



**Noviembre 2024**

# **BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO N° 6**

# **Autoridades**

## **Gobernador**

Martín Llaryora

## **Ministro de Salud**

Ricardo Pieckenstainer

## **Secretario de Medicina Preventiva y Vinculación Territorial**

Gustavo Klein

## **Directora General de Planificación Estratégica en Gestión de Salud**

Sonia Nievas

## **Directora de Jurisdicción de Epidemiología e Integración de Niveles**

María Eugenia Vittori

# **Autores del Boletín Epidemiológico**

## *Coordinación general*

### **División de Investigación y Análisis de la Información Epidemiológica**

Graciela Scruzzi, Germán Franchini, Ana Giorgetti, Enrique Farías, Matías Ferreyra, Camila Trejo, Daiana Sarmiento, Lautaro Fonseca Ingüe.

## *Edición*

Ángeles Buteler.

## *Participaron en esta edición*

**Departamento de Zoonosis**

**Departamento de Eventos Transmisibles y No Transmisibles**

**Departamento de Inmunizaciones**

# Contenido

|  |    |
|--|----|
| <b>Estrategias de inmunoprevención contra el VSR en embarazo.</b><br>(Departamento de Inmunizaciones).....   | 5  |
| <b>Situación de las infecciones respiratorias agudas en la provincia de Córdoba, comparativa años 2023-2024.</b><br>(División de Investigación y Análisis de la Información Epidemiológica – División de Eventos transmisibles)..... | 8  |
| <b>Vigilancia de coqueluche en la provincia de Córdoba en el período 2018-2024.</b><br>(Departamento de Inmunizaciones).....   | 13 |
| <b>Situación epidemiológica de Síndrome Urémico Hemolítico en la provincia de Córdoba. Período 2019-2024.</b><br>(Departamento de Zoonosis).....   | 19 |
| <b>Talla baja para la edad o retraso en el crecimiento poblacional en la provincia de Córdoba.</b><br>(División de Eventos no transmisibles).....  | 25 |
| <b>Evolución de la mortalidad y natalidad en la provincia de Córdoba en la última década.</b><br>(División de Investigación y Análisis de la Información Epidemiológica).....  | 31 |

# Estrategias de inmunoprevención contra el VSR en embarazo

Las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB) plantean un desafío significativo para la salud pública, especialmente en países en desarrollo. El virus sincicial respiratorio (VSR) se destaca como la causa principal de IRAB en lactantes a nivel global. La enfermedad causada por el VSR afecta en términos de morbilidad y secuelas a largo plazo, además de impactar sobre los sistemas de salud con aumento de consultas ambulatorias, hospitalizaciones y cuidados intensivos. Este virus representa un tercio de las muertes en el primer año de vida (1).

En Argentina, actualmente se encuentran disponibles distintas herramientas de prevención para mitigar el impacto sobre la población más vulnerable, entre ellas la vacunación en gestantes y el uso de anticuerpos monoclonales en lactantes (1).

En cuanto a la vacunación, el Ministerio de Salud de la Nación advirtió sobre la necesidad de ampliar la posibilidad de protección de los/as lactantes menores de 6 meses mediante la vacunación de las personas gestantes para proteger a estos/as niños/as durante el período más vulnerable, por medio de la transferencia de anticuerpos vía placentaria (1).

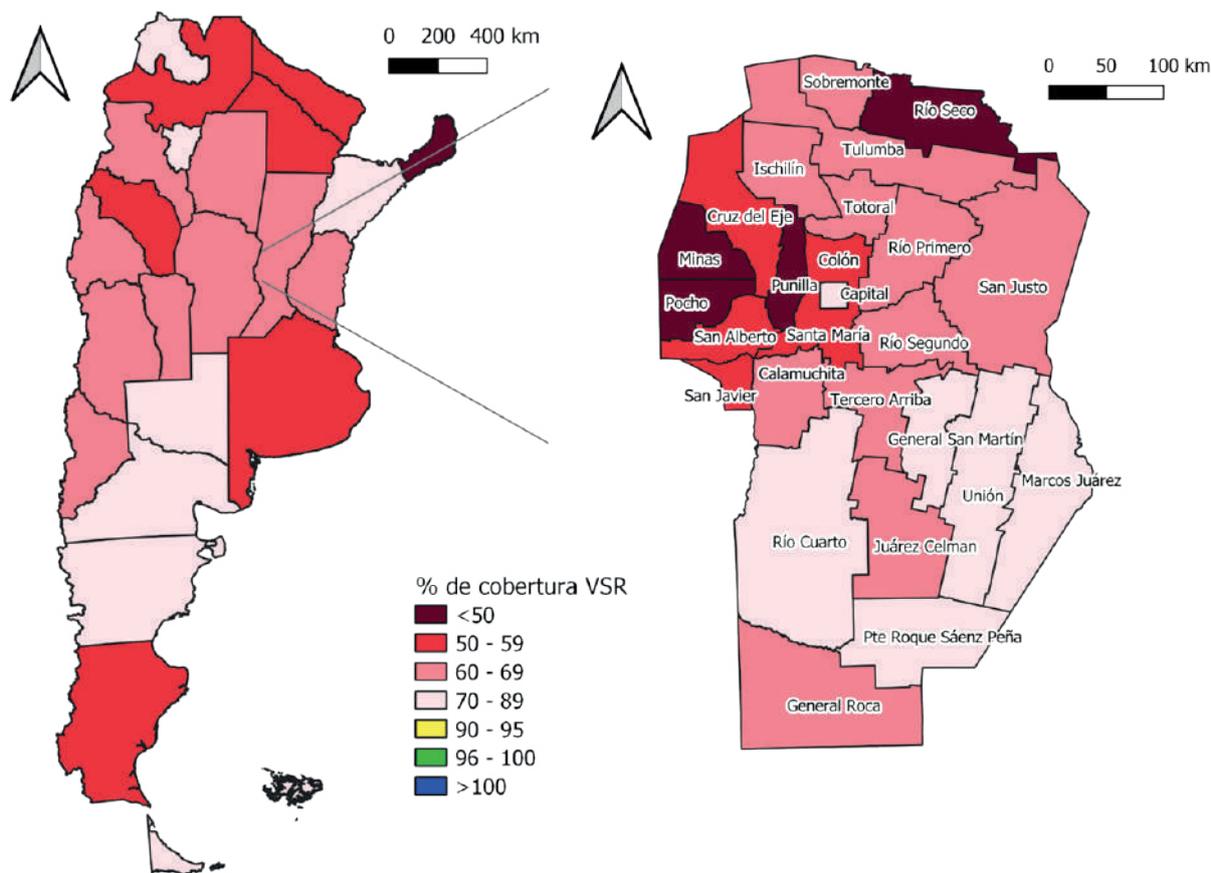
La vacuna disponible cuenta con atributos de calidad, eficacia y seguridad, y protege contra las variantes RSV-A y RSV-B. Los estudios indican que la eficacia contra la enfermedad severa es del 81,8% en los primeros 90 días de vida (2).

