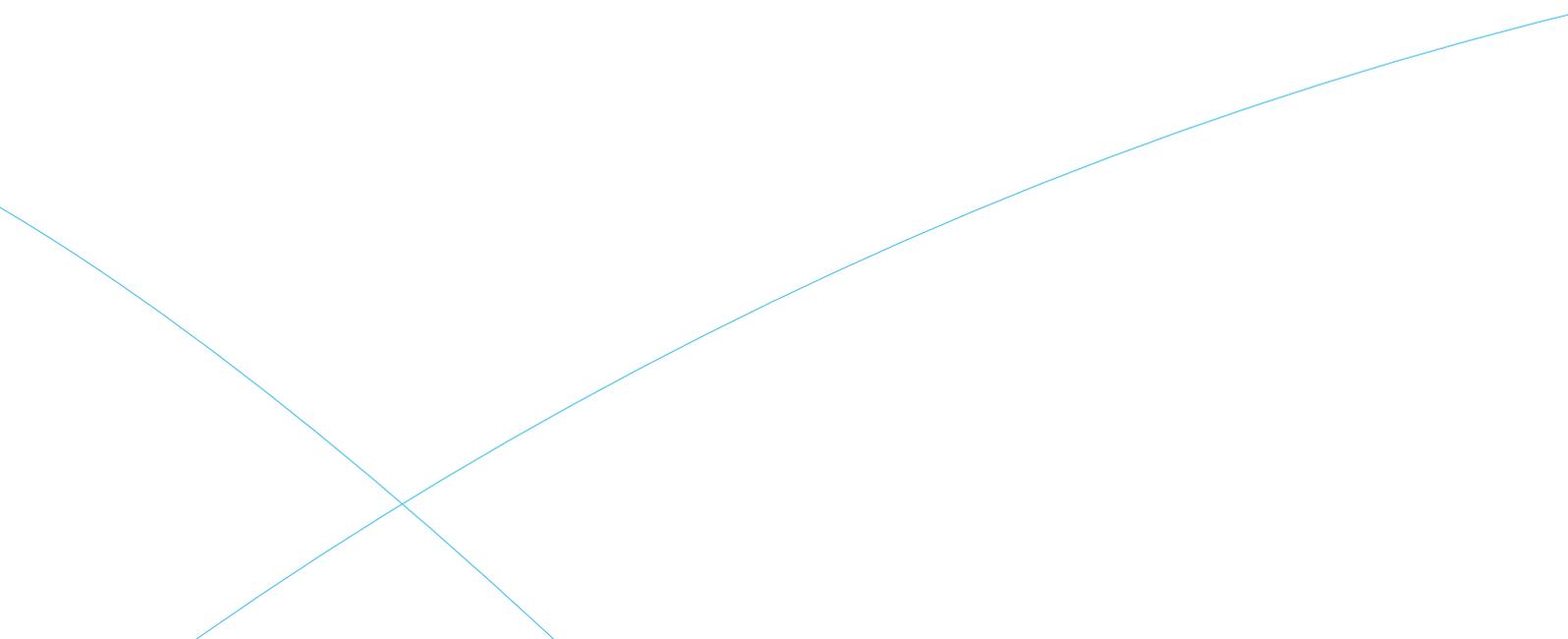
*primero  
la gente*

**2.**

**Encuesta Nacional  
de Nutrición y Salud  
ENNyS2**

**Segundo Informe de Indicadores Priorizados**

JULIO • 2022



## Autoridades nacionales

### **Ministra de Salud de la Nación**

Dra. Carla Vizzotti

### **Secretaria de Acceso a la Salud**

Dra. Sandra Marcela Tirado

### **Subsecretario de Estrategias Sanitarias**

Dr. Juan Manuel Castelli

### **Director Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles**

Dr. Nicolás Haeberer

### **Director Nacional de Abordaje por Curso de Vida**

Dr. Marcelo Bellone

### **Directora de Salud Perinatal y Niñez**

Dra. Juliana Finkelstein

## Equipos técnicos y responsables\*

### Ministerio de salud

**Coordinación general de la encuesta:** Lic. Lucila Goldberg y Mg. Guadalupe L. Mangialavori

**Diseño metodológico y de herramientas de recolección:** Dr. Enrique Abeyá, Dra. Carolina Begué, Dra. Cristina Cipolla, Dra. Gabriela De Roia, Lic. Ignacio Drake, Dra. Natalia Elorriaga, Lic. Gabriela Figueroa, Lic. Evelyn Gitz, Lic. Lucila Goldberg, Dra. Mariana Janjetic, Mg. Guadalupe L. Mangialavori, Hilario Moreno del Campo, Mg. Verónica Risso Patrón, Mg. María Julieta Rodríguez Cámara, Dr. Daniel Stecher y Mg. Mariela Tenisi.

**Consistencia de la información y análisis:** Dra. Carolina Begué, Lic. Andrés Bolzán, Lic. Pablo Cadoche, Mag. José E. Carrizo Olalla, Lic. Brian Covaro, Dra. Natalia Elorriaga, Lic. Gabriela Figueroa, Ing. Nicolás Garrido, Sr. Luis Giolito, Lic. Lucila Goldberg, Lic. Laura Gutiérrez, Analista Gerardo Ibarra, Lic. Ana King, Mg. Guadalupe L. Mangialavori, Lic. Brenda Niccolai, Mag. María Julieta Rodríguez Cámara, Ing. Juan Shifres, Dr. Sebastián Sustas

**Equipos de comunicación:** Lic. María del Carmen Mosteiro, Sr. Diego Rubio, Lic. Luciana Mercedes Zarza, Lic. Marcos Gutiérrez, Lic. Facundo Miranda y Lic. Agustina Fontana.

**Trabajo de campo:** Consultora KNACK Argentina S.A.: Director: Gerardo Adrogué; coordinadora general del operativo: Lic. Lucila Falus; Coordinadora nacional del relevamiento: Lic. Claudia Czaczke; Lic. Mariel Massera: asistente en la coordinación del campo; coordinadora nacional del trabajo de campo de las nutricionistas: Lic. Valeria Abajo; coordinadoras regionales en campo: Lic. Nadia Attie, Lic. Ana María Cáceres, Lic. Ana Belén Cavasin, Lic. Yanina del Valle Balmaceda, Lic. María Florencia Orlando y Lic. Ana Soruco.

**Diseño muestral:** Lic. Augusto Horszowski.

**Capitaciones de equipos técnicos:** Lic. Ana Biglieri, Dra. Natalia Elorriaga, Lic. Gabriela Figueroa, Lic. Claudia Lázaro, Mg. Guadalupe L. Mangialavori y Mg. Mariela Tenisi.

**Redacción del informe:** Mg. Josefina Blanco, Mg. José E. Carrizo Olalla, Dra. Cristina Cipolla, Dra. Gabriela De Roia, Lic. Gabriela Figueroa, Lic. Gabriela Flores, Dra. Andrea Frank, Mg. Paula Granda, Dra. Nathalia Katz, Lic. Ana King, Mg. Guadalupe L. Mangialavori, Mg. Verónica Risso Patrón, Mag. María Julieta Rodríguez Cámara, Dr. Daniel Stecher y Mg. Mariela Tenisi, Dr. Augusto Vallejos.

**Fuentes de Financiamiento:** Esta encuesta recibió financiamiento de diversas fuentes: La etapa del trabajo de campo que incluyó las entrevistas y mediciones antropométricas fue financiada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) a través del proyecto ARG13/005 bajo el programa "Gobernanza y Gestión en Salud". Asimismo, la ex Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia financió los recursos humanos y las herramientas digitales para la etapa de implementación.

---

\* Ordenados por orden alfabético

## Agradecimientos

A los equipos de las diversas Direcciones del Ministerio de Salud de la Nación involucradas, a UNICEF por su apoyo en las diferentes etapas del diseño y desarrollo de la encuesta, financiamiento de equipamiento complementario para el desarrollo del trabajo campo y financiamiento de un consultor para el análisis; a la Organización Panamericana de la Salud por su cooperación técnica en el desarrollo de la encuesta y financiamiento de consultores para el análisis de los resultados; a la Dra. Grisel Adissi por su asesoría en el formato de los cuestionarios; a la Dra. Alicia Witriw por su colaboración en la elaboración de los materiales de capacitación en antropometría; a la Universidad Nacional de la Matanza por su apoyo en el desarrollo del Atlas Fotográfico Digital de Alimentos Argentinos (AFDAA), al Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Garrahan por la capacitación y estandarización antropométrica del equipo a cargo de la capacitación nacional; a la Federación de Graduados en Nutrición (FAGRAN), por su colaboración en el reclutamiento de nutricionistas de todo el país para que el trabajo de campo fuera posible; a la Dra. Mercedes De Onis (Representante argentina de OMS) por su asesoramiento en análisis de los datos antropométricos; a los y las licenciados/as en nutrición, encuestadores y bioquímicos de todo el país que realizaron la tarea con profesionalismo y compromiso. Por último, un especial agradecimiento a las familias de todo el país, que abrieron las puertas de sus hogares y permitieron que esta encuesta sea posible.

# Contenido

GENERALIDADES .....	9
OBJETIVOS GENERALES DE LA ENNyS 2 .....	9
ASPECTOS METODOLÓGICOS Y SOCIODEMOGRÁFICOS .....	10
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....	16
Seguridad Social – Asignaciones Sociales .....	16
Acceso a la leche que se adquiere y distribuye desde el Estado .....	19
Salud general de los niños y niñas de 2 a 12 años .....	22
Discapacidad .....	24
Alimentación complementaria .....	27
Consumo de sal .....	69
Enfermedad renal .....	77
Vacunas .....	87
Actividad física .....	120
ANEXO: Glosario y Recomendaciones mundiales sobre actividad física, comportamiento sedentario y sueño .....	144

## Abreviaturas

- AC:** Alimentación Complementaria  
**AF:** Actividad Física  
**AUE:** Asignación Universal por Embarazo  
**AUH:** Asignación Universal por Hijo  
**CAA:** Código Alimentario Argentino  
**CNV:** Calendario Nacional de Vacunación  
**CKD-EPI:** Chronic Kidney Disease – Epidemiology Collaboration  
**CrP:** Creatinina plasmática  
**CUD:** Certificado Único de Discapacidad  
**CV:** Coeficiente de variación  
**DE:** Desvío Estándar  
**DICEI:** Dirección De Control de Enfermedades Inmunoprevenibles  
**DINAMIA:** Dirección Nacional de Maternidad e Infancia  
**DiSaPeNi:** Dirección de Salud Perinatal y Niñez  
**dTpa:** Vacuna triple bacteriana acelular  
**EMSE:** Encuesta Mundial de Salud Escolar  
**ENFR:** Encuesta Nacional de Factores de Riesgo  
**ENNyS 1:** Primer Encuesta Nacional de Nutrición y Salud  
**ENNyS 2:** Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud  
**ENPPD:** Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad  
**ENT:** Enfermedades No Transmisibles  
**ERC:** Enfermedad Renal Crónica  
**ES:** Equipo de Salud  
**FGe:** Filtrado glomerular estimado  
**GBA:** Gran Buenos Aires  
**GPCACN:** Guía de práctica clínica sobre alimentación complementaria para los niños y niñas menores de 2 años  
**HTA:** Hipertensión Arterial  
**IC:** Intervalo de Confianza  
**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%  
**INCUCAI:** Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante  
**KDIGO:** Kidney Disease Improving Global Outcomes  
**LARESBIC:** Laboratorios de Referencia y Estandarización en Bioquímica Clínica  
**LI:** Límite inferior  
**LS:** Límite superior  
**NEA:** Noreste argentino

**NNyA:** Niños, niñas y adolescentes  
**NOA:** Noroeste argentino  
**OS:** Obra social  
**OMS:** Organización Mundial de la Salud  
**PMI:** Programa Materno Infantil  
**Q o q:** Quintil  
**RAC:** Relación albúmina creatinina  
**RN:** Recién nacido  
**R24H:** Recordatorio de 24 horas  
**SINTRA:** Sistema Nacional de Información de Procuración y Transplante de la República Argentina  
**TA:** Transporte Activo  
**UC:** Unidad Consumidora  
**UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (en inglés United Nations Children's Fund)  
**UP:** Alimentos Ultraprocesados  
**VPH:** Virus del Papiloma Humano

## Sobre el Segundo Informe de Indicadores Priorizados

La *Segunda Encuesta Nacional De Nutrición y Salud (ENNyS 2)* viene a brindar a este Ministerio y al país, herramientas sustantivas para evaluar las acciones en curso y delinear estrategias a futuro para la salud de la población. Nuestro trabajo con la población, los equipos y sistemas de salud en su conjunto requieren de diagnósticos precisos que nos permitan marcar el rumbo a seguir a partir de la descripción real de los sucesos.

Con un sólido diseño metodológico, esta encuesta provee información con representatividad regional, que aspiramos se convierta en sustento para actores locales quienes, a su vez, podrán definir políticas de salud, constituyéndose la ENNyS 2 en la línea de base que permitirá evaluar el impacto de las acciones implementadas. También es un estímulo para que las diferentes sociedades científicas de nuestro país puedan delinear sus planes de educación continua para los integrantes del equipo de salud.

En este *Segundo Informe de Indicadores Priorizados* de la ENNyS 2, se complementan los resultados publicados en el *Primer Informe de Indicadores Priorizados* y en el *Informe de Indicadores Seleccionados de la Población Materno-Infantil*.

Es nuestro anhelo que el trabajo articulado que se realiza con cada jurisdicción encuentre en estas páginas respuestas concretas para mejorar el abordaje y proponer los cambios necesarios que garanticen el más alto estado de salud y nutrición de nuestra población. Nos encontramos ahora frente al gran desafío sanitario que, conociendo en detalle nuestra realidad, nos demanda redoblar esfuerzos para promover mejoras.

Dr. Nicolás Haebeler

Director Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles

Dr. Marcelo Bellone

Director Nacional de Abordaje por Curso de Vida

Dra. Juliana Finkelstein

Directora de Salud Perinatal y Niñez

## GENERALIDADES

La *Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud* proporciona información válida, confiable y oportuna sobre aspectos relacionados con la nutrición a través de la evaluación de numerosas dimensiones, entre ellas la frecuencia de consumo de diferentes grupos de alimentos, los hábitos alimentarios de la población argentina, la ingesta de alimentos y nutrientes a través de un recordatorio de 24 hs (R24H)<sup>1</sup>, y la lactancia. Asimismo, releva información sobre índices antropométricos (peso, talla, longitud corporal y perímetro cefálico) y otras variables objetivas y bioquímicas para contribuir a evaluar el estado nutricional de la población. Adicionalmente, la encuesta brinda información sobre alimentación en los entornos escolares, políticas alimentarias, etiquetado nutricional, publicidad de alimentos, y dominios sobre otros temas relevantes de salud como actividad física, celiacía y vacunas.

A diferencia de la *Primera Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS)* realizada entre los años 2004 y 2005 que solo recabó información en la población materno-infantil y mujeres en edad fértil, la ENNyS 2 fue realizada en todos los grupos etarios y en ambos sexos.<sup>1</sup> El trabajo de campo consistió en el relevamiento de variables de salud mediante un cuestionario específico por edad; un R24H siguiendo la técnica de múltiples pasos con un segundo R24H en una submuestra de la población;<sup>2</sup> la realización de mediciones antropométricas; y una toma de muestras para determinaciones bioquímicas (sangre y orina) para la evaluación de: anemia, déficit de micronutrientes, sodio en orina y función renal en los distintos grupos etarios.<sup>2</sup>

## OBJETIVOS GENERALES DE LA ENNyS 2

La ENNyS 2 tuvo como objetivos:

- Describir el estado nutricional y de salud de la población, y de sus factores asociados, útiles para el diseño y evaluación de políticas y programas de salud.
- Caracterizar los hábitos y patrones de consumo alimentario de la población, tanto en niños como en adolescentes y adultos.
- Estimar la prevalencia de lactancia en la población de niños menores de 2 años de edad.
- Conocer la cobertura de los programas sociales de asistencia alimentaria.
- Estimar la cobertura de vacunación de la población, tanto en niños como en adolescentes y en adultos.
- Estimar la prevalencia de enfermedad renal crónica en adultos.

---

<sup>1</sup>El recordatorio de 24 horas es una técnica de recolección de datos que indaga sobre alimentos, bebidas y suplementos nutricionales ingeridos el día anterior a la entrevista. El cuestionario, el R24H y las mediciones antropométricas se realizaron en toda la población, mientras que las determinaciones bioquímicas solo se aplicaron a una submuestra.

<sup>2</sup>En este informe no se presentarán datos bioquímicos ni del R24H los cuales serán informados en un documento específico.

# ASPECTOS METODOLÓGICOS Y SOCIODEMOGRÁFICOS

## Metodología

### Tipo de estudio y muestra

La ENNyS 2 es un estudio transversal de individuos residentes en hogares particulares en localidades urbanas de 5.000 habitantes o más, de la República Argentina. Se utilizó una muestra probabilística estratificada por región y polietápica en 4 fases de selección aleatoria, con arreglo proporcional a la población: una primera etapa de selección de aglomerados urbanos de población (formados por ciudades y/o localidades); una segunda instancia de selección de radios censales; la tercera fase de selección de hogares dentro de los radios censales y, por último, la etapa de selección de miembros a encuestar dentro de cada hogar.

A su vez, esta población fue dividida en 3 subgrupos poblacionales de estudio, de cada uno de los cuales se extrajo una muestra con representatividad independiente:

- Lactantes de 0 a 23 meses.
- Niños, niñas y adolescentes (NNyA)<sup>3</sup> de 2 a 17 años.
- Varones y mujeres de 18 años y más.
  - Así mismo, la muestra garantizó la representatividad de las 6 regiones del país constituidas del siguiente modo:
- GBA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y 24 partidos del Conurbano bonaerense.
- CENTRO: Resto de la provincia de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe.
- NORESTE (NEA): Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones.
- NOROESTE (NOA): Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, Santiago del Estero y Tucumán.
- CUYO: Mendoza, San Juan y San Luis.
- PATAGONIA: Chubut, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

El diseño muestral de la ENNyS 2 contempló que para cada una de las regiones fuera posible analizar información relativa a lactantes, NNyA y población adulta, con un error muestral siempre menor al 3% y considerando un intervalo de confianza del 95%. La cantidad de casos efectivos esperados a encuestar en los radios, por región y grupo etario se presenta en la Tabla 1.1, y la cantidad de casos efectivos en la Tabla 1.2. El relevamiento de datos se realizó entre los meses de agosto 2018 y febrero 2019.

---

<sup>3</sup>La presente publicación fue escrita usando mayormente el masculino como genérico, para evitar la sobrecarga gráfica que implica indicar los diferentes géneros en cada nominación. La Secretaría de Salud promueve la igualdad de género en todas sus manifestaciones.

**Tabla 1.1:** Casos efectivos esperados (según diseño y distribución previa). ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Población por edades	GBA	CENTRO	NEA	NOA	CUYO	PATAGONIA	Subtotal
0-2 años	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	7,2
2-17 años	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	7,2
18 y más	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	7,2
<b>Subtotal</b>	<b>3,6</b>	<b>3,6</b>	<b>3,6</b>	<b>3,6</b>	<b>3,6</b>	<b>3,6</b>	<b>21,6</b>

**Tabla 1.2:** Casos efectivamente encuestados. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Población por edades	GBA	CENTRO	NEA	NOA	CUYO	PATAGONIA	Subtotal
0-2 años	892	953	1.034	1.064	974	846	5.763
2-17 años	1.165	1.460	1.319	1.527	1.437	1.320	8.228
18 y más	898	1.262	1.275	1.354	1.394	1.184	7.367
<b>Subtotal</b>	<b>2.955</b>	<b>3.675</b>	<b>3.628</b>	<b>3.945</b>	<b>3.805</b>	<b>3.350</b>	<b>21.358</b>

Al tratarse de una muestra polietápica, el factor de expansión final de diseño se calculó como el producto de los factores de expansión de cada una de las etapas del diseño muestral:

$F_i F_i$  = inversa de la probabilidad de selección del aglomerado i

$F_{ij} F_{ij}$  = inversa de la probabilidad de selección del radio j en el aglomerado i

$F_{ijk} F_{ijk}$  = inversa de la probabilidad de selección del hogar k en el radio j en el aglomerado i

$F_{ijkp} F_{ijkp}$  = inversa de la probabilidad de selección de la persona p en el hogar k en el radio j en el aglomerado i

A una submuestra de hogares particulares de localidades de más de 5000 habitantes, con representatividad de nivel nacional, se realizaron mediciones bioquímicas para detección de creatinina para medición de la función renal en individuos de 18 años y más en sangre y en orina; albuminuria en muestra de orina en individuos de 18 años y más; y sodio urinario en muestra de orina spot para el cálculo de la ingesta de sodio, en individuos de 18 años y más.

## Áreas temáticas y variables de interés

La ENNyS 2 estuvo compuesta por varias dimensiones y áreas temáticas. Al igual que el resto de los informes presentados, se consideraron:

- Indicadores sociodemográficos
- Indicadores de salud perinatal
- Indicadores de salud infantil
- Indicadores de lactancia

De las características sociodemográficas, se seleccionaron región, nivel educativo, tipo de cobertura de salud y quintiles de ingreso como variables de cruce para los indicadores temáticos a analizar para el presente informe. A continuación, se describen las características de cada uno de ellos:

**Nivel educativo:** corresponde al máximo nivel de instrucción alcanzado, correspondiendo a inicial, primario o EGB, Secundario o Polimodal, Superior no universitario, Universitario, Post Universitario, Educación especial. Esta información se categorizó en: hasta *secundario incompleto* y *secundario completo o más*. Para el caso de los NNyA de 0 a 17 años se consideró el nivel educativo del jefe/a de hogar; para los adultos de 18 años y más se consideró el de la persona encuestada.

**Cobertura de salud:** se agrupó en *cobertura de salud solo pública* (quienes utilizan el sistema público de salud exclusivamente o tienen un programa o plan estatal de salud) y *obra social (OS) o prepaga* (quienes tienen PAMI, obra social, prepaga ya sea a través del empleo o por contratación voluntaria y aquellos que tienen sólo servicio de emergencia médica).

**Quintil de ingresos del hogar por unidad consumidora (UC):** en primer lugar, se obtuvo el ingreso total del hogar por UC que resultó de la relación del ingreso total del hogar y la raíz cuadrada de la cantidad de miembros del hogar. Posteriormente se agruparon los hogares en quintiles según los ingresos por UC para cada región, y con estos se construyeron los quintiles totales nacionales. De este modo, se tuvo en cuenta la variabilidad de ingresos de cada región del país y que la asignación de rangos fuera más representativa. Se consideró quintil 1 al de menores ingresos, y quintil 5 el de mayores ingresos.

**Región:** se agrupó tal como se explicita en la Sección 3.1, en 6 regiones: GBA, Centro, NEA, NOA, Cuyo y Patagonia.

## Recolección de datos

El paso inicial para la recolección de datos estuvo a cargo de un encuestador quien relevaba en cada hogar a todos los miembros y realizaba el sorteo del miembro a entrevistar, concretando luego la cita con la/el nutricionista que era el responsable de la encuesta y la toma de mediciones antropométricas. Todo el proceso de selección e identificación de los miembros del hogar era administrado mediante un portal web elaborado específicamente a estos fines.

Una vez en el hogar con la persona a encuestar, el nutricionista aplicaba un cuestionario sociodemográfico, uno temático de salud, un R24H y realizaba las mediciones antropométricas. Durante la ENNyS 2, trabajaron en simultáneo aproximadamente 150 nutricionistas de las 5 regiones del país. Todos los profesionales fueron capacitados por los equipos técnicos de la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia (DINAMIA) mediante una capacitación virtual y una presencial. Durante las capacitaciones se desarrollaron temas como: abordaje de entrevistas, manejo de dispositivos electrónicos para recolección de respuestas, cuestionarios y equipamiento, manejo del Atlas Fotográfico Digital de Alimentos Argentinos e implementación del R24H. Asimismo, todos los nutricionistas fueron estandarizados en mediciones antropométricas (peso, talla, longitud corporal y perímetro cefálico) por el equipo técnico de la DINAMIA.

Toda la información recolectada referida a lactantes de 0 a 23 meses y niños y niñas de 2 a 12 años fue respondida por el adulto responsable. A partir de los 13 años las entrevistas fueron respondidas por el individuo seleccionado.

Para el registro de las medidas antropométricas los encuestadores siguieron pautas estandarizadas y se utilizaron balanzas digitales con función de tara para pesar a los niños más pequeños, tallímetros y pedímetros portátiles y cintas inextensibles para perímetro cefálico.<sup>4</sup>

## Materiales de recolección de datos

Para la ENNyS 2 se elaboraron 4 cuestionarios de salud y alimentación adaptados a la edad de la persona a encuestar, y 1 cuestionario sociodemográfico del hogar. Los cuestionarios se administraron mediante el uso de tablets, permitiendo la consistencia de datos y el almacenamiento de los mismos en forma inmediata durante el trabajo de campo. En aquellos lugares donde no se contaba con adecuada conexión de internet, se utilizaron cuestionarios en papel que luego fueron cargados en los dispositivos por los encuestadores.

El cuestionario sociodemográfico del hogar relevó información respecto de las características de la vivienda y el hogar, y de cada uno de sus miembros (sexo, edad, relación de parentesco con el jefe/a, lugar de nacimiento y etnia, nivel educativo, y cobertura de salud). Asimismo, se relevó el ingreso total mensual del hogar, la condición de actividad laboral de los miembros mayores de 14 años, la cobertura de planes alimentarios y las características de la vivienda.

---

<sup>4</sup>Los tallímetros, pedímetros y las balanzas fueron marca SECA.

El cuestionario individual de salud y alimentación estuvo conformado por bloques temáticos comunes a los grupos etarios a partir de los 2 años: salud general, vacunación, celiaquía, actividad física, hábitos alimentarios y comensalidad, frecuencia de consumo por grupos de alimentos y antropometría. Para los grupos de 2 a 12 y de 13 a 17 años se incluyó además un módulo sobre entornos escolares, y para el grupo de 0 a 23 meses se indagó sobre los antecedentes de embarazo y parto también.

Además de los cuestionarios temáticos, para la ENNyS 2 se utilizaron planillas en papel para la recolección de datos del R24H respetando la técnica de múltiples pasos. Para un 20% de la población se realizó un segundo recordatorio de 24 horas, procurando una separación de más de 48 horas del primero. Los datos de ingesta registrados en el hogar fueron luego transferidos a un programa online especialmente diseñado para esta encuesta que permitió la supervisión en cada nivel de los recordatorios garantizando la adecuada calidad del dato. Para la recolección de datos de ingesta mediante el R24H se diseñó un Atlas Fotográfico Digital de Alimentos que cada nutricionista utilizaba durante la entrevista para estimar las cantidades ingeridas tanto de alimentos como de bebidas, y un manual de capacitación de encuestadores que permitió la homogeneidad de criterios en la recolección de la información.

Una vez finalizados los R24H en los hogares, el nutricionista procedía a su carga en una base de datos digitalizada online especialmente diseñada para tal fin, la que luego fue vinculada con los ID de los cuestionarios de salud. El equipo central de la DINAMIA accedía a la plataforma para realizar la supervisión de los R24H en tiempo real con los encuestadores en terreno.

## Supervisión de datos

Todos los nutricionistas estuvieron agrupados regionalmente bajo la supervisión de un nutricionista capacitado especialmente para realizar dicha tarea. A su vez, toda la estructura de encuestadores en terreno contó con un supervisor general que coordinaba toda la actividad en campo.<sup>5</sup> La estructura de supervisión se completó a nivel central, en la DINAMIA, Secretaría de Gobierno de Salud (hoy DiSaPeNi del Ministerio de Salud) cuya función fue la de monitorear específicamente los datos del R24H.

## Consideraciones éticas

La realización de la ENNyS2, tanto en su diseño como en su implementación y posterior análisis, se enmarca en los principios éticos de la Declaración de Helsinki y sus actualizaciones. La misma cuenta con el aval del Comité de Ética Ad-Hoc de la Dirección de Investigación para la Salud, del Ministerio de Salud de la Nación. Previo a la participación de todos los individuos se solicitó la firma de un consentimiento informado, que garantizó la libre aceptación y comprensión de todos los aspectos a realizarse en la encuesta por parte de los encuestados.

---

<sup>5</sup>Las actividades de campo estuvieron en su totalidad a cargo de la consultora KNACK que fuera ganadora de la Licitación Pública Internacional LPI N° 01/2018.

Se protegió el secreto estadístico garantizado por la Ley N° 17.622 y la Ley N°25.326 de protección de derechos de datos personales. Todos los encuestadores fueron capacitados en las responsabilidades éticas para el correcto tratamiento de los individuos y sus datos durante la ENNyS 2.

A nivel de los encuestados, se obtuvo el consentimiento informado de cada participante, para cada una de las etapas de la encuesta. En el caso de los menores de 16 años, se solicitó el asentimiento y la firma del consentimiento informado de cada jefe de hogar o adulto responsable, que proveyó la información para la concreción de la entrevista y la realización de las mediciones antropométricas y/o bioquímicas.

## Análisis de los datos

A los efectos del presente informe, las variables de interés se analizaron en función de las siguientes variables sociodemográficas: región, nivel educativo, tipo de cobertura de salud y quintil de ingreso. Los resultados se presentan como frecuencias, con intervalos de confianza como porcentaje.

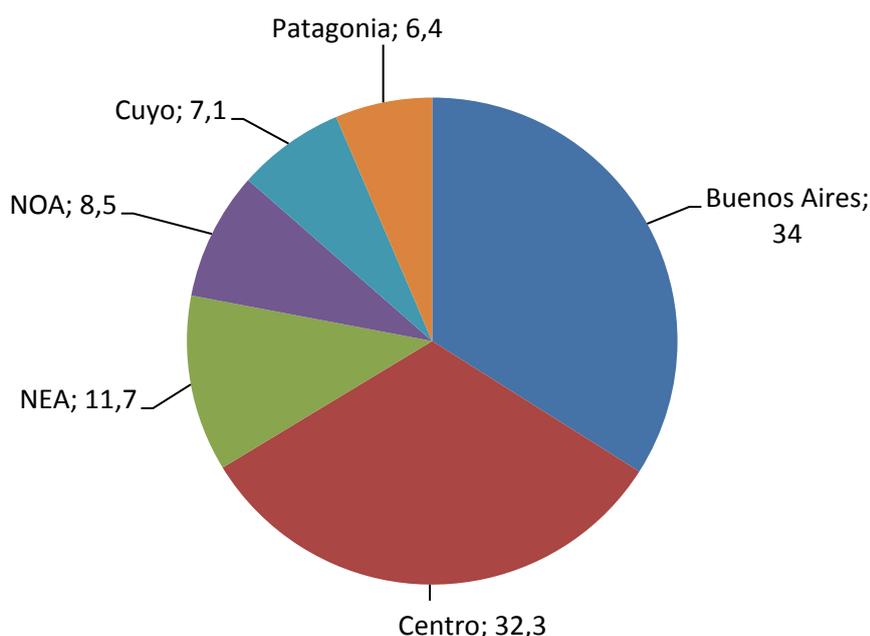
La comparación estadística se realizó entre los valores de ambas dimensiones; en el caso de las regiones, la comparación se realizó con el valor nacional y en el caso de los quintiles de ingreso la comparación se realiza entre el primer y el quinto quintil.

Con el fin de facilitar la lectura, sólo se reportan en el texto aquellas diferencias que sean estadísticamente significativas, a juzgar por el análisis de los intervalos de confianza del 95% (IC95%). Dichos intervalos de confianza se encontrarán en el texto únicamente en el caso en el que no sean presentados posteriormente en las tablas del anexo.

## PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

El 52,2% se autoidentificaron como mujeres y el 47,8% como varones. En el Gráfico 1 se visualizan los porcentajes de encuestados por región.

**Gráfico 1:** Distribución de encuestados por región. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS2. Argentina. 2018-2019.



## Seguridad social - Asignaciones sociales

La Asignación Universal por Hijo (AUH) es un derecho de los niños y adolescentes menores de 18 años, argentinos o residentes en el país por al menos tres años, cuyos padres tengan empleo no formal o estén desempleados. Consiste en un monto mensual de dinero cobrado por el progenitor a cargo, de preferencia la madre. Los requisitos para sostener el beneficio son: que el niño tenga las vacunas del Calendario Nacional completas, los controles de salud actualizados y -desde los cinco años en adelante- cumplan con la escolaridad que le corresponda según su edad. En el caso de un niño con discapacidad es sin límite de edad y se requiere contar con el Certificado Único de Discapacidad (CUD).

La Asignación Universal por Embarazo (AUE), es un pago mensual para la persona gestante nativa o residente en el país por 3 años o más, a partir de la semana 12 de gestación y hasta el nacimiento o interrupción del embarazo. Los requisitos son: no tener empleo formal ni cobertura de obra social<sup>6</sup> y estar inscripta en el Programa SUMAR.

<sup>6</sup> Excepto que se trate de una trabajadora doméstica que cuente con su cobertura específica, o tenga Monotributo Social, en cuyos casos quedan incluidas también en la AUE.

Estos derechos, fueron otorgados por el Decreto 1602 del 2009 (AUH) y el Decreto 446 de 2011 (AUE), ampliando de esta manera, el alcance establecido en la Ley Nacional 24.714 de Régimen de Asignaciones Familiares, del año 1996.

En relación a los planes de asistencia social, en la ENNyS 2 se preguntaron sobre más de 15 diferentes, pero aquí sólo se presentan los principales y universales: AUH, AUE, la entrega de tarjetas o tickets para compra de alimentos y la Asignación Universal por Discapacidad. Para todos los beneficios se indagó la suma en dinero recibida, cuyo valor se utilizó luego para la construcción del indicador del nivel de ingresos familiares. En el caso de la AUH, la unidad de análisis fue el niño encuestado de 2 a 12 años, y para los tres restantes la unidad de análisis fue el hogar.

## Asignación Universal por Hijo

El 44,6% de la población encuestada de niños de 2 a 12 años recibía la AUH. Este beneficio fue más frecuente entre la población de la región de NEA, con el 56,5% y del NOA, con el 52,1%, siendo notoriamente menor entre los niños de la región Patagonia con el 32,8%. La AUH encontró diferencias en la distribución según las variables sociodemográficas. En las familias cuyo jefe de hogar tenía menor nivel educativo, la proporción fue del 54,1% mientras que entre quienes el nivel educativo era superior, fue del 31,4%. En relación a la cobertura de salud, también se encontraron grandes diferencias: en aquellas familias que tenían cobertura sólo pública, el 68,6% era titular de AUH, versus el 17,8% de aquellas que contaban con cobertura de obra social o privada. En cuanto al ingreso económico familiar, la percepción de este beneficio fue mucho más alta en el primer quintil de ingresos, con el 63,0% y fue disminuyendo linealmente hasta el quinto quintil, con 14,4% (Tabla 1.3).

