
Posibilidades de monitoreo del derecho a la salud en los primeros años de vida en Argentina. Una lectura a partir del acceso a las prestaciones y servicios comprometidos

Eleonora Soledad Rojas Cabrera¹

Resumen

Este trabajo analiza las posibilidades de monitorear los servicios y prestaciones comprometidos por Argentina para efectivizar el derecho a la salud de los niños menores de 5 años, a partir de la adhesión a la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994), la Cumbre del Milenio (2000) y la Sesión Especial en Favor de la Infancia (2002).

Mediante el análisis de los planes de acción de las conferencias explicitadas y de sistemas de información validados nacional e internacionalmente, se identifican indicadores alusivos al tema, cuyas posibilidades de cálculo a nivel oficial se evalúan de acuerdo a los requisitos de periodicidad, desagregación y rendición de cuentas.

Los resultados acusan serias dificultades para dar seguimiento a los compromisos asumidos. Sin embargo, también evidencian esfuerzos progresivos para superarlas, conforme a los requerimientos establecidos por la comunidad internacional.

Palabras clave: niñez, derechos humanos, monitoreo del acceso a los servicios de salud, Argentina.

Abstract

Possibilities for monitoring the right to health in early childhood in Argentina. An analysis based on access to statutory benefits and services

This paper analyzes the possibilities of monitoring services and benefits committed by Argentina for realizing the under five years old children's right to health, since it has adhered to the Convention on the Rights of the Child (1989), the International Conference on Population and Development (1994), the Millennium Summit (2000) and the United Nations Special Session on Children (2002).

By analyzing action plans of conferences mentioned and information systems validated at national and international levels, we firstly identified indicators related to the subject. Then, we evaluate the possibilities of calculating them officially according to the requirements of regularity, disaggregation and accountability.

The results show serious difficulties to comply commitments. However, they also reveal progressive efforts to overcome them, following international requirements.

Keywords: childhood. Human Rights, monitoring the access to health care, Argentina.

1 Investigadora Asistente del CIECS (CONICET y UNC), <eleonorarojascabrera@gmail.com>.

Introducción

La salud de los niños constituye un derecho esencial contemplado en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de 1989, cuyo texto compromete a los Estados a garantizar su ejercicio de manera progresiva y con igualdad de oportunidades. Al respecto, se establece:

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios (CDN, artículo 24.1).

Posteriormente, diversas conferencias internacionales reafirman este enunciado y refuerzan sus intenciones al plantear objetivos y metas dirigidos a concretarlas. Entre ellas: a) la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994, a partir de la cual surgen dos programas de acción específicos de alcance regional: el programa asociado a la propia conferencia, y el Plan de Acción Regional Latinoamericano y de el Caribe sobre Población y Desarrollo (PAR) que, confeccionado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en 1996, conforma una adaptación del primero al contexto local; b) la Cumbre del Milenio de 2000, encuentro que da origen a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y la Sesión Especial en Favor de la Infancia de 2002, cuyo plan de acción se denomina Un Mundo Apropiado para los Niños (UMAN).

Lograr avances en el ejercicio del derecho a la salud de los niños supone, entre otras cuestiones, que estos accedan a los servicios y prestaciones que los Estados se comprometen a brindar a tal efecto, mediante su adhesión a la CDN y a las posteriores conferencias. Además, implica que dichos Estados produzcan la información necesaria para el monitoreo de tales compromisos².

Esta información debe, al menos, contar con periodicidad suficiente (para evaluar tendencias); admitir la desagregación por sectores sociales, geográficos y culturales (para identificar aquellos más desventajados en el acceso a las prestaciones); y respetar el principio de *rendición de cuentas*³. El cumplimiento de este último permite a las

2 En el caso de la CDN, tal obligación se desprende de lo establecido en el artículo 44.

3 Los tratados y conferencias que reconocen a los derechos humanos comparten un conjunto de principios comunes, sintetizados en el denominado Enfoque Basado en Derechos Humanos. Además del principio de rendición de cuentas (técnicamente, rendición de cuentas y transparencia), ligado a la publicación y difusión de la información, integran tal conjunto los principios: *los sujetos son titulares de derechos; la consideración prioritaria de los derechos humanos; la universalidad e indivisibilidad de*

personas conocer su situación con relación al ejercicio de sus derechos y, en caso de corresponder, exigir a los Estados que generen las condiciones adecuadas para su efectivización⁴.

Habida cuenta que Argentina adhiere a la CDN y las conferencias referidas, se propone investigar las posibilidades que ofrece la información producida en el ámbito oficial para el seguimiento del acceso a los servicios y prestaciones comprometidos en el caso de los niños que transitan los primeros años de vida (es decir, los comprendidos entre 0 y 4 años de edad). En otras palabras, se intenta dar respuesta a los siguientes interrogantes: ¿Permiten los datos disponibles conocer la dinámica del acceso a las prestaciones comprometidas? ¿Es posible identificar la medida en que dichas prestaciones llegan a todos los niños? ¿Se respeta el principio de rendición de cuentas?

Datos y métodos

A partir de la lectura sistemática de los planes de acción de las conferencias explicitadas, se intenta, en primer lugar, clasificar a las prestaciones y los servicios sanitarios comprometidos para los primeros años de vida de acuerdo a la temática a la que aluden. Al respecto, cabe realizar dos aclaraciones: a) en el caso de aquellas prestaciones incluidas en los ODM, se considera la adaptación de los objetivos y metas que se realiza a nivel nacional (Consejo de Coordinación de Políticas Sociales, CCPS, 2012a); b) dada la pérdida de vigencia en la actualidad, se desestiman los compromisos ligados a objetivos y metas cuyo plazo de concreción se estipula para años anteriores a 2001.