Esta vacuna fue autorizada por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) el 08 de septiembre de 2023 y luego incluida en el Calendario Nacional de Vacunación de forma obligatoria para personas gestantes, según la Resolución Ministerial 4218/2023 (1).

La recomendación es una dosis única de la vacuna bivalente RS-VpreF entre las semanas 32.0 y 36.6 del embarazo, durante la temporada de circulación del VSR (determinada mediante la vigilancia epidemiológica). La implementación de la estrategia comenzó en Argentina en 2024 y se estableció como inicio el 01 de marzo y como cierre el 31 de agosto (1).

Los datos de la campaña de vacunación muestran coberturas del 61,4% a nivel nacional y del 65,1% en la provincia de Córdoba. Las coberturas alcanzadas por Córdoba se ubican por debajo de 13 provincias y por encima de nueve de ellas. Sin embargo, a nivel nacional ninguna provincia logró la meta de coberturas del 95% (Figura 1, izquierda).

Los datos de Córdoba muestran que 11 departamentos presentaron coberturas por encima de la cobertura provincial (65,1%) y 15 por debajo. Al igual que a nivel nacional, ningún departamento alcanzó la meta de coberturas del 95% (Figura 1, derecha).



**Figura 1: Porcentaje de cobertura de vacunación del VSR en provincias de Argentina (izquierda) y en departamentos de la provincia de Córdoba (derecha). Año 2024.**

Para lograr la protección del grupo de lactantes, actualmente se plantean tres principales estrategias a nivel mundial: inmunización pasiva a través de anticuerpos monoclonales directamente a lactantes, vacunación materna durante el embarazo y vacunación directa de lactantes. Argentina ya implementa dos de estas estrategias, por lo que el seguimiento y evaluación del impacto de estas acciones debe ser determinante para acompañar las futuras estrategias y abordajes de prevención de infecciones por VSR en lactantes.

Según las recomendaciones de la Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica (SLIPE) sobre el uso de estrategias de inmunoprevención contra la enfermedad por VSR en pediatría, y ante la disponibilidad de nuevos biológicos con evidencia para la prevención de la infección, “se propone a los gobiernos de los países de América Latina y el Caribe para que analicen la implementación de estrategias actualizadas de control de la enfermedad, que incluyan la inmunización durante el embarazo o biológicas monoclonales en el/la recién nacido/a, como estrategias únicas o combinadas” (3).

# Bibliografía

1. Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina. Lineamientos técnicos de vacunación contra virus sincicial respiratorio en personas gestantes. Buenos Aires, enero 2024.
2. Kampmann B, Madhi SA, Munjal I, Simões EAF, Pahud BA, Llapur C. Bivalent Prefusion F Vaccine in Pregnancy to Prevent RSV Illness in Infants. N Engl J Med 2023;388:1451-64. [Link](#)
3. Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica (SLIPE). Virus Respiratorio Sincicial en América Latina y el Caribe. [Link](#)

# Situación de las infecciones respiratorias agudas en la provincia de Córdoba, comparativa años 2023-2024

## Comportamiento

Las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB) son enfermedades que afectan desde los oídos, la nariz y la garganta, hasta los pulmones. Son ocasionadas en su mayoría por virus, aunque también pueden ser producidas por bacterias o parásitos, que se transmiten de persona a persona a través de microgotas que se generan al toser o estornudar. La transmisión puede ocurrir, además, por contacto con superficies contaminadas como, por ejemplo, manijas de las puertas, barandas del transporte público, mesas o escritorio, entre otras. Estas infecciones por lo general no requieren de antibióticos para su tratamiento y no suelen durar más de 15 días (1).

En los años posteriores a la pandemia se observó una mayor incidencia de las infecciones respiratorias, la cual se explica en parte por el desplazamiento a raíz del SARS-CoV-2. Luego de este período, y debido a la magnitud y el impacto que tienen las infecciones respiratorias agudas en los sistemas de atención en salud, resulta fundamental la vigilancia para entender su comportamiento post pandémico, como así también mantener las medidas de cuidado y prevención.