## Asignación Universal por Hijo con Discapacidad

El 2,2% de los hogares de la muestra total de la ENNyS 2 percibía asignación por hijo con discapacidad. Esta proporción fue mayor entre los hogares de la región NEA, con un 4,7% (Tabla 1.4).

## Asignación Universal por Embarazo

El 1,3% de los hogares del total de la muestra de la ENNyS 2 era beneficiario de la AUE. Esta proporción fue bastante menor entre los hogares de la región Patagonia, con un 0,4%. La única diferencia significativa en relación con el resto de las variables sociodemográficas fue con la cobertura en salud, aquellos hogares en los cuales, el jefe de hogar tenía obra social o privada, sólo el 0,4% recibía esta asignación (Tabla 1.5).

## Otras asignaciones sociales

No hubo diferencias significativas en relación con el resto de las variables sociodemográficas. Tarjetas, tickets, vales o bonos para compra de alimentos. El 4,9 % de los hogares de la muestra total de la ENNyS 2 recibían algún tipo de tarjeta, ticket o vale para compra de alimentos. Esta proporción fue más baja en la población de las regiones de Cuyo y Patagonia, con 1,4% y 1,9%, respectivamente.

La recepción de tarjetas alimentarias encontró diferencias en la distribución según las variables sociodemográficas. En las familias cuyo jefe de hogar tenía menor nivel educativo, la proporción fue del 7,1% mientras que entre quienes el nivel educativo era superior, las reciben el 2,6%. En relación a la cobertura de salud, también se encontraron grandes diferencias, entre las familias que tenían cobertura sólo pública recibían tarjetas alimentarias el 8,9%, mientras que los que tenían cobertura de obra social o privada, la proporción fue del 1,9%. Entre los quintiles de ingresos familiares, la distribución de quienes reciben tarjetas alimentarias fue mucho más alta para el primer quintil de ingresos, con 12,2% y fue disminuyendo en forma lineal hasta el quinto quintil, con 0,1% (Tabla 1.6).

## Discusión

Las asignaciones descritas en este informe presentan una distribución esperable, en cuanto a las variables sociodemográficas: la cobertura de obra social es un requisito que descarta la posibilidad de recibir la AUH o la AUE. Del mismo modo los quintiles de ingreso y el nivel educativo se consideran determinantes de vulnerabilidad, al relacionarse directamente con familias que carecen de empleo formal, por lo que los hijos son beneficiarios de las asignaciones, en mayor proporción que en promedio país.

En relación a las regiones geográficas del país, la distribución también sigue un patrón que distingue áreas con mayor proporción de población en condiciones de vulnerabilidad, como es el caso del NEA y el NOA, donde las proporciones de población con AUH, AUE y planes de asistencia alimentaria son mayores, y las regiones de Cuyo y Patagonia, donde estas poblaciones están menos representadas. El análisis de estas variables permite orientar y focalizar los recursos y las políticas alimentarias y sanitarias en general, con criterios de equidad.

## Acceso a la leche que se adquiere y distribuye desde el Estado

La adquisición y distribución de leche a la población es una actividad histórica, realizada tanto por el Estado Nacional como por las diferentes jurisdicciones (Ministerio de Salud y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Ministerios provinciales, etc.). En el caso específico del Ministerio de Salud de la Nación, esta actividad surge con la creación de la ex Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, actual Dirección de Salud Perinatal y Niñez (DiSaPeNi)<sup>1</sup>, hace más de 80 años.

En el año 2001, la calidad de la leche adquirida mejoró su composición nutricional a partir de la Ley de Programas Alimentarios, por lo cual, pasó a incluir nutrientes claves en función a la situación epidemiológica-nutricional de la población argentina de ese momento.<sup>2</sup>

La leche fortificada es adquirida por el Estado Nacional mediante licitaciones públicas periódicas, y es entregada a las 24 jurisdicciones, las cuales distribuyen la misma desde sus efectores públicos, garantizando todas las medidas de higiene y seguridad del producto. Los cálculos para establecer las cantidades a distribuir se realizan periódicamente teniendo en cuenta parámetros nutricionales de la población como también sociodemográficos. Se estima una cobertura del 75% de la población objetivo en cada categoría etaria y biológica, siendo responsabilidad de cada jurisdicción la cobertura del 25% restante.

Su entrega se realiza por lo general en los centros de atención primaria, por parte de los equipos de salud, cuyo rol aquí es fundamental dado que, por un lado, transmiten el modo adecuado de uso, manipulación, preparación y conservación de la leche fortificada y por el otro; promueven y fomentan la lactancia, evitando que los lactantes abandonen la leche humana antes de lo recomendado.

Los destinatarios de la entrega de esta leche son: personas embarazadas a partir del quinto mes de embarazo, personas que amamantan hasta el 6to mes postparto; los lactantes que inician su Alimentación Complementaria (AC) a partir del 6to mes de vida y hasta los 2 años; y los niños y niñas con desnutrición.

Dada la importancia de esta política nutricional, la ENNyS 2 incluyó entre sus objetivos evaluar determinados aspectos del proceso de entrega de leche fortificada. Por ese motivo, a la población encuestada de entre 0 y 2 años, se les aplicó un módulo de 5 preguntas específicas para identificar la población que recibió leche fortificada, la dilución intrafamiliar de su consumo y otros aspectos de interés.

## Características de la población que accede a la leche fortificada

El 33,4% a nivel nacional refirió haber recibido leche gratuita en alguna institución durante el mes anterior a la encuesta (Tabla 1.7), solo el 0,1% de los encuestados respondió no saber si había recibido leche en el período estipulado por la encuesta. En el GBA, se evidenció una proporción menor a la nacional en términos de entrega de leche (24,6%) siendo este valor a su vez el más bajo

de todo el país. En sentido opuesto, las regiones de NEA y NOA fueron las que registraron mayor proporción de recepción de leche (47,8% y 44,9% respectivamente).

La proporción de población con secundario incompleto que refirió haber recibido leche del PMI fue casi el doble que la población con secundario completo o más (41,4% versus 22,0%) de igual modo que sucedió con la población que tiene cobertura únicamente del sector público de salud (43,6% y obra social o prepaga 18,8%). Finalmente, la misma tendencia se observó al comparar la población por quintiles de ingreso siendo la entrega de leche en el quintil más bajo aproximadamente 30% superior que en el quintil más alto (47,0% versus 11,3%).

## Puntos de entrega

A nivel nacional el punto de entrega de leche más frecuente fue el centro de salud/salita/dispensario (76,6%) presentando porcentajes similares en todas las regiones del país. Se observaron diferencias según nivel educativo siendo más alta la entrega en este tipo de efectores entre quienes tenían secundario incompleto (80,9% versus 68,0%) y entre quienes sólo tienen cobertura del subsector público (82,5%). Finalmente, se verificó casi el doble de recepción en este tipo de efector en el quintil más bajo de ingresos (Tabla 1.8).

Por su parte, el 15% de los niños recibieron la leche en hospitales siendo este el segundo lugar más frecuente de recepción. A nivel nacional se observó un porcentaje mayor en la región NEA (35,5%); mientras que, las otras variables sociodemográficas de cruce no presentaron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 1.9).

## Consumo y dilución intrafamiliar

Tal como se mencionó anteriormente, la leche distribuida por el estado, tiene una población objetivo específica focalizada por parámetros nutricionales; sin embargo, a nivel nacional solo el 66,4% de los niños y niñas que recibieron leche en alguna institución reportaron haberla consumido observándose diferencias sólo según tipo de cobertura de salud (Tabla 1.10).

Se entiende por "dilución intrafamiliar" al consumo de leche por otros miembros de la familia que no son beneficiarios directos de la misma, reduciendo los beneficios nutricionales esperados en el destinatario. En tal sentido, en el 49,6% de los casos, se detectó que la leche también era consumida por otros niños/as del hogar. La práctica fue más frecuente entre quienes tienen cobertura únicamente del sector público (53,0% y 38,5% respectivamente), y entre los hogares de menos ingresos (quintil 1, 55,6% y quintil 5, 22,5%) (Tabla 1.11). Tanto el padre como la madre del niño/a que recibió la leche, refirieron haber consumido de la misma. A nivel nacional, esta práctica más fue frecuente entre las madres que en los padres (20,2% versus 10,3%). El consumo de leche por parte de los padres no registró diferencias significativas por las variables de cruce, mientras que el consumo de las madres fue más elevado que el promedio nacional en la región de NEA (Tabla 1.12 y Tabla 1.13).

## Explicación de modo de preparación

Menos de la mitad de los encuestados refirió haber recibido explicación en algún momento, por alguien del equipo de salud (ES) sobre la preparación de la leche (41,6%), sin observarse diferencias estadísticamente significativas por las variables sociodemográficas (Tabla 1.14); sin embargo, casi la totalidad de quienes recibieron dicha información la encontraron clara (Tabla 1.15).

### Discusión

Se verifica una mayor proporción de acceso en los grupos poblacionales con indicadores socioeconómicos más desfavorables lo cual indica una adecuada focalización de la política. Cabe destacar que casi un tercio de los niños y niñas destinatarios que recibieron leche del PMI no la consumieron, por lo cual, el ES debe estar atento a verificar los motivos por los que estos destinatarios no están beneficiándose del alimento. Adicionalmente, en la mitad de los hogares, se verificó que la leche es compartida con otros miembros, lo cual podría reducir el beneficio nutricional esperado y para el cual está destinada. Finalmente, dado que esta leche debe ser reconstituida adecuadamente antes de su administración, el hecho de que menos de la mitad de la población haya recibido indicaciones de cómo prepararla es una alerta que requiere pronta atención para evitar que una inadecuada preparación afecte la salud de la población y optimice su aprovechamiento.

## Salud general de los niños y niñas de 2 a 12 años

La salud general de los niños y las niñas se evaluó mediante 2 variables: autovaloración por parte de los progenitores o cuidadores a cargo y por acceso a los controles de salud. La autovaloración del estado de salud está fuertemente mediada por el contexto sociocultural, las experiencias personales y la subjetividad. No obstante, conocer la opinión de las personas sobre su propio estado de salud, permite orientar las políticas públicas para optimizar los servicios de salud. En los niños menores de 13 años, esta valoración suele hacerse a través de la opinión de sus padres.<sup>3-5</sup> Algunos estudios han demostrado que los padres son buenos informantes y recuerdan muy bien los eventos de salud-enfermedad de sus hijos.<sup>3</sup>

La realización periódica del control de salud en los niños es una práctica recomendada y validada para la supervisión del crecimiento físico y el desarrollo madurativo en los niños, la promoción de la aplicación de vacunas, y para brindar pautas de nutrición y otros cuidados.<sup>6</sup> Además, constituye un indicador objetivo de acceso a la atención.

Los datos del estado de salud general de los niños de 2 a 12 años que aquí se presentan fueron referidos por los progenitores o adultos responsables que respondieron a la encuesta (en el 86,7% de los casos, la respondiente fue la madre). La pregunta se construyó con una escala de tipo Likert (excelente, muy buena, buena, regular y mala). Además, se preguntó si en el último año, el niño había realizado algún control de salud, estando sano.

### Estado de salud en el niño de 2 a 12 años

En el 19,1% de la población estudiada el estado de salud fue valorado por sus progenitores como excelente, sin diferencias entre niños o niñas, ni por grupos de edad; un 0,5% refirió una mala salud (Tabla 1.16). La condición de salud excelente fue significativamente más baja (9,5%) entre los niños de la región del NOA, y más alta entre la población del quinto quintil de ingresos (31,3%) (Tabla 1.17).

Considerando juntas las categorías de salud excelente y muy buena, esto fue reportado por el 55,6% a nivel del país, siendo significativamente más frecuente entre la población con mayor nivel educativo -secundario completo o más- (62,9%); así como en los que cuentan con cobertura de salud por obra social o prepaga (64,3%). En aquellos con cobertura pública, la proporción de niños con salud excelente o muy buena fue menor que a nivel país (47,6%). A su vez, se encontró una asociación significativa entre los quintiles de ingreso y las categorías de estado general de salud: a mayores ingresos, mayor proporción de niños con autovaloración de estado de salud excelente o muy buena, desde 46,3% en el primer quintil hasta 75,1% en el quinto quintil. Finalmente, la región del NOA fue la que tuvo la menor proporción de niños con salud excelente o muy buena (40,7%) y también la mayor proporción de niños con salud regular o mala (13,4%) respecto del nivel nacional (8,6%). (Tabla 1.18).

## Controles de salud en el niño de 2 a 12 años

El 82,5% de los niños de 2 a 12 años, realizó al menos un control de salud estando sano en el último año. Esta proporción fue significativamente mayor entre los niños de 2 a 5 años (88,6%) y más baja entre los de 10 a 12 años (76,7%). No hubo diferencias estadísticamente significativas por género. Aquí también se encontró una asociación con el nivel de ingresos, siendo mayor en niños/as con al menos un control de salud. No hubo diferencias según los otros indicadores sociodemográficos (Tabla 1.19).

### Discusión

Solo el 55% los progenitores o adultos a cargo, de niños de 2 a 12 años valora como excelente o muy buena la salud de sus hijos y un 8,6% considera que la salud es regular o mala. Existen diferencias entre regiones y según el ingreso económico y años de escolaridad de las familias, siendo peor la percepción de estado de salud en los grupos con mayor vulnerabilidad de estas variables.

El control de salud pediátrico es una estrategia fundamental para el cuidado de la salud infantil, en términos de promoción y protección de la salud infantil.

En nuestro país, existen pocos datos poblacionales sobre la frecuencia con que los niños realizan control de salud. Según la Encuesta de las Condiciones de Vida de la Niñez y Adolescencia, los niños de 2 años habían realizado al menos un control de salud en el 86,3% de los casos y los de 3 y 4 años, en el 78,6% (en los últimos 6 meses). Aunque la diferencia metodológica en relación al tiempo preguntado (últimos 6 meses, versus últimos 12 meses en la ENNyS 2), no permite concluir estrictamente, los datos de la ENNyS 2 podrían indicar una mejora en cuanto al acceso al control de salud, ya que el 88,6% de los niños de 2 a 5 años realizó al menos un control de salud.

La población con mayores ingresos tuvo proporción más elevada de concurrencia a los controles de salud. Esto permite inferir que aun cuando la atención de salud es gratuita en todo el territorio nacional, los ingresos con los que cuenta la familia juegan un rol facilitador en su acceso, lo cual sería un punto a considerar en el diseño de estrategias para promocionar los controles de salud, en particular en población con escasos recursos económicos.

## Discapacidad

La discapacidad<sup>7</sup> se define como un conjunto de deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones de la participación. La discapacidad denota los aspectos negativos de la interacción entre personas con problemas de salud (parálisis cerebral, síndrome de Down o depresión, por ejemplo) y factores personales y ambientales: actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y falta de apoyo social. Las limitaciones se definen como las dificultades que una persona puede tener para hacer determinadas actividades, como ver, aprender, caminar, entre otras.<sup>8</sup> Los niños con discapacidad y limitaciones importantes tienen peores niveles de salud que la población infantil en general, y dependiendo del contexto pueden experimentar mayor vulnerabilidad a comorbilidades.

Según la ley nacional N°26.378, que aprueba la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, nuestro país está obligado a actualizar la información estadística sobre las personas con discapacidad.

Los datos presentados en este apartado fueron referidos por los progenitores o adultos responsables que respondieron a la encuesta (en el 86,7% de los casos, la respondiente fue la madre). Se preguntó si el niño tenía alguna/s de estas cinco dificultades o limitaciones permanentes: para ver (aun usando lentes), para oír (aun usando audífonos), para caminar o subir escalones, para agarrar objetos o abrir recipientes con las manos, o para entender y/o aprender. A quienes respondieron afirmativamente a alguna/s de estas dificultades, se les preguntó cómo valoraban el estado de salud general de su hijo/a y si contaban con Certificado Único de Discapacidad (CUD).

### Discapacidad en niños y niñas de 2 a 12 años

El 7,4% de los niños de 2 a 12 años tenía alguna dificultad o limitación permanente de las indagadas. No hubo diferencias por género, pero sí fue menos frecuente que hubiera alguna discapacidad entre los niños de 2 a 5 años (3,4%). La proporción de niños con alguna dificultad o limitación permanente fue menor en la región del NEA (5,2%). No hubo diferencias por tipo de cobertura de salud, nivel educativo ni quintil de ingresos familiares (Tabla 1.20). El tipo de dificultad referida más frecuentemente fue la limitación permanente para ver en un 3,7%, seguida de limitación para entender o aprender (2,9%) (Tabla 1.21). El 86,8% de los niños tenía una sola dificultad o limitación permanente, y en el 48,2% de ellos, esa limitación era para ver aun usando anteojos (Tabla 1.22).

En cuanto a la valoración del estado de salud, se encontró que la proporción de niños con salud excelente o muy buena fue menor entre los niños con dificultades, que en la población general (41,7% versus 56,7% respectivamente) consecuentemente, fue más frecuente la valoración de la salud como regular o mala, comparada con quienes no tenían dificultades o limitaciones (19,7% versus 7,7%) (Tabla 1.23).

<sup>7</sup> Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

## Tenencia de Certificado Único de Discapacidad

El Certificado Único de Discapacidad (CUD) es un documento voluntario que certifica la discapacidad de una persona, permitiéndole acceder a las prestaciones previstas en las Leyes Nacionales 22.431 y 24.901, y otorgándole una serie de derechos, como traslado en transporte público sin costo, acceso a medicamentos y tratamientos de rehabilitación requeridos, así como una asignación (transferencia de dinero) para la familia, entre las principales.<sup>9</sup>

El 21,0% de los niños con alguna dificultad o limitación permanente, tenía CUD; sin diferencias significativas entre las variables sociodemográficas (Tabla 1.24). Según el tipo de dificultades, fue mucho más frecuente entre los niños con limitación para entender o aprender (72,4%), agarrar objetos (67,1%) y caminar o subir escalones (42,9%) (Tabla 1.25). Según el número de dificultades o limitaciones, fue notoriamente más frecuente que tuvieran CUD los niños con dos dificultades o limitaciones (70,4%) o tres a cinco dificultades o limitaciones (67,9%) (Tabla 1.26).

### Discusión

Al comparar la prevalencia de discapacidades en los niños de 2 a 12 años, en relación con los datos del Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad, (ENPPD) realizado por la Agencia Nacional de Discapacidad y el INDEC en 2018,<sup>10</sup> se observan escasas diferencias, tanto en los niños menores de 6 años, (3,4% ENNyS2 versus 2,7% ENPPD) como entre los mayores de 6 años, (8,9% ENNyS 2, versus 7,8% en el ENPPD)<sup>8</sup>. En dicho estudio se reportó mayor prevalencia entre los niños respecto de las niñas, mientras que la ENNyS 2 no se encontraron diferencias por género.

Con respecto a la distribución según las variables sociodemográficas, la ENNyS 2 encontró sólo una menor proporción de niños con discapacidad en la región del NEA, mientras que la ENPPD no describe diferencias regionales. En este punto, es importante destacar la complejidad de la medición de la discapacidad sobre todo en los niños, basada en la heterogeneidad que presenta esta población (tanto en los más pequeños como en los adolescentes), en las diferencias en su desarrollo evolutivo, así como en la intermediación que hacen de esta información quienes contestan los cuestionarios, que son los progenitores o tutores; por lo que los expertos recomiendan tener precaución en la comparación de los datos por las posibles diferencias metodológicas de los instrumentos utilizados para medir discapacidad en la población<sup>11</sup>. En la ENNyS 2 se utilizó una variable dicotómica (si/no) comparable a como se reportó la variable del ENPPD, o las mediciones del Censo Nacional de 2010, que podrían englobar el universo de la población con discapacidades, es decir, tanto las leves como las severas. En este sentido, la utilización de una variable con “gradiente” permitiría obtener resultados con mayor nivel de profundidad.<sup>12</sup>

<sup>8</sup> El documento citado advierte que los datos en menores de 6 años deben tomarse con cautela debido al diseño metodológico muestral utilizado que puede consultarse en las referencias bibliográficas.

En relación a la mayor frecuencia de valoración negativa de la salud hallada por parte de los progenitores, es un dato congruente con lo señalado en el Informe Mundial sobre Discapacidad: estas personas tienen peores niveles de salud que la población general debidas a las dificultades de acceso a la atención de calidad y con la perspectiva de discapacidad.<sup>8</sup> Asimismo, otros reportes indican que los niños con discapacidad suelen perderse vacunaciones esenciales y tratamientos básicos para enfermedades comunes de la infancia, y pese a ser más vulnerables a los riesgos del desarrollo, los niños pequeños con discapacidad suelen ser ignorados en los programas y servicios generales para el desarrollo infantil.<sup>11</sup>

Con respecto al CUD, la ENNyS 2 encontró una frecuencia de tenencia de casi 3 veces menor, en comparación con los hallazgos del ENPPD ya mencionado. La importancia de tener datos del acceso al CUD en la población infantil con discapacidades, radica en la posibilidad de conocer y direccionar esfuerzos, para extender el acceso a los derechos de la población infantil con discapacidades.

Finalmente, en cumplimiento con la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, nuestro país se ha comprometido a tomar las medidas necesarias para asegurar que los niños y las niñas con discapacidad gocen plenamente de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas.<sup>13</sup> Del mismo modo, también forma parte de nuestra legislación la Convención de los Derechos de Niño, que explícitamente refiere a los derechos de los niños con discapacidad (en su artículo 2) e incluye a la discapacidad como motivo de protección frente a la discriminación (en su artículo 23).<sup>14</sup> Todo lo planteado, pone en relieve un desafío permanente para el sector salud, que es el de generar políticas públicas para ofrecer un modelo de atención en salud que mejore la calidad de vida de los niños con discapacidades.

## Alimentación complementaria

Una alimentación complementaria<sup>9</sup> adecuada durante la etapa crítica de los 1000 días resulta fundamental para la reducción de la mortalidad, malnutrición y desnutrición, como así también para el óptimo crecimiento y desarrollo de los niños. A su vez, sienta las bases de un hábito saludable para toda su vida. El rápido crecimiento de los lactantes y niños, que condiciona elevados requerimientos nutricionales, sumado a una capacidad de ingesta limitada en volumen, representa un gran desafío para que los mismos puedan poseer una alimentación acorde a sus necesidades diarias. Es aquí donde las intervenciones nutricionales deben ser oportunas para prevenir problemas a corto y a largo plazo.<sup>15</sup>

En este sentido, resulta importante identificar si la AC se realiza en forma temprana o tardía, lo que a su vez permitirá identificar carencias o deficiencias nutricionales. La alimentación en los primeros dos años de vida tiene características específicas que reclaman un análisis individual y diferenciado; es por ello que existen recomendaciones puntuales que sirven de orientación para los equipos de salud y las familias, con el objeto de facilitar el acceso a la información sobre una AC adecuada. Estas recomendaciones están compiladas en las Guías Alimentarias para la Población Infantil (GAPI) y la Guía de práctica clínica sobre alimentación complementaria para los niños y niñas menores de 2 años (GPCACN), las cuales también fueron utilizadas para el análisis de esta sección.<sup>16,17</sup>

Para analizar la ingesta de alimentos y su momento de introducción, el cuestionario de menores de dos años incluyó un listado de interés elaborado a partir de los grupos de alimentos de las Guías Alimentarias para la Población Argentina pero adaptado según las características alimentarias de interés de la población de menores de 2 años.<sup>18</sup> Los grupos de alimentos investigados y los alimentos que los compusieron fueron:

**Frutas y verduras:** verduras cocidas, espinaca o acelga, puré de frutas y otras frutas o verduras crudas o ralladas.

**Carnes y huevos:** huevos (de gallina, codorniz, etc.); carne vacuna, de pollo o de pescado; hígado; morcilla y otras carnes.

**Cereales, legumbres, papa, pan y pastas:** legumbres (lentejas, garbanzos, porotos, etc.); fideos, sémola, avena y otros cereales con gluten; arroz, harina de maíz, tapioca y otros cereales sin gluten; papillas listas para comer; pan o galletitas saladas y galletitas dulces.

**Leche y yogur:** leche diferente de la materna<sup>10</sup> y yogur.

**Dulces y grasas:** helados, postres lácteos envasados, miel y golosinas.

<sup>9</sup> Proceso de introducción de alimentos líquidos o sólidos que acompañan la alimentación al pecho o la alimentación artificial. Según las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación, la misma debe iniciarse a partir de los 6 meses de edad.

<sup>10</sup> Se consideraron todos los tipos de leche como ser: fluida, en polvo, de vaca u otro animal, leches comunes o leches de fórmula, etc.

**Bebidas:** gaseosa (común o light); agua; té; jugo de frutas frescas casero; jugo de frutas industrial; jugo de frutas para diluir, polvo o líquido (común o light).

**Sal y aceite.**

## Momento de la introducción de alimentos complementarios

A continuación, se presentan los resultados sobre la incorporación de los diferentes alimentos (o grupos de alimentos), y la edad de su introducción en menores de dos años tomando como referencia las recomendaciones de las Guías antes mencionada. Toda la información presentada es el producto del análisis de los cuestionarios de salud de los menores y no proviene del recordatorio de 24 horas. En algunas situaciones se puntualizan alimentos específicos dentro de algunos grupos debido a que ese desglose de información se realizó en el mismo cuestionario por considerarse alimentos de especial interés.

### Frutas y verduras

A nivel país, el 78,9% (IC95% 77,7-80,1) de los niños encuestados había probado alguna vez frutas y/o verduras al momento de la encuesta. Por tramos de edad se observa que probaron algún alimento de este grupo; el 13,3% de los niños menores de 6 meses (IC95% 11,1-15,8), el 97,0% (IC95% 95,6-98,0) de los niños de entre 6 a 11 meses, el 98,7% (IC95% 97,8-99,2) de los niños de entre 12 a 17 meses y el 99,1% (IC95% 98,2-99,5) en niños de entre 18 a 23 meses.

La edad promedio de introducción de frutas y verduras para este grupo fue de 5,5 meses, siendo más tardía en hogares cuyo jefe de hogar poseía secundario completo o más, con obra social o prepaga, y en el Q5 (alto) de ingresos (Tabla 1.27). Dentro de este grupo, se observó que el alimento introducido más tempranamente fue el puré de verduras cocidas: puré de verduras cocidas 5,6 meses (IC95% 5,5-5,6); espinaca o acelga 7,3 meses (IC95% 7,1-7,5) y el puré de frutas 5,7 meses (IC95% 5,7-5,8).

### Carnes y huevos

A nivel país, el 76,1% (IC95% 74,7%-77,5%) de los niños encuestados había probado alguna vez algún alimento de este grupo al momento de la encuesta. Por tramos de edad se observa que probaron algún alimento de este grupo; el 5,8% de los niños menores de 6 meses (IC95% 4,3%-7,9%), el 91,8% (IC95% 89,7%-93,4%) de los niños de entre 6 a 11 meses, el 99,6% (IC95% 99,0%-99,8%), de los niños de entre 12 a 17 meses y el 99,6% (IC95% 98,5%-99,9%), de los niños de entre 18 a 23 meses.

La edad promedio de introducción de alimentos del grupo "carnes y huevo" fue de 6,8 meses, con diferencias estadísticamente significativas para la región de Cuyo (6,5 meses) (Tabla 1.28). Dentro de este grupo, se observó que los introducidos más tempranamente fueron el pollo y la carne vacuna: huevos (gallina/codorniz) 8,2 meses (IC95% 8,1-8,4); carne vacuna 7,4 meses (IC95% 7,3-7,5); pollo 7,2 meses (IC95% 7,1-7,3); pescado 9,6 meses (IC95% 9,2-10,1); morcilla 10,2 meses (IC95% 9,8-10,6) y el hígado 8,4 meses (IC95% 8,1-8,7).

### Cereales, legumbres, papa, pan y pastas

A nivel país el 77,6% (IC95% 76,3%-78,9%) de los niños encuestados había probado alguna vez algún alimento de este grupo al momento de la encuesta. Por tramos de edad se observa que probaron algún alimento de este grupo; el 10,1% (IC95% 7,8%-13,0%) de los niños menores de 6 meses; el 93,3% (IC95% 91,5%-94,8%) de los niños de entre 6 a 11 meses; el 99,7% (IC95% 99,2%-99,9%), de los niños de entre 12 a 17 meses y el 99,8% (IC95% 99,0%-100%) en niños de entre 18 a 23 meses.

La edad promedio de introducción de alimentos de este grupo fue de 6,2 meses con diferencias estadísticamente significativas para la región de NOA (6,5 meses); por nivel educativo para hasta secundario incompleto (6,1 meses) y para secundario completo o más (6,3 meses); para cobertura pública (6,1 meses) y obra social y prepaga (6,4 meses) y también según nivel de ingresos, siendo para el primer quintil (6,1 meses) y para el quinto quintil (6,4 meses) (Tabla 1.29). Dentro de este grupo, las legumbres fueron las más tardíamente introducidas: legumbres (lentejas, garbanzos, etc.) 9,1 meses (IC95% 8,9-9,4); para los cereales con gluten (avena, fideos, sémola, etc.) 7,1 meses (IC95% 7,0-7,3); para los cereales sin gluten (arroz, harina de maíz, tapioca, etc.) 7,4 meses (IC95% 7,2-7,5); para las papillas listas para consumir 6,4 meses (IC95% 6,3-6,6); para el pan y/o galletitas saladas 7,2 meses (IC95% 7,1-7,4) y para las galletitas dulces 7,6 meses (IC95% 7,5-7,8).

### Leche y yogur

A nivel país el 85,5% (IC95% 84,2%-86,7%) de los niños encuestados había probado alguna vez algún alimento de este grupo al momento de la encuesta. Por tramos de edad se observa que probaron algún alimento de este grupo el 44,3% (IC95% 40,5%-48,2%) de los niños menores de 6 meses; el 95,4% (IC95% 93,6%-96,7%) de los niños de entre 6 a 11 meses; el 98,2% (IC95% 96,4%-99,1%) de los niños de entre 12 a 17 meses y el 99,4% (IC95% 98,7%-99,7%) en niños de entre 18 a 23 meses.

La edad promedio de introducción de alimentos de este grupo fue de 4,5 meses con diferencias estadísticamente significativas para la Patagonia (5,0 meses) (Tabla 1.30). Al indagar sobre el momento de introducción de leches diferentes a la materna y yogur por separado, se observó que la edad promedio fue para yogur 6,3 meses (IC95% 6,2-6,5) y para leches diferentes de la materna, 4,1 meses (IC95% 3,9-4,3). Dada la importancia de las leches diferentes a la materna en la alimentación de los menores de 2 años, se realizó el cruce por las variables sociodemográficas seleccionadas para este informe observándose que no hubo diferencias significativas en ningún caso.

### Dulces y grasas

A nivel país el 69,8% (IC95% 68,1%-71,5%) de los niños encuestados había probado alguna vez algún alimento de este grupo al momento de la encuesta. Por tramos de edad se observa que probaron algún alimento de este grupo el 7,8% (IC95% 5,4%-11,3%) de los niños menores de 6 meses; el 73,3% (IC95% 70,0%-76,4%) de los niños de entre 6 a 11 meses; el 95,7% (IC95% 93,9%-96,9%) de los niños de entre 12 a 17 meses y el 97,7% (IC95% 94,1%-99,1%), en niños de entre 18 a 23 meses. En la Tabla 1.32, se muestra en resumen el porcentaje de la introducción de los grupos de alimentos hasta acá discutidos para los diferentes tramos de edad.

La edad promedio de introducción de alimentos de este grupo fue de 7,7 meses con diferencias estadísticamente significativas para la región de Cuyo (8,3 meses) y para la región de Patagonia (8,5 meses). También se observó una introducción más tardía en hogares cuyo jefe de hogar tenía secundario completo o más, cuya cobertura de salud era mediante obra social o prepaga, y en el quintil más alto de ingresos (Tabla 1.31). Al indagar sobre la introducción de algunos alimentos en particular, se observó que la edad promedio fue para el helado 9,9 meses (IC95% 9,7-10,1); para postres lácteos envasados 7,9 meses (IC95% 7,8-8,1); para la miel 8,7 meses (IC95% 8,4-9,0) y para las golosinas 10,8 meses (IC95% 10,5-11,1).

Por la importancia sanitaria del consumo de miel en menores de un año se realizó un análisis detallado para las diferentes variables sociodemográficas observándose que tanto en Cuyo como en Patagonia el promedio de edad de introducción de la miel fue significativamente mayor que el promedio país (10,4 meses (IC95% 9,9-10,9) y 10,8 meses (IC95% 9,7-11,8) respectivamente). Del mismo modo el primer quintil de ingresos presentó un promedio de edad de introducción de la miel significativamente más bajo que el último quintil. Quintil 1: 7,9 meses (IC95% 7,4-8,6); quintil 5: 10,1 meses (IC95% 9,2-11,0).

## Bebidas

A nivel país el 83,4% (IC95% 82,0-84,6) de los niños encuestados había probado alguna vez alguna bebida de este grupo al momento de la encuesta. Por tramos de edad se observa que probaron alguna bebida de este grupo el 30,9% (IC95% 26,6-35,6) de los niños menores de 6 meses; el 97,0% (IC95% 95,5-98,0) de los niños de entre 6 a 11 meses; el 99,8% (IC95% 99,4-99,9) de los niños de entre 12 a 17 meses y el 99,8% (IC95% 99,0-100) en niños de entre 18 a 23 meses.

Por su diferente valor nutritivo y por ende su impacto en la salud de los niños/as, se realiza un análisis pormenorizado de las bebidas. En tal sentido se observó que el promedio de edad de introducción del agua fue de 4,8 meses (IC95% 4,7-5,0). Al comparar el promedio de edad entre las regiones se observó que NEA tuvo un promedio de introducción más temprano: 4,2 (IC95% 3,8-4,5) mientras que Cuyo fue uno más tardío: 5,5 meses (IC95% 5,3-5,7). Al comparar la población según tipo de cobertura de salud, quienes poseían cobertura exclusivamente del sector público presentaron un promedio de edad de introducción más temprano 4,6 meses (IC95% 4,4-4,8) versus 5,2 meses (IC95% 5,0-5,3) de otras coberturas. Por su parte, los hogares con secundario completo o más, también presentaron un promedio de edad de introducción más tardío que en aquellos con hasta un nivel educativo de secundario incompleto: 5,2 meses (IC95% 5,0-5,3) versus 4,6 meses (IC95% 4,5-4,7). Finalmente, los hogares del quintil más bajo tuvieron un inicio del consumo de agua más temprano que en el quintil más alto: Q1 4,5 meses (IC95% 4,3-4,7) versus Q5 5,5 meses (IC95% 5,2-5,7).