Una vez identificadas las áreas temáticas de interés, se procede a la búsqueda y selección de indicadores relacionados con ellas validados en los ámbitos internacional y nacional para el monitoreo de problemáticas vinculadas, conjuntamente, a la salud y niñez. Esta actividad incluye la revisión de indicadores contemplados:

- en el ámbito internacional: a) el Banco de datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia⁵, cuyas estadísticas de salud se

los derechos humanos; el empoderamiento y la participación de los sujetos de derecho; el avance y no retrocesión; y la igualdad y no discriminación. Para más información, consultar: Naciones Unidas (2003), Nyamu-Musembi y Cornwall (2004) y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACDH, 2006).

4 Debido a que la CDN es un instrumento internacional jurídicamente vinculante, el cumplimiento de las obligaciones que emanan de la misma puede ser exigido por vía judicial (CEPAL, 2013 y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF por sus siglas en inglés, sin fecha).

5 Disponible en: <<http://data.unicef.org/>>, (acceso 28 de septiembre de 2015).

basan en lineamientos establecidos en el seno de la Organización Mundial de la Salud (OMS); y b) la lista propuesta por la OMS para evaluar las prácticas de la alimentación en los primeros años de vida (OMS, 2009);

- en el ámbito nacional: a) la guía elaborada en el ámbito del CCPS (2012b) para dar seguimiento a la versión local de los ODM; y b) el Sistema Integrado de Indicadores Sociales y Económicos sobre la Niñez y la Adolescencia en la Argentina (SIISENA)⁶, elaborado de conjunto por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y el UNICEF.

Posteriormente, se evalúa la posibilidad de generar los indicadores seleccionados mediante el análisis de los cuestionarios y los resultados asociados a las siguientes fuentes oficiales de información confeccionadas a escala nacional:

- censos poblacionales: CP01 y CP10 correspondientes, respectivamente, a los años 2001 y 2010;
- encuestas a hogares: Encuesta Permanente de Hogares (EPH) y Encuesta Ampliada de Hogares Urbanos (EAHU);
- encuestas a poblaciones específicas: Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) 2001; Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDI) 2002/2003; Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI) 2004/2005; Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) 2004/2005; Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia (ECovNA) 2011/2012⁷; Encuesta de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes (EANNA) 2004 y 2006; Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR) 2013;
- estadísticas vitales (EEVV): Se consideran únicamente los registros de nacimientos sistematizados por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación y
- otros registros confeccionados por instituciones que también dependen del Ministerio de Salud de la Nación. A saber, los pertenecientes al Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (ProNaCEI), a la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSETS), al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) Dr. Emilio Coni y al Programa Nacional de Chagas (PNCH).

6 Disponible en: <<http://www.indec.gov.ar/>>, [acceso 14 de mayo de 2014].

7 Esta encuesta configura la versión local de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, por sus siglas en inglés) aplicada en otros países, por lo que sus resultados admiten comparaciones directas entre sí.

En el caso de los indicadores planteados a nivel internacional cuyo cálculo no es posible efectuar localmente (dada la inexistencia de los datos necesarios a tal efecto), se propone un indicador aproximado a partir de la información disponible.

Finalmente, se abordan las características de las fuentes de información en función de los interrogantes formulados en la introducción. En consonancia con estos últimos, esta tarea apunta a identificar la medida en que dichas fuentes cumplen con los requisitos de cobertura, periodicidad, desagregación y rendición de cuentas.

Resultados

La aplicación del primer paso metodológico permite identificar las áreas temáticas que ocupan un lugar central en los planes de acción referidos. Dichas áreas, convenientemente detalladas en el cuadro 1, reflejan las intenciones tanto de la comunidad internacional como del Estado argentino por conseguir que todos los niños: a) accedan a las prestaciones y servicios sanitarios comprometidos desde la concepción en el seno materno (vinculados a la atención prenatal); b) gocen de los servicios de inmunización; c) reciban una nutrición adecuada; d) se beneficien con los servicios de agua potable y saneamiento; y e) sean alcanzados por las medidas de prevención y tratamiento del VIH/sida (abordada desde la vía de transmisión madre-hijo), el Chagas y la tuberculosis.

Otros intereses guardan relación con la atención de la salud de ciertos grupos poblacionales considerados especialmente vulnerables en el ejercicio de sus derechos: los niños indígenas, los niños con discapacidad en general y, entre estos últimos, aquellos que evidencian trastornos de tipo mental (cuadro 1).

En consonancia con estas intenciones, todos los planes de acción comparten la preocupación por las desigualdades vigentes en detrimento de determinados sectores geográficos, sociales, étnicos y culturales⁸. De manera que establecen objetivos y metas dirigidos a aminorarlas (cuadro 1).

8 Esta cuestión se vincula con el principio de igualdad y no discriminación aludido en la nota 2, que postula el ejercicio de los derechos con igualdad de oportunidades y con independencia del origen étnico/racial, la condición social o el lugar de residencia. En el caso de la CDN, este principio está contenido en el artículo 2.

Cuadro 1. Argentina: áreas temáticas prioritarias y compromisos vinculados con el acceso a prestaciones y servicios para la salud en los primeros años de vida

<i>Área temática prioritaria</i>	<i>Compromiso asociado</i>			
	<i>Programa de Acción de la CIPD (1994)</i>	<i>PAR (1996)</i>	<i>Adaptación local de los ODM (2000)</i>	<i>UMAN (2002)</i>
Atención prenatal, en el parto y al recién nacido	Apartado 8.17		Objetivo 6*	Apartado 37
Inmunización			Objetivo 5*	
Lactancia materna	Apartados 8.15, 8.17 y 8.18			
Nutrición			Objetivo 1	
Acceso a agua potable y saneamiento	Apartado 8.17		Objetivo 8*	Apartado 36
VIIH/sida				Apartado 46
Chagas			Objetivo 7*	
Tuberculosis				
Acceso desigual a los servicios de salud	Apartado 8.17	Apartado 66	Objetivos 1 y 5*	Apartado 37
Niños con discapacidad				
Niños indígenas				
Niños con trastornos mentales				

Fuente: elaboración propia a partir de los enunciados contenidos en el Plan de Acción de la CIPD (1994), el PAR (1996), la adaptación argentina de los ODM (2000) y el Plan de Acción UMAN (2002).