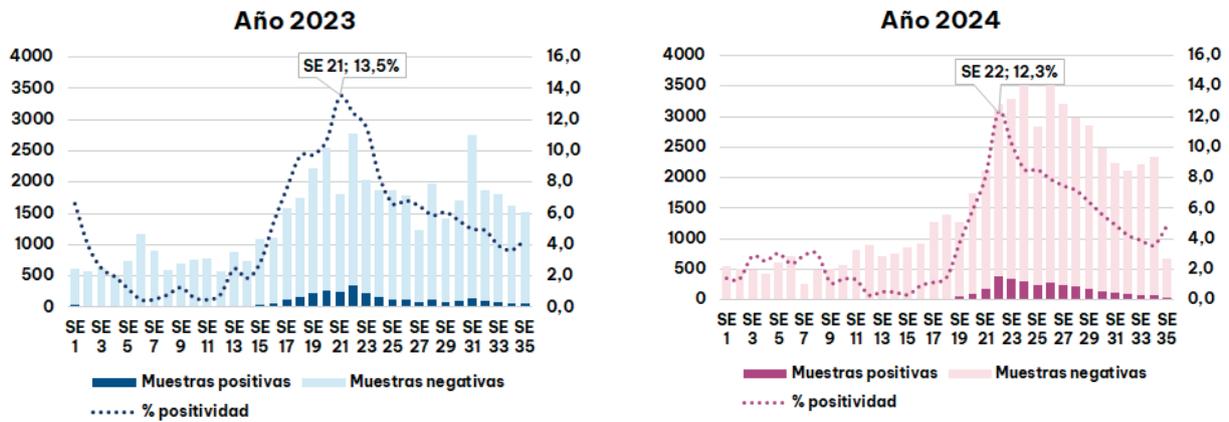
## Hallazgos

Para el análisis de la situación epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas en la provincia de Córdoba se utilizó como fuente de información la notificación agrupada de laboratorio, proveniente del Sistema Integrado de Información Sanitaria (SISA). Se compararon los años 2023 y 2024, hasta la SE 35 y se seleccionó el evento “Infecciones Respiratorias Virales – Internados”, excluyendo las notificaciones sin dato de edad o con edades sin especificar (2).

Hasta la SE 35 del año 2023, ingresó para el estudio de virus respiratorios por panel de inmunofluorescencia (IF) un total de 48.562 muestras de personas internadas, de las cuales el 6,4% (N=3.090) resultó positivo para alguno de los ocho virus estudiados (VSR, parainfluenza 1, 2 y 3, influenza A y B, metapneumovirus y adenovirus). El VSR representó el 70,4% (N=2.174) de los casos, seguido por metapneumovirus (N=333; 10,8%) e influenza (N=200; 6,5%). Además, se notificaron 175 casos de parainfluenza, 155 casos de Covid-19 y 53 casos de adenovirus.

Con respecto al mismo período del año 2024, se observó una disminución del 0,6% en relación con el año 2023 y se estudió un total de 55.686 muestras, de las cuales el 5,8% (N=3.254) resultó positivo. A su vez, en cuanto a los agentes etiológicos, se registró una disminución de la proporción de VSR y un aumento en influenza. Del total de muestras positivas, el VSR representó el 57,8% (N=1.786) de los casos, seguido por influenza (N=1.038; 33,6%) y metapneumovirus (N=148; 4,8%). Además, se notificaron 131 casos de parainfluenza, 130 casos de Covid-19 (un 30% menos que en el año 2023) y 21 casos de adenovirus (Figura 1).

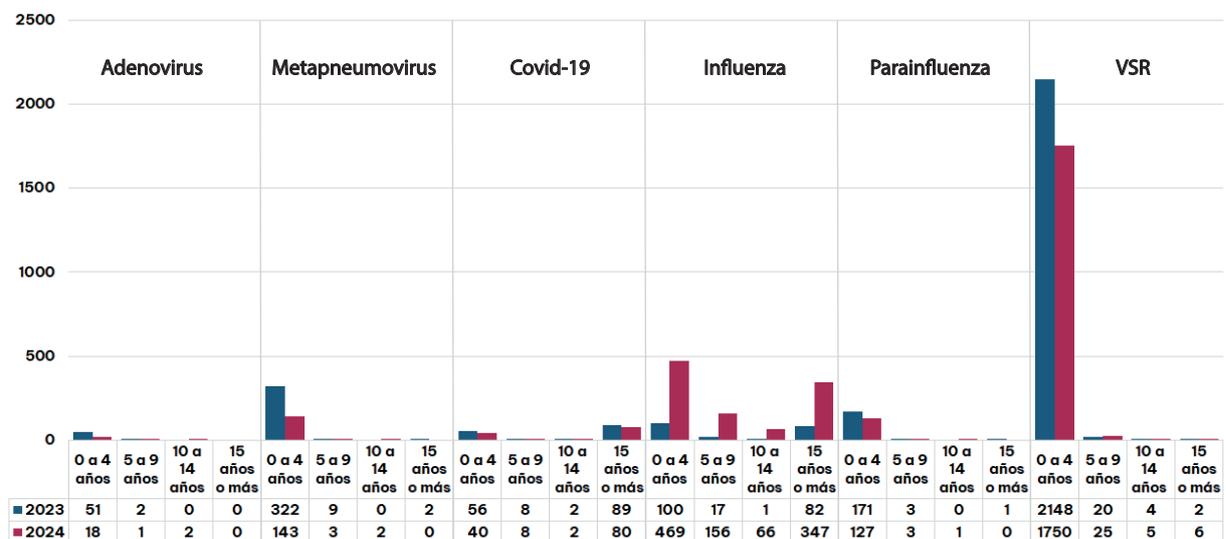
Al analizar los casos por semana epidemiológica y hasta la SE 35, se observó que presentaron sus valores máximos de positividad en un período similar (año 2023, SE 21: 13,5%; y año 2024, SE 22: 12,3%). Ambos años presentan la mayor cantidad de casos en la SE 22 (año 2023, N=347; y año 2024, N=394) (Figura N°1).



**Figura N° 1: Muestras estudiadas, negativas y positivas de IRAB, según semana epidemiológica. Provincia de Córdoba. Años 2023–2024 hasta SE 35.**

*Fuente: Elaboración propia en base a datos de SNVS.*

Al comparar según grupo etario y agente, se observó que, para el período analizado, el grupo que mayor cantidad de casos concentró fue el de 0 a 4 años, que representó el 92,2% (N=2.848) del total de casos para el año 2023 (N=3.090) y el 78,3% (N=2.547) para el año 2024 (N=3.254). Esta disminución en la proporción de casos en el grupo de 0 a 4 años con respecto al total durante el año 2024 puede deberse a la disminución de casos de VSR y al aumento en la cantidad de casos de influenza, la cual ocurrió principalmente en los grupos de edad de 5 años o más (Figura N°2).