En cuanto a las gaseosas (tanto light como comunes) el promedio de edad de introducción fue de 10,5 meses (IC95% 10,3-10,7), siendo NOA la única región con diferencias con respecto al valor nacional (9,8 meses, IC95% 9,5-10,1). En cuanto a la comparación de hogares según el tipo de cobertura, se observó que quienes poseían obra social o prepaga tuvieron un promedio de edad de introducción de las gaseosas más elevado que aquellos que solo poseían cobertura del sector público: 11,4 meses (IC95% 11,0-11,7) versus 10,0 meses (IC95% 9,8-10,2). La misma tendencia se observó al comparar por nivel educativo: hogares con secundario completo o más 11,0 meses

(IC95% 10,6-11,4) versus 10,2 meses (IC95% 10,0-10,4). Finalmente, el promedio de edad de introducción de gaseosas en el primer quintil fue casi un mes y medio antes que en el quintil 5: Q1 9,9 meses (IC95% 9,7-10,2) y Q5 11,3 meses (IC95% 10,7-11,9),

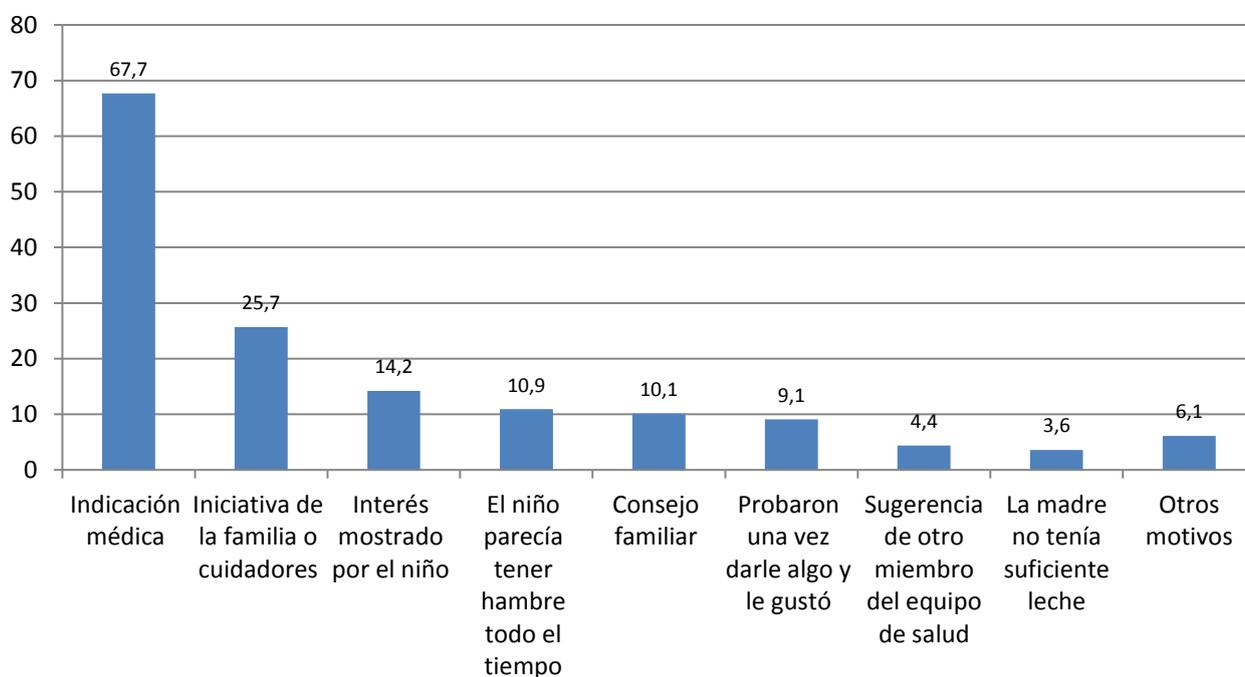
### Sal y aceite

La edad promedio de introducción de aceite fue de 6,3 meses (IC95% 6,3-6,5) sin diferencias estadísticas para ninguna variable de cruce. En cuanto a la sal, la edad promedio de introducción fue 7,0 meses (IC95% 6,8-7,2) siendo más temprana en NEA y más tardía en Patagonia. NEA: 6,3 meses (IC95% 6,1-6,5) y Patagonia: 7,9 meses (IC95% 7,4-8,3). Otras variables sociodemográficas también arrojaron diferencias significativas. En el caso del tipo de cobertura se verificó que el uso de sal fue más tardío entre quienes tenían obra social o prepaga (7,6 meses (IC95% 7,2-7,9)) que entre quienes sólo poseían cobertura pública (6,7 meses (IC95% 6,5-6,8)). En cuanto al nivel de educación del hogar también se pudo observar que en aquellos hogares con educación hasta secundario incompleto, el uso de sal fue más temprano: hasta secundario incompleto 6,8 meses (IC95% 6,6-6,9) y secundario completo o más 7,4 meses (IC95% 7,1-7,8). Finalmente, el quintil de ingreso también arrojó diferencias significativas siendo la edad promedio para el primer quintil 6,7 meses (IC95% 6,5-6,8) mientras que para el quinto fue 8,0 meses (IC95% 7,2-8,8).

## Motivos de inicio de la alimentación complementaria

En la ENNyS 2 se consultó a los cuidadores cuáles fueron los motivos para la introducción de alimentos y/o bebidas en sus niños o niñas, como parte del inicio de la AC. Entre los motivos mencionados se encuentra en primer lugar la indicación médica (67,7%) seguida de la propia iniciativa de la familia o cuidadores (25,7%). Otros motivos que impulsaron el inicio fueron: el interés mostrado por el niño en la comida de los adultos (14,2%); la percepción por parte de los cuidadores de que el niño parecía tener hambre todo el tiempo (10,9%); el consejo de algún miembro de la familia (10,1%); niños que probaron una vez y les gustó mucho (9,1%); la sugerencia de otro miembro del ES (4,4%); etc. (Gráfico 2)

**Gráfico 2.** Porcentaje y motivos de inicio de la alimentación complementaria mencionados por los cuidadores. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNYS 2. Argentina. 2018-2019.



## Discusión

Teniendo en cuenta las recomendaciones actuales del Ministerio de Salud de la Nación, el inicio de la AC debe ser a partir de los 6 meses de edad<sup>16</sup> tanto en lo que respecta a alimentos como bebidas; en este contexto se observó que un elevado porcentaje de lactantes había introducido diferentes alimentos o bebidas antes de la edad recomendada, incluyendo alimentos no saludables. Este escenario requiere atención ya que la introducción temprana de alimentos o bebidas generaría desplazamiento de la ingesta de leche humana (o de fórmula en su defecto).

Se entiende al período entre los 6 y 12 meses como un momento de transición durante el cual el lactante irá incluyendo paulatinamente todos los alimentos de la dieta familiar. La ENNyS 2 relevó que más del 90% de los niños entre 6 y 11 meses, habían incorporado todos los grupos de alimentos saludables. En relación al promedio de edad de introducción de alimentos recomendados, se observó que el grupo más tempranamente introducido fue el de frutas y verduras con un promedio de edad de 5,5 meses.<sup>16</sup> Con respecto a la introducción de dulces y grasas, si bien la edad promedio de introducción fue 7,7 meses es necesario tener en cuenta que se recomienda que estos productos sean introducidos lo más tardíamente posible al ser ultraprocesados con un alto contenido de azúcares simples y grasas no saludables. Dentro de este grupo, se encuentran los postres de leche industrializados, cuya incorporación, fue de 7,9 meses en promedio, mucho antes de lo recomendado teniendo en cuenta la GPCACN, que sugiere que este alimento no sea incorporado en menores de dos años.

Otro alimento con el cual se debe tener precaución, ya que puede tener sustancias tóxicas para los más pequeños es la miel, cuyo consumo no se recomienda antes del año. Por su parte la ENNyS identificó un consumo temprano (8,7 meses) de este alimento el cual eleva el nivel de atención que deben tener los equipos de salud.<sup>17</sup>

Tomando en cuenta la GPCACN, se sugiere que el yogur pueda ser incorporado a partir de los 6 meses de edad eligiendo las variedades con menor contenido de azúcar, sin colorantes y enteros. Al analizar la incorporación de este alimento en particular y si bien no podemos evaluar qué clase de yogur es el referido, el mismo es incorporado en una edad adecuada, con un promedio de 6,3 meses. Con respecto a las leches que se administran en reemplazo de la leche humana, se observó que la edad promedio de introducción fue de 4,1 meses.

Si bien la alimentación hasta el sexto mes de vida no requiere del uso de agua, se observó que la edad promedio de introducción fue 4,8 meses por lo que es necesario revisar las pautas alimentarias por los riesgos que su uso temprano conlleva. Del mismo modo, se observó un inicio temprano del consumo de gaseosas que, si bien en promedio fue luego del 6to mes de vida, el mismo fue antes del año.

La incorporación de sal fue temprana (7 meses) y más pronunciada en hogares del primer quintil de ingresos. Sería necesario evaluar su uso ya que las recomendaciones indican que no es necesario agregar sal a los alimentos porque los mismos contienen naturalmente sodio; adicionalmente no es conveniente que los niños se acostumbren desde muy pequeños a los alimentos salados. Finalmente, la edad promedio de introducción del aceite fue de 6,3 meses, siendo la misma adecuada, ya que coincide con inicio de la alimentación complementaria, siendo este alimento fundamental para el aporte de ácidos grasos esenciales y para el aumento de la densidad energética de las preparaciones.<sup>16,17</sup>

Con relación a los motivos referidos para comenzar con la alimentación complementaria, una gran parte lo realiza por indicación médica, pero también se observa a la propia motivación familiar como una de las razones más mencionadas.

A la luz de los datos analizados, se pone de manifiesto la necesidad de trabajar en la educación alimentaria de las familias basando las recomendaciones en la evidencia disponible para reducir la variabilidad de mensajes emitidos hacia la población.

## Bibliografía

1. Argentina. Ley 12.341. Creación de la Dirección de Maternidad e Infancia. 1936.
2. Argentina. Ley No. 25.459. Fortificación con Vitaminas y minerales de la leche entera en polvo, distribuida a niños, niñas y personas embarazadas en el marco de los programas implementados por el Gobierno nacional. 2001.  
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/65000-69999/68815/norma.htm>.
3. Pless C, Pless C. How well they remember. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1995;149:55-558.  
<https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/517556>
4. D´Souza-Vazirani D, Minkovits C, Strobino D. Validity of maternal report of acute health care use for children younger than 3 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159(2):167-172.
5. Roizen M, Figueroa C, Salvia L. Calidad de vida relacionada con la salud en niños con enfermedades crónicas: comparación de la visión de los niños, sus padres y sus médicos. *Arch Argent Pediatr*. 2007;105(4):305-313.
6. Ministerio de Salud de la Nación. Los controles de salud. Accedido el 22 de junio, 2022.  
<https://www.argentina.gob.ar/salud/crecerconsalud/primermes/controlesdesalud>
7. Ministerio de Desarrollo Social, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. Encuesta sobre condiciones de vida, niñez y adolescencia. Principales resultados. 2011 y 2012. 2013:248. <https://www.unicef.org/argentina/media/3131/file/MICS2011-2012.pdf>.
8. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Discapacidad. 2011:1-27.  
[https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240688230\\_spa.pdf](https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240688230_spa.pdf)
9. Agencia Nacional de Discapacidad. Agencia Nacional de Discapacidad.  
<https://www.argentina.gob.ar/servicio/como-obtener-el-certificado-unico-de-discapacidad-cud>
10. INDEC. *Estudio Nacional Sobre El Perfil de Las Personas Con Discapacidad: Resultados Definitivos 2018*. Buenos Aires; 2018.  
[https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio\\_discapacidad\\_12\\_18.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio_discapacidad_12_18.pdf)
11. Organización Mundial de la Salud (OMS), United Nations Children’s Fund (Unicef). *El Desarrollo Del Niño En La Primera Infancia y La Discapacidad*.; 2013.
12. Argentina R. Identificación de la población con discapacidad en la Argentina: aprendizajes y desafíos hacia la Ronda Censal 2020. Documentos de Trabajo INDEC N24. 2020.  
[https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/discapacidad\\_ronda\\_censal\\_2020.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/discapacidad_ronda_censal_2020.pdf)
13. UN (Naciones Unidas). *Convención Sobre Los Derechos de Las Personas Con Discapacidad*. New York; 2006. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

14. United Nations Children's Fund (Unicef). *Convención Sobre Los Derechos Del Niño.*; 2006.  
<https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
15. Organización Mundial de la Salud. *Principios de Orientación Para La Alimentación de Niños No Amamantados Entre Los 6 y Los 24 Meses de Edad.* Washington, DC; 2007.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96355/1/9789275327951\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96355/1/9789275327951_spa.pdf)
16. Dirección de Salud Perinatal y Niñez. Guía de práctica clínica sobre alimentación complementaria para los niños y niñas menores de 2 años - Resol-2021-1533-APN-MS [Internet]. Buenos Aires; 2021.  
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/245023/20210531>
17. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Guías alimentarias para la población infantil - Consideraciones para los Equipos de Salud. 2006:74.  
[https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/PDF\\_Equipo\\_baja.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/PDF_Equipo_baja.pdf)
18. Ministerio de Salud de la Nación. Guías Alimentarias para la Población Argentina. Buenos Aires; 2016.

## Tablas

**Tabla 1.3:** Porcentaje de niños de 0 a 12 años que reciben la Asignación Universal por Hijo. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		%	IC 95%	
			LI	LS
Edad	0 a 23 meses	49,3	46,9	51,8
	2 a 5 años	48,2	44,5	52,0
	6 a 9 años	42,9	39,3	46,6
	10 a 12 años	38,7	35,0	42,6
Región	GBA	44,9	39,2	50,6
	Centro	38,6	34,3	43,1
	NEA	56,5	51,3	61,6
	NOA	52,1	48,4	55,9
	Cuyo	50,0	45,5	54,6
	Patagonia	32,8	27,5	38,5
Nivel educativo	Hasta secundario incompleto	54,1	51,3	57,0
	Secundario completo o más	31,4	28,3	34,6
Cobertura de salud	Sólo pública	68,6	65,6	71,5
	OS o prepaga	17,8	15,9	19,8
Quintil de ingresos del hogar por UC	Q1 (bajo)	63,0	58,7	67,0
	Q2 (medio-bajo)	55,0	51,4	58,7
	Q3 (medio)	39,6	36,1	43,1
	Q4 (medio-alto)	25,7	21,5	30,5
	Q5 (alto)	14,4	11,2	18,4

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **OS:** obra social; **Q:** quintil; **sec:** secundario

**Tabla 1.4:** Porcentaje de hogares que reciben la Asignación Universal por Hijo con Discapacidad. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		%	IC 95%	
			LI	LS
<b>Total país</b>		<b>2,2</b>	<b>1,8</b>	<b>2,7</b>
<b>Edad del encuestado (*)</b>	0 a 23 meses	2,0	1,5	2,7
	2 a 12 años	1,5	1,1	2,0
	13 a 17 años	3,7	2,5	5,5
	18 o más años	1,5	1,2	1,9
<b>Región</b>	GBA	2,2	1,5	3,2
	Centro	1,2	0,6	2,3
	NEA	4,7	3,4	6,5
	NOA	2,6	2,0	3,4
	Cuyo	2,7	2,0	3,8
	Patagonia	2,5	1,8	3,4
<b>Nivel educativo</b>	Hasta secundario incompleto	2,7	2,1	3,4
	Secundario completo o más	1,5	1,1	2,1
<b>Cobertura de salud</b>	Sólo pública	2,5	2,0	3,3
	OS o prepaga	1,9	1,5	2,5
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	2,4	1,7	3,5
	Q2 (medio-bajo)	2,4	1,5	3,7
	Q3 (medio)	2,5	1,8	3,6
	Q4 (medio-alto)	2,5	1,5	4,0
	Q5 (alto)	1,1	0,5	2,2

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **OS:** obra social; **Q:** quintil; **sec:** secundario. (\*) no es la edad que quien recibe el beneficio, sino de quien fue encuestado (en el hogar donde hubo este encuestado, con esta edad, hay alguien que recibe este beneficio).

**Tabla 1.5:** Porcentaje de hogares que reciben la Asignación Universal por Embarazo. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		%	IC 95%	
			LI	LS
<b>Total país</b>		<b>1,3</b>	<b>0,9</b>	<b>1,7</b>
<b>Región</b>	GBA	1,0	0,5	1,9
	Centro	1,0	0,4	2,4
	NEA	1,7	0,9	2,9
	NOA	2,3	1,3	3,8
	Cuyo	2,4	1,5	4,0
	Patagonia	0,4	0,2	0,8
<b>Nivel educativo</b>	Hasta secundario incompleto	1,5	1	2,2
	Secundario completo o más	0,9	0,6	1,5
<b>Cobertura de salud</b>	Sólo pública	2,3	1,6	3,3
	OS o prepaga	0,4	0,3	0,7
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	2,6	1,6	4,0
	Q2 (medio-bajo)	1,9	1,2	2,8
	Q3 (medio)	0,9	0,4	1,8
	Q4 (medio-alto)	0,6	0,3	1,2
	Q5 (alto)	0,4	0,2	0,9

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **OS:** obra social; **Q:** quintil; **sec:** secundario

**Tabla 1.6:** Porcentaje de hogares en los que reciben tarjetas, tickets, vales o bonos para compra de alimentos. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		%	IC 95%	
			LI	LS
<b>Total país</b>		<b>4,9</b>	<b>4,1</b>	<b>5,9</b>
<b>Región</b>	GBA	5,7	4,1	7,9
	Centro	4,7	3,4	6,5
	NEA	7,2	4,6	11,0
	NOA	5,5	4,0	7,5
	Cuyo	1,4	0,7	2,5
	Patagonia	1,9	1,3	2,8
<b>Nivel educativo</b>	Hasta secundario incompleto	7,1	6,0	8,5
	Secundario completo o más	2,6	1,9	3,5
<b>Cobertura de salud</b>	Sólo pública	8,9	7,5	10,6
	OS o prepaga	1,9	1,3	2,8
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	12,2	10,0	14,8
	Q2 (medio-bajo)	6,4	5,2	8,0
	Q3 (medio)	4,6	3,0	6,9
	Q4 (medio-alto)	1,4	0,8	2,4
	Q5 (alto)	0,1	0,0	0,2

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **OS:** obra social; **Q:** quintil; **sec:** secundario

**Tabla 1.7:** Porcentaje de la población de menores de 2 años que accedieron a leche de entrega gratuita durante el último mes. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		%	IC95%	
			LI	LS
<b>Total país</b>		<b>33,4</b>	<b>30,7</b>	<b>36,1</b>
<b>Región</b>	GBA	24,6	19,3	30,0
	Centro	33,4	28,3	38,5
	NEA	47,8	39,9	55,6
	NOA	44,9	38,9	50,9
	Cuyo	35,4	30,8	39,9
	Patagonia	33,7	29,9	37,6
<b>Nivel educativo</b>	Hasta secundario incompleto	41,1	37,6	44,6
	Secundario completo o más	22,0	19,0	25,0
<b>Cobertura de salud</b>	Sólo pública	43,6	40,0	47,2
	OS o prepaga	18,8	16,2	21,3
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	47,0	42,6	51,5
	Q2 (medio-bajo)	38,5	34,5	42,4
	Q3 (medio)	29,5	25,1	33,9
	Q4 (medio-alto)	20,6	16,4	24,9
	Q5 (alto)	11,3	8,0	14,5

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **OS:** obra social; **Q:** quintil; **sec:** secundario

**Tabla 1.8:** Porcentaje de la población de menores de 2 años que accedieron a leche de entrega gratuita durante el último mes en un centro de salud/salita/dispensario. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		%	IC95%	
			LI	LS
<b>Total país</b>		<b>77,6</b>	<b>73,4</b>	<b>81,9</b>
<b>Región</b>	GBA	77,2	68,4	86,0
	Centro	84,5	78,7	90,4
	NEA	65,6	49,4	81,7
	NOA	73,6	62,9	84,3
	Cuyo	85,1	78,0	92,3
	Patagonia	74,5	62,3	86,7
<b>Nivel educativo</b>	Hasta secundario incompleto	80,9	76,5	85,3
	Secundario completo o más	68,0	60,8	75,3
<b>Cobertura de salud</b>	Sólo pública	82,5	78,3	86,7
	OS o prepaga	61,3	54,5	68,2
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	80,6	75,3	85,9
	Q2 (medio-bajo)	83,3	79,2	87,4
	Q3 (medio)	77,4	70,3	84,4
	Q4 (medio-alto)	61,3	50,2	72,3
	Q5 (alto)	46,0	32,0	59,9

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **OS:** obra social; **Q:** quintil; **sec:** secundario

**Tabla 1.9:** Porcentaje de la población de menores de 2 años que recibieron leche de entrega gratuita durante el último mes en un hospital. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		%	IC95%	
			LI	LS
<b>Total país</b>		<b>15,0</b>	<b>11,2</b>	<b>18,8</b>
<b>Región</b>	GBA	7,0	1,3	12,7
	Centro	7,2	3,2	11,2
	NEA	35,5	20,1	50,9
	NOA	22,7	11,4	34,0
	Cuyo	10,5	3,9	17,2
	Patagonia	23,9	11,8	36,0
<b>Nivel educativo</b>	Hasta secundario incompleto	15,2	11,1	19,2
	Secundario completo o más	14,9	8,6	21,1
<b>Cobertura de salud</b>	Sólo pública	15,3	11,1	19,5
	OS o prepaga	14,1	9,1	19,1
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	16,2	10,9	21,4
	Q2 (medio-bajo)	13,5	9,9	17,1
	Q3 (medio)	14,7	8,6	20,7
	Q4 (medio-alto)	14,1	7,7	20,5
	Q5 (alto)	17,3	8,4	26,1

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **OS:** obra social; **Q:** quintil; **sec:** secundario

**Tabla 1.10:** Porcentaje de la población de menores de 2 años que recibieron leche de entrega gratuita y la consumieron. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		%	IC95%	
			LI	LS
<b>Total país</b>		<b>66,4</b>	<b>63,0</b>	<b>69,8</b>
<b>Región</b>	GBA	65,9	56,9	74,8
	Centro	70,4	63,5	77,3
	NEA	60,9	54,6	67,2
	NOA	64,0	58,2	69,8
	Cuyo	65,4	57,9	72,9
	Patagonia	69,3	62,6	75,9
<b>Nivel educativo</b>	Hasta secundario incompleto	66,2	62,4	70,0
	Secundario completo o más	66,4	61,3	71,6
<b>Cobertura de salud</b>	Sólo pública	63,4	59,7	67,2
	OS o prepaga	76,0	70,6	81,4
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	65,6	61,0	70,2
	Q2 (medio-bajo)	66,5	61,0	72,0
	Q3 (medio)	64,1	57,5	70,7
	Q4 (medio-alto)	74,9	67,7	82,2
	Q5 (alto)	63,1	50,5	75,8

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **OS:** obra social; **Q:** quintil; **sec:** secundario

**Tabla 1.11:** Porcentaje de niños/as que consumieron leche de entrega gratuita a pesar de no ser los destinatarios de la misma. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		%	IC95%	
			LI	LS
<b>Total país</b>		<b>49,6</b>	<b>46,5</b>	<b>52,6</b>
<b>Región</b>	GBA	54,5	47,5	61,4
	Centro	48,7	42,4	55,0
	NEA	46,7	42,0	51,4
	NOA	49,4	43,3	55,5
	Cuyo	47,8	39,2	56,5
	Patagonia	43,5	35,3	51,8
<b>Nivel educativo</b>	Hasta secundario incompleto	51,3	47,8	54,8
	Secundario completo o más	45,0	40,2	49,9
<b>Cobertura de salud</b>	Sólo pública	53,0	50,0	56,1
	OS o prepaga	38,5	31,7	45,3
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	55,6	51,0	60,2
	Q2 (medio-bajo)	51,5	46,3	56,7
	Q3 (medio)	46,3	39,8	52,8
	Q4 (medio-alto)	34,7	24,9	44,6
	Q5 (alto)	22,5	13,7	31,3

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **OS:** obra social; **Q:** quintil; **sec:** secundario

**Tabla 1.12:** Porcentaje de padres que consumieron leche de entrega gratuita a pesar de no ser los destinatarios de la misma. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		%	IC95%	
			LI	LS
<b>Total país</b>		<b>10,3</b>	<b>8,7</b>	<b>12,0</b>
<b>Región</b>	GBA	12,1	8,4	15,9
	Centro	9,3	6,1	12,6
	NEA	11,4	6,9	15,9
	NOA	10,0	6,7	13,3
	Cuyo	5,8	1,9	9,7
	Patagonia	12,2	8,1	16,3
<b>Nivel educativo</b>	Hasta secundario incompleto	9,9	7,9	11,8
	Secundario completo o más	10,4	7,2	13,5
<b>Cobertura de salud</b>	Sólo pública	10,4	8,6	12,1
	OS o prepaga	10,4	7,1	13,8
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	8,9	6,8	11,0
	Q2 (medio-bajo)	10,4	7,1	13,7
	Q3 (medio)	11,2	6,8	15,6
	Q4 (medio-alto)	13,0	6,7	19,3
	Q5 (alto)	15,1	6,9	23,3

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **OS:** obra social; **Q:** quintil; **sec:** secundario

**Tabla 1.13:** Porcentaje de madres que consumieron leche de entrega gratuita a pesar de no ser los destinatarios de la misma. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		%	IC95%	
			LI	LS
<b>Total país</b>		<b>20,2</b>	<b>17,8</b>	<b>22,7</b>
<b>Región</b>	GBA	22,7	17,0	28,3
	Centro	16,4	11,7	21,0
	NEA	30,1	23,6	36,5
	NOA	17,5	11,8	23,1
	Cuyo	16,2	9,8	22,7
	Patagonia	20,3	15,0	25,5
<b>Nivel educativo</b>	Hasta secundario incompleto	21,4	18,3	24,5
	Secundario completo o más	19,3	16,0	22,5
<b>Cobertura de salud</b>	Sólo pública	18,8	16,2	21,3
	OS o prepaga	22,9	17,9	27,9
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	21,4	19,0	23,8
	Q2 (medio-bajo)	16,5	11,6	21,5
	Q3 (medio)	19,7	15,8	23,7
	Q4 (medio-alto)	20,1	16,7	23,6
	Q5 (alto)	21,7	15,5	27,9

*IC95%: Intervalo de confianza del 95%; LI: Límite inferior; LS: Límite superior; OS: obra social; Q: quintil; sec: secundario*

**Tabla 1.14:** Porcentaje de población a la que en algún momento alguien del equipo de salud le explicó cómo preparar la leche de entrega gratuita. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		%	IC95%	
			LI	LS
<b>Total país</b>		<b>41,6</b>	<b>38,1</b>	<b>45,1</b>
<b>Región</b>	GBA	36,8	28,9	44,6
	Centro	44,6	37,5	51,6
	NEA	37,7	29,7	45,7
	NOA	45,4	37,7	53,1
	Cuyo	51,4	42,1	60,7
	Patagonia	34,1	26,1	42,2
<b>Nivel educativo</b>	Hasta secundario incompleto	42,9	38,7	47,2
	Secundario completo o más	36,8	32,2	41,4
<b>Cobertura de salud</b>	Sólo pública	40,5	36,3	44,8
	OS o prepaga	45,1	38,8	51,4
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	42,0	36,6	47,3
	Q2 (medio-bajo)	42,9	37,6	48,1
	Q3 (medio)	39,9	33,3	46,5
	Q4 (medio-alto)	40,3	30,3	50,2
	Q5 (alto)	38,6	26,4	50,7

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **OS:** obra social; **Q:** quintil; **sec:** secundario

**Tabla 1.15:** Porcentaje de población a la que en algún momento alguien del equipo de salud le explicó cómo preparar la leche de entrega gratuita y esa explicación le resultó clara. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		%	IC95%	
			LI	LS
<b>Total país</b>		<b>97,1</b>	<b>95,7</b>	<b>98,4</b>
<b>Región</b>	GBA	96,6	92,5	100
	Centro	98,6	96,3	100
	NEA	97,4	96,0	98,9
	NOA	95,2	91,9	98,4
	Cuyo	97,4	95,3	99,5
	Patagonia	95,4	91,9	99,0
<b>Nivel educativo</b>	Hasta secundario incompleto	97,7	96,0	99,5
	Secundario completo o más	96,5	94,6	98,4
<b>Cobertura de salud</b>	Sólo pública	96,5	94,8	98,3
	OS o prepaga	98,6	96,9	100
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	96,8	95,2	98,4
	Q2 (medio-bajo)	97,8	95,2	100
	Q3 (medio)	96,4	94,3	98,5
	Q4 (medio-alto)	97,9	95,4	100
	Q5 (alto)	97,0	93,4	100

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **OS:** obra social; **Q:** quintil; **sec:** secundario

**Tabla 1.16:** Valoración del estado de salud general de los niños de 2 a 12 años, según género y grupos de edad. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019

Variables y categorías		%	IC 95%	
			LI	LS
<b>Total país</b>	Excelente	19,1	17,3	21,1
	Muy buena	36,4	33,9	39,1
	Buena	35,8	33,3	38,4
	Regular	8,1	7,0	9,3
	Mala	0,5	0,3	0,8
	NS/NC	0,1	0,0	0,5
<b>Género Femenino</b>	Excelente	21,7	19,2	24,5
	Muy buena	36,9	33,7	40,4
	Buena	34,0	31,1	37,0
	Regular	6,8	5,5	8,4
	Mala	0,5	0,3	0,8
	NS/NC	0,0	0,0	0,1
<b>Género Masculino</b>	Excelente	16,8	14,8	19,0
	Muy buena	36,0	32,8	39,4
	Buena	37,4	34,1	40,7
	Regular	9,2	7,6	11,0
	Mala	0,5	0,2	1,1
	NS/NC	0,2	0,0	1,1
<b>2 a 5 años</b>	Excelente	21,3	18,5	24,4
	Muy buena	34,1	30,9	37,4
	Buena	37,0	37,0	33,5
	Regular	7,5	6,1	9,2
	Mala	0,1	0,0	0,5
	NS/NC	0,1	0,0	0,2

Continuación de la tabla 1.16

Variables y categorías		%	IC 95%	
			LI	LS
6 a 9 años	Excelente	17,6	15,2	20,4
	Muy buena	38,9	35,3	42,7
	Buena	35,5	32,1	39,1
	Regular	7,3	5,8	9,2
	Mala	0,6	0,3	1,3
	NS/NC	0,0	0,0	0,0
10 a 12 años	Excelente	19,2	16,3	22,5
	Muy buena	35,4	31,8	39,1
	Buena	35,2	31,6	39,0
	Regular	9,4	7,5	11,7
	Mala	0,6	0,3	1,3
	NS/NC	0,3	0,0	1,6

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **OS:** obra social; **Q:** quintil; **sec:** secundario

**Tabla 1.17:** Valoración del estado de salud general de los niños de 2 a 12 años, según características sociodemográficas. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNYS 2, Argentina, 2018-2019

Variables y categorías		%	IC 95%	
			LI	LS
GBA	Excelente	18,5	15,6	21,6
	Muy buena	35,5	30,5	40,9
	Buena	36,2	31,1	41,7
	Regular	9,2	6,9	12,3
	Mala	0,3	0,1	1,0
	NS/NC	0,3	0,1	1,7
Centro	Excelente	24,1	19,5	29,3
	Muy buena	37,9	32,4	43,7
	Buena	31,8	26,9	37,1
	Regular	5,7	4,1	7,7
	Mala	0,6	0,2	1,6
	NS/NC	0,0	0,0	0,0
NOA	Excelente	9,5	7,9	11,4
	Muy buena	31,2	27,7	34,8
	Buena	45,9	42,0	49,8
	Regular	12,3	10,5	14,3
	Mala	1,1	0,6	2,0
	NS/NC	0,1	0,0	0,4
NEA	Excelente	18,4	14,7	22,8
	Muy buena	36,2	31,5	39,2
	Buena	35,1	31,1	39,2
	Regular	10,0	8,4	12,0
	Mala	0,3	0,2	0,5
	NS/NC	0,0	0,0	0,0
Cuyo	Excelente	19,0	15,8	22,6
	Muy buena	39,8	34,8	45,0
	Buena	35,6	30,5	41,0
	Regular	5,5	4,0	7,5
	Mala	0,2	0,0	0,7
	NS/NC	0,0	0,0	0,0

Continuación de la tabla 1.17

Variables y categorías		%	IC 95%	
			LI	LS
Patagonia	Excelente	19,3	16,3	22,8
	Muy buena	41,2	37,1	45,3
	Buena	33,5	28,8	38,7
	Regular	5,3	3,8	7,3
	Mala	0,6	0,2	1,5
	NS/NC	0,1	0,0	0,6
Hasta secundario incompleto	Excelente	16,1	14,0	18,5
	Muy buena	33,9	31,1	36,9
	Buena	39,3	36,1	42,7
	Regular	10,0	8,4	11,7
	Mala	0,6	0,3	1,0
	NS/NC	0,2	0,0	0,9
Secundario completo o más	Excelente	23,2	20,3	26,5
	Muy buena	39,7	36,1	43,4
	Buena	31,0	27,9	34,4
	Regular	5,7	4,5	7,2
	Mala	0,39	0,2	0,9
	NS/NC	0,0	0,0	0,0
Sólo pública	Excelente	15,0	12,8	17,5
	Muy buena	32,6	29,4	36,1
	Buena	42,0	38,5	45,5
	Regular	9,5	8,0	11,3
	Mala	0,7	8,0	11,3
	NS/NC	0,18	0,4	1,3
OS o prepaga	Excelente	23,6	20,9	26,5
	Muy buena	40,7	37,6	43,9
	Buena	28,9	26,2	31,8
	Regular	6,5	5,3	8,0
	Mala	0,3	0,1	0,5
	NS/NC	0,0	0,0	0,0
Q1 (bajo)	Excelente	14,3	11,5	17,6
	Muy buena	32,1	27,8	36,7
	Buena	41,3	36,5	46,3
	Regular	11,5	9,5	13,8
	Mala	0,9	0,4	1,8
	NS/NC	0,0	0,0	0,0

Continuación de la tabla 1.17

Variables y categorías		%	IC 95%	
			LI	LS
Q2 (medio-bajo)	Excelente	15,9	13,4	18,8
	Muy buena	34,9	31,8	38,9
	Buena	40,2	36,1	44,5
	Regular	8,4	6,5	10,7
	Mala	0,2	0,1	0,8
	NS/NC	0,4	0,1	2,5
Q3 (medio)	Excelente	17,9	14,8	21,4
	Muy buena	35,4	31,1	39,9
	Buena	39,8	35,1	44,7
	Regular	6,7	4,8	9,5
	Mala	0,2	0,1	0,8
	NS/NC	0,4	0,0	0,2
Q4 (medio-alto)	Excelente	24,1	19,2	29,6
	Muy buena	41,9	36,9	47,0
	Buena	27,1	22,5	32,3
	Regular	6,4	4,7	8,5
	Mala	0,6	0,2	2,0
	NS/NC	0,0	0,0	0,0
Q5 (alto)	Excelente	31,3	27,0	36,0
	Muy buena	43,8	38,7	49,1
	Buena	20,7	17,6	24,1
	Regular	3,9	2,5	6,1
	Mala	0,3	0,1	1,2
	NS/NC	0,0	0,0	0,0