* Debido a la incorporación de un noveno ODM a nivel local, los objetivos 5, 6, 7 y 8 se corresponden, respectivamente, con los objetivos 4, 5, 6 y 7 fijados en el ámbito internacional.

Por su parte, en el cuadro 2 se presenta un conjunto de indicadores tentativos para el monitoreo del acceso a las prestaciones y servicios comprometidos, definidos a partir de las propuestas contenidas en los sistemas de información de referencia y organizados según las áreas detalladas.

Aunque gran parte de los indicadores debe su origen a los sistemas de información internacionales contemplados (es decir, el Banco de datos del UNICEF y la lista de indicadores específicos de la OMS para evaluar las prácticas alimentarias en la primera infancia), tres de ellos encuentran sustento en las propuestas locales. Concretamente: la *proporción de provincias endémicas que certificaron la interrupción de la transmisión vectorial de la infección por Trypanosoma cruzi (enfermedad de Chagas)*, la *proporción de niños con discapacidad que disponen de certificado que la acredita* (indicador que, si se desagrega según el tipo de discapacidad, también da cuenta de la situación de los niños que padecen discapacidad mental) y la *proporción de niños*

indígenas atendidos por personal médico especializado. Mientras que el primero de estos indicadores proviene de la lista elaborada por el CCPS para el monitoreo de los ODM en el país, los restantes pertenecen al SIISENA (cuadro 2).

Si bien la información disponible en Argentina habilita calcular, de manera directa, la mayor parte de los indicadores tal y como son definidos en los sistemas de información considerados, merecen destacarse algunas limitaciones que imposibilitan generarlos en su totalidad así como posibles soluciones tendientes a superarlas. Entre ellas, el hecho de que en el país no se indague, hasta el momento, si los niños reciben cuidado posnatal dentro de los dos días siguientes al nacimiento, motivo que impide el cálculo del indicador asociado. Al respecto, la *proporción de partos atendidos en establecimientos de salud* podría constituir un *proxy* de dicho indicador, ya que se supone que los niños nacidos en tales locaciones se benefician con este tipo de servicios.

En el mismo sentido, se encuentran las dificultades existentes para calcular, por separado, los indicadores *cobertura de vacunación contra la difteria/el tétanos/la tos convulsiva* y *cobertura de vacunación contra la Haemophilis influenzae tipo B* incluidos en el Banco de datos del UNICEF. Ellas se deben a que el calendario de vacunación oficial del país considera a la *vacuna cuádruple*, la cual cubre, simultáneamente, las cuatro patologías detalladas (Ministerio de Salud-Presidencia de la Nación, 2015). Por lo tanto, ambos indicadores podrían ser sustituidos por la *proporción de niños de 1 año con vacuna cuádruple*.

Otro impedimento se relaciona con el indicador de recepción de dosis suplementarias de vitamina A entre los 6 y 59 meses de edad. Dado que, hasta ahora, no se releva la información requerida para su cálculo, este podría ser reemplazado por la proporción de niños entre esas edades que consumen a diario la dosis recomendada de la vitamina a partir de la composición de los alimentos ingeridos en un período de referencia.

Al margen de estos impedimentos, debe resaltarse la ausencia de indicadores de acceso a prestaciones relacionadas con la detección y el tratamiento de la tuberculosis en la primera infancia en los sistemas de información analizados. Debido a que esta patología es considerada prioritaria en el país, se propone incorporar a la lista un indicador utilizado para el monitoreo local de los ODM, aunque adaptado a la población de 0-4 años. Concretamente: la *proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con Tratamiento Abreviado Estrictamente Supervisado (TAES)*.

En razón de los comentarios efectuados, el cuadro 2 incluye, además, la definición de los indicadores que es factible aplicar en el país

de acuerdo a las posibilidades efectivas de las fuentes de información consultadas. A excepción de los indicadores que dan cuenta de la proporción de población con acceso a los servicios de agua potable y saneamiento (cuyo valor puede ser obtenido con información proveniente de casi todas las fuentes), la mayoría puede generarse a partir de los resultados de la ECV, la ECoVNA, la ENSSyR y la ENNyS, con énfasis en esta última (cuadro 2).

Cabe agregar que si bien ciertas fuentes proveen datos que habilitarían calcular algunos de los indicadores planteados en el cuadro 2, no permiten obtenerlos exactamente del modo en que se los propone⁹. Por tal motivo, se asume directamente que la información disponible en el país no permite generar tales indicadores.

9 A modo de ejemplo, la ENSSyR 2013 incorpora preguntas que indagan, entre las mujeres madres, la cantidad de controles médicos recibidos durante el embarazo correspondiente al último hijo nacido vivo. En ese caso, mientras que las posibles respuestas incluyen «menos de cinco controles» y «cinco o más controles», el indicador incluido en el cuadro 2 considera al menos cuatro controles en el período prenatal. Ocurre lo mismo con algunas preguntas relativas a la alimentación de los lactantes incluidas en dicho relevamiento, las cuales, al no poder vincularse a la edad exacta de los niños (puesto que solo se consulta el año del nacimiento), impiden el cálculo de los indicadores asociados.