**Figura N° 2: IRAB según agente y grupo etario. Provincia de Córdoba. Años 2023–2024 hasta SE 35.**

*Fuente: Elaboración propia en base a datos de SNVS.*

Al contrastar los casos según agente y semana epidemiológica, se observó que influenza y VSR son los únicos agentes etiológicos que presentaron diferencias significativas entre ambos períodos. En el caso de influenza, hasta la SE 35 del año 2024 se registraron 1.038 casos, lo que representó un aumento de 419% (N=838) respecto del mismo período de 2023 (N=200). A su vez, la mayor cantidad de casos de esta infección durante 2024 ocurrió entre las SE 18 y SE 27, mientras que, en 2023, el pico se registró entre las SE 27 y SE 33. En relación con VSR, hasta la SE 35 del año 2024 se notificaron 1.786 casos, lo que representó una reducción del 17,8% (N=388) con respecto al mismo período del año 2023 (N=2.174). La mayor cantidad de casos de esta patología en 2024 ocurrió entre las SE 14 y SE 27, con un valor máximo en la SE 22 (N=333), mientras que en el año 2023 fue entre las SE 16 y SE 33, con un valor máximo en la SE 26 (N=231). En ambos agentes se observó un adelantamiento en la curva de casos (Figura N°3).

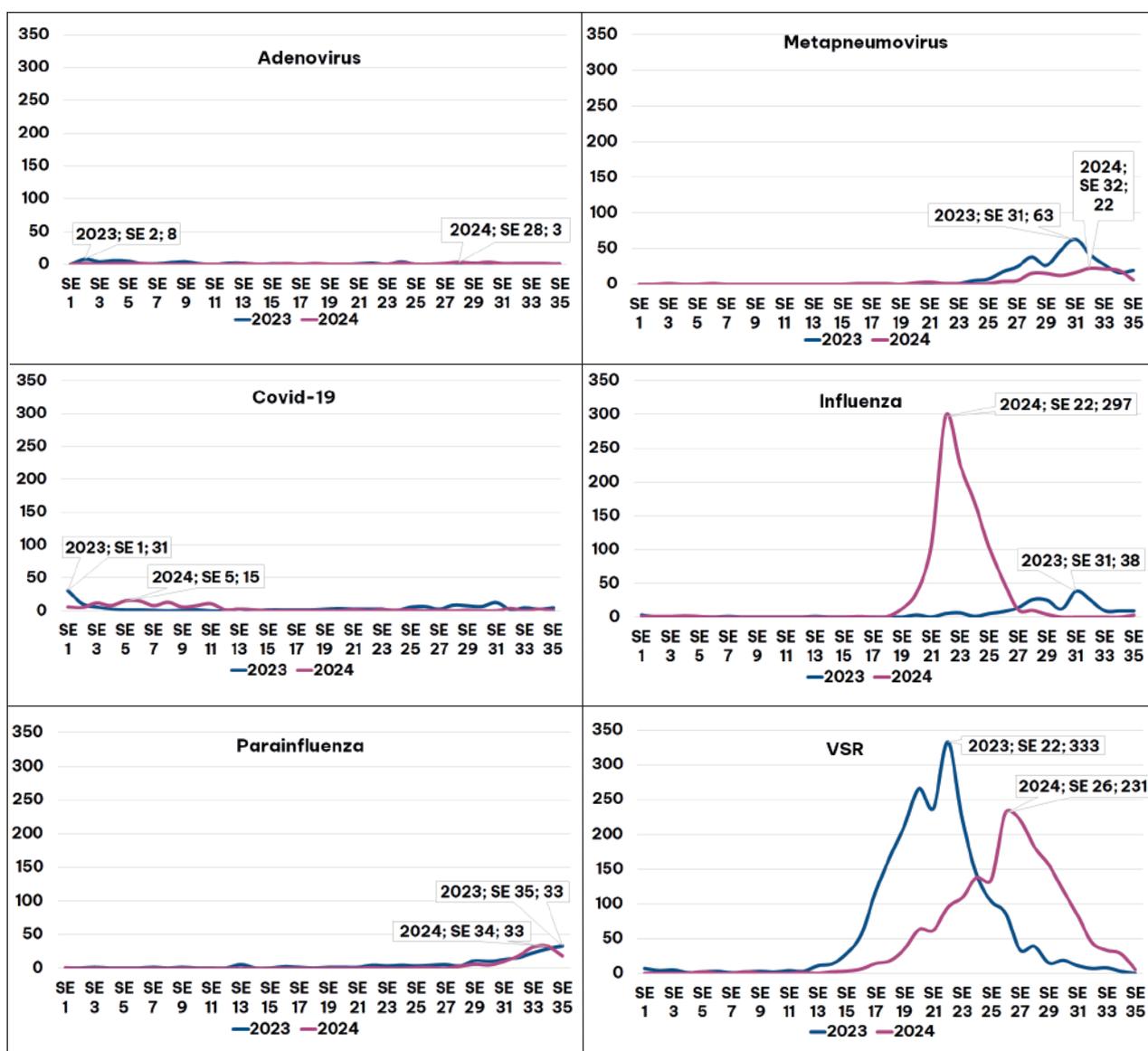


Figura N° 3: Comparativa IRAB según agente y semana epidemiológica. Provincia de Córdoba. Años 2023-2024 hasta SE 35.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de SNVS.

## Acciones

En 2023, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitió una alerta sobre un aumento anticipado de la circulación de VSR en el hemisferio sur, en comparación con temporadas previas a la pandemia de Covid-19 (3). Por ello, el Ministerio de Salud de la Nación incluyó a la vacuna contra el VSR en el Calendario Nacional de Vacunación de forma obligatoria y gratuita, según la Resolución Ministerial 4218/2023 (4). Se recomienda una dosis única de la vacuna bivalente RS-VpreF entre las semanas 32.0 y 36.6 del embarazo, durante la temporada de circulación del VSR, determinada mediante la vigilancia epidemiológica. En este sentido, la cartera sanitaria provincial inició en marzo de este año la campaña de vacunación contra el VSR, el cual se destaca como la causa principal de IRAB en lactantes a nivel global.

Hasta la SE 35 de 2024, el 76,3% de la población de 6 a 23 meses recibió la primera dosis de vacuna antigripal y el 60,7% la segunda dosis. En cuanto a la vacunación contra el VSR a nivel provincial, se observa una cobertura del 66% en gestantes.

## Recomendaciones

En el marco de la situación actual, en que se observan bajas coberturas de vacunación (inferiores al 95% óptimo), el Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba recuerda la importancia de contar con el calendario de vacunas al día.