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **OS:** obra social; **Q:** quintil; **sec:** secundario

**Tabla 1.18:** Valoración del estado de salud general (categorías agrupadas) de los niños de 2 a 12 años, según características sociodemográficas. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2, Argentina, 2018-2019

Variables y categorías		%	IC 95%	
			LI	LS
<b>Total país</b>	Excelente/ Muy buena	55,6	52,7	58,4
	Buena	33,8	33,3	38,4
	Regular / Mala	8,6	7,4	9,8
	NS/NC	0,1	0,0	0,5
<b>Género femenino</b>	Excelente/ Muy buena	58,7	55,2	62,1
	Buena	34,0	31,1	37,0
	Regular / Mala	7,3	5,9	9,0
	NS/NC	0,0	0,0	0,5
<b>Género masculino</b>	Excelente/ Muy buena	52,8	49,3	56,2
	Buena	37,4	34,1	40,7
	Regular / Mala	9,7	8,0	11,7
	NS/NC	0,2	0,0	1,1
<b>GBA</b>	Excelente/ Muy buena	54,0	48,2	59,7
	Buena	36,2	31,1	41,7
	Regular / Mala	9,5	7,0	12,7
	NS/NC	0,3	0,0	1,7
<b>Centro</b>	Excelente	62,0	55,9	67,7
	Buena	31,8	26,9	37,1
	Regular / Mala	6,2	4,6	8,5
	NS/NC	0,0	0,0	0,0
<b>NOA</b>	Excelente/ Muy buena	40,7	37,0	44,4
	Buena	45,9	42,0	49,8
	Regular / Mala	13,4	11,4	15,6
	NS/NC	0,1	0,0	0,4

Continuación de la tabla 1.18

Variables y categorías		%	IC 95%	
			LI	LS
<b>NEA</b>	Excelente Muy buena	54,6	49,9	59,2
	Buena	35,1	31,1	39,2
	Regular / Mala	10,3	8,6	12,3
	NS/NC	0,0	0,0	0,0
<b>Cuyo</b>	Excelente	58,7	53,2	64,1
	Buena	35,6	30,5	41,0
	Regular / Mala	5,7	4,2	7,7
	NS/NC	0,0	0,0	0,0
<b>Patagonia</b>	Excelente	60,5	54,9	65,8
	Buena	33,5	28,8	38,7
	Regular / Mala	5,9	4,2	8,1
	NS/NC	0,1	0,0	0,6
<b>Hasta secundario incompleto</b>	Excelente	50,0	46,3	53,7
	Buena	39,3	36,1	42,7
	Regular / Mala	10,5	8,9	12,3
	NS/NC	0,2	0,0	0,9
<b>Secundario completo o más</b>	Excelente/ Muy buena	62,9	59,0	66,6
	Buena	31,0	27,9	34,4
	Regular / Mala	6,1	4,7	7,7
	NS/NC	0,0	0,0	0,0
<b>Sólo pública</b>	Excelente/ Muy buena	47,6	44,0	51,3
	Buena	42,0	38,5	45,5
	Regular / Mala	10,2	8,6	12,2
	NS/NC	0,2	0,0	1,1

Continuación de la tabla 1.18

Variables y categorías		%	IC 95%	
			LI	LS
<b>OS o prepaga</b>	Excelente/ Muy buena	64,3	61,1	67,4
	Buena	28,9	26,2	31,8
	Regular / Mala	6,8	5,5	8,3
	NS/NC	0,0	0,0	0,1
<b>Q1 (bajo)</b>	Excelente/ Muy buena	46,3	41,4	51,4
	Buena	41,3	36,5	46,3
	Regular / Mala	12,4	10,3	14,7
	NS/NC	0,0	0,0	0,2
<b>Q2 (medio-bajo)</b>	Excelente/ Muy buena	50,8	46,4	55,2
	Buena	40,2	36,1	44,5
	Regular / Mala	8,6	6,7	11,0
	NS/NC	0,4	0,1	2,5
<b>Q3 (medio)</b>	Excelente/ Muy buena	53,2	48,2	58,2
	Buena	39,8	35,1	44,7
	Regular / Mala	6,9	4,9	9,7
	NS/NC	0,0	0,0	0,2
<b>Q4 (medio-alto)</b>	Excelente/ Muy buena	65,9	60,2	71,2
	Buena	27,1	22,5	32,3
	Regular / Mala	7,0	5,1	9,5
	NS/NC	0,0	0,0	0,0
<b>Q5 (alto)</b>	Excelente/ Muy buena	75,1	71,0	78,8
	Buena	20,7	17,6	24,1
	Regular / Mala	4,2	2,8	6,4
	NS/NC	0,0	0,0	0,0

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **OS:** obra social; **Q:** quintil; **sec:** secundario

**Tabla 1.19:** Niños de 2 a 12 años que realizaron al menos un control de salud en el último año, según características sociodemográficas Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNYS 2, Argentina, 2018-2019

Variables y categorías		%	IC 95%	
			LI	LS
<b>Total país</b>		<b>82,5</b>	<b>80,2</b>	<b>84,6</b>
<b>Género</b>	Femenino	81,7	71,6	84,5
	Masculino	83,2	80,7	85,4
<b>Grupo de edad</b>	2 a 5 años	88,6	86,3	90,6
	6 a 9 años	83,3	79,8	86,3
	10 a 12 años	76,7	73,2	79,9
<b>Región</b>	GBA	80,7	74,5	85,7
	Centro	87,2	84,5	89,5
	NEA	80,8	75,0	85,5
	NOA	77,3	73,4	80,8
	Cuyo	84,4	80,6	87,6
	Patagonia	80,1	75,3	84,2
<b>Nivel educativo</b>	Hasta secundario incompleto	79,3	76,3	82,1
	Secundario completo o más	87,0	84,4	89,2
<b>Cobertura de salud</b>	Sólo pública	81,3	77,6	84,5
	OS o prepaga	83,8	81,6	85,8
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	77,8	71,5	83,1
	Q2 (medio-bajo)	81,8	78,7	84,5
	Q3 (medio)	83,0	79,5	86,0
	Q4 (medio-alto)	86,5	83,2	89,2
	Q5 (alto)	88,5	85,1	91,3

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **OS:** obra social; **Q:** quintil; **sec:** secundario

**Tabla 1.20:** Porcentaje de niños de 2 a 12 años con algún tipo de dificultad o limitación permanente, según características sociodemográficas. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		%	IC 95%	
			LI	LS
<b>Total país</b>		<b>7,4</b>	<b>6,34</b>	<b>8,63</b>
<b>Género</b>	Femenino	6,3	4,9	8,1
	Masculino	8,4	7,1	9,9
<b>Edad en años</b>	2 a 5	3,4	2,3	4,8
	6 a 12	8,9	7,5	10,4
<b>Región</b>	GBA	8,0	5,6	11,3
	Centro	6,7	5,1	8,6
	NEA	5,2	4,2	6,32
	NOA	11,1	8,61	14,1
	Cuyo	4,9	3,2	7,5
	Patagonia	6,8	5,1	9,0
<b>Nivel educativo</b>	Hasta secundario incompleto	7,9	6,6	9,3
	Secundario completo o más	6,8	5,5	8,4
<b>Cobertura de salud</b>	Sólo pública	7,0	5,7	8,7
	OS o prepaga	7,8	6,5	9,4
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	7,6	5,9	9,9
	Q2 (medio-bajo)	7,5	5,9	9,5
	Q3 (medio)	9,2	7,0	12,1
	Q4 (medio-alto)	6,8	4,7	9,7
	Q5 (alto)	4,9	3,1	7,7

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **OS:** obra social; **Q:** quintil; **sec:** secundario

**Tabla 1.21:** Distribución porcentual de los niños de 2 a 12 años, con alguna/s limitaciones o dificultades permanentes, según el tipo de limitación. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías	%	IC 95%	
		LI	LS
<b>Total de limitaciones o dificultades permanentes</b>	<b>7,4</b>	<b>6,3</b>	<b>8,6</b>
Para ver	3,7	2,8	4,7
Para entender y /o aprender	2,9	2,4	3,5
Para caminar o subir escalones	1,4	1,0	1,9
Para agarrar objetos con las manos	0,6	0,4	0,8
Para oír	0,6	0,3	0,9

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **IC95%:** Intervalo de confianza del 95%

**Tabla 1.22:** Distribución porcentual de los niños de 2 a 12 años, con alguna/s limitaciones o dificultades permanentes según el número de dificultades o limitaciones. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías	%	IC 95%	
		LI	LS
<b>Total de niños con alguna/s dificultades o limitaciones permanentes</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Una dificultad o limitación	86,8	83,1	89,8
Dos dificultades o limitaciones	8,0	5,5	11,4
Tres dificultades o limitaciones	2,1	1,2	3,5
Cuatro dificultades o limitaciones	2,9	1,5	5,3
Cinco dificultades o limitaciones	0,3	0,1	1,2

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **IC95%:** Intervalo de confianza del 95%

**Tabla 1.23:** Valoración del estado de salud general de los niños de 2 a 12 años, con o sin dificultades o limitaciones permanentes. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		%	IC 95%	
			LI	LS
<b>Sin limitaciones o dificultades</b>	Excelente/Muy buena	56,7	53,7	59,6
	Buena	36,5	32,9	38,3
	Regular/Mala	7,7	6,7	8,9
<b>Con limitaciones o dificultades</b>	Excelente/Muy buena	41,7	34,9	48,8
	Buena	39,0	33,9	44,3
	Regular/Mala	19,3	15,6	23,6

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior

**Tabla 1.24:** Niños de 2 a 12 años con algún tipo de dificultad o limitación permanente, que tienen certificado de discapacidad, según características sociodemográficas. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		%	IC 95%	
			LI	LS
<b>Total país</b>		<b>21,0</b>	<b>16,5</b>	<b>26,3</b>
<b>Género</b>	Femenino	17,6	10,6	27,7
	Masculino	23,2	17,4	30,3
<b>Grupos de edad</b>	2 a 5	33,5	19,3	51,5
	6 a 9	20,2	14,2	28,1
	10 a 15	18,3	12,3	26,2
<b>Región</b>	GBA	14,2	8,2	23,4
	Centro	25,5	15,6	38,8
	NEA	36,2	20,8	54,9
	NOA	18,2	10,7	29,1
	Cuyo	34,9	17,4	57,8
	Patagonia	21,0	14,1	30,0
<b>Nivel educativo</b>	Hasta secundario incompleto	16,0	11,2	22,2
	Secundario completo o más	28,7	21,2	37,7
<b>Cobertura de salud</b>	Sólo pública	17,9	12,1	25,5
	OS o prepaga	23,7	17,4	31,3
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	18,0	10,6	28,9
	Q2 (medio-bajo)	19,5	11,7	30,8
	Q3 (medio)	16,7	9,2	28,6
	Q4 (medio-alto)	22,5	11,1	40,4
	Q5 (alto)	43,5	23,4	66,0

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **OS:** obra social; **Q:** quintil; **sec:** secundario

**Tabla 1.25:** Niños de 2 a 12 años con algún tipo de dificultad o limitación permanente, que tienen certificado de discapacidad, según tipo de dificultad o limitación. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		%	IC 95%	
			LI	LS
<b>Total país</b>		<b>21,0</b>	<b>16,5</b>	<b>26,3</b>
<b>Tipo de limitación</b>	Ver	11,0	7,0	16,7
	Oír	23,6	8,3	51,4
	Caminar o subir escalones	42,9	30,0	57,0
	Agarrar objetos con las manos	67,1	46,7	82,6
	Entender y /o aprender	72,4	59,0	82,7

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **OS:** obra social; **Q:** quintil; **sec:** secundario

**Tabla 1.26:** Porcentaje de niños de 2 a 12 años con algún tipo de dificultad o limitación permanente que tienen CUD, según el número de dificultades o limitaciones. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías	%	IC 95%	
		LI	LS
<b>Total niños con CUD</b>	<b>21,0</b>	<b>16,5</b>	<b>26,3</b>
Una dificultad o limitación	13,6	9,8	18,5
Dos dificultades o limitaciones	70,4	53,0	83,3
Tres, cuatro o cinco dificultades o limitaciones	67,9	40,6	86,8

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior;

**Tabla 1.27:** Edad promedio de introducción de frutas y verduras en menores de 2 años y características sociodemográficas, en meses. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		$\bar{x}$	IC95%	
			LI	LS
<b>Total país</b>		<b>5,5</b>	<b>5,4</b>	<b>5,5</b>
<b>Región</b>	GBA	5,5	5,4	5,6
	Centro	5,4	5,3	5,5
	NEA	5,5	5,4	5,6
	NOA	5,6	5,5	5,7
	Cuyo	5,6	5,5	5,7
	Patagonia	5,7	5,5	5,9
<b>Nivel educativo</b>	Hasta secundario incompleto	5,4	5,4	5,5
	Secundario completo o más	5,6	5,6	5,7
<b>Cobertura de salud</b>	Sólo pública	5,4	5,3	5,5
	OS o prepaga	5,7	5,6	5,7
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	5,4	5,3	5,5
	Q2 (medio-bajo)	5,5	5,4	5,6
	Q3 (medio)	5,5	5,4	5,6
	Q4 (medio-alto)	5,7	5,6	5,7
	Q5 (alto)	5,7	5,6	5,8

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **OS:** obra social; **Q:** quintil; **sec:** secundario

**Tabla 1.28:** Edad promedio de introducción de carnes y huevos en menores de 2 años y características sociodemográficas, en meses. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		$\bar{x}$	IC95%	
			LI	LS
<b>Total país</b>		<b>6,8</b>	<b>6,7</b>	<b>6,8</b>
<b>Región</b>	GBA	6,7	6,5	6,9
	Centro	6,8	6,6	6,9
	NEA	7,0	6,8	7,2
	NOA	6,8	6,7	7,0
	Cuyo	6,5	6,4	6,6
	Patagonia	6,9	6,7	7,1
<b>Nivel educativo</b>	Hasta secundario incompleto	6,7	6,6	6,8
	Secundario completo o más	6,8	6,7	6,9
<b>Cobertura de salud</b>	Sólo pública	6,7	6,6	6,8
	OS o prepaga	6,9	6,8	7,0
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	6,6	6,6	6,7
	Q2 (medio-bajo)	6,9	6,8	7,0
	Q3 (medio)	6,7	6,6	6,8
	Q4 (medio-alto)	6,7	6,5	6,8
	Q5 (alto)	6,7	6,6	6,8

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **OS:** obra social; **Q:** quintil; **sec:** secundario

**Tabla 1.29:** Edad promedio de introducción de cereales y legumbres en menores de 2 años y características sociodemográficas, en meses. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		$\bar{x}$	IC95%	
			LI	LS
<b>Total país</b>		<b>6,2</b>	<b>6,1</b>	<b>6,3</b>
<b>Región</b>	GBA	6,0	5,9	6,1
	Centro	6,3	6,2	6,4
	NEA	6,1	5,9	6,2
	NOA	6,5	6,4	6,7
	Cuyo	6,2	6,0	6,3
	Patagonia	6,4	6,3	6,5
<b>Nivel educativo</b>	Hasta secundario incompleto	6,1	6,0	6,2
	Secundario completo o más	6,3	6,	6,4
<b>Cobertura de salud</b>	Sólo pública	6,1	6,0	6,1
	OS o prepaga	6,4	6,3	6,5
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	6,1	6,0	6,1
	Q2 (medio-bajo)	6,1	6,0	6,2
	Q3 (medio)	6,2	6,1	6,4
	Q4 (medio-alto)	6,3	6,2	6,5
	Q5 (alto)	6,4	6,3	6,6

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **OS:** obra social; **Q:** quintil; **sec:** secundario

**Tabla 1.30:** Edad promedio de introducción de leches diferentes de la materna y yogur en menores de 2 años y características sociodemográficas, en meses. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		$\bar{x}$	IC95%	
			LI	LS
<b>Total país</b>		<b>4,1</b>	<b>3,9</b>	<b>4,3</b>
<b>Región</b>	GBA	4,2	3,8	4,6
	Centro	4,0	3,5	4,4
	NEA	4,4	3,9	4,8
	NOA	3,5	3,1	3,9
	Cuyo	4,7	4,3	5,0
	Patagonia	4,7	4,3	5,0
<b>Nivel educativo</b>	Hasta secundario incompleto	4,0	3,7	4,2
	Secundario completo o más	4,3	4,0	4,7
<b>Cobertura de salud</b>	Sólo pública	4,1	3,8	4,4
	OS o prepaga	4,1	3,9	4,4
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	3,8	3,4	4,2
	Q2 (medio-bajo)	4,1	3,7	4,5
	Q3 (medio)	4,3	3,9	4,8
	Q4 (medio-alto)	4,3	3,9	4,7
	Q5 (alto)	4,4	3,9	4,9

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **OS:** obra social; **Q:** quintil; **sec:** secundario

**Tabla 1.31:** Edad promedio de introducción de dulces y grasas en menores de 2 años y características sociodemográficas, en meses. Localidades de 5,000 y más habitantes, ENNyS 2, Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		x̄	IC95%	
			LI	LS
<b>Total país</b>		<b>7,7</b>	<b>7,6</b>	<b>7,9</b>
<b>Región</b>	GBA	7,6	7,2	8
	Centro	7,7	7,5	7,9
	NEA	7,4	7,2	7,7
	NOA	7,8	7,5	8,0
	Cuyo	8,3	8,0	8,5
	Patagonia	8,5	8,2	8,7
<b>Nivel educativo</b>	Hasta secundario incompleto	7,5	7,3	7,6
	Secundario completo o más	8,1	7,9	8,4
<b>Cobertura de salud</b>	Sólo pública	7,4	7,3	7,6
	OS o prepaga	8,2	8,0	8,4
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	7,2	7,0	7,4
	Q2 (medio-bajo)	7,6	7,4	7,8
	Q3 (medio)	7,8	7,5	8,1
	Q4 (medio-alto)	8,2	7,9	8,5
	Q5 (alto)	8,9	8,6	9,2

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **OS:** obra social; **Q:** quintil; **sec:** secundario

**Tabla 1.32:** Grupos de alimentos, tramos de edad y porcentaje de niños menores de dos años que introdujo algún alimento. Localidades de 5.000 y más habitantes. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías	Menor de 6 meses			6-11 meses			12-17 meses			18-23 meses		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		LI	LS		LI	LS		LI	LS		LI	LS
<b>Frutas y verduras</b>	13,3	11,1	15,8	97,0	95,6	98,0	98,7	97,8	99,2	99,1	98,2	99,5
<b>Carnes y huevos</b>	5,8	4,3	7,9	91,8	89,7	93,4	99,6	99,0	99,8	99,6	98,5	99,9
<b>Cereales, legumbres, papa, pan y pastas</b>	10,1	7,8	13,0	93,3	91,5	94,8	99,7	99,2	99,9	99,8	99,0	100
<b>Leche y yogur</b>	44,3	40,5	48,2	95,4	93,6	96,7	98,2	96,4	99,1	99,4	98,7	99,7
<b>Dulces y grasas</b>	7,8	5,4	11,3	73,3	70,0	76,4	95,7	93,9	96,9	97,7	94,1	99,1

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **OS:** obra social; **Q:** quintil; **sec:** secundario

# Consumo de sal

## Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es responsable, en términos de muertes atribuibles, del 19% de todos los decesos del mundo<sup>1</sup> y es el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, estando fuertemente asociada con la ocurrencia de enfermedad cerebrovascular y coronaria, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, enfermedades de la aorta y arterias periféricas, demencia, insuficiencia renal y retinopatía. Según la 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), en Argentina el 46,6% de la población de 18 años y más tiene hipertensión arterial<sup>2</sup>. Su prevalencia impacta negativamente en la mortalidad total, en la discapacidad y en los costos socio-sanitarios<sup>3</sup>.

Si bien existen diversos factores de riesgo para desarrollar HTA, el elevado consumo de sodio en la población está fuertemente asociado con la probabilidad de padecerla<sup>4</sup>. En un estudio que utilizó un enfoque de evaluación de riesgo comparativo analizando datos de 195 países, se estimó la proporción de carga específica de la enfermedad atribuible a diferentes factores de riesgo dietéticos. El trabajo concluye que, en 2017, 3 millones de muertes y 70 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) fueron atribuibles al elevado consumo de sodio<sup>5</sup>. Además, la ingesta excesiva de sodio está relacionada con un aumento de la morbimortalidad por mecanismos independientes de la presión arterial y se relaciona con la mortalidad cardiovascular en forma directa<sup>6</sup>.

La reducción en la ingesta de sodio se asocia a una disminución de la presión arterial y de la incidencia de eventos cardiovasculares, tal como lo demuestran diferentes revisiones sistemáticas<sup>7</sup>. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las recomendaciones de reducción de consumo de sodio se aplican a todos los individuos, hipertensos o no, y en todas las edades.

El consumo recomendado para los adultos es de menos de 2 gramos de sodio/día (o su equivalente de 5 gramos de sal/día). La OMS recomienda reducir la ingesta de sodio también en niños/as para evitar que la presión arterial aumente de forma nociva; dicha reducción debe ser proporcional a las necesidades energéticas del niño<sup>8</sup>. Es importante destacar que una disminución en la ingesta de sal en niños/as produce un descenso de la presión arterial y, si se continúa, esta acción podría disminuir el aumento progresivo de la presión arterial con la edad<sup>9</sup>, dado que este valor durante la infancia es un predictor del desarrollo de hipertensión arterial en la vida adulta. Por lo tanto, una intervención oportuna en los estilos de vida en niños y niñas, podría impactar en la reducción de la incidencia de hipertensión<sup>10</sup>.

La población de la región de América Latina tiene un consumo que excede la recomendación de la OMS<sup>11 12</sup>. Es importante tener en cuenta que una fuente relevante de sodio en la dieta diaria es aportada por alimentos industrializados o ultra procesados (UP). Las sales de sodio se emplean en una gran variedad de alimentos, no sólo por cuestiones sensoriales, sino también como aditivos con diversas funciones, conservantes, potenciadores del sabor, emulsionantes, etc<sup>13</sup> que colaboran de

manera significativa en la ingesta total del mineral a través del consumo de alimentos industrializados.

El consumo excesivo de sodio está relacionado, además, al agregado de sal (cloruro de sodio) a las comidas, lo que se conoce como “sal discrecional”. Según la ENFR 2018 el indicador “Utilización de sal siempre o casi siempre después de la cocción o al sentarse a la mesa en la población de 18 años y más” arrojó un resultado de 16,4%, mientras que la “Utilización de sal habitualmente durante la cocción en la población de 18 años y más” fue de 68,9%.

La OPS/OMS afirma que los conocimientos científicos acerca de la influencia de ciertos hábitos alimentarios en la aparición de ENT son bastante robustos e insta a desincentivar el consumo de productos alimenticios procesados y UP que aportan habitualmente a la dieta cantidades excesivas de sodio, grasas no saludables y azúcares<sup>14</sup>. Un metaanálisis que incluyó 43 estudios encontró que en 37 de ellos se concluye que la exposición a UP en la dieta se asocia con al menos un resultado de salud adverso. Entre los adultos, éstos incluyen sobrepeso, obesidad y riesgos cardiometabólicos; cáncer, diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, síndrome del intestino irritable, depresión, estados de fragilidad y mortalidad por todas las causas. Entre los niños y adolescentes, se incluyen riesgos cardiometabólicos y asma<sup>15</sup>.

La política de reducción de sodio en Argentina inició en el año 2011, cuando el Ministerio de Salud de la Nación desarrolló la Iniciativa Menos Sal Más Vida con el objetivo de reducir el consumo de sodio a través de diversas líneas de acción: concientización a la población, reducción progresiva del contenido de sodio de los alimentos procesados mediante acuerdos voluntarios con la industria de alimentos y reducción del contenido de sal en la elaboración del pan artesanal. En el marco de esta iniciativa se acordaron objetivos de reducción con la industria alimenticia, que según el grupo y la categoría del alimento variaba entre el 5% y el 32% sobre los niveles máximos de sodio, en un período de dos años.

En diciembre de 2013, Argentina promulgó la Ley 26.905, de esta manera, nuestro país se convirtió en el primero de América y el segundo en el mundo en tener una ley que promueva la reducción del consumo de sodio y a través de diferentes líneas de trabajo que incluyen por ejemplo, la regulación del contenido de sodio en alimentos procesados a través de la incorporación de límites máximos de sodio en algunos alimentos al Código Alimentario Argentino (CAA), de cumplimiento obligatorio en todo el territorio nacional; campañas de educación a la población en general, una estrategia a implementar en restaurantes para reducir el consumo de sodio<sup>16 17</sup>, regula el tamaño de los sobres en los que se comercializa la sal, advertencias sanitarias a ser aplicadas en los envases de sal de mesa y en las publicidades de alimentos con alto contenido de sodio.

La Ley incluyó inicialmente reducciones en tres grupos de alimentos (productos cárnicos y derivados; farináceos y sopas) que habían sido incorporados en la etapa de convenios voluntarios y habilita al Ministerio de Salud de la Nación como autoridad de aplicación, a reducir gradualmente el sodio de los alimentos con límite máximo para el mineral en el CAA y a incorporar nuevos grupos de alimentos.

Para dar cumplimiento a la Ley 26.905, se realizaron otras modificaciones al CAA en las que se redujo el nivel máximo de sodio de aquellos grupos incorporados previamente y se incluyeron

nuevos alimentos con valores establecidos. La Resolución conjunta 1/2018<sup>18</sup> disminuyó las cantidades de sodio ya establecidas en productos cárnicos y farináceos, la Resolución conjunta 4/2019<sup>19</sup> estableció nuevos límites a caldos y sopas e incorporó a la mayonesa y el ketchup; por último, la Resolución conjunta 33/2019<sup>20</sup> incorporó límites máximos a las salsas a base de tomate, aderezo a base de ketchup y salsa golf. Todas estas acciones forman parte de la “Estrategia Nacional de Reducción del Consumo de Sodio en Argentina”.

Surge de los indicadores y de la relevancia del tema, la necesidad de evaluar cuál es el consumo nacional de sodio, debido que los datos previos no pueden ser extrapolados a toda la población. Los valores aquí presentados serán complementados con los datos obtenidos de recordatorios de 24 hs (R24H).

## Metodología

Se analizaron dos indicadores para dar cuenta de esta dimensión: “ingesta estimada promedio de sal en 24 hs (en gramos)” y “prevalencia de consumo de 5 gramos o más de sal por día”.

Para su cálculo se procedió de la siguiente manera: a partir de una muestra puntual de orina matutina se obtuvo la concentración de sodio y creatinina y se empleó la ecuación **INTERSALT**<sup>21</sup> (sin potasio) para obtener ingesta estimada de 24 horas de sodio (Na) en mmol. Esta ecuación varía en función del sexo del individuo:

- Varones:  $23.51 + 0.45 * \text{concentración de sodio puntual (mmol/L)} - 3.09 * \text{concentración de creatinina puntual (mmol/L)} + 4.16 * \text{IMC} + 0.22 * \text{Edad}$
- Mujeres:  $3.74 + 0.33 * \text{concentración de sodio puntual (mmol/L)} - 2.44 * \text{concentración de creatinina puntual (mmol/L)} + 2.42 * \text{IMC} + 2.34 * \text{Edad} - 0.03 * \text{Edad}^2$

Los valores obtenidos de sodio de 24 horas en mmol se dividieron por 17,1 para obtener gramos de sal en 24 horas. Con esto se calculó la “ingesta estimada promedio de sal en 24 hs (g)” a nivel total país y según variables sociodemográficas.

Además, considerando la recomendación de la OMS de consumir diariamente menos de 5 gramos de sal por día<sup>22</sup>, se obtuvo la frecuencia de la población que no cumple con esta recomendación a nivel total país y según variables sociodemográficas.

## Resultados

En la población de 18 años y más, la ingesta estimada promedio de sal en 24 hs. fue de 7,9 g. Al analizar este indicador según sexo, observamos que fue mayor en varones (9,4 g) que en mujeres (6,5 g). En cuanto al resto de las variables sociodemográficas (nivel educativo del encuestado, cobertura de salud del encuestado, quintiles regionalizados de ingreso del hogar por unidad consumidora) no se registraron diferencias significativas (tabla 2. 1).

La prevalencia de consumo de sal de 5 g o más por día, es decir, el porcentaje de personas que

consumen diariamente más sal de lo recomendado por la OMS, fue del 91,8%. Este indicador también fue mayor en varones (97,9%) que en mujeres (86,2%) y, a diferencia del primero, fue mayor en aquellos con cobertura de salud sólo pública (95,7%) que en quienes tienen obra social o prepaga (89,1%). En cuanto al resto de las variables sociodemográficas, tampoco se registraron diferencias significativas (tabla 2. 2).

*9 de cada 10 personas de 18 años y más consumen diariamente 5 g de sal o más, por lo que no cumplen con las recomendaciones de la OMS.*

*El promedio de ingesta estimada de sal en 24 hs en la población de 18 años y más fue de 7,9 g.*

## Discusión

Estos resultados de consumo de sodio representan el primer dato objetivo de una encuesta nacional. La ENNyS 2 es una encuesta representativa de los individuos residentes en hogares particulares de localidades urbanas de 5000 habitantes y más, en la República Argentina garantizando la representatividad nacional y de las 6 regiones del país.

No existen datos previos comparables con los que aquí se presentan, tanto por la representatividad como por la metodología de evaluación.

Estos datos se complementarán con los obtenidos del análisis de las encuestas de consumo, que ofrecerán una visión completa de las fuentes alimentarias de sal al identificar cuáles son los alimentos consumidos por la población, en qué cantidad y con qué frecuencia; y cuál es el contenido de sodio de los alimentos consumidos más frecuentemente.

Conocer con mayor precisión el consumo de sodio y sus fuentes, permitirá fundamentar en forma más robusta, las decisiones sobre políticas para reducir el consumo de sal y su posterior evaluación una vez implementadas.

## Bibliografía

1. Rubinstein A y col. Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina. *RevPanam Salud Pública*. 2010;27(4):237–45.
2. Ministerio de Salud. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR 2018).
3. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39:3021–3104.
4. Taylor RS, et al. Reduced dietary salt for the prevention of cardiovascular disease: a meta-analysis of randomized controlled trials (Cochrane review). *Am J Hypertens* 2011;24:843–853.
5. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2019; 393: 1958–72.
6. He FJ, Li J, Macgregor GA. Effect of Longer Term Modest Salt Reduction on Blood Pressure: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials. *BMJ*. 2013;346:f1325.
7. He FJ, MacGregor GA. Effect of Modest Salt Reduction on Blood Pressure: A Meta-Analysis of randomized Trials. Implications for Public Health. *J Hum Hypertens*. 2002;16(11):761-70.
8. OMS. Guideline: Sodium intake for adults and children. 2012.
9. He FJ, MacGregor GA: Importance of salt in determining blood pressure in children: metaanalysis of controlled trials. *Hypertension* 2006; 48: 861-9.
10. Saieh. C, Lagomarsino E. Hipertensión arterial y consumo de sal en pediatría. *RevChilPediatr* 2009; 80 (1): 11-20.
11. Monckeberg Fernando. La sal es indispensable para la vida, ¿pero cuánta? Dirección de Investigación, Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
12. Informe de la Organización mundial de la salud. reducción del consumo de sal en la población. informe del foro y reunión de la OMS en París, 2006.
13. Código Alimentario Argentino Capítulo XVIII.
14. Organización Panamericana de la Salud. Modelo de perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC : OPS, 2016.
15. Leonie E, Machado P, Zinöcker M, Baker P and Lawrence M. Ultra-Processed Foods and Health Outcomes: A Narrative Review. *Nutrients* 2020, 12, 1955; doi:10.3390/nu12071955.
16. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. Plan Nacional Argentina Saludable 2013.

17. Ley N° 26.905. Promoción de la reducción del consumo de sodio en la población. 2013.
18. Resolución Conjunta 1/2018.  
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/310000-314999/314684/norma.htm>
19. Resolución Conjunta 4/2019.  
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/201575/20190213?busqueda=1>
20. Resolución conjunta 33/2019.  
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/222044/20191127>
21. WHO STEPS Surveillance Manual. Last Updated: 26 January 2017.
22. OMS. Guideline: Sodium intake for adults and children. 2012.

## Tablas

**Tabla 2.1:** Ingesta diaria promedio de sal, total y según variables socioeconómicas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		Media (gramos)	IC95%	
			LI	LS
<b>Ingesta estimada de sal en 24 hs (gr)</b>		<b>7,9</b>	<b>7,7</b>	<b>8,1</b>
<b>Región</b>	GBA	8,1	7,6	8,6
	Centro	7,8	7,5	8,0
	NEA	7,8	7,5	8,1
	NOA	7,7	7,4	8,0
	Cuyo	8,1	7,7	8,6
	Patagonia	7,4	7,0	7,9
<b>Sexo</b>	Femenino	6,5	6,4	6,7
	Masculino	9,4	9,2	9,6
<b>Nivel educación jefe/a del hogar</b>	Hasta secundario incompleto	7,9	7,6	8,1
	Secundario completo o más	7,9	7,6	8,2
<b>Cobertura de salud del encuestado</b>	Solo pública	8,0	7,7	8,3
	Obra social o prepaga	7,8	7,5	8,0
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	7,8	7,4	8,2
	Q2 (medio-bajo)	7,8	7,4	8,3
	Q3 (medio)	7,9	7,5	8,3
	Q4 (medio-alto)	7,8	7,4	8,2
	Q5 (alto)	8,0	7,6	8,5

Fuente: Elaboración propia en base a ENNyS2

**Tabla 2.2:** Prevalencia de consumo de sal 5 gr o más por día, total y según variables socioeconómicas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019

Variables y categorías		Media (%)	IC95%	
			LI	LS
<b>Total general</b>		<b>91,8</b>	<b>89,3</b>	<b>93,7</b>
<b>Región</b>	GBA	92,9	86,2	96,5
	Centro	91,2	87,3	94,0
	NEA	92,6	87,6	95,7
	NOA	88,6	79,9	93,9
	Cuyo	94,0	88,9	96,8
	Patagonia	91,6	89,2	93,5
<b>Sexo</b>	Femenino	86,2	82,5	89,2
	Masculino	97,9	95,1	99,1
<b>Nivel educación jefe/a del hogar</b>	Hasta secundario incompleto	90,4	87,1	93,0
	Secundario completo o más	93,5	89,3	96,1
<b>Cobertura de salud del encuestado</b>	Solo pública	95,7	93,1	97,4
	Obra social o prepaga	89,1	85,5	91,8
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	94,9	87,4	98,0
	Q2 (medio-bajo)	90,4	86,1	93,4
	Q3 (medio)	92,8	88,7	95,6
	Q4 (medio-alto)	90,6	84,9	94,3
	Q5 (alto)	90,7	81,6	95,5

Fuente: Elaboración propia en base a ENNyS2

# Enfermedad renal

## Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) es el complejo sindromático que surge de la persistencia del deterioro de la función de los riñones o de signos que establezcan un daño renal. El concepto ERC se unificó con la definición y clasificación propuestas por la *NationalKidneyFoundation* en el año 2002 (1). Luego en el año 2012, las guías *KidneyDisease: Improving Global Outcomes* (KDIGO) modificaron la clasificación para incluir la albuminuria por su importancia en el pronóstico (2). De acuerdo a estas guías, la ERC se define como “la disminución de la función renal, expresada por un filtrado glomerular (FG) estimado <60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> o como la presencia de daño renal de forma persistente (proteinuria, alteraciones en el sedimento de orina, en las pruebas de imagen renal o daño histopatológico confirmado por biopsia) durante al menos tres meses”. Implica, por tanto, daño funcional o estructural renal mantenido en el tiempo. A partir de entonces, se define en etapas y categorías que llevan implicado los riesgos de progresión de la enfermedad y de mortalidad (Tabla 3. 1).