Cuadro 2. Argentina: indicadores para monitorear el acceso a las prestaciones y servicios comprometidos para la salud en los primeros años de vida según área temática prioritaria a la que refieren, sistema de información origen, definición de acuerdo a este último, definición aplicable en el país y fuentes de información que permiten su cálculo

<i>Área temática prioritaria</i>	<i>Indicador (sistema de información origen)</i>	<i>Definición según sistema de información origen</i>	<i>Definición aplicable en el país (fuentes de información que permite/n calcular el indicador)</i>
<i>Atención prenatal, al nacimiento y al recién nacido</i>	Atención prenatal (al menos una vez) (A)	Proporción de mujeres de 15-49 años atendidas al menos una vez durante el embarazo por personal de salud capacitado (médico/a, enfermero/a o partero/a) y por razones relacionadas con el mismo (5, 8, 9, 11)	Proporción de partos atendidos por personal de salud capacitado (médico/a, enfermero/a o partero/a) (12)
	Atención prenatal (al menos cuatro veces) (A)	Proporción de mujeres de 15-49 años atendidas al menos cuatro veces durante el embarazo por razones relacionadas con el mismo (cualquier proveedor) (9)	
	Atención especializada al nacimiento (A)	Proporción de partos atendidos por personal de salud capacitado (médico/a, enfermero/a o partero/a) (12)	
<i>Atención prenatal - inmunización</i>	Atención al recién nacido (A)	Proporción de niños nacidos vivos que recibieron cuidado posnatal dentro de los dos días posteriores al nacimiento	Proporción de partos atendidos establecimientos de salud (5, 8, 12)
	Protección contra el tétanos neonatal (A)	Proporción de mujeres de 15-49 años madres que recibieron dos dosis de vacuna antitetánica antes del nacimiento de sus hijos (8, 9)	Proporción de partos atendidos establecimientos de salud (5, 8, 12)
	Controles pediátricos (A)	Proporción de niños que se realizaron al menos un control pediátrico en los últimos seis meses (8, 9)	Proporción de partos atendidos establecimientos de salud (5, 8, 12)
<i>Inmunización</i>	Cobertura de vacunación contra el sarampión (A y C)	Proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión (5, 8, 13)	Proporción de niños de 1 año vacunados con vacuna cuádruple (5, 8, 13)
	Cobertura de vacunación contra la difteria/el tétanos/la tos convulsiva (A)	Proporción de niños de 1 año que recibieron tres dosis de vacuna contra la difteria / el tétanos / la tos convulsiva	Proporción de niños de 1 año vacunados con vacuna cuádruple (5, 8, 13)
	Cobertura de vacunación contra la <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B (A)	Proporción de niños de 1 año que recibieron tres dosis de vacuna la <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B	Proporción de niños de 1 año vacunados con vacuna cuádruple (5, 8, 13)
<i>Nutrición - lactancia materna</i>	Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses (A)	Proporción de lactantes de 0-5 meses de edad alimentados exclusivamente con leche materna (5, 9, 11)	Proporción de lactantes de 0-5 meses de edad alimentados exclusivamente con leche materna (5, 9, 11)
	Inicio temprano de la lactancia materna (A)	Proporción de niños nacidos durante los últimos 24 meses que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento (9)	Proporción de niños nacidos durante los últimos 24 meses que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento (9)
	Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses (A)	Proporción de lactantes de 0-5 meses de edad alimentados exclusivamente con leche materna (5, 9, 11)	Proporción de lactantes de 0-5 meses de edad alimentados exclusivamente con leche materna (5, 9, 11)
<i>Nutrición - alimentos complementarios a la lactancia materna</i>	Lactancia materna continua al año de vida (A)	Proporción de niños de 12-15 meses de edad que son amamantados (5, 8, 9)	Proporción de niños de 12-15 meses de edad que son amamantados (5, 8, 9)
	Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves (A)	Proporción de lactantes de 6-8 meses de edad que reciben alimentos sólidos, semisólidos o suaves (5, 8, 9, 11)	Proporción de lactantes de 6-8 meses de edad que reciben alimentos sólidos, semisólidos o suaves (5, 8, 9, 11)

Cuadro 2. (conclusión)

<i>Área temática prioritaria</i>	<i>Indicador (sistema de información origen)</i>	<i>Definición según sistema de información origen</i>	<i>Definición aplicable en el país (fuente/s de información que permite/n calcular el indicador)</i>
<i>Agua potable y saneamiento</i>	Agua de red segura (A y C)		Proporción de población con acceso a agua de red segura (1-5, 8-11)
	Saneamiento (A y C)		Proporción de población con acceso a desagües cloacales (1-5, 8-11)
<i>VIH/sida</i>	Asesoramiento para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (A)		Proporción de mujeres de 15-49 años madres que recibieron asesoramiento sobre el VIH durante el cuidado prenatal (9)
	Test para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo (A)		Proporción de mujeres de 15-49 años madres a quienes se les hizo la prueba para detectar VIH durante el cuidado prenatal (9, 11)
<i>Tuberculosis</i>	Detección y tratamiento de tuberculosis		Proporción de casos de tuberculosis de detectados y curados con TAES (0-4 años) (15)
	Certificación de la interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas (C)		Proporción de provincias endémicas que certificaron la interrupción de la transmisión vectorial de la infección por <i>Trypanosoma cruzi</i> (enfermedad de Chagas) (16)
<i>Niños con discapacidad</i>	Certificado de discapacidad (D)		Proporción de niños con discapacidad que disponen de certificado de discapacidad (0-4 años) (6)
	Atención de la salud (D)		Proporción de niños indígenas atendidos por personal médico especializado (0-4 años) (7)

Fuente: elaboración propia a partir de Banco de datos del UNICEF, OMS (2009), CCPS (2012b) y SISENA y fuentes de información consultadas.

Referencias: (A) Banco de datos del UNICEF; (B) Lista de la OMS para evaluar prácticas alimentarias en la primera infancia; (C) Adaptación local ODM; (D) SISENA; 1) CP01; 2) CP10; 3) EPH; 4) EAHU; 5) ECV 2001; 6) ENDI 2002/2003; 7) ECPI 2004/2005; 8) ENNyS 2004/2005; 9) ECoVNA 2011/2012; 10) EANNA 2004 y 2006; 11) ENSSyR 2013; 12) EEV (Registros de nacimientos de la DEIS); 13) Registros del ProNaCEI; 14) Registros de la DSETS; 15) Registros del INER; 16) Registros del PNCH).