Asimismo, se remarca la importancia de tomar medidas preventivas como la ventilación de los espacios cerrados y el lavado de manos; no concurrir a los lugares de trabajo o escuela si se presentan síntomas y hacer una consulta médica, especialmente en personas recién nacidas y niños/as de mayor riesgo. Los síntomas más comunes son: dificultad para respirar, agitación, fiebre mayor a 38 grados, tos, congestión nasal, conjuntivitis, dolor de garganta, de cabeza y muscular.

## Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. Manual para el fortalecimiento de la vigilancia de la enfermedad tipo Influenza utilizando la estrategia de Unidades Centinelas de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG). 2011.
2. Sistema Integrado de Información Sanitario Argentino [Internet]. Versión 3.2010 (Buenos Aires): Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina ;2007. [citado 10 de septiembre de 2024] [Link](#)
3. Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina, Dirección de Epidemiología. Boletín Epidemiológico Nacional N°721, SE 36. 2024. [Link](#)
4. Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina. Resolución No 4218/2023, Ciudad de Buenos Aires, 9 de diciembre de 2023. [Link](#)

# Vigilancia de coqueluche en la provincia de Córdoba en el período 2018-2024

Coqueluche, tos ferina o tos convulsa es una patología infecciosa aguda de la vía aérea baja, altamente contagiosa cuyo agente etiológico es la bacteria *Bordetella pertussis*, bacilo gram negativo de amplia distribución a nivel mundial y cuyo único reservorio son los seres humanos. Se han identificado otras especies de *bordetellas* que pueden causar un cuadro clínico similar e indistinguible de coqueluche. Se presenta en forma de ciclos epidémicos, con brotes cada 3-5 años por acumulación de susceptibles. La bacteria se transmite por vía aérea, a través de gotitas que expulsa al toser o estornudar una persona que cursa la infección. El síntoma más característico es la tos y, clásicamente, se identifican tres etapas en la enfermedad: catarral, paroxística y de convalecencia (1).

Se trata de una enfermedad prevenible por las vacunas quintuple, triple bacteriana celular y acelular (dTp/dTpa). La vacunación en Argentina contra *Bordetella pertussis* incluye un esquema primario (2-4-6 meses de edad) con vacuna quintuple y un refuerzo de esta dosis a los 15-18 meses. Luego, un segundo refuerzo al ingreso escolar (5 años) con vacuna DPT y, a los 11 años, una dosis de dTpa. También deben colocarse una dosis con vacuna dTpa las personas gestantes en cada embarazo, a partir de la semana 20 de gestación, los/as convivientes de pacientes prematuros/as con un peso menor de 1.500 gramos y el equipo de salud en contacto con menores de un año, quienes deberán hacerlo cada cinco años (2).

Actualmente, la tos convulsa es una enfermedad en control; no ha podido ser erradicada debido a que el agente causante no ha sido eliminado hasta el momento. Las dificultades en su control radican en la pérdida natural de anticuerpos posvacunación y la ausencia de inmunidad duradera luego de la infección natural. Además, el contagio se produce en el período catarral, cuando aún no hay diagnóstico. Muchos/as de los/las pacientes son niños/as escolares o adolescentes con síntomas atípicos, en quienes la detección de la infección es tardía, lo que favorece la transmisión de la enfermedad por la falta de un tratamiento adecuado y la toma de medidas epidemiológicas para el manejo de los contactos (3).

A nivel global, entre 2010 y 2019, se reportaron en promedio 170 mil casos anuales de tos ferina y se observó un descenso importante durante el periodo de la pandemia por Covid-19. El año 2021 fue el de menor registro global de casos notificados.

En la Región de las Américas, el año 2012 fue el de mayor reporte de casos durante esa década. Desde ese año, se observó un progresivo descenso anual en el número de notificaciones y 2022 fue el año de menor registro, con 3.283 casos.

Durante la segunda mitad del año 2023 y los primeros meses de 2024, en la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se observó un aumento importante en el número de casos reportados. En la Región de las Américas, los países que reportaron un aumento de tos ferina durante 2024 en comparación al año 2023 fueron Brasil, Estados Unidos de América, México y Perú (4).

### Situación epidemiológica en Córdoba

Se detallan las principales características de comportamiento de la tos convulsa en la provincia de Córdoba durante el período 2018-2024 (se consignan datos hasta SE 33 del año 2024).

Durante esos años, y sobre un total de 10.233 notificaciones, se registraron 463 casos confirmados de coqueluche, de los cuales el mayor número (N=266) correspondió al año 2019 con un 11,4% de positividad (Figura 1). El año con mayor positividad fue 2020 con 13,1%, aunque el número de casos notificados fue el menor de todo el período (N=258).

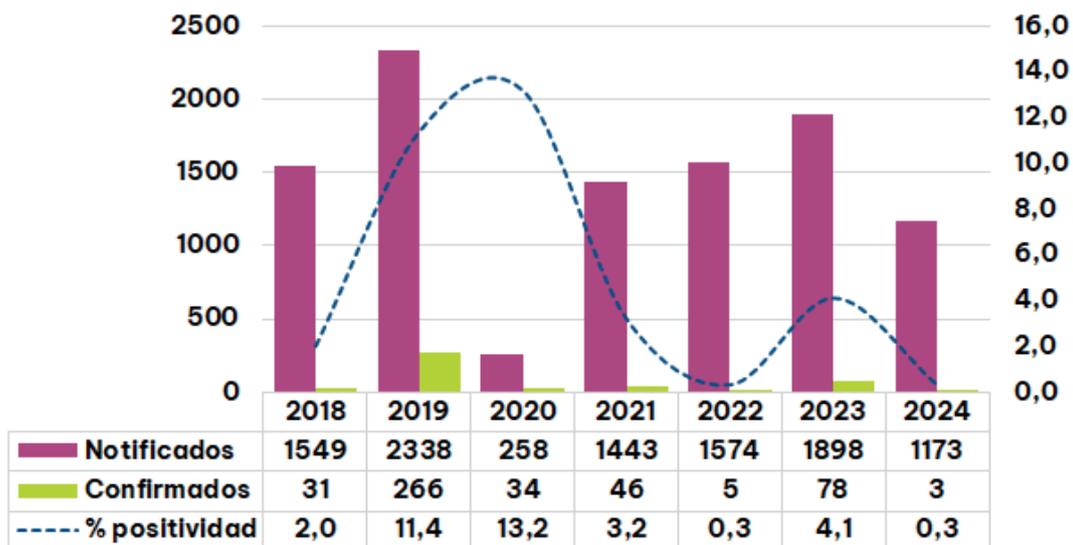


Figura 1. Casos notificados confirmados de coqueluche y porcentaje de positividad. Provincia de Córdoba. Años 2018-2024 (el año 2024 corresponde hasta SE 33).