**Tabla 3.1:** Clasificación y pronóstico de la ERC en función del FG estimado y albuminuria.

Pronóstico combinado de la ERC- Niveles de riesgo (mortalidad global, cardiovascular, progresión a diálisis o trasplante y evento de injuria renal aguda)			GRADO DE ALBUMINURIA (RAC en mg/g)		
			A1	A2	A3
			< 30	30-300	> 300
Clasificación por filtrado glomerular (FG ml/miín/1,73m2)	G1	>90	REFERENCIA	BAJO	MEDIO
	G2	60-89	REFERENCIA	BAJO	MEDIO
	G3a	45-59	BAJO	MEDIO	ALTO
	G3b	30-44	MEDIO	ALTO	ALTO
	G4	15-29	ALTO	ALTO	ALTO
	G5	<15	ALTO	ALTO	ALTO

ERC: enfermedad renal crónica. RAC: Relación albúmina/creatinina en orina.

Fuente: Elaboración propia en base a referencia 2

La ERC ha sido enunciada como un problema de salud pública (3), y comparte características con otras enfermedades no transmisibles (ENT) como el aumento de la prevalencia conforme el grupo etario evaluado es más añoso, una alta tasa de uso de los servicios de salud, una carga de enfermedad significativa, una proporción elevada del gasto en salud especialmente en etapas avanzadas y que la implementación de estrategias promocionales, preventivas y de rehabilitación específicas en la población son necesarias para mitigar lo antedicho (4).

Por lo general, la ERC es asintomática, aún en etapas avanzadas de enfermedad, lo que la hace una entidad subdiagnosticada y de bajo conocimiento en la población general.

En esta 2° edición de ENNyS se incluyen por primera vez datos bioquímicos cuyos objetivos fueron, entre otros, evaluar la prevalencia de ERC y sus diferentes etapas en la población de 18 años y más, basados en la estimación del filtrado glomerular y la medición de daño renal a través de albuminuria.

## Metodología

La Fundación Bioquímica Argentina realizó los servicios de toma de muestras de sangre y orina domiciliaria y determinaciones bioquímicas. Para la medida de creatininemia en los laboratorios clínicos se utilizó el Método de Jaffé cinético compensado. Todos los laboratorios seleccionados tuvieron implementado un sistema de Control Interno Estadístico de la Calidad con desempeño mínimo estable en los 6 meses previos. Para la medida de creatininuria en el Laboratorio de Referencia y Estandarización en Bioquímica Clínica (LARESBIC) se usó el método Jaffé cinético compensado con trazabilidad al método enzimático de referencia. Para la medida de albuminuria en el LARESBIC se usó el método cuantitativo inmunoturbidimétrico.

A partir de la submuestra de la etapa bioquímica de adultos de 18 años y más, se definió ERC a todo caso que presentara un filtrado glomerular estimado (FGe) menor de 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> o tuviera una relación albuminuria/creatininuria en orina aislada matutina (RAC) mayor o igual a 30 mg/g. Se calculó la prevalencia de ERC a nivel nacional y según categorías de variables sociodemográficas seleccionadas. Se excluyeron del análisis a las mujeres embarazadas, las personas con sonda vesical y un caso con antecedente de trasplante renal.

Para calcular la FGe, se empleó la ecuación CKD-EPI (del inglés, ChronicKidneyDisease-EpidemiologyCollaboration) (5) utilizando los valores de edad, sexo, etnia y creatinina en sangre (mg/dL). La fórmula empleada fue:

$$\text{FGe} = 141 \times \min(\text{CrP}/\kappa, 1)^\alpha \times \max(\text{CrP}/\kappa, 1)^{-1.209} \times 0.993^{\text{Edad}} \times 1.018 \text{ [si es mujer]} \times 1.159 \text{ [si es afrodescendiente],}$$

donde CrP es creatinina plasmática,  $\kappa$  es 0.7 para las mujeres y 0.9 para los hombres,  $\alpha$  es -0.329 para las mujeres y -0.411 para los hombres, min indica el mínimo de CrP / $\kappa$  ó 1, y máx indica el máximo de CrP / $\kappa$  ó 1.

Para evaluar albuminuria, se obtuvo el cociente entre el valor obtenido en la muestra puntual de orina de albumina (mg/dl) sobre creatinina (g/dl).

## Resultados

El 9,5% (7,6%-11,7%) de la población presentó un filtrado glomerular menor de 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> y el 3,7% (2,6%-5,3%) un cociente albuminuria/creatininuria mayor o igual a 30 mg/g (Tabla 3. 2). Con la combinación de estos dos resultados, se obtuvo una prevalencia de ERC para la población adulta de 18 años y más de 12,7%, siendo menor en los más jóvenes y mayor en el grupo de 65 años y más. Se observaron diferencias en cuanto a la cobertura de salud, presentando mayor prevalencia los que tenían obra social o prepaga con respecto a los que tenían cobertura solo pública. No se observaron diferencias significativas en cuanto a sexo o nivel de educación (Tabla 3. 3).

Con respecto a la presencia de comorbilidades, la población con antecedente de hipertensión arterial presentó una prevalencia mayor. También fue mayor entre aquellos que refirieron el antecedente de enfermedad renal alguna vez. Los antecedentes de diabetes por autorreporte y obesidad por mediciones antropométricas, presentaron valores mayores aunque no significativos (Tabla 3.3).

*Una de cada ocho personas adultas en Argentina presenta algún grado de enfermedad renal crónica.*

**Tabla 3.2:** Clasificación y pronóstico de la ERC en función del FG estimado y albuminuria. ENNyS2. Argentina, 2018-2019

VFG CKD- EPI	Cociente Albumina creatinina mg/g											
	A1				A2-A3				Total			
	%		IC95%		%		IC95%		%		IC95%	
			LI	LS			LI	LS			LI	LS
<b>G1</b>	48,1		44,2	51,9	1,5	a	1,0	2,3	49,6		45,6	53,6
<b>G2</b>	39,2		35,4	43,1	1,7	b	1,0	3,1	40,9		37,4	44,5
<b>G3a</b>	6,6		5,1	8,6	0,2	b	0,0	0,6	6,8		5,2	8,8
<b>G3b</b>	1,6	b	0,8	3,2	0,3	b	0,1	0,6	1,9	b	1,0	3,5
<b>G4</b>	0,8	a	0,6	1,00	0,00	b	0,00	0,2	0,8	a	0,6	1,1
<b>Total</b>	96,3		94,7	97,4	3,7	a	2,6	5,3	100,0			

**a:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 20% y menor al 30%.

**b:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 30%.

Fuente: Elaboración propia en base a ENNyS2

**Tabla 3.3:** Prevalencia de enfermedad renal crónica según variables sociodemográficas y comorbilidades. ENNyS2. Argentina, 2018-2019

Variables y categorías		Porcentaje		IC95%	
				LI	LS
<b>Total</b>		<b>12,7</b>		<b>10,8</b>	<b>15,0</b>
<b>Sexo</b>	Mujer	14,1		11,2	17,6
	Varón	11,3		8,5	14,8
<b>Grupo de edad años</b>	18 a 49	5,3	a	3,5	8,0
	50 a 64	11,6	a	7,6	17,3
	65 y más	42,4		34,7	50,4
<b>Nivel educativo</b>	Hasta secundario incompleto	14,7		11,8	18,3
	Secundario completo o más	10,2		7,5	13,8
<b>Cobertura de salud</b>	Sólo público	6,3	a	4,0	9,7
	O.S. o prepaga	17,1		14,3	20,3
<b>Obesidad</b>	Si	13,8		10,8	17,5
	No	11,3		8,7	14,6
<b>Antecedente de Hipertensión</b>	Si	23,4		18,3	29,2
	No	9,2		7,1	11,7
<b>Antecedente de Diabetes</b>	Si	22,6	a	13,1	36,0
	No	11,6		9,7	13,9
<b>Antecedente de enfermedad Renal</b>	Si	27,2	a	17,4	39,9
	No	11,9		10,0	14,3

a: El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 20% y menor al 30%.

Fuente: Elaboración propia en base a ENNyS2

## Discusión

En la 3<sup>ra</sup> Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en 2013, se estimó una prevalencia de ERC por autorreporte en la población de 18 años y más del 4,8% (6). Teniendo en cuenta la característica asintomática de la entidad, es esperable que la prevalencia de ERC obtenida por autorreporte sea considerablemente menor que por métodos bioquímicos. Otros datos relevantes sobre ERC en nuestro país previos a la ENNyS2, son los ofrecidos por el registro del Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA) con base en el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI). Contiene los casos con ERC en etapa final que ingresan a terapia de reemplazo, ya sea diálisis o trasplante. La prevalencia para esta etapa de ERC fue de 0,917 cada 1.000 habitantes en el 2019 (7).

Algunos países han evaluado la prevalencia de la ERC en encuestas nacionales de salud. Basados en estos datos, a nivel global ha sido estimada entre el 11 y el 13% (8), pero con amplia variabilidad entre los estudios poblacionales incluidos, según el diseño de los mismos, el año que se realizó y las características poblacionales como edad, etnias, o prevalencias de hipertensión arterial, diabetes y obesidad (9-25) (Tabla 3. 4). Como ejemplos, se estimó en 2010 en Polonia una prevalencia de 5,8% y recientemente se publicó la encuesta nacional de Malasia mostrando una prevalencia del 15,5%.

En la encuesta que estamos presentando, observamos una prevalencia de ERC en población adulta de 12,7%. Esta se asemeja a otros dos países pertenecientes a Organización Panamericana de la Salud que han realizado encuestas nacionales, Canadá y Estados Unidos, que han relevado una prevalencia 12,5% y 13,3%, respectivamente (23,24).

La prevalencia de albuminuria en la población general varía según metodología utilizada (26), grupo etario, filtrado glomerular etnia y prevalencia de diabetes, obesidad e hipertensión en la población estudiada. Las encuestas nacionales antes mencionadas muestran una prevalencia entre el 4,0 y 10,3 %. En la ENNyS2 se observó una prevalencia RAC mayor o igual a 30 mg/g estimada en el 3,7% de la población.

La ERC es más prevalente en grupos poblacionales con edad avanzada, variando entre 20 y 50 % en mayores de 65 años (27). La ENNyS2 mostró una prevalencia en este segmento etario de 42,4%, siendo el 35,3% con filtrado glomerular menor a 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>.

En la mayoría de las encuestas nacionales se observan una fuerte asociación entre hipertensión, diabetes y obesidad con ERC. Se estima que el 20% de las personas con hipertensión y el 20 a 40% de las personas que presentan diabetes tienen ERC (28). En consonancia con lo anterior, encontramos en ENNyS2 que la ERC se observa en 1 de cada cuatro hipertensos y en la misma proporción en las personas con diabetes.

Estudios poblacionales han mostrado estrategias de tamizado de ERC con diferentes impactos según las variables consideradas (29). En ENNyS2, observamos que si retiramos los casos con

diabetes o hipertensión, la prevalencia de ERC en personas con 50 años o más es de 18,3 % (IC95= 12,8%-25,5%), y considerando 65 años o más, las misma fue de 48,3% (IC95= 38,3% - 58,5%). Esto nos podría indicar que la estrategia de tamizaje poblacional para ERC en nuestro país debería basarse en los grupos de riesgo de mayor prevalencia (diabetes, hipertensión arterial y personas de 50 años o más).

La vulnerabilidad de las personas impacta en el acceso a la salud y aumenta el riesgo de presentar enfermedades infecciosas y no infecciosas. (30). En la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR4), obesidad, diabetes e hipertensión se observaron más frecuentemente en personas con nivel educativo y nivel de ingreso por hogar inferiores (31). En la ENNyS2 se observa una tendencia en este sentido cuando se evalúa nivel educativo y prevalencia de ERC. En el caso de la cobertura, hay significativa menor prevalencia en el grupo de cobertura pública exclusiva. En forma similar, esto se observa en otras ENTs en la ENFR4. Esta relación podría explicarse en parte por la mayor frecuencia de cobertura pública exclusiva en personas más jóvenes, que son las que presenta menos prevalencia de ENTs.

En otras encuestas se observa que de las personas detectadas con ERC un porcentaje entre 10 a 15% autorreportan alguna enfermedad renal, siendo de este modo muy bajo el conocimiento de esta entidad en la población (16,19,23,24). En la ENNyS2 este indicador se sitúa en el 11,9%.

En conclusión, la enfermedad renal crónica es muy frecuente en nuestra población, observándose una prevalencia de 12,7%, con una fuerte asociación con la edad. Enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión arterial y diabetes muestran una elevada prevalencia de ERC. La vulnerabilidad medida en términos de nivel educativo parece asociarse a mayor frecuencia de ERC. Uno de cada 10 personas que presentaba ERC tenía conocimiento de la misma.

**Tabla 3.4.** Encuestas nacionales de salud con evaluación de la prevalencia de enfermedad renal crónica y sus características, agrupadas según regiones de la Organización Mundial de la Salud.

País [Ref.] [ciudad o área]	Período (año)	N	TR (%)	Edad (años)	Obesidad (%)	DM (%)	HTA (%)	Ecuación FGe	ERC (%)	ERC por etapas	
										Etapas G1-2 (%)	Etapas G3-4 (%)
<b>Región Europea</b>											
Polonia [9]	2011	2.413	67	51	NR	6,7	31,9	CKD-EPI	5,8	3,9	1,9
Italia [10]	2008-2012	7.552	84	57	26,4	11,8	50,1	CKD-EPI	7,1	4,2	2,9
España [11]	2004-2008	2.746	43	49	26,1	9,2	24,1	MDRD	9,1	2,3	6,8
Suiza [12] [Lausanne]	2003-2006	6.317	67	52	15,7	3,4	37,0	CKD-EPI	10,0	5,5	4,5
Noruega [13] [ Nord Trøndelag]	1995-1997	65.252	70	53	15,9	3,4	44,8	MDRD	10,3	5,9	4,4
Países Bajos [14] [Groningen]	1997-1998	2.489	29	49	NR	NR	NR	MDRD	10,4	5,1	5,3
Inglaterra [15]	2009-2010	5.799	67	50	24,7	7,4	34,1	CKD-EPI	11,9	6,7	5,2
<b>Región Pacífico Occidental</b>											
China [16]	2007-2010	47.204	93	50	NR	7,4	35,4	MDRD modif	10,8	9,1	1,7
Corea del Sur [17]	2011-2013	15.319	NR	46	14,3	27,6	19,6	CKD-EPI	8,2	5,7	2,5
Malasia [18]	2018	890	75	49	24,6	19,6	51,0	CKD-EPI	15,5	8,7	6,8
Australia [19]	1999-2000	10.949	54	51	21,2	8,5	29,0	CKD-EPI	11,5	5,7	5,8
<b>Región del Sudeste Asiático</b>											
India [20] [Delhi, Chennai]	2010-2011	9.797	76	43	17,8	19,0	32,5	CKD-EPI	7,5	5,9	1,6
<b>Región Africana</b>											
Tanzania [21] [Área Moshi]	2014	481	70	45	NR	12,7	28,0	MDRD	7,0	5,3	1,7
<b>Región Mediterránea Oriental</b>											
Irán [22] [Teherán]	1997-2000	10.063	NR	43	33,3	13,7	25,8	MDRD	18,9	-	18,9
<b>Región de las Américas</b>											
Canadá [23]	2007-2009	3.689	45	52	23,0	6,3	16,3	CKD-EPI	12,5	9,4	3,1
Estados Unidos [24,25]	2003-2018	39.569	78	47	36,5	11,2	30,5	CKD-EPI	13,3 <sub>a</sub>	7,7 <sup>a</sup>	5,6 <sup>a</sup>

Ref.: Referencia. TP: Tasa de respuesta. DM: Diabetes mellitus. HTA: Hipertensión arterial. Ecuación FGe: Ecuación para estimar filtrado glomerular. ERC: Enfermedad renal crónica. a: Datos del tramo 2015-2018. Prevalencia ajustada por edad.

Fuente: Elaboración propia en base a referencia 2

## Bibliografía

1. National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J KidneyDis* 2002; 39: S46-S75.
2. CKD work group. KDIGO. Clinical practice guideline for the evaluation and management of Chronic Kidney Disease. *Kidney IntSuppl* 2013; 3: S6-308.
3. Luyckx VA, Tonelli M, Stanifer JW. The global burden of kidney disease and the sustainable development goals. *Bull WorldHealthOrgan*. 2018;96(6):414-422D. doi:10.2471/BLT.17.206441
4. Torales S, Vallejos A, Valenti L. Hacia un nuevo paradigma en el abordaje de la enfermedad renal crónica avanzada. *Rev Argent Salud Pública*.2018; 9(35): 33-37
5. Levey AS, Stevens LA, Schmid CH, et al. A new equation to estimate glomerular filtration rate [published correction appears in *Ann Intern Med*. 2011 Sep 20;155(6):408]. *Ann InternMed*. 2009;150(9):604-612. doi:10.7326/0003-4819-150-9-200905050-00006
6. Ministerio de Salud de la Nación. 3° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para enfermedades no transmisibles. 2015. Disponible en: <https://cesni-biblioteca.org/3-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo>. Acceso 11/11/2020.
7. Marinovich S, Lavorato C, Bisigniano L et al. Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2019. Sociedad Argentina de Nefrología e INCUCAI. Buenos Aires, Argentina. 2020. Disponible en <https://san.org.ar/wp-content/uploads/2020/10/3.Registro-Argentino-de-Dia%CC%81lisis-Cro%CC%81nica-2019-SAN-INCUCAI.pdf>. Acceso el 11/11/2020.
8. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, et al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease - A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016;11(7):e0158765. Published 2016 Jul 6. doi:10.1371/journal.pone.0158765
9. Zdrojewski L, Zdrojewski T, Rutkowski M et al. Prevalence of chronic kidney disease in the representative sample of Polish population: results of the NATPOL 2011 Survey. *Nephrol Dial Transplant* 2016; 31: 433–439
10. De Nicola L, Donfrancesco C, Minutolo R et al. Prevalence and cardiovascular risk profile of chronic kidney disease in Italy: results of the 2008–12 National Health Examination Survey. *Nephrol Dial Transplant* 2015; 30: 806–814
11. Otero A, de Francisco A, Gayoso P et al. Prevalence of chronic renal disease in Spain: results of the EPIRCE study. *Nefrologia* 2010; 30: 78–86
12. Ponte B, Pruijm M, Marques-Vidal P et al. Determinants and burden of chronic kidney disease in the population-based CoLaus study: a cross sectional analysis. *Nephrol Dial Transplant* 2013; 28: 2329–2339

13. Hallan SI, Coresh J, Astor BC et al. International comparison of the relationship of chronic kidney disease prevalence and ESRD risk. *J Am Soc Nephrol* 2006; 17: 2275–2284
14. De Zeeuw D, Hillege HL, de Jong PE. The kidney, a cardiovascular risk marker and a new target for therapy. *Kidney Int* 2005; 68 (Suppl 98): S25–S29
15. Fraser SD, Aitken G, Taal MW et al. Exploration of chronic kidney disease prevalence estimates using new measures of kidney function in the health survey for England. *PLoS One* 2015; 10: e0118676
16. Zhang L, Wang F, Wang L et al. Prevalence of chronic kidney disease in China: a cross-sectional survey. *Lancet* 2012; 379: 815–822.
17. Park JI, Baek H, Jung HH. Prevalence of Chronic Kidney Disease in Korea: the Korean National Health and Nutritional Examination Survey 2011-2013. *J Korean Med Sci.* 2016;31(6):915-923. doi:10.3346/jkms.2016.31.6.915
18. Saminathan, T.A., Hooi, L.S., MohdYusoff, M. et al. Prevalence of chronic kidney disease and its associated factors in Malaysia; findings from a nationwide population-based cross-sectional study. *BMC Nephrol* 21, 344 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12882-020-01966-8>
19. White SL, Polkinghorne KR, Atkins RC et al. Comparison of the prevalence and mortality risk of CKD in Australia using the CKD Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) and Modification of Diet in Renal Disease(MDRD) Study GFR estimating equations: the AusDiab (Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle) Study. *Am J Kidney Dis* 2010; 55: 660–670
20. Anand S, Shivashankar R, Ali MK et al. Prevalence of chronic kidney disease in two major Indian cities and projections for associated cardiovascular disease. *Kidney Int* 2015; 88: 178–185
21. Stanifer JW, Maro V, Egger J et al. The epidemiology of chronic kidney disease in northern Tanzania: a population-based survey. *PLoS One* 2015; 10: e0124506
22. Hosseinpanah, F., Kasraei, F., Nassiri, A.A. et al. High prevalence of chronic kidney disease in Iran: a large population-based study. *BMC Public Health* 9, 44 (2009). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-44>
23. Arora P, Vasa P, Brenner D et al. Prevalence estimates of chronic kidney disease in Canada: results of a nationally representative survey. *CMAJ* 2013; 185: E417–E423
24. Kibria GMA, Crispen R. Prevalence and trends of chronic kidney disease and its risk factors among US adults: An analysis of NHANES 2003-18. *PrevMed Rep.* 2020;20:101193. Published 2020 Sep 1. doi:10.1016/j.pmedr.2020.101193
25. CKD in general population. 2020 Annual Data Report. USRDS. Disponible en: <https://adr.usrds.org/2020/chronic-kidney-disease/1-ckd-in-the-general-population>. Acceso: 20 de abril de 2021.

26. Polkinghorne KR, Su Q, Chadban SJ, Shaw JE, Zimmet PZ, Atkins RC. Population prevalence of albuminuria in the Australian Diabetes, Obesity, and Lifestyle (AusDiab) study: immunonephelometry compared with high-performance liquid chromatography. *Am J KidneyDis.* 2006;47(4):604-613. doi:10.1053/j.ajkd.2005.12.034
27. Stevens LA, Viswanathan G, Weiner DE. Chronic kidney disease and end-stage renal disease in the elderly population: current prevalence, future projections, and clinical significance. *AdvChronicKidneyDis.* 2010;17(4):293-301. doi:10.1053/j.ackd.2010.03.010
28. Vallejos A, Valenti L. Cuarta encuesta nacional de factores de riesgo. Visión nefrológica de los principales resultados. *RevNefrol Dial Traspl.* 2019;39(4):271-8. Disponible en: <https://www.revistarenal.org.ar/index.php/rndt/article/view/498>. Acceso: 20 de abril de 2021.
29. Hallan S I, Dahl K, Oien C M, Grootendorst D C, Aasberg A, Holmen J et al. Screening strategies for chronic kidney disease in the general population: follow-up of cross sectional health survey BMJ 2006; :bmj;bmj.39001.657755.BEv2 doi:10.1136/bmj.39001.657755.BE
30. Rogers AC. Vulnerability, health and health care. *J AdvNurs.* 1997;26(1):65-72. doi:10.1046/j.1365-2648.1997.1997026065.x
31. 4º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Ministerio de Salud. Disponible en: [https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr\\_2018\\_resultados\\_definitivos.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf). Acceso: 17 de abril de 2021.

# Vacunas

## Introducción

La vacunación es una de las estrategias más efectivas para la prevención de enfermedades. En Argentina la prevención primaria a través de las vacunas es una política de estado, nuestro Calendario Nacional de Vacunación (CNV) consta de vacunas gratuitas y obligatorias para todas las etapas de la vida, contempladas en la ley 27.491(1) (2). La vacunación es tanto un derecho individual como una responsabilidad social, brinda beneficio personal y constituye una responsabilidad y compromiso de todos los ciudadanos dado que la prevención primaria a través de las vacunas en una población objetivo también protege en forma indirecta a quienes no están vacunados. Su principal objetivo es disminuir las complicaciones y específicamente la mortalidad provocada por ciertos agentes infecciosos constituyendo un importante indicador sanitario social y económico de una población. Son la herramienta más efectiva para controlar, eliminar y hasta erradicar enfermedades en algunos casos.

La cobertura de vacunación representa la proporción de personas efectivamente vacunadas de una determinada jurisdicción entre todos los individuos de esa población. Constituye un indicador primordial para medir el éxito de un programa de inmunización. Conocer este indicador, así como los motivos que dificultan el acceso a la vacunación, es importante para estimar el riesgo de brotes, medir el impacto de la intervención y elaborar estrategias para alcanzar a la población objetivo. Las encuestas en poblaciones definidas constituyen una herramienta útil para estimar estas coberturas y conocer el acceso a la vacunación.

En esta encuesta fueron analizadas distintas vacunas aplicadas en nuestro país en grupos etarios definidos según se detalla a continuación:

- Vacuna triple bacteriana acelular (previene tétanos, difteria y tos convulsa). En el año 2009 se incorpora a los 11 años y en el 2013, embarazadas a partir de la semana 20 de gestación. (3)
- Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) incorporada en el año 2011 para las mujeres de 11 años y en el año 2017 para todos los varones de esa edad. (4)
- Vacuna contra hepatitis B, recomendada para todos los adultos a partir de 2012 e incorporada al Calendario en el 2014, con un esquema de 3 dosis (0-1-6 meses). (5)
- Vacuna antigripal, incorporada al Calendario Nacional en el año 2011, destinada a embarazadas en cualquier trimestre, niños entre los 6 y 24 meses, población de 65 años y más, o cualquiera con ciertas condiciones crónicas como obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes, cardiopatía o infarto agudo de miocardio, cáncer, leucemia y trasplantados. (6)
- Vacuna antineumocócica (conjugada de 13 serotipos y polisacárida de 23 serotipos) recomendada para huéspedes especiales y mayores de 65 años. Los huéspedes especiales, en este caso, incluyen a las personas que hayan presentado antecedente de cardiopatía o infarto agudo de miocardio, fumadores actuales, EPOC, cáncer, leucemia, diabetes y trasplantados. (7)

La 3° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en el 2013 (8) incluyó por primera vez un módulo sobre inmunizaciones, orientado a estimar la prevalencia de vacunación en adultos y grupos de riesgo para algunas de las vacunas recomendadas por la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI) y conocer la exposición a la información sobre esta temática en la población argentina. En la actual encuesta, se amplió la investigación a la población desde 12 años y madres de niños y niñas de 0 a 23 meses que corresponde al análisis de gestantes.

## Metodología

Se elaboraron indicadores sobre algunas vacunas del calendario nacional de inmunizaciones, contruidos a partir de las respuestas obtenidas ya sea por el recordatorio o por la información disponible en el carnet de vacunación cuando se encontró disponible.

Las vacunas consultadas fueron:

- 1- Grupo de 0 a 23 meses: en este grupo se preguntó sobre la vacunación de la madre durante el embarazo del niño o niña correspondiente. Se consultó por las vacunas antigripal y la triple bacteriana acelular (dTpa).
- 2- Grupo de 12 a 17 años: se indagó sobre la vacunación con dTpa en ambos sexos, y por la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en las mujeres nacidas a partir del año 2000 y en los varones nacidos a partir del año 2006.
- 3- Grupo de 18 años y más: se consultó sobre la vacuna antitetánica y contra la hepatitis B en general; y sobre las vacunas antineumocócica y antigripal en la población con indicación de recibirla.

Para la indicación de la vacuna antineumocócica, se consideró a toda la población de 65 años y más, o aquellos que hayan presentado antecedente de cardiopatía o infarto agudo de miocardio, fumadores actuales, EPOC, cáncer, leucemia, diabetes y trasplantados. Con respecto a la vacuna antigripal, se consideró también, a la población de 65 años y más, o cualquiera que tuvieran el antecedente de obesidad, EPOC, diabetes, cardiopatía o infarto agudo de miocardio, cáncer, leucemia y trasplantados.

Los indicadores obtenidos para cada vacuna fueron:

- Porcentaje de personas que desconocen su antecedente de inmunización.
- Porcentaje de personas que cumplieron el esquema de inmunización correspondiente a esa vacuna, entre la población que conoce su estado de inmunización.
- Razones por las que se aplicó la vacuna, entre la población vacunada.
- Razones por las que no se aplicó la vacuna, entre la población no vacunada.
- Porcentaje de personas que tienen carnet de vacunación. Este indicador se calculó para cada subgrupo poblacional analizado, y no para cada vacuna.

## Resultados

Los resultados se presentan para tres subgrupos poblacionales:

### Madres de los niños y niñas de 0 a 23 meses:

#### a- Vacuna antigripal

El 1,9% (IC95% 1,4% - 2,4%) de las mujeres no pudo responder (no sabe o no contesta) si había recibido la vacuna antigripal durante el embarazo del niño o niña.

Entre las que sí conocían el antecedente, a nivel nacional recibieron la vacuna durante el embarazo el 88,5%, sin diferencias significativas por las variables sociodemográficas (Tabla 4.1).

De las mujeres que se vacunaron, los principales motivos fueron la indicación médica (95,0%) y que les pareció útil (2,2%) (Tabla 4.2). Entre quienes no se colocaron la vacuna las principales razones referidas fueron que su médico no se la mencionó (59,5%) y que no la consideraron necesaria (10,5%) (Tabla 4.3).

#### b- Vacuna triple bacteriana acelular (dTpa)

El 12,1% (IC95% 10,5% - 13,9%) de mujeres no respondió (no sabe o no contesta) si había recibido la vacuna dTpa en el embarazo del niño o niña.

Entre las mujeres que sí respondieron, el porcentaje de mujeres vacunadas durante el embarazo fue de 75,1% a nivel nacional. En cuanto al análisis por región, el NEA (84,4%) presentó mayor cobertura con relación al total nacional. La cobertura fue significativamente mayor en las mujeres pertenecientes al quinto quintil (81,4%) con respecto al primer quintil (69,0%) de ingresos del hogar por unidad consumidora. No se identificaron diferencias significativas por sexo, nivel educativo del jefe del hogar ni cobertura de salud (Tabla 4.4).

Entre las madres que recibieron la vacuna, los principales motivos referidos para su colocación fueron la indicación médica (97,0%) y que les pareció útil (1,5%) (Tabla 4.5). Entre quienes no se colocaron la vacuna las principales razones referidas fueron que su médico no la mencionó (74,6%) y no la consideraron necesaria (4,4%) (Tabla 4.6).

#### c- Tenencia de carnet de vacunas

La proporción de madres de NN de 0 a 23 meses que manifestaron tener carnet de vacunación fue de 78,0% (IC95% 75,2% - 80,5%).

*Entre madres del niño o niña de 0 a 23 meses que conocían su estado de inmunización, el 85,5% refirió haberse aplicado la vacuna antigripal y el 75,1% la dTpa durante el embarazo.*

## Población de 12 a 17 años

### a. Vacuna triple bacteriana acelular (dTpa)

El 16,7% (IC95% 14,2% - 19,6%) de los adolescentes de 12 a 17 años no respondió (no sabe o no contesta) si se había colocado la vacuna dTpa.

Entre los que sí respondieron sobre su estado de inmunización, el 83,8% manifestó haber recibido la dTpa. No se observaron diferencias significativas por las variables sociodemográficas (Tabla 4.7).

Entre los adolescentes vacunados, las principales razones referidas fueron la indicación médica (81,6%), se la dieron en la escuela (9,4%) y se la indicaron cuando consultó al equipo de salud por otro motivo (5,6%) (Tabla 4.8). Entre quienes no recibieron la vacuna, el principal motivo referido fue que su médico no se la indicó (65,9%) (Tabla 4.9).

### b. Vacuna del Papiloma Humano (VPH)

El 5,3% (IC95% 3,9% - 7,2%) de los adolescentes de 12 a 17 años no respondió (no sabe o no contesta) si se había aplicado la vacuna contra el VPH.

Entre los que sí respondieron sobre su antecedente, el 83,9% manifestó haber recibido la vacuna contra VPH. Se observó mayor cobertura en mujeres (85,6%) respecto a los varones (72,8%), aunque la proporción de varones fue menor ya que se incluyeron solo los nacidos a partir del 2006. No se identificaron diferencias significativas en el resto de las variables sociodemográficas (Tabla 4.10).

Entre quienes se vacunaron, recibieron (al menos) dos dosis el 74,5% (IC95% 70,7% - 78,0%), una dosis el 14,1% (IC95% 11,4% - 17,3%) y desconocían cuantas dosis el 11,4% (IC95% 9,2% - 14,0%). Los principales motivos por los que se vacunaron fueron la indicación médica (63,7%), se la dieron en la escuela (16,6%), se enteró por los medios de comunicación que las vacunas son útiles (7,3%) y se la indicaron cuando consultó al equipo de salud por otro motivo (6,5%) (Tabla 4.11). Entre quienes no se colocaron la vacuna el principal motivo referido fue que su médico no se la indicó (45,4%) (Tabla 4.12).

*De los adolescentes de 12 a 17 años que conocían su estado de inmunización, el 83,8% manifestó haber recibido la vacuna dTpa y el 83,9% la del VPH.*

### c. Tenencia de carnet de vacunas

El 84,9% (IC95% 82,5% - 87,1%) de los adolescentes de 12 a 17 años manifestaron tener carnet de vacunación.

## Población de 18 años y más

### a. Antecedente de vacunación antitetánica en los 10 años previos.

El porcentaje de personas de 18 años y más que no respondió (no sabe o no contesta) si se había colocado la vacuna antitetánica en los últimos diez años fue del 9,7% (IC95% 8,7% - 10,9%).

Entre los que conocían su estado de inmunización, el 60,8% manifestó haber recibido la vacuna en los últimos 10 años. En cuanto al nivel educativo, los del grupo hasta secundario incompleto registraron un porcentaje menor (57,7%) que aquellos con secundario completo o más (63,6%). No se presentaron diferencias significativas en el resto de las variables sociodemográficas (Tabla 4.13).

Entre los adultos que recibieron la vacuna antitetánica, el 55,3% no sabía qué tipo de vacuna había recibido, el 19,5% refirió haber recibido la triple bacteriana, el 18,0% la antitetánica monovalente y el 12,3% la doble bacteriana. Los principales motivos referidos fueron la indicación médica (66,1%), se la aplicaron en el trabajo/escuela (8,9%), se la indicaron cuando consultó al equipo de salud por otro motivo (6,6%) y le pareció útil (3,1%) (Tabla 4.14).