De manera complementaria, el cuadro 3 sintetiza las principales características de cada fuente en términos del universo, la cobertura, el método de relevamiento y la periodicidad. Adicionalmente, revela las posibilidades de desagregación de los datos en grupos poblacionales definidos a partir del área geográfica (en sus diferentes niveles), la zona de residencia (urbana/rural), el nivel educativo (como indicador del nivel socioeconómico), el nivel de ingresos, la condición de pobreza (medida en función de la condición de necesidades básicas insatisfechas y el índice de privación material de los hogares)¹⁰, la pertenencia/no pertenencia a un pueblo indígena (inferida mediante la pertenencia propiamente dicha o la condición de descendiente) y la presencia/ausencia de discapacidad.

A excepción de los censos de población, las encuestas de hogares (EPH, EAHU) y los registros continuos, los demás relevamientos se corresponden, en general, con una edición única. Ello impide conocer la dinámica de los indicadores que estos últimos permiten construir, fundamentalmente en el caso de la ECV, la ECoVNA, la ENSSyR y la ENNyS, todas ellas con notable capacidad para «alimentar» al listado de indicadores propuestos (cuadro 3).

A esta limitación debe agregarse las dificultades propias de la cobertura por muestreo de la mayoría de las fuentes analizadas. Entre ellas, las menores posibilidades de conocer, con precisión, la situación de todos los sectores contemplados y los consecuentes problemas para identificar aquellos más desventajados en el ejercicio de sus derechos (cuadro 3).

Más grave aún es lo que sucede con algunas fuentes que proporcionan información específica acerca de minorías especialmente vulnerables, como la ECPI y la ECPI. Si bien estas incorporan desagregaciones al interior de las poblaciones consideradas (personas con discapacidad y pertenecientes/descendientes a/de pueblos indígenas, respectivamente), no relevan datos acerca del resto de la población, hecho que impide realizar comparaciones entre quienes las integran o no (cuadro 3).

10 Las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y el índice de privación material de los hogares (IPMH) constituyen dos medidas que se utilizan para cuantificar la pobreza. En tanto la primera es propuesta por la CEPAL a los países de la región en la década de los setenta y su aplicación se realiza con adaptaciones locales; la segunda es diseñada por el INDEC para mapear la pobreza a partir de resultados censales y se calcula por primera vez con los resultados provenientes del CP01. Para más información, se sugiere consultar INDEC (2000) e INDEC (sin fecha).

Cuadro 3. Argentina: principales características de las fuentes de información consultadas

<i>Fuente</i>	<i>Universo</i>	<i>Unidad de observación</i>	<i>Método de relevamiento</i>	<i>Periodicidad</i>	<i>Cobertura</i>	<i>Desagregaciones admitidas</i>
CP01	Toda la población	Individuos, hogares y viviendas	Cédula censal	Diez años desde el censo anterior (1991)	Todo el territorio nacional	1 (región, provincia, departamento y localidad; en algunos casos: municipio); 2-3, 5
CP10	Toda la población	Individuos, hogares y viviendas	Cédula básica y ampliada (viviendas particulares) y cédula ampliada (viviendas colectivas)	Nueve años desde el censo anterior (2001)	Todo el territorio nacional	1 (región, provincia, departamento, municipio y localidad); 2, 3, 5, 8, 9
EPH	Muestra	Individuos, hogares y viviendas	Cuestionarios de vivienda, hogar y persona	Anual (1974-1983), Bianaual (1984-2002), Trimestral (2003 en adelante)	Incorporación progresiva de aglomerados urbanos hasta llegar a un total de 31 a partir del tercer trimestre de 2006 (incluye capitales de provincia y aglomerados urbanos de 100.000 y más habitantes)	1 (región y aglomerado), 3-5
EAHU	Muestra	Individuos, hogares y viviendas	Cuestionarios de vivienda, hogar y persona	Anual (a partir del tercer trimestre de 2010)	Población urbana en hogares particulares	1 (región; provincia; aglomerado), 3-5
ECV	Muestra	Individuos, hogares y viviendas	6 cuestionarios: vivienda, hogar y población (desagregada en primera infancia (0-4 años), niños (5-14 años), jóvenes (15-24 años) y adultos (25 y más años))	Prevista originalmente como quinquenal (dos ediciones, considerando EDS 1997 como precursora). Luego del año 2001, no vuelve a realizarse	Localidades de 5000 y más habitantes	1 (región, algunas provincias, grandes aglomerados), 3-5
ENDI	Muestra	Individuos con discapacidad y hogares con al menos una persona con discapacidad	Cuestionarios de hogar y persona	Edición única (2002/2003)	Localidades de 5000 y más habitantes	1 (región, algunas provincias), 9
ECPI	Muestra	Individuos y hogares pertenecientes o descendientes de pueblos indígenas	Cuestionarios de hogar y persona	Edición única (2004/2005)	Hogares independientes para cada pueblo indígena	1 (región muestral), 2-3, 7
ENNyS	Muestra	Individuos y hogares	5 cuestionarios: hogar y población (desagregada en niños de 6 a 23 meses, niños de 2 a 5 años, mujeres de 10-49 años y embarazadas)	Edición única (2004/2005)	Localidades de 5000 y más habitantes	1 (región, provincia (algunas variables), 3-5

Cuadro 3. (conclusión)