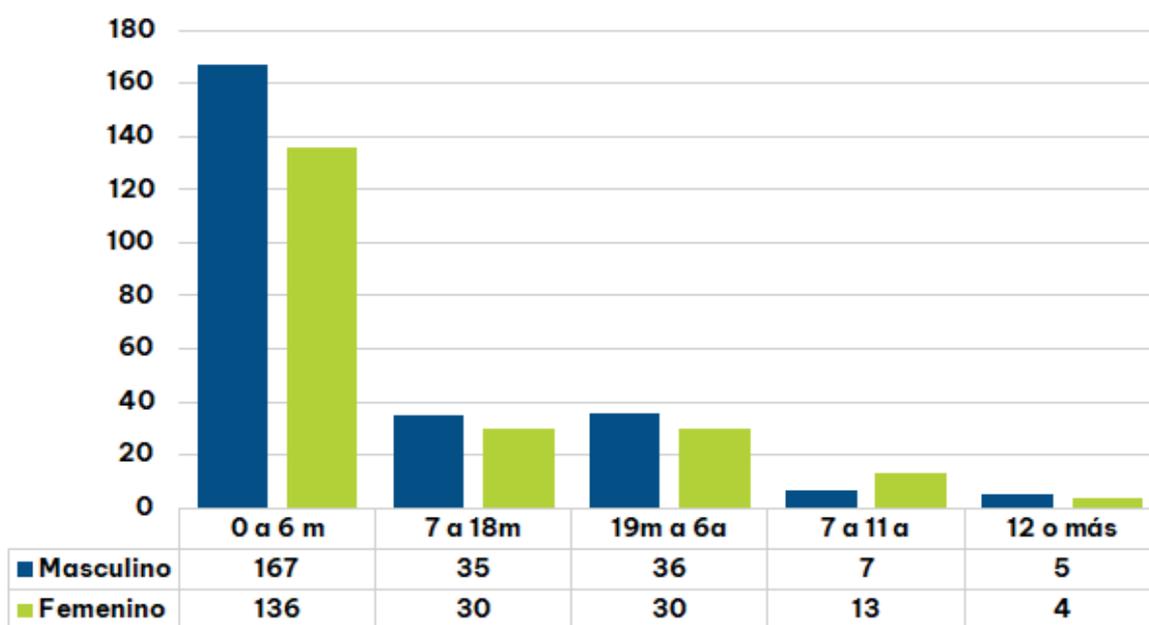
Del total de casos confirmados durante el período analizado (N=463), 351 resultaron positivos para el agente etiológico *Bordetella pertussis*, 100 para *Bordetella parapertussis*, en 10 no se identificó la especie del género *Bordetella*, mientras que los dos restantes se confirmaron por nexo epidemiológico. Durante el período comprendido entre los años 2018-2024 fue el año 2023 el que presentó el mayor número de casos confirmados, cuyo agente etiológico fue *Bordetella parapertussis* (N=73).

Con respecto a la distribución por grupos de edad, en el período de referencia, los/as niños/as menores de 6 meses representaron el 65,4% (N=303) del total de casos confirmados (N=463). Además, fue el grupo etario que presentó mayor hospitalización, complicaciones y muerte por esta patología.

Los grupos de edad de 7 a 18 meses y de 19 meses a 6 años representaron un 14,0% cada uno (N=65 y N=66, respectivamente), mientras que el 4,3% (N=20) de los casos correspondió al grupo de edad de 7 a 11 años y un 1,9% (N=9) a personas de 12 años o más (Figura 2).

Los bajos registros en los/as niños/as mayores de 7 años podrían ser reflejo del subdiagnóstico de la enfermedad en esos grupos etarios, situación que debe modificarse para detectar potenciales fuentes de transmisión a lactantes y cambios en la epidemiología de la enfermedad.

En todo el período analizado existe un leve predominio del sexo masculino, con un 54,0% (N=250) de los casos confirmados, cuya razón de masculinidad general es de 1,17.



**Figura 2. Casos confirmados de coqueluche según edad y sexo. Provincia de Córdoba. Años 2018-2024. (El año 2024 corresponde hasta SE 33). N=463.**

En cuanto a la distribución por departamento de residencia de los casos confirmados en el periodo analizado, el 46,4% de los casos (N=215) correspondió a Capital, seguido por Presidente Roque Sáenz Peña con el 8,6% (N=40), Colón con el 7,3% (N=34) y Río Cuarto con el 5,8% (N=27). Estos cuatro departamentos concentraron el 68,3% (N=316) de los casos.

De los casos confirmados en todo el período analizado, el 40,4% (N=187) presentó esquema de vacunación adecuado para la edad, el 25,3% (N=117) tenía esquema incompleto y el 20,9% (N=97) representó a quienes por edad no les correspondía aún la primera dosis de vacunación. Cabe destacar que en el 13,4% (N=62) de los casos no se obtuvo antecedente de vacunación. El 65,4% (N= 303) de los casos confirmados correspondieron a menores de 6 meses, lo que significa que la mayoría de la población afectada no contaba con la edad suficiente para tener el esquema primario completo.

Hasta el 17 de agosto de este año, se registraron 1.173 notificaciones de casos sospechosos de coqueluche al sistema de vigilancia epidemiológica. Se observó un aumento en el número de notificaciones a partir de la SE 22, con picos en las SE 26 y 28, una mediana de notificación semanal de 19 casos y confirmación por reacción en cadena de Polimerasas (PCR) de tres casos en las SE 21, 24 y 33, con porcentaje de positividad de 0,3% (el menor del período). Los casos confirmados registrados en el resto del período no superan los 50 casos anuales.