Entre quienes no se colocaron la vacuna, las principales razones referidas fueron en el 58,7% que su médico no se la mencionó y en el 13,0% no la consideraron necesaria (Tabla 4.15).

### b. Antecedente de vacunación contra la hepatitis B alguna vez en la vida.

El porcentaje de personas de 18 años y más que no respondió (no sabe o no contesta) si se había colocado la vacuna para la hepatitis B fue del 20,5% (IC95% 18,7% - 22,5%).

Entre los que conocían su estado de inmunización, el 44,9% de la población de 18 años y más a nivel nacional refirió haber recibido al menos una dosis de la vacuna contra la hepatitis B. Al analizar por región, la Patagonia (55,1%) presentó un valor mayor que el total nacional. En cuanto a sexo, el porcentaje fue mayor en mujeres (48,0%) que en varones (41,0%). También se observó un mayor porcentaje en las personas con nivel educativo secundario completo o más (51,9%) respecto a aquellos con nivel educativo hasta secundario incompleto (36,7%). No se identificaron diferencias significativas por cobertura de salud ni quintil de ingreso del hogar por unidad consumidora (Tabla 4.16).

En cuanto a la cantidad de dosis, el porcentaje de vacunados con 3 dosis fue del 38,3% (IC95% 34,6% - 42,2%), 1 o 2 dosis 25,9% (IC95% 23,3% - 28,8%) y de quienes desconocían cuantas dosis tenían el 35,8% (IC95% 32,4% - 39,3%).

Entre los adultos que se colocaron la vacuna contra la hepatitis B, las principales razones referidas para su aplicación fueron la indicación médica (69,6%), se la aplicaron en el trabajo (8,7%), se la aplicaron por ser personal de salud (5,5%) y le pareció útil (3,3%) (Tabla 4.17). Entre quienes no se colocaron la vacuna, las razones referidas fueron en el 65,4% que su médico no se la mencionó y en el 9,2% no la consideraron necesaria (Tabla 4.18).

**c. Antecedente de vacunación antigripal en el último año.**

Se indagó sobre la colocación de esta vacuna, en el último año, entre quienes tienen 65 años o más o aquellos menores de 65 años con indicación de recibirla.

El porcentaje de personas que cumplían con la indicación para la vacuna antigripal y no respondió (no sabe o no contesta) si se la habían colocado fue de 2,0% (IC95% 1,4% - 2,8%).

Entre los que conocían su estado de inmunización, el 47,2% refirió haberse aplicado esta vacuna. En cuanto a las regiones, NEA (35,2%) presentó menor porcentaje de vacunación que el nivel nacional. Las personas con obra social o prepaga (50,5%) tuvieron mayor frecuencia que las personas con cobertura sólo pública (35,2%). Respecto al quintil de ingreso del hogar por unidad consumidora, se observó mayor cobertura en el quinto quintil (52,5%) respecto al segundo (36,8%). No se identificaron diferencias significativas por sexo o nivel educativo. Con respecto a la edad y las comorbilidades, en el grupo de 65 años y más el 54,1% recibió la vacuna y entre los de 18 a 64 años con indicación el 39,5% la recibió, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (Tabla 4.19).

Entre quienes se colocaron la vacuna antigripal, los principales motivos referidos para su aplicación fueron la indicación médica (67,4%), les pareció útil (17,7%) y se enteraron a través de los medios de comunicación que esta vacuna es útil (6,7%) (Tabla 4.20). Entre quienes no se colocaron la vacuna, las razones referidas fueron en el 42,3% que su médico no se la mencionó y en el 28,7% no la consideraron necesaria (Tabla 4.21).

**d. Antecedente de vacunación antineumocócica en 5 años previos.**

Se indagó sobre la colocación de esta vacuna, en los últimos 5 años, entre quienes tienen 65 años o más, o en los menores de 65 años con indicación de recibirla.

El porcentaje de personas que cumplían con la indicación para la vacuna antineumocócica, y no respondió (no sabe o no contesta) si había recibido la vacuna fue del 12,5% (IC95% 10,8% - 14,5%).

Entre los que conocían su estado de inmunización, el 24,2% refirió haber recibido esta vacuna. Se observó una mayor frecuencia entre quienes tienen obra social o prepaga (29,3%) con respecto a las personas con cobertura sólo pública (15,0%) y en aquellos pertenecientes al quinto quintil (29,7%) respecto al segundo (17,1%). No se identificaron diferencias significativas por región, sexo o nivel educativo. El grupo de 65 años y más recibió con mayor frecuencia la vacuna (40,8%) frente a los de 18 a 64 años (15,4%) (Tabla 4.22).

Entre los vacunados, el 80,2% (IC95% 74,8% - 84,6%) desconocían el tipo de vacuna que recibieron, el 11,8% (IC95% 8,6% - 16,0%) recibió la vacuna polisacárida 23 valente y el 8,9% (IC95% 6,7% - 11,7%) la vacuna conjugada 13 serotipos.

En cuanto a los motivos referidos para su aplicación, el principal fue la indicación médica (74,7%) y en segundo lugar le pareció útil (6,5%) (Tabla 4.23). Entre quienes no se colocaron la vacuna, los motivos referidos fueron en el 64,6% que su médico no se la mencionó y en el 9,9% que no la consideraron necesaria (Tabla 4.24).

#### e. Tenencia de carnet de vacunas

El porcentaje de personas de 18 años y más que manifestaron tener carnet de vacunación fue de 40,7% (IC95% 37,9% - 43,5%).

*Entre los adultos de 18 años y más que conocían su estado de inmunización, el 60,8% manifestó haber recibido la vacuna antitetánica en los últimos diez años y el 38,3% las 3 dosis de la hepatitis B. A su vez, entre quienes tenían la indicación, un 47,2% la antigripal en el último año y un 24,2% refirió haberse aplicado la vacuna antineumocócica en los últimos 5 años.*

## Discusión

El porcentaje de utilización de las vacunas varió según la vacuna y el grupo encuestado. En las madres de niños y niñas de 0 a 23 meses (grupo en el que se evaluaron las vacunas para las personas gestantes) se observó que fue mayor el porcentaje de vacunación antigripal que con dTpa. Se destaca que ambas vacunas se indican durante el embarazo, dTpa después de las 20 semanas de gestación y la antigripal en cualquier momento del embarazo, lo que requeriría en algunos casos dos visitas diferentes al vacunatorio. (3) (6)

Para el grupo entre 12 y 17 años, en cambio, no se observaron diferencias en el porcentaje de aplicación para las dos vacunas encuestadas (VPH 83,9% y dTpa 83,8%), confirmando la simultaneidad como estrategia exitosa en esta edad. Se observa, además, mayor utilización de la vacuna contra VPH en mujeres que en varones coincidiendo con los datos de cobertura nacionales y entendiendo que la incorporación de esta vacuna en varones sucedió 6 años después que en mujeres (4). En general, los porcentajes de uso observados fueron menores en la población mayor de 18 años comparada con las poblaciones de mujeres gestantes y adolescentes, independientemente de la vacuna analizada. Este dato se relaciona con dos etapas de la vida definidas, con vacunas incorporadas al CNV y promovidas por diferentes medios de comunicación.

En el caso de antigripal y antineumocócica las personas de 65 años o más presentaron un porcentaje de utilización mayor que los menores con factores de riesgo, para antigripal 54,1% vs 39,5% y antineumocócica 40,8% vs 15,4%, respectivamente, siendo las diferencias estadísticamente

significativas. Por otra parte, para estas poblaciones fue mayor el uso de vacuna antigripal que la antineumocócica a pesar de que estos grupos tienen indicación de ambas vacunas. Este resultado coincide con los datos publicados en la ENFR 2013 (8 (9)), así como las dosis aplicadas notificadas a la DICEI de ambas vacunas en estas poblaciones (10), podría entenderse como mayor difusión, promoción y conocimiento de la estrategia de vacunación antigripal comparada con la vacunación antineumocócica.

En cuanto al conocimiento sobre el antecedente de haber recibido ciertas vacunas sobre otras, en el grupo de 12 a 17 años se observa mayor conocimiento de haber recibido la vacuna VPH (94,7%) versus dTpa (83,3%) y en las madres de niños y niñas de 0 a 23 meses sabían haber recibido antigripal un 98,1% de las encuestadas comparando con el 87,9% para dTpa. En esta línea, más de la mitad de los que refieren haber recibido antitetánica no sabían qué tipo de vacuna habían recibido, desconociendo por lo tanto la protección frente a difteria. Una minoría recibió la vacuna doble bacteriana que corresponde como refuerzo cada 10 años.

Al analizar las motivaciones para recibir una vacuna y las causas para rechazarla surge como el elemento de mayor importancia la indicación médica. En todos los grupos y vacunas analizadas esta indicación fue la primera causa para administrar y su ausencia la razón más frecuente para no recibirla. La falta de confianza no fue un factor frecuente como causa para no recibir las vacunas.

En resumen, la encuesta muestra que el porcentaje de uso de las vacunas del CNV es más alto para aquellas recomendadas según la edad o durante el embarazo que en las poblaciones que deben recibirlas por pertenecer a una población de riesgo o cuando la indicación no es específica para una edad o etapa de la vida. La indicación médica por otra parte aparece como una motivación fundamental para el cumplimiento de estas recomendaciones. Resulta fundamental en este sentido convocar socios estratégicos (siendo relevante en esta estrategia el trabajo con las sociedades científicas y los profesionales de la salud), potenciar la difusión de las recomendaciones a través de los medios, así como también, reforzar el abordaje de esta temática desde los dispositivos de salud para lograr que mayor porcentaje de población acceda a la vacunación.

Con respecto a las variables socioeconómicas, sólo se observó mayor porcentaje de utilización de vacunas en los casos de pertenecer al quinto quintil de ingresos en la vacuna dTpa en madres de niños y niñas de 0 a 23 meses, y para antigripal y antineumocócica en mayores de 65 años según tuvieran obra social o prepaga. Este hallazgo podría explicarse por ser una población con mayor acceso a controles de salud debido a su mejor situación socioeconómica y/o mayores controles y seguimiento médico por condiciones de base. Para el resto de las vacunas en los grupos analizados no se observaron diferencias significativas. Esto se diferencia de los resultados obtenidos en la ENFR de 2013 en la cual no se observaron diferencias de utilización entre quintiles de ingreso (8)(9).

En conclusión, el conocimiento de estos datos constituye una herramienta importante para identificar poblaciones de baja cobertura, plantear hipótesis acerca de sus causas, así como planificar e implementar estrategias de mejora.

## Bibliografía

1. Vacunas y calendario de Vacunas. Ministerio de Salud de la Nación (acceso 22/06/2021). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas>.
2. Salud Pública. Ley 27.491. Control de Enfermedades prevenibles por vacunación (acceso 22/06/2021). Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/315000-319999/318455/norma.htm> (acceso 05/07/2021).
3. Lineamientos Técnicos de la vacuna contra la tos convulsa para embarazadas. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/lineamientos-tecnicos-de-la-vacuna-contra-la-tos-convulsa-para-embarazadas> (acceso 05/07/2021).
4. Lineamientos Técnicos Vacunación VPH 2017. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/lineamientos-tecnicos-vacunacion-vph-2017> (acceso 05/07/2021).
5. Lineamientos Técnicos Vacuna contra el virus de la Hepatitis B. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/lineamientos-tecnicos-vacuna-contra-el-virus-de-la-hepatitis-b> (acceso 05/07/2021).
6. Guía operativa de vacunación antigripal 2021. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-nacionales-de-vacunacion-argentina-2012> (acceso 5/07/2021)
7. Lineamientos Vacunación contra el Neumococo – Adultos. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/lineamientos-vacunacion-contra-el-neumococo-adultos> (acceso 5/07/2021)
8. Tercer Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Disponible en: [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000544cnt-2015\\_09\\_04\\_encuesta\\_nacional\\_factores\\_riesgo.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf)
9. Carla Vizzotti, Nathalia Katz, Daniel Stecher, Analía Aquino, María Del Valle Juárez, Analía Urueña. Evaluación del uso en adultos de cuatro vacunas: una encuesta poblacional en Argentina. Assessment of the use in adults of four vaccines: a population survey in Argentina. Medicina (B Aires). 2018;78(2):76-82.
10. Coberturas de Vacunación por Jurisdicción 2009-2019. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/coberturas-vacunacion-por-jurisdiccion-2009-2019.pdf> (acceso 5/07/2021)

## Tablas

**Tabla 4.1:** Porcentaje de madres de niños y niñas de 0 a 23 meses que durante el embarazo recibieron la vacuna contra la gripe según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
<b>Total</b>		<b>88,5</b>	<b>87,0</b>	<b>89,8</b>
<b>Región</b>	GBA	88,3	84,9	91,0
	Centro	87,2	84,4	89,6
	NEA	90,1	87,4	92,3
	NOA	91,7	89,0	93,8
	Cuyo	87,2	83,0	90,5
	Patagonia	88,0	85,6	90,0
<b>Nivel educación jefe/a del hogar</b>	Hasta secundario incompleto	88,7	86,9	90,3
	Secundario completo o más	88,1	85,8	90,0
<b>Cobertura de salud</b>	Solo pública	89,7	87,9	91,3
	Obra social o prepaga	86,7	84,3	88,8
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	89,2	86,9	91,1
	Q2 (medio-bajo)	89,8	86,8	92,1
	Q3 (medio)	86,5	83,2	89,2
	Q4 (medio-alto)	88,5	85,2	91,2
	Q5 (alto)	86,7	81,8	90,5

Fuente: 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

**Tabla 4.2:** Motivos por los que las madres de niños y niñas de 0 a 23 meses recibieron la vacuna antigripal durante el embarazo. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Motivos	Porcentaje		IC 95%	
			Inferior	Superior
Me lo indicó un médico	95,0		93,2	96,3
Me pareció útil	2,2		1,6	3,0
Me la indicaron cuando consulté al equipo de salud por otro motivo	2,1	a	1,3	3,3
Soy personal de salud y me vacunan en el trabajo	0,7	b	0,4	1,3
Me lo recomendó un amigo/familiar	0,5	b	0,3	1,0
Me la aplicaron en el trabajo (y NO soy personal de salud)	0,5	b	0,3	0,9
Me enteré a través de los medios de comunicación que esta vacuna es útil	0,4	a	0,3	0,7
Otros motivos	1,2	b	0,6	2,7
NS/NC	0,3	b	0,1	0,5

**a:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 20% y menor o igual al 30%.

**b:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 30%.

Fuente: 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

**Tabla 4.3:** Motivos por los que las madres de niños y niñas de 0 a 23 meses no recibieron la vacuna antigripal durante el embarazo. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Motivos	Porcentaje		IC 95%	
			Inferior	Superior
Mi médico no me la mencionó	59,5		53,1	65,5
Considero que esta vacuna no es necesaria/ no creo en esta vacuna	10,5		7,6	14,4
Mi médico me dijo que no me la aplique	4,4	b	2,2	8,6
Tuve una experiencia negativa (propia o de un conocido/familiar)	3,4	a	1,9	6,1
Otros motivos	17,5		13,2	22,8
Ns/Nc	8,7		6,0	12,3

**a:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 20% y menor o igual al 30%.

**b:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 30%.

Fuente: 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

**Tabla 4.4:** Porcentaje de madres de niños y niñas de 0 a 23 meses que durante el embarazo recibieron la vacuna triple acelular según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
<b>Total</b>		<b>75,1</b>	<b>72,5</b>	<b>77,5</b>
<b>Región</b>	GBA	77,9	73,3	81,8
	Centro	68,4	62,0	74,2
	NEA	84,4	80,3	87,8
	NOA	76,6	70,0	82,1
	Cuyo	79,4	74,6	83,5
	Patagonia	70,3	63,6	76,2
<b>Nivel educación jefe/a del hogar</b>	Hasta secundario incompleto	72,9	69,6	75,9
	Secundario completo o más	78,2	74,9	81,1
<b>Cobertura de salud</b>	Solo pública	74,9	72,1	77,6
	Obra social o prepaga	75,3	71,5	78,8
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	69,0	65,1	72,7
	Q2 (medio-bajo)	77,3	73,5	80,7
	Q3 (medio)	76,0	71,3	80,1
	Q4 (medio-alto)	76,7	71,4	81,3
	Q5 (alto)	81,4	76,2	85,7

Fuente: 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

**Tabla 4.5:** Motivos por los que las madres de niños y niñas de 0 a 23 meses recibieron la vacuna triple acelular durante el embarazo. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Motivos	Porcentaje		IC 95%	
			Inferior	Superior
Me lo indicó un médico	97,0		95,8	97,9
Me pareció útil	1,5		1,0	2,2
Me la indicaron cuando consulté al equipo de salud por otro motivo	1,1	a	0,7	1,8
Soy personal de salud y me vacunan en el trabajo	0,5	b	0,2	0,9
Me lo recomendó un amigo/familiar	0,1	b	0,0	0,5
Me la aplicaron en el trabajo (y NO soy personal de salud)	0,1	b	0,0	0,3
Me enteré a través de los medios de comunicación que esta vacuna es útil	0,0	b	0,0	0,2
Otros motivos	1,0	b	0,4	2,4
NS/NC	0,4	b	0,2	0,8

**a:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 20% y menor o igual al 30%.

**b:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 30%.

Fuente: 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

**Tabla 4.6:** Motivos por los que las madres de niños y niñas de 0 a 23 meses no recibieron la vacuna triple acelular durante el embarazo. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Motivos	Porcentaje		IC 95%	
			Inferior	Superior
Mi médico no me la mencionó	74,6		69,6	79,0
Considero que esta vacuna no es necesaria/no creo en esta vacuna	4,4	a	2,6	7,2
Mi médico me dijo que no me la aplique	2,0	a	1,2	3,3
Tuve una experiencia negativa (propia o de un conocido/familiar)	0,1	b	0,0	0,5
Otros motivos	9,4		7,5	11,8
Ns/Nc	11,4		8,2	15,5

**a:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 20% y menor o igual al 30%.

**b:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 30%.

Fuente: 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

**Tabla 4.7:** Porcentaje de adolescentes de 12 a 17 años que recibieron la vacuna triple acelular según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
<b>Total</b>		<b>83,8</b>	<b>81,3</b>	<b>86,0</b>
<b>Región</b>	GBA	82,7	76,8	87,4
	Centro	87,9	83,5	91,3
	NEA	79,6	74,7	83,7
	NOA	83,5	78,1	87,7
	Cuyo	81,6	75,6	86,4
	Patagonia	79,2	74,4	83,3
<b>Sexo</b>	Femenino	84,2	81,2	86,7
	Masculino	83,4	79,7	86,6
<b>Nivel educación jefe/a del hogar</b>	Hasta secundario incompleto	83,5	80,4	86,2
	Secundario completo o más	84,1	79,8	87,6
<b>Cobertura de salud</b>	Solo pública	82,6	78,8	85,8
	Obra social o prepaga	84,7	80,8	87,9
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	81,6	75,7	86,3
	Q2 (medio-bajo)	81,4	75,6	86,1
	Q3 (medio)	83,2	76,5	88,2
	Q4 (medio-alto)	87,7	82,0	91,8
	Q5 (alto)	86,5	78,9	91,7

Fuente: 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

**Tabla 4.8:** Motivos por los que adolescentes de 12 a 17 años recibieron la vacuna triple acelular. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Motivos	Porcentaje		IC 95%	
			Inferior	Superior
Me lo indicó el médico	81,6		78,5	84,4
Me la dieron en la escuela	9,4		7,6	11,6
Me la indicaron cuando consulté al equipo de salud por otro motivo	5,6		4,0	7,6
Me pidieron en la escuela que me vacune	2,9		2,0	4,2
Me lo recomendó un amigo/familiar	1,1	a	0,7	1,7
Me enteré por los medios de comunicación que las vacunas son útiles	0,6	b	0,3	1,1
Otros motivos	3,4		2,5	4,7
NS/NC	1,5	a	0,9	2,4

**a:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 20% y menor o igual al 30%.

**b:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 30%

Fuente: 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

**Tabla 4.9:** Motivos por los que adolescentes de 12 a 17 años no recibieron la vacuna triple acelular. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Motivos	Porcentaje		IC 95%	
			Inferior	Superior
El médico NO me la indicó	65,9		58,8	72,4
Las vacunas no son necesarias/no creo en las vacunas	1,8	b	0,8	4,2
Mi médico me dijo que no me la aplique	1,5	b	0,4	5,3
Tuve una experiencia negativa (propia o de un conocido/familiar)	0,2	b	0,0	1,2
Me enteré por los medios de comunicación/las redes sociales que las vacunas pueden producir daño	0,0		0,0	0,0
Otros motivos	7,0		5,1	9,5
NS/NC	24,0		17,4	32,0

**a:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 20% y menor o igual al 30%.

**b:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 30%

Fuente: 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

**Tabla 4.10:** Porcentaje de adolescentes de 12 a 17 años\* que recibieron la vacuna contra el VPH según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
<b>Total</b>		<b>83,9</b>	<b>81,0</b>	<b>86,4</b>
<b>Región</b>	GBA	81,1	74,4	86,4
	Centro	85,0	79,4	89,2
	NEA	86,0	80,3	90,3
	NOA	85,8	80,8	89,6
	Cuyo	90,0	85,1	93,4
	Patagonia	79,8	74,6	84,2
<b>Sexo</b>	Femenino	85,6	82,3	88,4
	Masculino	72,8	64,4	79,9
<b>Nivel educación jefe/a del hogar</b>	Hasta secundario incompleto	82,0	77,7	85,7
	Secundario completo o más	86,0	81,3	89,7
<b>Cobertura de salud</b>	Solo pública	81,5	76,4	85,7
	Obra social o prepaga	85,9	82,3	88,9
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	80,4	73,6	85,7
	Q2 (medio-bajo)	82,3	75,3	87,7
	Q3 (medio)	88,2	82,7	92,1
	Q4 (medio-alto)	83,0	72,3	90,1
	Q5 (alto)	89,4	81,6	94,1

\* Comprende mujeres nacidas a partir del año 2000 y varones nacidos a partir del año 2006.

Fuente: 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

**Tabla 4.11:** Motivos por los que adolescentes de 12 a 17 años\* recibieron la vacuna contra el VPH. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Motivos	Porcentaje		IC 95%	
			Inferior	Superior
Me lo indicó el médico	63,7		59,6	67,7
Me la dieron en la escuela	16,6		13,5	20,2
Me enteré por los medios de comunicación que las vacunas son útiles	7,3		5,5	9,8
Me la indicaron cuando consulté al equipo de salud por otro motivo	6,5		4,5	9,3
Me pidieron en la escuela que me vacune	5,1		3,7	7,1
Me lo recomendó un amigo/familiar	3,8	a	2,4	5,8
Otros motivos	5,5		3,8	7,9
NS/NC	0,7	b	0,3	1,6

\* Comprende mujeres nacidas a partir del año 2000 y varones nacidos a partir del año 2006.

**a:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 20% y menor o igual al 30%.

**b:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 30%.

Fuente: 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

**Tabla 4.12:** Motivos por los que adolescentes de 12 a 17 años\* no recibieron la vacuna contra el VPH. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Motivos	Porcentaje		IC 95%	
			Inferior	Superior
El médico NO me la indicó	45,4		37,2	53,8
Las vacunas no son necesarias/no creo en las vacunas	3,4		2,4	4,8
Mi médico me dijo que no me la aplique	2,1	a	1,4	3,3
Tuve una experiencia negativa (propia o de un conocido/familiar)	1,3	b	0,6	2,5
Me enteré por los medios de comunicación/las redes sociales que las vacunas pueden producir daño	1,1		1,0	1,2
Otros motivos	27,9		19,6	38,0
NS/NC	19,8	a	12,1	30,7

\* Comprende mujeres nacidas a partir del año 2000 y varones nacidos a partir del año 2006.

**a:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 20% y menor o igual al 30%.

**b:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 30%.

Fuente: 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

**Tabla 4.13:** Porcentaje de la población de 18 años y más que recibió vacuna antitetánica en los últimos 10 años según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
<b>Total</b>		<b>60,8</b>	<b>58,8</b>	<b>62,8</b>
<b>Región</b>	GBA	64,0	60,4	67,4
	Centro	58,7	54,7	62,6
	NEA	56,5	49,6	63,2
	NOA	56,7	52,9	60,5
	Cuyo	64,2	59,6	68,5
	Patagonia	63,6	60,6	66,5
<b>Sexo</b>	Femenino	61,8	59,3	64,2
	Masculino	59,6	56,7	62,4
<b>Nivel educación</b>	Hasta secundario incompleto	57,7	54,8	60,5
	Secundario completo o más	63,6	61,0	66,0
<b>Cobertura de salud</b>	Solo pública	61,0	58,0	63,9
	Obra social o prepaga	60,5	58,2	62,8
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	63,4	57,7	68,7
	Q2 (medio-bajo)	62,8	58,2	67,1
	Q3 (medio)	57,6	53,6	61,5
	Q4 (medio-alto)	62,0	58,3	65,5
	Q5 (alto)	59,3	55,4	63,1

Fuente: 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

**Tabla 4.14:** Motivos por los que la población de 18 años y más recibió la vacuna antitetánica en los últimos 10 años. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Motivos	Porcentaje		IC 95%	
			Inferior	Superior
Me lo indicó el médico	66,1		62,9	69,1
Me la aplicaron en el trabajo / escuela (y no soy personal de salud)	8,9		7,4	10,6
Me la indicaron cuando consulté al equipo de salud por otro motivo	6,6		5,0	8,7
Me pareció útil	3,1		2,4	3,9
Soy personal de salud y me vacunan por mi trabajo	2,5		1,9	3,3
Me enteré a través de los medios de comunicación que esta vacuna es útil	0,8	a	0,4	1,3
Me lo recomendó un amigo/familiar	0,7	a	0,5	1,1
Otros motivos	15,4		13,4	17,7
NS/NC	1,9		1,4	2,7

**a:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 20% y menor o igual al 30%.

**b:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 30%.

Fuente: 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

**Tabla 4.15:** Motivos por los que la población de 18 años y más no recibió la vacuna antitetánica en los últimos 10 años. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Motivos	Porcentaje		IC 95%	
			Inferior	Superior
Mi médico no me la mencionó	58,7		54,8	62,6
Considero que esta vacuna no es necesaria/no creo en la utilidad de esta vacuna	13,0		10,1	16,4
Mi médico me dijo que no me la aplique	0,6	a	0,3	1,0
Tuve una experiencia negativa (propia o de un conocido/familiar)	0,5	b	0,2	1,2
Me enteré por los medios de comunicación/las redes sociales que las vacunas pueden producir daño	0,1	b	0,0	0,3
Otros motivos	9,9		7,9	12,4
NS/NC	19,8		16,6	23,4

**a:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 20% y menor o igual al 30%.

**b:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 30%.

Fuente: 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

**Tabla 4.16:** Porcentaje de la población de 18 años y más que recibió alguna vez una vacuna contra hepatitis B según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
<b>Total</b>		<b>44,9</b>	<b>42,5</b>	<b>47,3</b>
<b>Región</b>	GBA	45,1	40,6	49,6
	Centro	41,3	36,6	46,1
	NEA	45,0	40,7	49,5
	NOA	47,7	43,3	52,1
	Cuyo	48,8	43,9	53,8
	Patagonia	55,1	51,2	58,8
<b>Sexo</b>	Femenino	48,0	45,2	50,8
	Masculino	41,0	37,8	44,2
<b>Nivel educación</b>	Hasta secundario incompleto	36,7	34,0	39,5
	Secundario completo o más	51,9	48,7	55,1
<b>Cobertura de salud</b>	Solo pública	48,6	45,2	52,0
	Obra social o prepaga	42,5	39,6	45,5
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	44,5	39,1	50,0
	Q2 (medio-bajo)	47,4	42,8	52,1
	Q3 (medio)	43,9	39,8	48,1
	Q4 (medio-alto)	41,5	37,2	46,1
	Q5 (alto)	46,9	42,7	51,3

Fuente: 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

**Tabla 4.17:** Motivos por los que la población de 18 años y más recibió alguna vez una vacuna contra hepatitis B. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Motivos	Porcentaje		IC 95%	
			Inferior	Superior
Me lo indicó el médico	69,6		66,1	72,8
Me la aplicaron en el trabajo / escuela (y no soy personal de salud)	8,7		7,3	10,4
Soy personal de salud y me vacunan por mi trabajo	5,5		4,3	7,1
Me la indicaron cuando consulté al equipo de salud por otro motivo	3,7		2,7	5,1
Me pareció útil	3,3		2,6	4,3
Me lo recomendó un amigo/familiar	1,7		1,1	2,4
Me enteré a través de los medios de comunicación que esta vacuna es útil	1,4	a	0,9	2,2
Otros motivos	6,9		5,3	9,0
NS/NC	4,2		3,0	5,9

**a:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 20% y menor o igual al 30%.

**b:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 30%.

Fuente: 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

**Tabla 4.18:** Motivos por los que la población de 18 años y más no recibió la vacuna contra hepatitis B. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Motivos	Porcentaje		IC 95%	
			Inferior	Superior
Mi médico no me la mencionó	65,4		61,8	68,9
Considero que esta vacuna no es necesaria/ no creo en la utilidad de esta vacuna	9,2		6,5	13,0
Mi médico me dijo que no me la aplique	1,2	a	0,8	1,8
Tuve una experiencia negativa (propia o de un conocido/familiar)	0,2	b	0,1	0,7
Me enteré por los medios de comunicación/las redes sociales que las vacunas pueden producir daño	0,1	b	0,0	0,3
Otros motivos	6,3		4,9	8,1
NS/NC	19,4		16,4	22,9

**a:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 20% y menor o igual al 30%.

**b:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 30%.

Fuente: 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

**Tabla 4.19:** Porcentaje de la población de 18 años y más con criterios para vacunación antigripal que recibió alguna dosis en el último año según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
<b>Total</b>		<b>47,2</b>	<b>43,7</b>	<b>50,7</b>
<b>Región</b>	GBA	47,4	40,0	54,9
	Centro	47,5	42,3	52,8
	NEA	35,2	28,8	42,2
	NOA	52,3	45,7	58,9
	Cuyo	49,0	42,9	55,2
	Patagonia	45,8	40,7	51,1
<b>Grupos de edad</b>	18 a 64 años	39,5	35,6	43,5
	65 y más años	54,1	48,9	59,2
<b>Sexo</b>	Femenino	48,0	43,9	52,2
	Masculino	45,9	40,6	51,2
<b>Nivel educación</b>	Hasta secundario incompleto	47,1	42,4	51,9
	Secundario completo o más	47,3	41,2	53,5
<b>Cobertura de salud</b>	Solo pública	35,2	29,7	41,1
	Obra social o prepaga	50,5	46,5	54,6
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	40,5	33,4	48,0
	Q2 (medio-bajo)	36,8	29,9	44,3
	Q3 (medio)	47,1	40,2	54,0
	Q4 (medio-alto)	51,3	43,8	58,7
	Q5 (alto)	52,5	46,3	58,6

Fuente: 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

**Tabla 4.20:** Motivos por los que la población de 18 años y más con criterios para vacunación antigripal recibió alguna dosis en el último año. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Motivos	Porcentaje		IC 95%	
			Inferior	Superior
Me lo indicó el médico	67,4		61,8	72,6
Me pareció útil	17,7		14,3	21,7
Me enteré a través de los medios de comunicación que esta vacuna es útil	6,7	a	4,1	11,0
Me la indicaron cuando consulté al equipo de salud por otro motivo	4,4	a	2,9	6,6
Me la aplicaron en el trabajo / escuela (y no soy personal de salud)	4,0		2,8	5,8
Soy personal de salud y me vacunan por mi trabajo	2,2	b	1,2	4,0
Me lo recomendó un amigo/familiar	1,7	b	0,8	3,7
Otros motivos	3,8	a	2,3	6,2
NS/NC	0,1		0,1	0,2

**a:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 20% y menor o igual al 30%.

**b:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 30%.

Fuente: 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

**Tabla 4.21:** Motivos por los que la población de 18 años y más con criterios para vacunación antigripal no recibió alguna dosis en el último año. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Motivos	Porcentaje		IC 95%	
			Inferior	Superior
Mi médico no me la mencionó	42,3		37,7	47,0
Considero que esta vacuna no es necesaria/ no creo en la utilidad de esta vacuna	28,7		24,5	33,2
Tuve una experiencia negativa (propia o de un conocido/familiar)	6,2		4,6	8,3
Mi médico me dijo que no me la aplique	2,5	a	1,5	4,3
Me enteré por los medios de comunicación/las redes sociales que las vacunas pueden producir daño	0,8	b	0,3	2,3
Otros motivos	14,0		11,3	17,3
NS/NC	10,1		7,8	13,2

**a:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 20% y menor o igual al 30%.

**b:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 30%.

Fuente: 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

**Tabla 4.22:** Porcentaje de la población de 18 años y más con criterios para vacunación antineumocócica que recibió alguna dosis en los últimos cinco años según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		Porcentaje	IC 95%	
			Inferior	Superior
<b>Total</b>		<b>24,2</b>	<b>21,7</b>	<b>27,0</b>
<b>Región</b>	GBA	25,9	20,7	31,9
	Centro	24,2	20,2	28,6
	NEA	19,9	16,7	23,5
	NOA	20,6	17,1	24,7
	Cuyo	26,2	21,5	31,4
	Patagonia	21,0	17,0	25,5
<b>Grupos de edad</b>	18 a 64 años	15,4	13,1	17,9
	65 y más años	40,8	35,7	46,1
<b>Sexo</b>	Femenino	27,4	23,8	31,3
	Masculino	20,8	17,6	24,4
<b>Nivel educación</b>	Hasta secundario incompleto	23,4	20,0	27,0
	Secundario completo o más	25,5	21,8	29,6
<b>Cobertura de salud</b>	Solo pública	15,0	11,7	19,1
	Obra social o prepaga	29,3	25,9	32,9
<b>Quintil de ingresos del hogar por UC</b>	Q1 (bajo)	20,9	15,0	28,3
	Q2 (medio-bajo)	17,1	12,7	22,6
	Q3 (medio)	23,0	18,5	28,3
	Q4 (medio-alto)	27,6	22,1	34,0
	Q5 (alto)	29,7	24,2	35,8

Fuente: 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

**Tabla 4.23:** Motivos por los que la población de 18 años y más con criterios para vacunación antineumocócica recibió alguna dosis en los últimos cinco años. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Motivos	Porcentaje		IC 95%	
			Inferior	Superior
Me lo indicó el médico	74,7		69,2	79,6
Me pareció útil	6,5		4,4	9,6
Me enteré a través de los medios de comunicación que esta vacuna es útil	4,8	a	3,0	7,8
Me la indicaron cuando consulté al equipo de salud por otro motivo	4,6	a	3,1	6,9
Me la aplicaron en el trabajo / escuela (y no soy personal de salud)	3,8	a	2,2	6,4
Soy personal de salud y me vacunan por mi trabajo	3,0	a	1,6	5,3
Me lo recomendó un amigo/familiar	1,9	b	0,8	4,2
Otros motivos	7,0		5,0	9,7
NS/NC	0,9	b	0,5	1,9

**a:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 20% y menor o igual al 30%.

**b:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 30%.

Fuente: 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

**Tabla 4.24:** Motivos por los que la población de 18 años y más con criterios para vacunación antineumocócica no recibió alguna dosis en los últimos cinco años. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Motivos	Porcentaje		IC 95%	
			Inferior	Superior
Mi médico no me la mencionó	64,6		60,7	68,3
Considero que esta vacuna no es necesaria/ no creo en la utilidad de esta vacuna	9,9		7,7	12,7
Mi médico me dijo que no me la aplique	1,5	a	0,9	2,5
Tuve una experiencia negativa (propia o de un conocido/familiar)	0,9	b	0,4	2,0
Me enteré por los medios de comunicación/las redes sociales que las vacunas pueden producir daño	0,3	b	0,1	1,1
Otros motivos	7,2		5,3	9,7
NS/NC	17,6		14,8	20,8

**a:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 20% y menor o igual al 30%.

**b:** El coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 30%.

Fuente: 2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

## Actividad física

A continuación, describimos el comportamiento de las 24 horas de los Niños Niñas y Adolescentes con relación al sueño, comportamiento sedentario y actividad física.