<i>Fuente</i>	<i>Universo</i>	<i>Unidad de observación</i>	<i>Método de relevamiento</i>	<i>Periodicidad</i>	<i>Cobertura</i>	<i>Desagregaciones admitidas</i>
ENSSyR	Muestra	Individuos en edad reproductiva y hogares con al menos un individuo en edad reproductiva	3 cuestionarios: vivienda y hogar; individual mujeres de 14-49 años; individual varones de 14-59 años	Edición única (2013)	Localidades de 2000 y más habitantes	1 (región), 3-5
EEVV	Hechos vitales	Nacimientos	Informe Estadístico del Nacido Vivo	Registro continuo	Todo el territorio nacional	1 (región, provincia y departamento), 3
ProNaCEI	Toda la población	Individuos	Registro de dosis aplicadas	Registro continuo (trimestral y anual acumulado)	Todo el territorio nacional	Ninguna (datos consolidados solo a nivel nacional)
DSETS	Toda la población	Individuos	Registro de personas con VIH/sida	Registro continuo (publicación anual)	Todo el territorio nacional	1 (provincia)
INER	Toda la población	Individuos con tuberculosis	Registro de personas con tuberculosis	Registro continuo (publicación anual)	Todo el territorio nacional	1 (provincia)
PNCH	Toda las provincias	Provincias	Certificación de la interrupción vectorial	Bianual	Todo el territorio nacional	1 (provincia)

Fuente: elaboración propia a partir de Ribotta *et al.* (2014) y fuentes de información consultadas.

Referencias: 1) Geográfica; 2) Zona de residencia; 3) Nivel educativo del responsable al relevamiento, de la madre del niño o del jefe de hogar; 4) Nivel de ingresos del hogar; 5) Condición de pobreza; 6) Condición indígena/no indígena; 7) Pueblo indígena; 8) Presencia/ausencia de discapacidad; 9) Tipo de discapacidad.

Finalmente, el cuadro 4 resume las posibilidades *reales* de calcular, en Argentina, los indicadores propuestos según los requisitos de periodicidad, desagregación y rendición de cuentas.

Con relación al primero de ellos, se destaca que es posible obtener solamente una medición para gran parte de los indicadores considerados. Ello impide la evaluación de progresos y el diagnóstico de desafíos en términos de su comportamiento en el tiempo (cuadro 4).

A su vez, si bien las desagregaciones resultan factibles en casi todos los casos, estas se limitan predominantemente a la componente geográfica. De manera que no es posible identificar a la totalidad de los sectores más desventajados (cuadro 4).

Por todo lo expuesto, y a partir de considerar que el requisito de publicación se respeta casi siempre, se concluye que el monitoreo de los compromisos analizados se puede llevar a cabo *parcialmente* a partir de 8 de los 26 indicadores planteados (cuadro 4).

Cuadro 4. Argentina: posibilidades de monitoreo del derecho a la salud en los primeros años de vida desde la perspectiva del acceso a prestaciones y servicios comprometidos según requisitos de periodicidad, desagregación y rendición de cuentas de los indicadores propuestos a tal fin

<i>Indicador</i>	<i>Periodicidad</i>	<i>Desagregación</i>	<i>Transparencia y rendición de cuentas</i>	<i>¿Es posible monitorear el compromiso asociado?</i>
Proporción de mujeres de 15-49 años atendidas al menos una vez durante el embarazo por personal de salud capacitado (médico/a, enfermero/a o partero/a) y por razones relacionadas con el mismo	No	Sí (1, 3-5)	Sí	No
Proporción de mujeres de 15-49 años atendidas al menos cuatro veces durante el embarazo por razones relacionadas con este (cualquier proveedor)	No	Sí (1, 3-5)	Sí	No
Proporción de partos atendidos por personal de salud capacitado (médico/a, enfermero/a o partero/a)	Sí	Sí (1, 3)	Sí	Sí, parcialmente (desagregaciones 1 y 3)
Proporción de partos atendidos establecimientos de salud	Sí	Sí (1, 3-5)	Sí	Sí, parcialmente (desagregaciones 1 y 3)
Proporción de mujeres de 15-49 años madres que recibieron dos dosis de vacuna antitetánica antes del nacimiento de sus hijos	No	Sí (1, 3-5)	Sí	No
Proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión	Sí	Sí (1, 3-5)	Sí	Sí, parcialmente (desagregación 1)
Proporción de niños de 1 año vacunados con vacuna cuádruple	Sí	Sí (1, 3-5)	Sí	Sí, parcialmente (solo total nacional consolidado)
Proporción de niños nacidos durante los últimos 24 meses que fueron amamantados dentro del plazo de una hora de su nacimiento	No	Sí (1, 3-5)	Sí	No
Proporción de lactantes de 0-5 meses de edad alimentados exclusivamente con leche materna	No	Sí (1, 3-5)	Sí	No
Proporción de niños de 12-15 meses de edad que son amamantados	No	Sí (1, 3-5)	Sí	No
Proporción de lactantes de 6-8 meses de edad que reciben alimentos sólidos, semisólidos o suaves	No	Sí (1, 3-5)	Sí	No
Proporción de hogares que consumen sal enriquecida con yodo	No	Sí (1, 3-5)	Sí	No
Proporción de niños de 6-59 meses que consumen, al menos, la dosis diaria recomendada de vitamina A	No	Sí (1, 3-5)	No	No
Proporción de niños de 6-23 meses de edad que reciben alimentos de 4 o más grupos alimentarios	No	Sí (1, 3-5)	No	No

Cuadro 4. (conclusión)