La tos ferina es endémica en todos los países. Puede presentarse a cualquier edad, pero es más grave, y en ocasiones mortal, en lactantes menores de 12 meses en países en desarrollo, con una tasa de letalidad que puede llegar al 4% (5).

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió en julio de 2024 una alerta epidemiológica debido al aumento de casos de esta infección que se registra actualmente a nivel global y en algunos países de la Región de las Américas, así como al descenso de las coberturas de vacunación registradas principalmente durante el periodo de la pandemia por Covid-19. Atento a la concurrencia de estos factores, es necesario fortalecer el sistema de vigilancia, así como mantener un monitoreo constante de las coberturas de vacunación.

### **Medidas de manejo y control**

- Administrar quimioprofilaxis con macrólidos en todos los contactos estrechos, independientemente del estado de vacunación e idealmente dentro de los 21 días del contacto con el caso confirmado.
- Aislar a los contactos estrechos que asistan a escuelas, guarderías o jardines de infantes con inmunización incompleta, hasta que hayan cumplido cinco días de tratamiento antibiótico quimioproláctico efectivo.
- Controlar esquemas de vacunación de los contactos y completar en caso de ausencia de alguna dosis con componente pertussis.
- En los contactos institucionales deberá hacerse control estricto de ausentismo para detectar posibles casos sospechosos.

### **Recomendaciones**

#### Para el equipo de salud

- Vacunar con dTpa y cada cinco años al personal de salud en contacto con menores de un año.
- Integrar la revisión del carnet de vacunas en todos los controles de rutina.
- Informar a la comunidad sobre el riesgo de la tos convulsa, especialmente en lactantes y niños/as pequeños/as, y las ventajas de cumplir con el calendario completo de vacunación.
- Cooperar en el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de tos convulsa para lograr la detección oportuna de los casos sospechosos en los servicios de salud públicos y privados.

## Para la población general

- Vacunación:

- De personas gestantes a partir de la semana 20 de gestación en todos los embarazos, independientemente de la edad, intervalo intergenésico y del antecedente de vacunación con componente antitetánico.
- De niños/as, de acuerdo con lo estipulado en el calendario de vacunación.
- De adolescentes a los 11 años de edad, para disminuir el número de personas susceptibles en contacto con lactantes.

- Lactancia materna: Exclusiva en niños/as menores de 6 meses para brindar al/a la recién nacido/a anticuerpos protectores.

- Medidas de higiene y cuidados:

- Evitar el contacto de recién nacidos/as con cualquier persona que presente tos persistente.
- Cubrir la boca con el pliegue del codo al momento de toser o estornudar, o bien utilizar un pañuelo desechable.
- No exponer a niños/as menores de 1 año a eventos públicos masivos.
- Lavarse las manos con periodicidad.

# Bibliografía

1. Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de ENO 2022.
2. Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Fundamentos de la Vacunación de Mujeres Embarazadas con Vacuna Triple Bacteriana Acelular (dTpa) Argentina 2012. 2012, p. 1-23. [Link](#)
3. Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina-Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Coqueluche Argentina 2011-2012:1-17. [Link](#)
4. Alerta epidemiológica (coqueluche) en la Región de las Américas 22 de julio 2024. [Link](#)
5. Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica. [Link](#)

# Situación epidemiológica de Síndrome Urémico Hemolítico en la provincia de Córdoba. Período 2019-2024

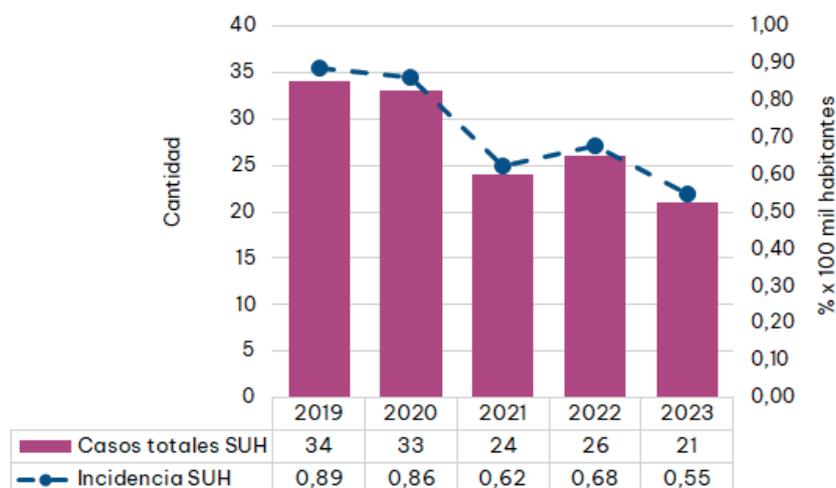
El Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) es una enfermedad grave, caracterizada por daño agudo de los riñones, asociado a alteraciones en las células de la sangre: trombocitopenia y anemia hemolítica microangiopática. Además, afecta otros parénquimas como intestino, sistema nervioso central, corazón y páncreas. Tanto a nivel mundial como nacional, el SUH es la causa más común de insuficiencia renal aguda en niños/as de corta edad.

Hasta el momento, esta patología no tiene tratamiento específico eficaz. Afecta principalmente a niños y niñas menores de 5 años, a personas mayores de 65 años e inmunosuprimidas. Constituye una enfermedad prevenible, transmitida por alimentos (ETA) contaminados.

La infección por *Escherichia coli*, productor de toxina Shiga (STEC), es la principal causa de SUH y el serotipo predominante es *Escherichia coli* 0157:H7. Una vez que STEC ingresa al organismo, las manifestaciones clínicas comienzan tres o cuatro días después, generalmente con dolores abdominales y diarrea que, en los días siguientes, puede progresar a sanguinolenta.

En Argentina, el SUH es considerado una enfermedad endémica y registra la mayor incidencia mundial. En el período 2019-2023, en nuestro país se notificaron 1.532 casos de SUH, con un promedio anual de 306 casos. Se observó una tendencia al descenso en la cantidad de casos de SUH notificados a nivel nacional, cuya mayor proporción corresponde a la zona centro del país.