### Introducción

La actividad física produce efectos beneficiosos en la salud presente y futura de los niños, niñas y adolescentes (NNyA). En la dimensión física de la salud, la práctica regular de actividad física se asocia con niveles más altos de aptitud física. A nivel musculoesquelético, la práctica de actividad física acompaña el desarrollo y crecimiento fortaleciendo músculos, huesos y articulaciones; a nivel cardio metabólico, predispone a un mejor perfil lipídico, glucolítico y presión arterial y con relación a la composición corporal, ayuda a controlar el peso corporal evitando el sobrepeso y la obesidad. Todos estos beneficios en su conjunto se relacionan con un menor riesgo de contraer enfermedades crónicas no transmisibles (1). Así mismo en la dimensión psicológica de la salud, los NNyA con niveles más altos de actividad física, presentan un mejor manejo del estrés, manifiestan sentimientos de satisfacción personal y una mayor autoestima vinculado a una menor prevalencia de trastornos emocionales y psicológicos tales como la depresión o la ansiedad, que en el ámbito escolar se traduce con mejores resultados académicos. De esta manera, la actividad física ofrece oportunidades para desarrollar interacciones sociales positivas, que se asocian con un mejor manejo del tiempo libre, niveles más bajos de consumo de tabaco y de sustancias ilícitas (2). Aún aquellos niños con problemas crónicos de salud (como sobrepeso, obesidad, hipertensión arterial o diabetes, entre otras) también se benefician con la inclusión de actividad física como parte del tratamiento.

La insuficiente actividad física, es decir, cuando no se alcanza a cumplir con las recomendaciones de actividad física según la edad (3), es considerada como el cuarto factor de riesgo de mortalidad a nivel mundial por enfermedades no transmisibles (4) y es un elemento fundamental con relación al aumento del sobrepeso y la obesidad. Los datos sobre inactividad física en esta población nos muestran que la mayor parte de los NNyA no alcanzan las recomendaciones mundiales (5) (6). En nuestro país, Según los datos de la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) se observa que más del 80% de los adolescentes de entre 13 y 15 años no alcanza a cubrir las recomendaciones (7).

Por otro lado, el comportamiento sedentario prolongado, produce efectos negativos que son independientes a aquellos producidos por la inactividad física (8). En los NNyA el tiempo frente a pantalla es uno de los comportamientos sedentarios que se intenta limitar para cambiarlos por actividad física (3). Si bien no existe un punto de corte consensuado mundialmente, algunas instituciones han determinado que sería ideal no sobrepasar las 2 horas en comportamientos sedentarios frente a pantalla en el tiempo libre (9). Según la EMSE, que mide las horas de comportamiento sedentario luego de la jornada escolar, el 50% de los adolescentes mantiene un comportamiento sedentario prolongado que aumenta aún más los perjuicios para la salud.

Tanto en las variables de actividad física como de comportamiento sedentario existen diferencias entre varones y mujeres. Las mujeres son menos físicamente activas y más sedentarias que los varones (7).

En cuanto a las horas de sueño, los NNyA en edad escolar actualmente duermen en general menos horas en comparación con décadas anteriores, lo cual es atribuible a factores propios del modo de vida moderno, como por ejemplo el uso de luz artificial, el tiempo frente a la pantalla hasta altas horas de la noche, uso de cafeína y la ausencia de reglas para la hora de acostarse. Estos factores predisponen a la pérdida crónica de sueño y se asocia a la somnolencia y las discapacidades diurnas que en la niñez y adolescencia representan una amenaza para el rendimiento académico y la salud de NNyA, con fuertes implicancias en la salud pública (10).

La niñez y la adolescencia es un período de crecimiento y desarrollo físico y cognitivo muy rápido y una etapa durante la cual se forman los hábitos de los NNyA, los cuales, aquellos propios de la vida familiar, están abiertos a cambios y adaptaciones. Para cumplir las recomendaciones de tiempo diario de realización de actividad física, en particular en esta población, es interesante considerar el período de actividad de las 24 horas del día constituido por tiempo u horas de sueño, tiempo dedicado a actividades sedentarias y a actividad física (11).

*En Anexo1 se encuentra el Glosario de terminología utilizada en el documento y las recomendaciones mundiales sobre actividad física, comportamiento sedentario y sueño según la edad.*

## Metodología

En este capítulo se analizaron las dimensiones de sueño, comportamiento sedentario y actividad física en NNyA. Los grupos de edad considerados fueron 2 a 3 años, 4 a 5 años, 6 a 12 años y 13 a 17 años.

En el grupo de 2 a 3 años, se tomaron en cuenta solo los NN no escolarizados: En el resto de los grupos de 4 a 17 años, se incluyeron los NNyA escolarizados y que se encontraban en período lectivo al momento de la encuesta. Esto se debió a que el cuestionario consideró la actividad física realizada en las instituciones educativas en los de 6 y más años y a que las horas de sueño y el comportamiento sedentario pueden cambiar al estar en periodo de vacaciones.

En sueño, se consideraron los siguientes indicadores:

- Promedio de horas por día que el NNyA durmió en la última semana.
- Porcentaje con sueño insuficiente: Porcentaje de los NNyA en cada grupo de edad que no durmió en promedio, lo mínimo recomendado para su edad. Los puntos de corte considerados fueron para los NN de 2 años, 11 horas diarias como mínimo de sueño recomendado; para los 3 a 4 años, 10hs. diarias; entre los de 5 a 13 años 9hs. diarias y para los de 14 a 17 años, 8hs. diarias como mínimo.

En cuanto a “comportamiento sedentario” se evaluó:

1. Promedio de horas por día que el NNyA estuvo frente a pantalla (con o sin juego) en la última semana.
2. Porcentaje sentado 3 horas o más por día: Porcentaje de los NNyA de cada grupo de edad que estuvo en promedio 3 horas o más por día sentado, sin considerar el tiempo en el aula. Se calculó a partir de los 6 años.

Para analizar “actividad física” (AF) a su vez, se consideraron los siguientes dominios:

- Transporte activo (TA): Se consideró si el NNyA camina, pedalea o patina al menos 10 minutos consecutivos para trasladarse de un lado a otro.
- AF en el hogar libre: Se indagó si el NNyA realizó AF dentro de la casa de intensidad moderada o vigorosa que implicó un aumento de la respiración y del ritmo cardíaco, como jugar con pelota, patinar, nadar, trepar, saltar, correr, etc. por al menos 10 minutos consecutivos por día.
- AF en el hogar frente a pantalla: Consistió en que el NNyA haya jugado dentro de la casa con consolas de videojuegos que requirieron AF moderada o vigorosa e implicó un aumento de la respiración y del ritmo cardíaco por al menos 10 minutos consecutivos por día.
- AF en el tiempo libre no organizada: Implicó que el NNyA realizó actividades fuera de la casa, al aire libre, de intensidad moderada o vigorosa que implicó un aumento de la respiración y del ritmo cardíaco, como jugar con pelota, patinar, nadar, trepar, saltar, correr, etc. de manera no organizada/estructurada por al menos 10 minutos consecutivos por día.
- AF en el tiempo libre organizada: Se refiere a si el NNyA realizó deporte organizado o programas de actividad física (torneos de fútbol, básquet, danzas, gimnasia artística, etc.).
- AF en la escuela: Implicó que el NNyA haya realizado educación física/ deportes/ natación o actividad similar en la escuela.

Para cada uno de estos dominios se calculó el porcentaje de NNyA que realiza esa actividad y entre los que la realizan, el promedio de minutos por día que dedican a esa actividad, considerando solo días hábiles, fin de semana y toda la semana.

Finalmente, sumando la AF realizada cada día en los diferentes dominios se obtuvo el “Porcentaje de inactivos” que son los NNyA que no cumplen con la recomendación de OMS de realizar al menos una acumulación de 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada-vigorosa todos los días. Este indicador fue obtenido para los grupos de 6 años y más.

## Resultados

### Niños y niñas de 2 a 5 años

#### Sueño

El promedio de horas de sueño por día para los niños y niñas de 2 a 3 años fue de 10,3 horas y para los de 4 a 5 años de 9,7 horas, siendo mayor el primero en comparación con el segundo.

El porcentaje de sueño insuficiente según las recomendaciones para su edad fue de 42,8% para los de 2 a 3 años y de 31,9% para los de 4 a 5 años, siendo mayor el porcentaje de sueño insuficiente entre los más pequeños (Tabla 5.1).

No se registraron diferencias significativas en ambos grupos de edad según sexo, nivel educativo del jefe de hogar, tipo de cobertura de salud ni tipo de establecimiento educativo (solo 4 a 5 años) (Tablas 5.2 y 5.3).

*Si bien los niños y niñas de 2 a 3 años duermen en promedio un poco más de horas que los de 4 a 5 años, aunque al menos para los de dos años no se estaría alcanzando la cantidad de horas recomendadas para su edad (11hs).*

#### Comportamiento sedentario frente a pantalla

El promedio de horas que pasaron frente a una pantalla (con o sin juego) por día en la última semana para los niños y niñas de 2 a 3 años fue de 2,5 horas, mientras que para los de 4 a 5 años fue un promedio mayor de 3,2hs (Tabla 5.1).

En cuanto al análisis por las variables sociodemográficas no se registraron diferencias estadísticamente significativas en el grupo etario de 2 a 3 años. En cambio, en el grupo de 4 a 5 años si hubo diferencia en cuanto a sexo, dado que el promedio de horas frente a una pantalla fue mayor entre los varones (3,7) que entre las mujeres (2,7) (Tablas 5.2 y 5.3).

*Los niños y niñas de 4 a 5 años pasan más tiempo frente a una pantalla (con o sin juego) que los más pequeños; y los varones de ese grupo etario están en promedio una hora más que las mujeres.*

#### Actividad Física o Transporte activo

El porcentaje de niños y niñas de 2 a 3 años que se desplazaron utilizando el transporte activo fue del 55,9%. De ellos, el promedio de minutos destinados por día en toda la semana fue de 61,6 minutos (aproximadamente una hora diaria), sin mostrar diferencias entre días hábiles y fin de semana (Tabla 5.1).

En el grupo etario de 4 a 5 años el porcentaje de niños y niñas que realizaron transporte activo fue del 63,3%, sin mostrar una diferencia estadísticamente significativa con el de los más pequeños (55,9%).

En cuanto al promedio diario de minutos dedicados al transporte activo en toda una semana, los niños y niñas de 4 y 5 años dedican 36,8 minutos diarios al transporte activo sin registrarse diferencias entre días hábiles y fin de semana, siendo casi la mitad que los más pequeños (Tabla 5.1).

*Aproximadamente 3 de cada 5 niños y niñas de 2 a 5 años realizan transporte activo. Mientras que los más chicos destinan un promedio de una hora diaria en una semana, los de 4 a 5 años le dedican cerca de la mitad de tiempo.*

### **Actividad Física de manera libre en el hogar**

El 45,5% de los niños y niñas de 2 a 3 años y el 48,3% de los de 4 a 5 años realizaron actividad física de manera libre en el hogar, sin mostrar diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos etarios. El promedio de minutos diarios dedicados a esta actividad durante la semana fue de 116,9 para los más pequeños y de 92,1 para los más grandes, aunque tampoco estos valores mostraron diferencias estadísticamente significativas (tabla 5.1).

*Casi la mitad de los niños y niñas de 2 a 5 años realizan actividad física de manera libre en el hogar dedicándole en promedio un poco más de una hora y media por día.*

### **AF en el hogar frente a pantalla**

El porcentaje de niños y niñas de 2 a 3 años que realizaron actividad física en el hogar frente a una pantalla fue de 2,7% y el porcentaje de 4 a 5 años fue de 6,3%, sin mostrar diferencias estadísticamente significativas entre ambos valores. De éstos, los de 2 a 3 años le dedicaron un promedio de minutos diarios en una semana de 91,1 mientras que los de 4 a 5 años un promedio de 77,7 minutos, aunque tampoco estos valores mostraron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 5.1).

*1 de cada 20 niños y niñas de 2 a 5 años realiza actividad física en el hogar frente a una pantalla, dedicándole en promedio un poco más de una hora diaria.*

### **AF en el tiempo libre no organizada**

El porcentaje de niños y niñas de 2 a 3 años que realizaron actividad física no organizada en el tiempo libre fue de 38,4%, con un promedio de 80,4 minutos diarios. En cuanto a los de 4 a 5 años, la mitad, es decir, el 49,6%, manifestó realizar esta actividad, con un promedio de 60,2 minutos. Si bien éstos últimos registraron un porcentaje menor que el de los más pequeños no presentan diferencias significativas. Además, en el grupo de 4 a 5 años se observó una mayor cantidad de minutos diarios destinados a esta actividad los fines de semana que los días hábiles (Tabla 5.1).

*4 de cada 10 niños y niñas de 2 a 3 años y 5 de cada 10 de 4 a 5 años realizan actividad física diaria no organizada en el tiempo libre, dedicándole un promedio diario de 80 minutos y 60 minutos respectivamente.*

### **AF en el tiempo libre organizada**

Se presentan los resultados solo para el grupo de 4 a 5 años, ya que en los menores el porcentaje que realizaba este tipo de actividad física fue muy bajo y con CV mayor a 30%.

El 12,5% de los niños y niñas de 4 a 5 años realizó actividad física organizada durante el tiempo libre.

El promedio de minutos diarios entre quienes realizaron este tipo de actividad fue de 27,2, siendo mayor en los días hábiles (Tabla 5.1).

*En el grupo de 4 a 5 años, la actividad física organizada se realiza más en los días hábiles que en los fines de semana, aunque solo 1 de cada 10 niños y niñas manifestó realizar este tipo de actividad, dedicándole un promedio de casi media hora diaria.*

## **Niños, niñas y adolescentes de 6 a 17 años**

### **Sueño**

El promedio de horas de sueño por día para NNyA de 6 a 12 años fue de 9,1 horas y para los de 13 a 17 años de 8,4 horas, siendo mayor el primero con respecto a este último (Tablas 5.4 y 5.5).

En cuanto al análisis por región, observamos que la de Cuyo registró un valor apenas superior al promedio nacional para ambos grupos de edad, siendo de 9,5 horas para los de 6 a 12 años y de 9,1 para los de 13 a 17 años.

Para los de 6 a 12 años no se registraron diferencias significativas en el promedio de horas de sueño según las variables sociodemográficas de sexo, nivel educativo del jefe de hogar, tipo de cobertura de salud, quintil de ingresos del hogar por unidad consumidora ni tipo de establecimiento educativo. Por su parte, en el grupo de 13 a 17 años si se observó que el valor promedio de horas de sueño disminuyó en los quintiles más altos (Q4 8,1 y Q5 8,0) con respecto al primer quintil (Q1 8,6) y en aquellos que concurren a establecimientos educativos de modalidad privada (7,9) con respecto a los de establecimiento estatal (8,6).

El porcentaje de NNyA que reportaron sueño insuficiente según las recomendaciones para su edad fue de 41,3% para los de 6 a 12 años y de 43,7% para los de 13 a 17 años, sin presentar diferencias significativas entre ambos valores.

En cuanto al análisis de este indicador por región, observamos en el grupo de 6 a 12 años que Cuyo registró un porcentaje menor al nacional (30,1%) y la Patagonia uno superior (44,0%). En el grupo de 13 a 17 años también la región de Cuyo registro un porcentaje menor al nacional (26,2%) seguido de la región NEA (38,8%).

En el grupo etario de 6 a 12 no se registraron diferencias significativas en el porcentaje de sueño insuficiente según las variables sociodemográficas de sexo, nivel educativo del jefe de hogar, tipo de cobertura de salud, quintil de ingresos del hogar por unidad consumidora ni tipo de establecimiento educativo. En cambio, en los de 13 a 17 años se observó una diferencia en cuanto quintil de ingresos del hogar por unidad consumidora dado que el quintil más alto registró un porcentaje mayor (57,3%) con relación al primer quintil (37,0%). Para el resto de las variables sociodemográficas tampoco se registraron diferencias en este grupo.

*Los NNYA de 6 a 12 años duermen en promedio más horas que los de 13 a 17 años, pero ambos grupos tienen similar proporción en cuanto a sueño insuficiente: 4 de cada 10 NNYA de 6 a 17 años duermen menos cantidad de las horas recomendadas para su edad.*

### **Comportamiento sedentario**

El promedio de horas que pasaron frente a una pantalla (con o sin juego) por día para los NNYA de 6 a 12 años fue de 3,9 horas y para los de 13 a 17 años de 5 horas, siendo mayor este último que el primero (Tablas 5.4 y 5.5).

En cuanto al análisis de este indicador según variables sociodemográficas para el grupo de 6 a 12 observamos que se registraron diferencias según sexo y cobertura de salud, con valores mayores en varones que mujeres (4,4 vs. 3,4 respectivamente) y entre quienes tienen obra social o prepaga con relación a los que solo tienen cobertura de salud pública (4,2 vs. 3,6 respectivamente). Para el resto de las variables sociodemográficas no se registraron diferencias estadísticamente significativas.

En el grupo de 13 a 17 años, observamos diferencias en cuanto al tipo de cobertura, quintil de ingresos del hogar por unidad consumidora y tipo de establecimiento educativo. Al igual que en el grupo de 6 a 12 años, el promedio de horas frente a una pantalla entre quienes tienen obra social o prepaga es mayor con respecto a los que solo tienen cobertura de salud pública (5,3 vs. 4,6 respectivamente). También se registró un valor mayor en los quintiles medio a alto (Q3 5,6; Q4 5,9 y Q5 5,1) con respecto al primer quintil (Q1 4,3) y entre quienes concurren a establecimientos educativos de modalidad privada (5,8) con respecto a los de modalidad estatal (4,8). Para el resto de las variables sociodemográficas no se registraron diferencias estadísticamente significativas.

El porcentaje de NNYA que manifestaron pasar 3 o más horas al día sentado fue de 37,3% para los de 6 a 12 años y exactamente el doble, 74,6%, para los de 13 a 17 años.

En cuanto al análisis de este indicador según variables sociodemográficas para el grupo de 6 a 12 años observamos que se registraron diferencias según sexo, nivel educativo del jefe de hogar y tipo de cobertura de salud. Se registraron mayores porcentajes en varones en comparación con mujeres (69,4 vs. 52,2 respectivamente), en quienes manifestaron haber alcanzado mayor nivel educativo del jefe de hogar con relación a los que tienen menor nivel (68,8 vs. 57,5 respectivamente) y entre quienes tienen obra social o prepaga con respecto a los que solo tienen cobertura de salud pública

(67,7 vs. 57,3 respectivamente). No se registraron diferencias estadísticamente significativas en el resto de las variables sociodemográficas.

Para el grupo de 13 a 17 años, solo se registraron diferencias en cuanto al quintil de ingresos del hogar por unidad consumidora siendo mayor los porcentajes en los quintiles medio-alto y alto (Q4 79,5% y Q5 80,9%) en comparación con el bajo (Q1 66,3).

*Los NNYA de 13 a 17 años son más sedentarios que los de 6 a 12 años, dado que pasan más tiempo frente a una pantalla y una mayor proporción de ellos refirió estar 3 o más horas al día sentados.*

### **Actividad Física o Transporte activo**

El porcentaje de NNYA de 6 a 12 años que realizaron transporte activo fue del 58,6%. De ellos, el promedio de minutos destinados por día en toda la semana fue de 45,1 minutos, sin mostrar diferencias entre días hábiles y fin de semana (Tabla 5.1).

En el grupo etario de 13 a 17 años el porcentaje de NNYA que realizaron transporte activo fue del 68,1%, siendo un porcentaje mayor al del grupo de 6 a 12 años por diez puntos porcentuales. El promedio diario de minutos destinados fue de 37,8 sin mostrar diferencias entre días hábiles y fin de semana.

Si bien no hay diferencias entre los minutos diarios dedicados al transporte activo durante toda la semana entre ambos grupos de edad, se observó que los de 6 a 12 le dedican más tiempo a esta actividad los fines de semana que los de 13 a 17.

*6 de cada 10 NNYA de 6 a 12 años y 7 de cada 10 de 13 a 17 años realizan transporte activo, con un promedio menor a una hora diaria.*

### **AF en el hogar libre**

El 47,3% de los NNYA de 6 a 12 años y el 17,5% de los de 13 a 17 años realizaron actividad física de manera libre en el hogar, siendo 2,7 veces más (casi el triple) en el primer grupo etario (Tabla 5.1).

El promedio de minutos diarios dedicados a esta actividad durante la semana fue de 73,3 minutos para los de 6 a 12 años y de 46,5 minutos para los más grandes, siendo también mayor el valor de los más pequeños. No se registraron diferencias entre días hábiles y fin de semana dentro de cada grupo de edad.

*Casi la mitad de los NNYA de 6 a 12 años realizan actividad física de manera libre en el hogar dedicándole en promedio más de una hora por día. En cambio, solo de cada 10 adolescentes de 13 a 17 realiza esta actividad, dedicándole menos tiempo al día.*

## AF en el hogar frente a pantalla

El porcentaje de NNyA de 6 a 12 años que realizaron actividad física en el hogar frente a una pantalla fue de 6,1% y el de 13 a 17 años fue de 3,3%, sin mostrar diferencias estadísticamente significativas entre ambos valores (Tabla 5.1).

De éstos, los de 6 a 12 años le dedicaron un promedio de minutos diarios en una semana de 76,8 minutos y los de 13 a 17 años un promedio similar de 76,9 minutos. Mientras que en el grupo de 6 a 12 años no hubo diferencias entre días hábiles y fin de semana, en el de los más grandes se puede observar un valor mayor el fin de semana.

*1 de cada 16 NNyA de 6 a 12 años y 1 de cada 30 de 13 a 17 años realiza actividad física en el hogar frente a una pantalla, dedicándole en promedio un poco más de una hora diaria.*

## AF en el tiempo libre no organizada

El porcentaje de NNyA de 6 a 12 años que realizaron actividad física no organizada en el tiempo libre fue de 50,9% y estos le dedicaron un promedio diario de 62,1 minutos. En cuanto a los de 13 a 17 años, un porcentaje menor que los anteriores, 29,5%, manifestó realizar esta actividad dedicándole un promedio de minutos diarios menor que los primeros (50,8). Si bien en el grupo de 13 a 17 años no hay diferencias entre días hábiles y fin de semana, en el de 6 a 12 años se observó mayor cantidad de minutos diarios destinados a esta actividad los fines de semana que los días hábiles (Tabla 5.1).

*5 de cada 10 NNyA 6 a 12 años y 3 de cada 10 adolescentes de 13 a 17 años realizan actividad física no organizada en el tiempo libre, dedicándole ambos grupos aproximadamente una hora promedio por día.*

## AF en el tiempo libre organizada

El 27,6% de los NNyA de 6 a 12 años y el 22,6% de los de 13 a 17 años realizó actividad física organizada durante el tiempo libre, sin mostrar diferencias entre ambos valores. Mientras que los primeros le dedicaron un promedio de minutos diarios en una semana de 37,8 minutos, los más grandes lo hicieron con un valor mayor de 49,6. Este tipo de actividad para ambos grupos se registra más los días hábiles (Tabla 5.1).

*3 de cada 10 NNyA de 6 a 12 años y 2 de cada 10 de 13 a 17 realizan actividad física organizada dedicándole un promedio aproximado de 40 y 50 minutos diarios en una semana.*

## AF en escuela

El porcentaje de NNyA que realiza actividad física en la escuela fue de 95,4% para el grupo de 6 a 12 años y de un valor menor, 87,9% para los de 13 a 17 años. El promedio de minutos por día durante una semana destinados a esta actividad fue para los primeros de 16,3 minutos y para los más grandes de 19,5 minutos, y en ambos grupos se registró valores más altos en los días hábiles que en el fin de semana (Tabla 5.1).

*Aproximadamente 9 de cada 10 NNyA de 6 a 17 años realizan actividad física en la escuela con un promedio diario en una semana un poco menor a 20 minutos.*

## AF mínima OMS

El porcentaje de inactivos, es decir aquellos que no llegan a realizar una hora por día de actividad física recomendada por la OMS, fue de 56,1% para el grupo de NNyA de 6 a 12 años y el 81,3% para el de 13 a 17 años, siendo este último valor superior al primero.

Al analizar este indicador según variables sociodemográficas observamos que para el grupo de 6 a 12 años hubo diferencias estadísticamente significativas en las variables de región y quintil de ingresos del hogar por unidad consumidora. Mientras que la región NEA registró un porcentaje menor a la media nacional (40,9%), las regiones de NOA, Cuyo y Patagonia registraron valores superiores (67,9%, 67,3% y 70,2% respectivamente). A su vez el porcentaje es mayor en el quintil más alto (Q5 71,3%) en comparación con los quintiles bajo, medio-bajo y medio (Q1 50,3%; Q2 54,1% y Q3 52,5%).

Para el grupo de 13 a 17 años observamos que este indicador solo registró variaciones en cuanto a sexo, siendo un porcentaje mayor para mujeres (88,1%) que para varones (75,5%). No se registraron diferencias estadísticamente significativas en el resto de las variables sociodemográficas.

*6 de cada 10 NNyA de 6 a 12 años y 8 de cada 10 de 13 a 17 años no alcanzan a realizar el mínimo de una hora de actividad física por día recomendada por la OMS.*

## Discusión

El comportamiento diario con relación a las variables de actividad física, comportamiento sedentario y sueño está estrechamente relacionado con la salud presente y futura en la niñez y adolescencia (11). Este enfoque es relativamente nuevo y existe una necesidad de consenso global tanto en la selección de la muestra, la recolección de datos y en el análisis de la información obtenida para que los resultados puedan ser comparables (12). Por lo tanto, las comparaciones que se pueden realizar con otros valores de encuestas nacionales similares como internacionales son sólo aproximaciones. Sin embargo, la fortaleza de este documento reside en que, por primera vez en la Argentina, se publican datos sobre actividad física, comportamiento sedentario y sueño de NNyA de entre 2 y 17 años con representatividad regional. Estos resultados darán la posibilidad de direccionar las políticas con relación a las dimensiones estudiadas, interpretándolo por los diferentes grupos etarios, sexo, región, nivel educativo del jefe de hogar, quintiles de ingreso de hogar por unidad consumidora, cobertura de salud y tipo de establecimiento educativo.

### **Sueño:**

Con relación al sueño, 4 de cada 10 NNyA en Argentina tiene un sueño insuficiente en todos los grupos etarios excepto en el de 4 y 5 años que la proporción es de 3 de cada 10. Las horas de sueño disminuyen en función de la edad (11). A diferencia de otros estudios (13) (14) (15) hemos observado que el porcentaje de adolescentes con sueño insuficiente es mayor entre aquellos que se ubican en los quintiles de ingreso del hogar por unidad consumidora más altos con respecto a los más bajos, como así también entre quienes van a la escuela con modalidad privada con respecto a la pública. Respecto a la región, se observa que en Cuyo los NNyA de entre 6 y 17 años registran los valores más alto del país.

### **Comportamiento sedentario frente a la pantalla:**

El comportamiento sedentario frente a la pantalla está asociado con variables negativas en la salud de los NNyA (16), por lo tanto, si bien aún no existe un consenso global sobre el tiempo máximo recomendado para los NNyA en edad escolar, éste se ubica en torno a las 2 horas (8) (17). En la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) realizada a adolescentes de nuestro país, se optó por utilizar el punto de corte en 3 horas para el análisis categórico (18). Asimismo, no existen métodos ni instrumentos estandarizados para medir comportamiento sedentario, y lecturas transversales podrían llevarnos a conclusiones erróneas, por lo tanto, se espera una lectura longitudinal en futuras ediciones.

De los resultados presentados en este capítulo, se observa que, en líneas generales, todos los grupos etarios seleccionados superaron el promedio de horas recomendadas para la edad (11). Se observa que aumenta significativamente en función al incremento de la edad, es decir aquellos grupos de entre 2 y 3 años pasan menos horas de aquellos de 4 y 5 años, y estos menos que los de 6 y 12 años y el grupo de entre 13 y 17 años es el que pasa más tiempo en estas actividades. En el grupo de los más pequeños no hay diferencias por sexo y nivel sociodemográfico, pero a partir de los 4 años comienzan a aparecer alguna de estas diferencias en línea con aquellas encontradas en literatura (19). Los niños de los grupos etarios intermedios, es decir, de entre 4 y 5 y de entre 6 y 12

años, pasan más horas en comportamientos sedentarios frente a pantalla que las niñas de la misma edad, pero estas diferencias no se mantienen en la adolescencia.

A partir de los 6 años y hasta los 17, se observan diferencias con relación al tipo de cobertura de salud, es decir, aquellos que tienen obra social o prepaga, pasan más horas en comportamientos sedentarios frente a pantalla de aquellos que tienen cobertura de salud pública.

Existen en el grupo de los adolescentes otras diferencias que son exclusivas de este grupo etario: Se registran valores mayores entre aquellos que pertenecen a los quintiles de ingresos del hogar por unidad consumidora medios y alto con respecto a los más bajos y, aquellos que concurren a establecimientos educativos de modalidad privada pasan más tiempo (5,8hs) con respecto a los de modalidad estatal (4,8hs).

El análisis del porcentaje de NNyA que dedican más de 3 horas diarias en comportamientos sedentarios frente a la pantalla se realizó a partir de los 6 años y se observó que 4 de cada 10 NyN de entre 6 y 12 años dedica más de 3 horas al día a estar sentados frente a pantalla y los adolescentes duplican ese porcentaje. La diferencia entre grupos de edad, así como la diferencia entre sexos en el grupo de 6 a 12 años está en línea con datos publicados por el observatorio de la UCA (20) y vemos que en la adolescencia la diferencia entre sexo que se observa en este documento está en línea con la EMSE 2018 (18).

Datos internacionales sugieren que el comportamiento sedentario frente a la pantalla está correlacionado positivamente con el nivel de desarrollo del país, siendo un problema mayor en países de altos y muy altos ingresos. En los países de bajos y medianos ingresos el sedentarismo se incrementa a medida que el desarrollo económico aumenta, lo que permite el acceso a dispositivos electrónicos (21). Por lo tanto, resulta clave comenzar a promover acciones tendientes a reducir el comportamiento sedentario en nuestro país acompañando las políticas de desarrollo económico.

#### **Actividad física:**

Hay suficiente evidencia científica que sustenta la idea de que alcanzar las recomendaciones mundiales sobre actividad física en la niñez y adolescencia es un factor determinante en la salud en su dimensión, física, psíquica y social (22). El indicador de actividad física global nos brinda información específica sobre el cumplimiento de las recomendaciones mundiales según la edad. En el presente estudio, por cuestiones metodológicas, analizamos a partir del grupo de los 6 años en la población escolarizada. Los resultados mostraron que más de la mitad de los NyN de entre 6 y 12 años del país no cumple con las recomendaciones mundiales sobre actividad física, y si bien hay una tendencia a que las niñas son menos físicamente activas que los niños, no alcanza la significatividad estadística. Respecto a la región, la mayor prevalencia de NyN inactivos se registra en la región Patagónica y la menor en el NEA. Además, el quintil de ingresos por unidad consumidora más alto registra el porcentaje más alto de NyN inactivos respecto a los medio-bajo y bajo. Respecto a los adolescentes, 8 de cada 10 son insuficientemente activos, y además se observa una marcada diferencia con relación al sexo, siendo las mujeres menos activas que los varones.

Estos resultados están en línea con los datos internacionales que muestran que tanto en NyN como en adolescentes (6)(21) este es un problema universal y se deberían realizar todos los esfuerzos colectivos posibles para desarrollar sistemas de vigilancia consensuados adaptados a los diferentes contextos, así como implementar estrategias específicas de promoción de la actividad física en NNYA por ser una prioridad en especial en países en desarrollo.

Cuando se analiza la actividad física por dominios, se observa que la actividad física en el transporte es realizada por 6 de cada 10 NNYA, siendo de todos los dominios el más elegido por la mayor parte de la población encuestada. En línea con los datos presentados en este documento, los resultados internacionales muestran que tanto en países de bajos, medianos como de altos ingresos el transporte activo también ha registrado los valores más altos con respecto a otros dominios de actividad física. Las causas son atribuibles a contextos culturales y económicos específicos, es decir, en países de bajos y medianos ingresos el transporte activo puede corresponder con una necesidad más que una elección como lo es en los países de ingresos altos. En este sentido, el desafío es mantener este comportamiento, aunque el desarrollo económico aumente y así el acceso al transporte motorizado (23).

La actividad física en el hogar que se realiza frente a la pantalla es la opción menos utilizada en nuestro país, siendo aproximadamente un 3% para el grupo de los de 2 y 3 años y los adolescentes y cerca de un 6% para los grupos que incluyen las edades centrales de entre 4 y 12 años. Sin embargo, quien elige esta modalidad para realizar actividad física lo hace en entre una hora y máximo una hora y media. Si bien existen estudios que han evidenciado el potencial de los juegos frente a pantalla para aumentar el gasto energético (24), parece ser una modalidad muy poco utilizada en Argentina.

La actividad física realizada de manera libre en el hogar, sin pantalla, es elegida por 5 de cada 10 NNYA de entre 2 y 12 años, mientras que disminuye a 2 de cada 10 para los adolescentes. Los NyN de 2 y 3 años pasan casi dos horas en estas actividades, mientras que va disminuyendo a medida que aumenta la edad, siendo para los adolescentes 46,5 min diarios.