<i>Indicador</i>	<i>Periodicidad</i>	<i>Desagregación</i>	<i>Transparencia y rendición de cuentas</i>	<i>¿Es posible monitorear el compromiso asociado?</i>
Proporción de niños amamantados y no amamantados de 6-23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves (pero que también incluyeron leche para los niños no amamantados) el número mínimo de veces o más	No	Sí (1, 3-5)	No	No
Proporción de niños de 6-23 meses de edad que reciben una dieta mínima aceptable (aparte de la leche materna)	No	Sí (1, 3-5)	No	No
Proporción de niños de 6-23 meses de edad que reciben alimentos ricos en hierro o alimentos especialmente diseñados para lactantes y niños pequeños, fortificados con hierro o que sean fortificados en el hogar	No	Sí (1, 3-5)	No	No
Proporción de población con acceso a agua de red segura	Sí	Sí (1-5, 7)	Sí	Sí, parcialmente (desagregaciones 1-5)
Proporción de población con acceso a desagües cloacales	Sí	Sí (1-5, 7)	Sí	Sí, parcialmente (desagregaciones 1-5)
Proporción de mujeres de 15-49 años madres que recibieron asesoramiento sobre el VIH durante el cuidado prenatal	No	Sí (1, 3,5)	Sí	No
Proporción de mujeres de 15-49 años madres a quienes se les hizo la prueba para detectar VIH durante el cuidado prenatal	No	Sí (1, 3,5)	Sí	No
Proporción de niños que se realizaron al menos un control pediátrico en los últimos seis meses	No	Sí (1, 3,5)	Sí	No
Proporción de casos de tuberculosis de detectados y curados con TAES (0-4 años)	Sí	Sí (1)	Sí	Sí, parcialmente (desagregación 1)
Proporción de provincias endémicas que certificaron la interrupción de la transmisión vectorial de la infección por <i>Trypanosoma cruzi</i> (enfermedad de Chagas)	Sí	Sí (1)	Sí	Sí, parcialmente (desagregación 1)
Proporción de niños con discapacidad que disponen de certificado de discapacidad (0-4 años)	No	Sí (1, 9)	Sí	No
Proporción de niños indígenas atendidos por personal médico especializado (0-4 años)	No	Sí (1, 2, 7)	Sí	No

Fuente: elaboración propia a partir de Banco de datos del UNICEF, OMS (2009), CCPS (2012b), SIISENA y fuentes de información consultadas.

Referencias: 1) Geográfica; 2) Zona de residencia; 3) Nivel educativo del respondente al relevamiento, de la madre del niño o del jefe de hogar; 4) Nivel de ingresos del hogar; 5) Condición de pobreza; 6) Condición indígena/no indígena; 7) Pueblo indígena; 8) Presencia/ausencia de discapacidad; 9) Tipo de discapacidad.

Conclusiones

Este trabajo deja en evidencia las (serias) dificultades del sistema de información oficial de Argentina para dar seguimiento al derecho a la salud en la primera infancia desde la perspectiva del acceso a las prestaciones y servicios comprometidos. Concretamente, las posibilidades de monitoreo de las fuentes analizadas (definidas a partir del cumplimiento simultáneo de los requisitos de periodicidad, desagregación y publicación) se reducen al cálculo de solo 8 de los 26 de los indicadores propuestos a tal fin.

Estas posibilidades se ven doblemente afectadas si se tiene en cuenta la capacidad de desglose de los datos, limitada, generalmente, a la componente geográfica a nivel de áreas mayores (regiones, provincias y, en algunos casos, departamentos). De manera que existen impedimentos para identificar a los sectores más postergados en el ejercicio de sus derechos conforme a las restantes desagregaciones (económica, social, étnica y cultural), incluida la escala local.

Las limitaciones referidas podrían ser explicadas a partir de los procesos de segmentación y fragmentación del sistema de salud que han tenido lugar en el país, con consecuencias negativas múltiples para los sistemas de información susceptibles de dar cuenta del funcionamiento de este. Entre ellas, las asociadas a la cobertura de los datos recabados (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2007; Red Métrica de Salud-Organización Mundial de la Salud-Organización Mundial de la Salud, HMN-WHO por sus siglas en inglés, 2011).

Con relación a las EEVV y los demás registros continuos del Ministerio de Salud de la Nación (que son las fuentes que permiten generar, en su mayoría, a los 8 indicadores referidos), Argentina presenta niveles de cobertura comparativamente elevados respecto de los otros países americanos¹¹. Sin embargo, al igual que estos últimos, adolece de problemas de subregistro diferencial, especialmente en los grupos más vulnerables de la población (rurales, marginados urbanos e indígenas), lo que dificulta la visualización de la desigualdad intersectorial (Giusti, 2009).

Estos impedimentos también se manifiestan al considerar la ENNyS 2004/2005, la ECoVNA 2011/2012 y la ENSSyR 2013. Si bien se trata de encuestas que proveen información previamente inexistente en el país, se corresponden con relevamientos llevados a cabo una sola vez (cuestión que impide conocer la dinámica de los indicadores cuyo

11 Alrededor del año 2005, este nivel es superior al 90%, por lo que sitúa al país en condiciones similares a las de Chile y Uruguay, levemente inferiores a las de Estados Unidos y Cuba y por encima de Brasil (80%), Paraguay y Bolivia (en ambos casos, apenas mayor al 50%) (Giusti, 2009).

cálculo permiten) al tiempo que adolecen de limitaciones en función de su diseño: los errores de representatividad de la muestra constituida en cada caso; la imposibilidad de desagregar los resultados en áreas geográficas menores (municipios, localidades, barrios, entre otros); y la omisión de grupos poblacionales especialmente contemplados en los compromisos asumidos (indígenas y discapacitados).

Otras consecuencias atribuidas a las fallas de la organización del sistema de salud se relacionan con la falta de completitud y exactitud de los datos recabados, las limitaciones de alcance, precisión y oportunidad de estos (en ocasiones, la fecha de publicación de los resultados difiere considerablemente del relevamiento), los problemas de repetición y desperdicio propios de la existencia subsistemas paralelos (distintas fuentes habilitan calcular exactamente los mismos indicadores pero sin posibilidad de ser comparados entre sí) y el uso de métodos ineficientes de relevamiento (OPS, 2007; HMN-WHO, 2011). Configura un ejemplo de estos últimos la modalidad de completar por escrito las historias clínicas (aún vigente en numerosas instituciones públicas de salud), cuya aplicación propicia el extravío de los casos e impide, en consecuencia, evaluar el acceso a los servicios que dichas instituciones ofrecen.

No menos importante resultan los efectos que imprimen en la calidad de la información la falta de capacidad, profesionalidad y hasta motivación de los recursos humanos dispuestos para su recopilación, procesamiento y publicación (OPS, 2007; HMN-WHO, 2011).

La solución a todas estas fallas exige la vinculación y articulación de las distintas áreas involucradas y el posterior despliegue de distintas acciones: la debida capacitación del personal asignado; el establecimiento de relaciones entre los subsistemas de salud público y privado (a fin de recuperar la información producida en el ámbito de este último, usualmente no disponible a nivel estatal); la digitalización de los registros en soporte papel; la conformación de bases de datos integradas; la réplica periódica de los operativos ejecutados una sola vez (con el propósito de explotar todo el potencial de los indicadores cuya generación habilitan); la incorporación y unificación de las desagregaciones faltantes; el diseño de instrumentos eficaces para captar la información aún no disponible en el país; la difusión de la totalidad de los resultados obtenidos conforme a un cronograma establecido con anticipación, entre otras.

Fortalecidos de esta manera, los datos disponibles permitirían no solo analizar la situación del país frente al cumplimiento de las obligaciones contraídas sino que, a su vez, conformarían un instrumento eficaz para la toma de decisiones y la evaluación de los resultados derivados de ellas.

Bibliografía

- CCPS (2012a), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe País 2012*, Proyecto PNUD/ARG/04/046, Buenos Aires, CCPS, Presidencia de la Nación Argentina.
- (2012b), *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Metadatos argentina. Versión revisada 2011. Definición, cálculo y análisis de indicadores*, Proyecto PNUD/ARG/04/046, Buenos Aires, CCPS, Presidencia de la Nación Argentina.
- CEPAL (2013), *Tipología de instrumentos internacionales*, Tercera Reunión de los Puntos Focales Designados por los Gobiernos de los Países Signatarios de la Declaración sobre la aplicación del principio 10 de la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo en América Latina y el Caribe, Lima, 30 y 31 de octubre de 2013, LC/L.3719, Lima, CEPAL.
- (1996), *Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo*, CIPD, CEPAL, Santiago de Chile, CEPAL.
- Giusti, A. (2009), *El fortalecimiento de los sistemas de información en salud*, Reunión Internacional Género y Salud: Indicadores y Análisis, Quito, 14-16 de octubre de 2009, Quito, OPS.
- HMN-WHO (2011). *Country health information systems: a review of the current situation and trends*, Ginebra, WHO.
- INDEC (2000), *Las Necesidades Básicas Insatisfechas: sus deficiencias técnicas y su impacto la definición de políticas sociales*, Taller 5: La medición de la pobreza. Métodos y aplicaciones, Programa para el Mejoramiento de las Encuestas y la Medición de las Condiciones de Vida en América Latina y el Caribe, 6-8 junio, México, disponible en: <www.cepal.org/deype/mecovi/docs/TALLER5/10.pdf>, [acceso 10 de octubre de 2015].
- *El índice de privación material de los hogares (IPMH). Nota metodológica*, disponible en: <www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/7/sesd-metod-ipmh.pdf>, [acceso 17 de septiembre de 2015].
- Ministerio de Salud-Presidencia de la Nación (Argentina) (2015), *Calendario nacional de vacunación 2015*, disponible en: <<http://www.msal.gob.ar/index.php/programas-y-planes/184-calendario-nacional-de-vacunacion-2015>>, [acceso 22 de septiembre de 2015].
- Ministerio de Desarrollo Social-Presidencia de la Nación (Argentina) y UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) (2013), *Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia. Principales resultados, 2011/2012*, Buenos Aires, Ministerio de Desarrollo Social-Presidencia de la Nación (Argentina) y UNICEF.
- Naciones Unidas (2003), *El desarrollo basado en un enfoque de los derechos humanos: Hacia una comprensión colectiva entre las Agencias de las Naciones Unidas* (pp. 5), Documento de trabajo, disponible en: <www.ops.org.bo/textocompleto/ley31747.pdf>, [acceso 9 de septiembre de 2015].
- (2002), *Un mundo apropiado para los niños*, Documento final de la Sesión Especial en Favor de la Infancia de 2002.
- (2000), *Declaración del Milenio*, Cumbre del Milenio, 6 a 8 de septiembre de 2000, Asamblea General de Naciones Unidas.
- (1995), *Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, 5 al 13 de septiembre de 1994, El Cairo, Departamento de Información Económica y Social y de Análisis de Políticas.
- (1989), *Convención sobre los Derechos del Niño*, 20 de noviembre de 1989, Asamblea General de Naciones Unidas.
- Nyamu-Musembi, C. y Cornwall, A. (2004), *What is the «rights-based approach» all about? Perspectives from international development agencies*, Brighton, Institute of Development Studies, Working Paper 234.

- OACDH (2006), *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo*, Nueva York y Ginebra, OACDH, Naciones Unidas.
- OMS (2009), *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: Conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, D. C. Parte 1. Definiciones*, Ginebra, OMS.
- OPS (2007), *Capacidades en salud pública en América Latina y el Caribe: evaluación y fortalecimiento*, Washington, D. C., OPS.
- Ribotta, B., Santillán Pizarro, M., Paredes, M. y Peláez, E. (2014), «Adultos mayores y monitoreo de derechos. Alcances y limitaciones de las fuentes de información en Argentina y Uruguay», en *Población y Salud en Mesoamérica*, San José, Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica, vol. 11, n.º 2, art. 4, enero-junio.
- UNICEF (s./f.), *Convención sobre los Derechos del Niño, Utilización de la Convención y los Protocolos en favor de la infancia*, disponible en: < www.unicef.org/spanish/crc/index_using.html >, [acceso 19 de octubre de 2015].