Durante el dominio del tiempo libre, 5 de cada 10 NyN de entre 4 y 12 años eligen hacer actividad física no organizada (juego libre) y este porcentaje es menor en los de 2 y 3 años y en los de 13 a 17 años. Este es el dominio menos medido a nivel mundial, y en los países de los cuales se tienen datos se observan diferencias metodológicas, de todas maneras, el juego activo libre durante el tiempo libre podría ir desapareciendo paulatinamente. Las amenazas podrían ser el reemplazo por el tiempo frente a la pantalla en países desarrollados, por otras tareas o trabajo en países en desarrollo (21). Para facilitar este tipo de oportunidades, es necesario que los entornos sociales sean amigables, en términos de "caminabilidad", seguros, equitativos y accesibles a los espacios donde NNYA puedan realizar actividades físicas como parques, plazas o cualquier espacio abierto a la práctica de actividad física de manera libre, es decir no estructurada, no guiada. Entre las posibles barreras se detallan, la insuficiente cantidad de plazas y centros de deportes, la cercanía a esos lugares, la contaminación ambiental y la inseguridad (19).

Respecto a la actividad física organizada, solo un cuarto de la población de NNyA de entre 6 y 17 años está involucrada en este tipo de propuestas, y es menor para los de 4 y 5 años y casi nulo para los de 2 y 3 años y es una oportunidad muy valiosa para alcanzar las recomendaciones de actividad física para la edad (25). Estos resultados están en línea con la idea de que este indicador requiere de oportunidades asequibles, espacios, instalaciones, equipamiento, y supervisión y así representa un desafío para países en desarrollo (26).

En la escuela la mayor parte de la población de NNyA realiza actividades físicas, sin embargo, el tiempo que pasan en estas actividades debería ser más alto para cumplir las recomendaciones mundiales diarias. La escuela es dentro del modelo ecológico de promoción de la actividad física en NNyA el nivel institucional principal (27). El Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación de la Nación en la Guía de Entornos Escolares Saludables (28) describe las diferentes oportunidades que puede ofrecer la escuela en la promoción de una vida físicamente activa, ya sea en a) oportunidades curriculares, sea esta la materia educación física como las demás asignaturas, b) oportunidades extracurriculares como los recreos activos, y otras propuestas propias del proyecto de desarrollo institucional y c) oportunidades extraescolares, como el uso de las instalaciones y propuestas fuera del horario de clases. Todas estas oportunidades pensadas con enfoque de inclusión, enfatizando la necesidad de formación en el área y de la mejora de instalaciones y espacios para que todos los NNyA puedan realizar actividad física todos los días. En este sentido, la escuela es la institución más importante para acompañar con políticas de promoción de actividad física a nivel escolar potenciando todas las oportunidades que se enunciaron anteriormente. Por otro lado, la asignatura educación física es clave en impulsar la alfabetización física para que los NNyA puedan desenvolver habilidades físicas fundamentales y el aprendizaje, los hábitos, las actitudes y el disfrute frente a una vida más físicamente activa (29).

A modo de cierre podemos decir que acompañar a que los NNyA alcancen las recomendaciones mundiales sobre la actividad física debe ser prioridad en todas las políticas de nuestro país que puedan contribuir a que sean más físicamente activos y de esa forma tengan una vida más saludable.

## Bibliografía

1. Saunders, T. J., Gray, C. E., Poitras, V. J., Chaput, J. P., Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., ... & Carson, V. (2016). Combinations of physical activity, sedentary behaviour and sleep: relationships with health indicators in school-aged children and youth. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 41(6), S283-S293.
2. Unicef (2004). Deporte, recreación y juego.
3. World Health Organization. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance.
4. World Health Organization. (2009). Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization.
5. Aguilar-Farias, N., Martino-Fuentealba, P., Carcamo-Oyarzun, J., Cortinez-O’Ryan, A., Cristi-Montero, C., VonOetinger, A., & Sadarangani, K. P. (2018). A regional vision of physical activity, sedentary behaviour and physical education in adolescents from Latin America and the Caribbean: results from 26 countries. *International journal of epidemiology*, 47(3), 976-986.
6. Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2020). Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1·6 million participants. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(1), 23-35.
7. Ministerio de Salud de la Nación (2013). Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. “2° Encuesta Mundial de Salud Escolar. Argentina. Año 2012”.
8. Tremblay, M. S., Colley, R. C., Saunders, T. J., Healy, G. N., & Owen, N. (2010). Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. *Applied physiology, nutrition, and metabolism*, 35(6), 725-740.
9. Tremblay, M. S., LeBlanc, A. G., Janssen, I., Kho, M. E., Hicks, A., Murumets, K., ... & Duggan, M. (2011). Canadian sedentary behaviour guidelines for children and youth. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 36(1), 59-6
10. Chaput, J. P., Gray, C. E., Poitras, V. J., Carson, V., Gruber, R., Olds, T., ... & Tremblay, M. S. (2016). Systematic review of the relationships between sleep duration and health indicators in school-aged children and youth. *Applied physiology, nutrition, and metabolism*, 41(6), S266-S282.
11. Tremblay, M. S., Carson, V., Chaput, J. P., Connor Gorber, S., Dinh, T., Duggan, M., ... & Zehr, L. (2016). Canadian 24-hour movement guidelines for children and youth: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 41(6), S311-S327.

12. González, S. A., Barnes, J. D., Abi Nader, P., Tenesaca, D. S. A., Brazo-Sayavera, J., Galaviz, K. I., ...& Tremblay, M. S. (2018). Report card grades on the physical activity of children and youth from 10 countries with high human development index: Global Matrix 3.0. *Journal of physical activity and health*, 15(s2), S284-S297.
13. Tomfohr-Madsen, L., Cameron, E. E., Dhillon, A., MacKinnon, A., Hernandez, L., Madigan, S., & Tough, S. (2020). Neighborhood socioeconomic status and child sleep duration: A systematic review and meta-analysis. *Sleephealth*, 6(5), 550-562.
14. Doane, L. D., Breitenstein, R. S., Beekman, C., Clifford, S., Smith, T. J., & Lemery-Chalfant, K. (2019). Early life socioeconomic disparities in children's sleep: The mediating role of the current home environment. *Journal of youth and adolescence*, 48(1), 56-70.
15. Felden, É. P. G., Leite, C. R., Rebelatto, C. F., Andrade, R. D., & Beltrame, T. S. (2015). Sleep in adolescents of different socioeconomic status: a systematic review. *Revista Paulista de Pediatria*, 33(4), 467-473.
16. Carson, V., Hunter, S., Kuzik, N., Gray, C. E., Poitras, V. J., Chaput, J. P., ... & Tremblay, M. S. (2016). Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. *Applied physiology, nutrition, and metabolism*, 41(6), S240-S265.
17. Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., ... & Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British journal of sports medicine*, 54(24), 1451-1462.
18. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019a). Encuesta Mundial de Salud Escolar. Resumen Ejecutivo Total Nacional 2018.
19. Moradi, G., Mostafavi, F., Azadi, N., Esmaeilnasab, N., & Nouri, B. (2016). Evaluation of screen time activities and their relationship with physical activity, overweight and socioeconomic status in children 10-12 years of age in Sanandaj, Iran: A cross-sectional study in 2015. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 30, 448.
20. Laiño, F., Tuñón, I., & Coll, A. (2015). Oportunidades para el juego en movimiento: niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años en la Argentina urbana.
21. Aubert, S., Barnes, J. D., Abdeta, C., Abi Nader, P., Adeniyi, A. F., Aguilar-Farias, N., ... & Tremblay, M. S. (2018). Global matrix 3.0 physical activity report card grades for children and youth: results and analysis from 49 countries. *Journal of physical activity and health*, 15(s2), S251-S273.
22. Janssen, I., & LeBlanc, A. G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 7(1), 1-16.
23. Salvo, D., Reis, R. S., Sarmiento, O. L., & Pratt, M. (2014). Overcoming the challenges of conducting physical activity and built environment research in Latin America: IPEN Latin America. *Preventive medicine*, 69, S86-S92.

24. Biddiss, E., & Irwin, J. (2010). Active video games to promote physical activity in children and youth: a systematic review. *Archives of pediatrics&adolescent medicine*, 164(7), 664-672.
25. Jago, R., Macdonald-Wallis, C., Solomon-Moore, E., Janice, L. T., Debbie, A. L., & Simon, J. S. (2017). Associations between participation in organised physical activity in the school or community outside school hours and neighbourhood play with child physical activity and sedentary time: a cross-sectional analysis of primary school-aged children from the UK. *BMJ open*, 7(9), e017588.
26. Tremblay, M. S., Gray, C. E., Akinroye, K., Harrington, D. M., Katzmarzyk, P. T., Lambert, E. V., ...&Tomkinson, G. (2014). Physical activity of children: a global matrix of grades comparing 15 countries. *Journal of physicalactivity and health*, 11(s1), S113-S125.
27. Ward, D. S., Saunders, R. P., & Pate, R. R. (2007). *Physical activity interventions in children and adolescents*. New World Library.
28. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019b). *Guía de Entornos Escolares Saludables*.
29. McLennan, N., & Thompson, J. (2015). *Educación Física de calidad: guía para los responsables políticos*. UNESCO Publishing

## Tablas

**Tabla 5.1:** Resumen indicadores NN de 2 a 17 años. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Dimensión	Indicador	NN de 2 a 3 años no escolarizados			NN de 4 a 5 años escolarizados			NN de 6 a 12 años escolarizados			Adolescentes de 13 a 17 años escolarizados		
		Estimación	IC95%		Estimación	IC95%		Estimación	IC95%		Estimación	IC95%	
			LI	LS		LI	LS		LI	LS		LI	LS
Sueño	Promedio horas/día de sueño	10,3	10,2	10,5	9,7	9,5	9,9	9,1	9,0	9,2	8,4	8,3	8,6
	Porcentaje sueño insuficiente	42,8	38,0	47,6	31,9	26,9	37,3	41,3	38,1	44,7	43,7	39,8	47,6
Comportamiento sedentario	Promedio hs/día frente a pantalla sin juego	2,2	2,0	2,3	2,6	2,4	2,7	2,8	2,7	2,9	3,8	3,6	4,0
	Promedio hs/día frente a pantalla con juego	0,4	0,3	0,5	0,7	0,5	0,8	1,2	1,1	1,3	1,2	1,1	1,4
	Promedio hs/día frente a pantalla total	2,5	2,4	2,7	3,2	3,0	3,5	3,9	3,8	4,1	5,0	4,8	5,2
	Porcentaje sentado 3 o más hs/día	---			---			37,3	34,0	40,8	74,6	71,1	77,8
Transporte activo	Porcentaje que realiza TA	55,9	50,6	61,0	63,3	57,7	68,6	58,6	54,6	62,6	68,1	64,4	71,6
	Promedio minutos/día TA en días hábiles	62,1	52,2	71,9	36,5	31,7	41,3	45,5	41,7	49,2	40,3	35,1	45,5
	Promedio minutos/día TA en fin de semana	60,5	50,3	70,7	37,4	31,0	43,9	44,4	38,7	50,0	31,8	25,6	38,0
	Promedio minutos/día TA toda la semana	61,6	51,8	71,4	36,8	31,7	41,9	45,1	41,1	49,2	37,8	32,5	43,2
AF en el hogar libre	Porcentaje que realiza AF-HO	45,5	40,8	50,3	48,3	43,1	53,6	47,3	43,5	51,2	17,5	14,6	20,9
	Promedio minutos/día AF-HO en días hábiles	116,2	99,0	133,3	90,8	79,8	101,8	70,4	64,3	76,4	46,4	42,6	50,2
	Promedio minutos/día AF-HO en fin de semana	118,8	102,0	135,6	95,2	84,1	106,3	80,8	72,7	88,8	47,0	41,0	52,9
	Promedio minutos/día AF-HO toda la semana	116,9	100,3	133,6	92,1	81,4	102,7	73,3	67,0	79,7	46,5	42,5	50,6

Continuación de la Tabla 5.1

Dimensión	Indicador	NN de 2 a 3 años no escolarizados			NN de 4 a 5 años escolarizados			NN de 6 a 12 años escolarizados			Adolescentes de 13 a 17 años escolarizados		
		Estimación	IC95%		Estimación	IC95%		Estimación	IC95%		Estimación	IC95%	
			LI	LS		LI	LS		LI	LS		LI	LS
<b>AF en el hogar frente a pantalla</b>	Porcentaje que realiza AF-HOP	2,7	1,7	4,3	6,3	4,2	9,4	6,1	4,7	7,8	3,3	2,2	4,9
	Promedio minutos/día AF-HOP en días hábiles	93,5	70,8	116,3	76,4	56,4	96,5	75,2	54,5	95,9	62,3	52,6	72,0
	Promedio minutos/día AF-HOP en fin de semana	85,0	70,2	99,8	80,9	60,6	101,2	80,8	63,7	97,8	113,5	99,8	127,2
	Promedio minutos/día AF-HOP toda la semana	91,1	70,7	111,5	77,7	57,6	97,8	76,8	58,1	95,5	76,9	66,5	87,3
<b>AF en el tiempo libre no organizada</b>	Porcentaje que realiza AF-TL	38,4	33,4	43,8	49,6	43,4	55,8	50,9	46,7	55,2	29,5	25,7	33,7
	Promedio minutos/día AF-TL en días hábiles	77,9	67,0	88,9	52,4	46,2	58,6	56,6	52,8	60,4	48,8	43,6	54,0
	Promedio minutos/día AF-TL en fin de semana	86,8	75,5	98,0	79,7	70,6	88,9	75,8	69,6	82,1	55,9	50,9	60,9
	Promedio minutos/día AF-TL toda la semana	80,4	69,7	91,2	60,2	53,7	66,7	62,1	58,0	66,2	50,8	46,7	54,9
<b>AF en el tiempo libre organizada</b>	Porcentaje que realiza AF-TLO	3,5	1,8	6,9	12,5	9,4	16,5	27,6	25,2	30,2	22,6	19,3	26,4
	Promedio minutos/día AF-TLO en días hábiles	17,8	--	--	32,6	29,2	36,0	44,0	41,1	46,9	54,2	46,9	61,5
	Promedio minutos/día AF-TLO en fin de semana	5,4	--	--	13,6	10,0	17,1	22,3	17,6	27,1	38,0	29,9	46,2
	Promedio minutos/día AF-TLO toda la semana	14,3	--	--	27,2	25,1	29,2	37,8	35,5	40,2	49,6	43,7	55,5

Continuación de la Tabla 5.1

Dimensión	Indicador	NN de 2 a 3 años no escolarizados			NN de 4 a 5 años escolarizados			NN de 6 a 12 años escolarizados			Adolescentes de 13 a 17 años escolarizados		
		Estimación	IC95%		Estimación	IC95%		Estimación	IC95%		Estimación	IC95%	
			LI	LS		LI	LS		LI	LS		LI	LS
<b>AF en escuela</b>	Porcentaje que realiza AF-ES	---			---			95,4	94,1	96,4	87,9	85,0	90,4
	Promedio minutos/día AF-ES en días hábiles							21,7	20,8	22,6	26,1	25,1	27,2
	Promedio minutos/día AF-ES en fin de semana							2,8	1,9	3,7	2,8	0,4	5,2
	Promedio minutos/día AF-ES toda la semana							16,3	15,6	17,0	19,5	18,5	20,5
<b>Fortalecimiento Muscular</b>	Porcentaje que realiza FM	---			---			8,6	7,2	10,3	21,5	18,3	25,1
<b>AF mínima OMS (60 min diarios t/días)</b>	Porcentaje de inactivos	---			---			56,1	51,6	60,4	81,3	78,3	84,0

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior

**Tabla 5.2:** Indicadores seleccionados de sueño y comportamiento sedentario en población no escolarizada de 2 a 3 años, según características sociodemográficas. ENNyS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		Sueño						Comportamiento sedentario		
		Promedio horas/día de sueño			Porcentaje sueño insuficiente			Promedio hs/día frente a pantalla total		
		X̄	IC 95%		%	IC 95%		X̄	IC 95%	
			LI	LS		LI	LS		LI	LS
<b>Total</b>		<b>10,3</b>	<b>10,2</b>	<b>10,5</b>	<b>42,8</b>	<b>38,0</b>	<b>47,6</b>	<b>2,5</b>	<b>2,4</b>	<b>2,7</b>
<b>Sexo</b>	Mujer	10,2	9,9	10,5	44,1	37,4	51,1	2,6	2,3	2,8
	Varón	10,5	10,2	10,7	41,6	35,1	48,4	2,5	2,3	2,8
<b>Nivel educativo jefe/a hogar</b>	Hasta secundario incompleto	10,4	10,1	10,6	40,4	34,8	46,1	2,4	2,2	2,6
	Secundario completo o más	10,3	10,0	10,6	47,1	40,1	54,3	2,8	2,5	3,1
<b>Cobertura de salud</b>	Solo pública	10,5	10,2	10,7	39,8	34,4	45,5	2,5	2,3	2,7
	OS o prepaga	10,1	9,9	10,4	48,8	41,7	55,8	2,6	2,4	2,9

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **OS:** Obra Social

**Tabla 5.3:** Indicadores seleccionados de sueño y comportamiento sedentario en población escolarizada de 4 a 5 años (que se encontraba en ciclo lectivo al momento de la encuesta), según características.

Variables y categorías		Sueño						Comportamiento sedentario		
		Promedio horas/día de sueño			Porcentaje sueño insuficiente			Promedio hs/día frente a pantalla total		
		X̄	IC 95%		%	IC 95%		X̄	IC 95%	
			LI	LS		LI	LS		LI	LS
<b>Total</b>		<b>9,7</b>	<b>9,5</b>	<b>9,9</b>	<b>31,9</b>	<b>26,9</b>	<b>37,3</b>	<b>3,2</b>	<b>3,0</b>	<b>3,5</b>
<b>Sexo</b>	Mujer	9,8	9,5	10,0	27,5	20,6	35,5	2,7	2,5	3,0
	Varón	9,7	9,4	9,9	36,3	30,3	42,8	3,7	3,4	4,1
<b>Nivel educativo jefe/a hogar</b>	Hasta secundario incompleto	9,8	9,5	10,0	32,4	25,1	40,7	3,5	3,1	3,9
	Secundario completo o más	9,6	9,4	9,9	31,7	25,0	39,2	3,0	2,8	3,2
<b>Cobertura de salud</b>	Solo pública	9,6	9,3	9,9	36,3	29,8	43,4	3,1	2,8	3,4
	OS o prepaga	9,8	9,6	10,0	28,1	21,6	35,7	3,3	3,0	3,7
<b>Tipo de establecimiento educativo</b>	Establecimiento estatal	9,6	9,4	9,9	34,8	28,7	41,5	3,3	3,0	3,6
	Establecimiento privado	9,9	9,7	10,1	23,2	17,6	29,8	3,0	2,6	3,4

*IC95%: Intervalo de confianza del 95%; LI: Límite inferior; LS: Límite superior; OS: Obra Social*

**Tabla 5.4:** Indicadores seleccionados de sueño, comportamiento sedentario y actividad física de la población escolarizada de 6 a 12 años (que se encontraba cursando al momento de la encuesta), según características sociodemográficas. ENNS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías	Sueño						Comportamiento sedentario						AF mínima OMS		
	Promedio horas/día de sueño			Porcentaje sueño insuficiente			Promedio hs/día frente a pantalla total			Porcentaje sentado 3 o más hs/día			Porcentaje de inactivos		
	X̄	IC 95%		%	IC 95%		X̄	IC 95%		%	IC 95%		%	IC 95%	
		LI	LS		LI	LS		LI	LS		LI	LS			
Total	9,1	9,0	9,2	41,3	38,1	44,7	3,9	3,8	4,1	62,7	59,2	66,0	56,1	51,6	60,4
Región	9,0	8,7	9,2	46,8	39,8	54,0	4,0	3,7	4,4	64,6	54,1	73,9	60,2	47,7	71,4
	9,2	9,0	9,3	42,2	35,4	49,2	4,0	3,7	4,3	63,0	57,9	67,9	48,1	39,9	56,3
	9,1	8,9	9,3	34,9	28,2	42,3	3,4	3,1	3,7	55,1	48,9	61,3	40,9	33,9	48,3
	9,3	9,1	9,5	37,7	32,2	43,6	4,0	3,6	4,3	62,4	56,2	68,2	67,9	62,7	72,7
	9,5	9,3	9,6	30,1	25,6	35,1	3,5	3,2	3,8	60,2	54,4	65,7	67,3	61,9	72,3
Sexo	8,9	8,8	9,1	44,0	38,2	50,1	4,3	4,0	4,7	67,6	60,3	74,2	70,2	62,8	76,7
	9,2	9,0	9,3	39,8	36,0	43,7	3,4	3,3	3,6	55,2	50,7	59,5	60,4	54,2	66,2
Nivel educativo jefe/a hogar	9,1	9,0	9,2	42,7	38,3	47,3	4,4	4,2	4,6	69,4	65,1	73,3	52,3	47,3	57,2
	9,2	9,1	9,4	38,8	34,0	43,8	3,8	3,5	4,0	57,5	52,6	62,3	53,8	48,4	59,1
Cobertura de salud	9,0	8,9	9,1	44,4	40,3	48,6	4,2	3,9	4,4	68,8	64,5	72,8	58,7	53,0	64,1
	9,3	9,1	9,4	36,8	31,7	42,2	3,6	3,4	3,9	57,3	51,2	63,1	51,7	45,4	58,0
Quintil de ingresos del hogar por UC	9,0	8,9	9,1	45,5	41,6	49,6	4,2	4,0	4,4	67,7	64,0	71,2	60,2	55,2	65,1
	9,2	9,1	9,4	38,9	33,4	44,7	3,8	3,5	4,1	58,1	51,2	64,6	50,3	41,8	58,8
	9,2	9,0	9,5	40,2	34,0	46,7	3,9	3,5	4,3	62,2	56,9	67,2	54,1	47,8	60,3
	9,0	8,8	9,3	41,0	34,8	47,6	4,2	3,9	4,5	65,2	58,7	71,2	52,5	45,3	59,6
	9,0	8,8	9,3	44,3	36,7	52,2	4,0	3,6	4,3	69,4	63,7	74,6	61,4	54,5	67,8
Tipo de establecimiento educativo	8,9	8,7	9,1	45,6	39,4	52,0	4,0	3,7	4,3	62,1	56,2	67,6	71,3	65,5	76,4
	9,1	9,0	9,3	40,3	36,0	44,7	3,8	3,6	4,0	61,1	56,9	65,1	53,8	49,0	58,5
Establecimiento privado	9,1	8,9	9,2	44,7	38,2	51,4	4,3	4,0	4,5	67,6	61,8	72,9	63,1	56,1	69,6

IC95%: Intervalo de confianza del 95%; LI: Límite inferior; LS: Límite superior; OS: Obra Social; UC: Unidad consumidora; Q: Quintil

**Tabla 5.5:** Indicadores seleccionados de sueño, comportamiento sedentario y actividad física de la población escolarizada de 13 a 17 años (que se encontraba cursando al momento de la encuesta), según características sociodemográficas. ENNSYS 2. Argentina, 2018-2019.

Variables y categorías		Sueño						Comportamiento sedentario						AF mínima OMS		
		Promedio horas/día de sueño			Porcentaje sueño insuficiente			Promedio hs/día frente a pantalla total			Porcentaje sentado 3 o más hs/día			Porcentaje de inactivos		
		Ī	LI	LS	%	IC 95%	LI	LS	Ī	LI	LS	%	IC 95%	LI	LS	
Región	Total	8,4	8,3	8,6	43,7	39,8	47,6	5,0	4,8	5,2	74,6	71,1	77,8	81,3	78,3	84,0
	GBA	8,5	8,2	8,8	42,1	32,9	51,9	5,6	5,2	6,1	78,2	68,8	85,4	85,3	76,8	91,0
	Centro	8,2	8,0	8,4	50,1	43,6	56,6	4,9	4,5	5,4	75,8	69,1	81,5	75,7	69,3	81,2
	NEA	8,6	8,3	9,0	38,8	32,1	46,0	4,3	3,9	4,8	65,0	57,1	72,2	81,9	75,1	87,2
	NOA	8,4	8,2	8,7	41,5	34,6	48,7	4,5	4,1	4,9	72,6	67,0	77,6	80,6	76,4	84,2
	Cuyo	9,1	8,9	9,4	26,2	20,0	33,6	4,6	4,2	4,9	69,3	65,3	73,0	82,8	76,7	87,5
	Patagonia	8,1	7,9	8,4	50,4	42,6	58,1	5,2	4,6	5,8	77,3	70,7	82,8	86,9	80,7	91,3
	Mujer	8,4	8,2	8,5	42,3	37,4	47,3	4,9	4,5	5,2	72,0	68,0	75,7	88,1	84,5	90,9
	Varón	8,4	8,2	8,6	44,8	39,7	50,1	5,1	4,8	5,5	76,8	71,2	81,5	75,5	70,1	80,3
	Nivel educativo jefe/a hogar	Hasta secundario incompleto	8,6	8,4	8,8	39,3	33,9	44,9	4,8	4,4	5,1	71,3	65,6	76,3	79,9	75,5
Secundario completo o más		8,2	8,0	8,3	49,4	43,9	55,0	5,4	5,0	5,7	79,0	72,7	84,1	83,6	78,2	87,9
Cobertura de salud	Solo pública	8,6	8,4	8,8	38,5	33,4	43,9	4,6	4,3	4,9	69,3	63,9	74,2	82,1	77,9	85,6
	OS o prepaga	8,3	8,0	8,5	47,8	42,2	53,4	5,3	5,0	5,5	78,3	73,8	82,3	80,7	76,0	84,6
Quintil de ingresos del hogar por UC	Q1 (Bajo)	8,6	8,4	8,8	37,0	31,1	43,3	4,3	4,0	4,6	66,3	60,9	71,4	85,5	80,1	89,6
	Q2 (Medio-bajo)	8,6	8,2	9,1	39,9	29,7	51,1	4,7	4,4	5,1	71,5	63,2	78,6	74,3	64,5	82,2
	Q3 (Medio)	8,5	8,2	8,7	43,1	35,8	50,7	5,6	5,1	6,1	80,5	70,5	87,6	83,7	75,3	89,5
	Q4 (Medio-alto)	8,1	7,9	8,3	48,6	39,2	58,0	5,9	5,3	6,5	79,5	71,8	85,5	88,8	83,5	92,5
	Q5 (Alto)	8,0	7,7	8,2	57,3	49,5	64,7	5,1	4,7	5,5	80,9	74,2	86,2	74,4	64,9	82,1
Tipo de establecimiento educativo	Establecimiento estatal	8,6	8,4	8,7	41,2	37,1	45,3	4,8	4,5	5,1	72,6	68,2	76,6	80,6	76,6	84,0
	Establecimiento privado	7,9	7,7	8,1	52,6	44,7	60,4	5,8	5,3	6,4	81,3	76,0	85,7	83,9	77,2	88,9

**IC95%:** Intervalo de confianza del 95%; **LI:** Límite inferior; **LS:** Límite superior; **OS:** Obra Social; **UC:** Unidad consumidora; **Q:** Quintil

# Anexo

## Glosario y Recomendaciones mundiales sobre actividad física, comportamiento sedentario y sueño

### Glosario

#### **Actividad física:**

Es el movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que genera un gasto de energía. En los NNyA más pequeños, esto puede incluir caminar, gatear, correr, saltar, hacer equilibrios, trepar, subirse a objetos o saltar sobre ellos, bailar, subirse a juguetes con ruedas, ir en bicicleta, saltar la soga, etc. A medida que van creciendo las actividades físicas que los NNyA pueden hacer se encuentran en juegos, deportes, desplazamientos, actividades recreativas, educación física o ejercicios programados, en el contexto de la familia, la escuela o las actividades comunitarias. Estas actividades pueden reagruparse según el dominio en actividades en el hogar, en la escuela, en los desplazamientos y en el tiempo libre.

Las actividades físicas de intensidad moderada son aquellas que involucran un gasto energético de entre  $> 3$  y  $\leq 6$  METS, es decir, de más de 3 y hasta 6 veces el gasto de energía en estado de reposo.

Las actividades físicas de intensidad elevada son aquellas  $> 6$  METS, es decir aquellas de más de 6 veces el estado de reposo.

Este tipo de actividades de intensidad moderada a elevada incluye por ejemplo, caminar enérgicamente, saltar, ir en bicicleta, patinar, trepar, correr en los juegos con elementos (ej. Pelota), nadar, bailar, hacer deporte, ejercicios de fuerza, etc. Durante estas actividades, aumenta la temperatura corporal, el ritmo cardíaco y respiratorio sustancialmente, por lo que podemos ver que los NNyA se acaloran y se quedan sin aliento.

Las actividades de intensidad leve son aquellas que involucran un gasto energético  $>$  de 1.5 y  $<$  3 METS, es decir, las actividades con gasto de energía mayor a 1,5 y menor de 3 veces el gasto en estado de reposo. En los NNyA, esto puede incluir caminar lentamente, bañarse, u otras actividades que no dan lugar a que se acaloren o se queden sin aliento.

#### **Comportamiento sedentario:**

Es cualquier actividad realizada por el individuo en posición sentada, reclinada o recostada con un gasto energético  $\leq 1.5$  METS cuando está despierto, es decir cercano al reposo. En los menores de 5 años, incluye el tiempo transcurrido sujetados a un asiento de automóvil, una sillita de comer, una silla para hamacar, un cochecito de paseo, o bien a un dispositivo de transporte o a la espalda con el cuidador. En los NNyA de entre 5 y 17 años, estas actividades se pueden encontrar en el contexto escolar, en el hogar, en los transportes y mientras se hace uso del tiempo libre. Dentro del este grupo podemos diferenciar aquellas actividades sedentarias que se realizan frente a pantalla y aquellas que no.

**Comportamiento sedentario sin pantalla:**

Generalmente hace referencia al tiempo transcurrido en posición sentada, sin usar entretenimientos que impliquen una pantalla. En los NN más pequeños, esto incluye estar acostados en una manta en el piso, permanecer recostados en la cama, sentado en una sillita alta para bebé o en el cochecito con poco movimiento, estar sentado leyendo un libro o jugando un juego tranquilo, a medida que van creciendo estas actividades pueden encontrarse cuando están sentados o recostados escuchando música, haciendo tareas del colegio, escribiendo, dibujando, leyendo, haciendo actividades manuales, entre otras.

**Comportamiento sedentario frente a pantalla:**

Tiempo transcurrido mirando pasivamente algún pasatiempo en una pantalla (televisión, computadora, dispositivos móviles). No incluye juegos activos que impliquen una pantalla y requieren de movimiento, estos forman parte del grupo de actividades físicas.

**Comportamiento asociado al sueño:**

Duración y programación del sueño. En los menores de 5 años, incluye tanto las siestas diurnas como nocturnas.

## Recomendaciones sobre actividad física, comportamiento sedentario y sueño para niños, niñas y adolescentes.

Hemos reagrupado las recomendaciones de modo que puedan leerse junto con los resultados de esta encuesta, ajustando los rangos de edad a aquellos elegidos metodológicamente para este trabajo.

**Niños y niñas (NyN) de entre 2 y 5 años:**

- *Actividad física:*

Se recomienda que los NyN de 2 años, realicen al menos 180 minutos diarios de diversos tipos de actividad física de cualquier intensidad, incluida la actividad física de intensidad moderada a elevada, distribuidos a lo largo del día; cuanto más mejor. Para los NyN de entre 3 y 4 años se espera que al menos 1 de las 3 horas recomendadas sean realizadas a una intensidad moderada a elevada, distribuidos a lo largo del día. A los 5 años la recomendación es de 1 hora de actividad física a intensidad moderada a elevada todos los días y en al menos 3 días a la semana incluir actividades intensas para fortalecer músculos y huesos.

En cualquier caso, cuanto mayor actividad física se realice, mejor.

- *Comportamiento sedentario:*

Se recomienda que no permanezcan inmovilizados más de 1 hora seguida (por ejemplo, en cochecitos, sillitas altas para bebés o sujetos a la espalda de un cuidador) o sentados largos períodos de tiempo.

Los NyN de entre 2 y 4 años no deben permanecer inactivos frente a una pantalla más de 1 hora, mientras que los de 5 años no más de 2 horas. En cualquier caso, cuanto menos tiempo en actividades sedentarias frente a pantalla pasen es mejor.

- **Sueño:**  
Se recomienda que duerman los NyN de 2 años entre 11 y 14 horas, los de 3 y 4 años entre 10 y 13 horas y las/os de 5 años entre 9 y 11 horas de sueño de buena calidad, incluidas las siestas, con horarios regulares para dormirse y despertarse.

### **Niños y niñas y adolescentes (NNyA) de entre 6 y 17 años:**

- **Actividad física:**  
Se recomienda invertir como mínimo 60 minutos diarios en actividades físicas de intensidad moderada a elevada. La actividad física por un tiempo superior a 60 minutos diarios reportará un beneficio aún mayor para la salud. La actividad física diaria debería ser, en su mayor parte, aeróbica.  
  
Además, se recomienda incorporar, como mínimo tres veces por semana, actividades de intensidad elevada que refuercen, en particular, los músculos y huesos.
- **Comportamiento sedentario:**  
Se recomienda reducir el comportamiento sedentario total y hacer interrupciones del mismo reemplazándolo por períodos de actividad física a intensidad leve. Se recomienda no permanecer más de 2 horas frente a pantallas durante el tiempo libre.
- **Sueño:**  
Se recomienda que NNyA de entre 6 y 13 años duerman entre 9 y 11 horas de sueño ininterrumpido, y para adolescentes de entre 14 y 17 años entre 8 y 10 horas de sueño nocturno con horarios constantes para acostarse y levantarse.

*Estas recomendaciones son válidas para todos los niños, niñas y adolescentes (NNyA) independientemente de su sexo, raza, origen étnico o nivel de ingresos. Estas recomendaciones incluyen, incluso aquellos NNyA que tenga alguna enfermedad crónica, salvo que el médico indique su limitación o contraindicación de manera total o parcial.*

*En el caso de los NNyA inactivos, se recomienda un aumento progresivo de la actividad para alcanzar finalmente el objetivo indicado. Es conveniente empezar con una actividad de intensidad leve y aumentar gradualmente con el tiempo la duración, la frecuencia y la intensidad. También hay que señalar que si los NNyA no realizan ninguna actividad física, cualquier actividad aunque sea inferior a los niveles recomendados será más beneficiosa que permanecer en comportamientos sedentarios.*

## Bibliografía

1. World Health Organization. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance.
2. World Health Organization. (2019). Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. World Health Organization.
3. Tremblay, M. S., Carson, V., Chaput, J. P., Connor Gorber, S., Dinh, T., Duggan, M., ...& Janssen, I. (2016). Canadian 24-hour movement guidelines for children and youth: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 41(6), S311-S327.



Ministerio de Salud  
**Argentina**

[argentina.gob.ar/salud](http://argentina.gob.ar/salud)  
**0800.222.1002**