En la provincia de Córdoba, entre los años 2019 y 2023 se notificaron 138 casos de SUH, con un promedio de 28 casos por año. Tal como ocurrió a nivel nacional, en los últimos cinco años, se observó una tendencia descendente en el número de casos. Con respecto a la incidencia de casos por año cada 100.000 habitantes, se registró también un patrón en descenso en el período analizado (Figura 1).



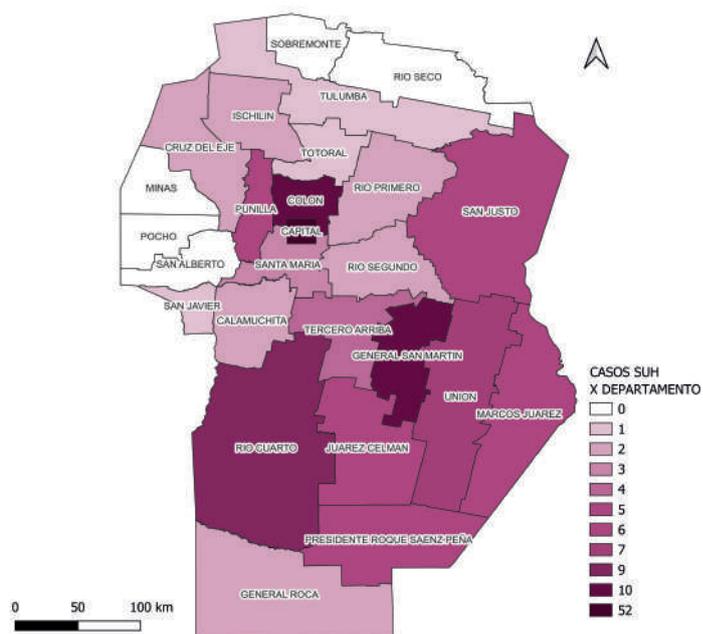
**Figura 1. Casos totales de SUH e incidencia (cada 100.000 habitantes) según año. Provincia de Córdoba. Período 2019-2023 (N=138).**

*\*Datos Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022*

Tal como ocurre a nivel nacional, el 86% (N=118) de los casos de SUH se presentaron en menores de 5 años, con un rango entre 0 y 18 años. Del total de casos correspondientes a personas menores de 5 años, el 23% (N=27) tenía 1 año o menos.

Con relación al sexo biológico, no se observaron diferencias en la presentación de los casos. Como síntomas más frecuentes se identificó diarrea en el 96% de los casos y vómitos en el 72%.

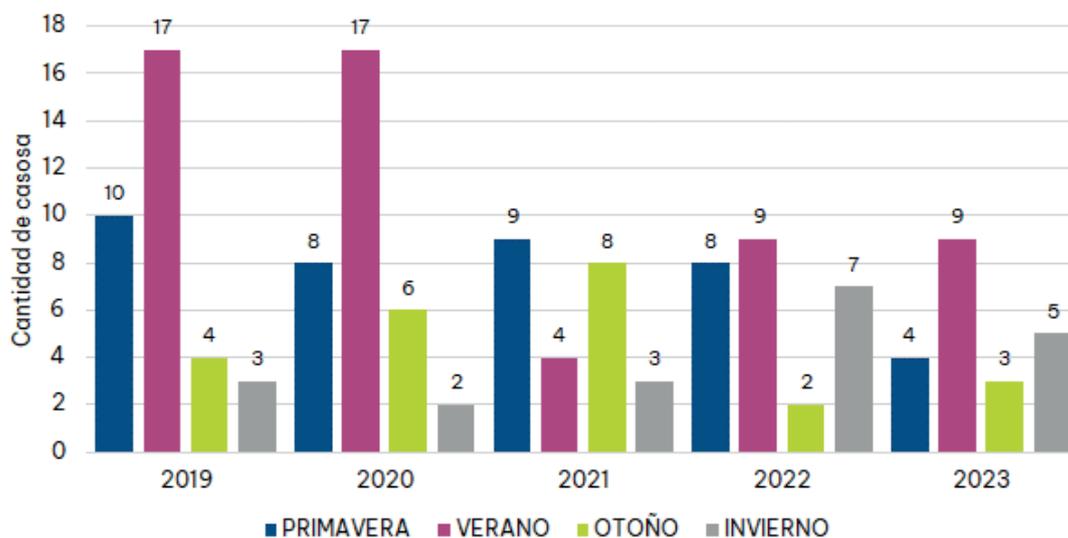
En cuanto a la distribución espacial (Figura 2), el 62% (N=86) de los casos de SUH confirmados durante el período de análisis correspondió al interior provincial. Los departamentos con mayor número de casos fueron Capital (N=52), General San Martín (N=10), Colón (N=10) y Río Cuarto (N=9). Cabe aclarar que los departamentos Sobremonte, Río Seco, Minas, Pocho y San Alberto no presentaron registros de casos en los últimos cinco años.



**Figura 2. Casos de SUH por departamento. Provincia de Córdoba. Período 2019-2023 (N=138).**

*\*Datos Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022*

Si bien se registran casos de SUH durante todo el año, la frecuencia de aparición es mayor durante los meses cálidos. En los años analizados, más del 50% ocurrió durante la primavera y el verano (Figura 3).



**Figura 3. Casos de SUH según estación. Provincia de Córdoba. Años 2019-2023 (N=138).**

Al igual que en el resto del país, en la provincia de Córdoba el serotipo STEC O157:H7 fue el más prevalente asociado a casos de SUH. En este sentido, durante el período 2019-2023, en el 50% (N=70) de los casos estuvo asociado el serotipo O157.

La totalidad de los/as pacientes requirió internación, un 57% (N=78) recibió transfusión y un 48% (N=66) necesitó diálisis. En el año 2021, se registraron dos defunciones, ambas de personas con residencia en Capital y menores de 5 años. En cuanto al serotipo, uno de los casos se asoció a O145 y otro a O157.

Desde la SE 1 a la SE 39 del año 2024, se registraron 15 casos y dos fallecimientos, estos últimos en investigación. En comparación con los últimos cinco años en el mismo período, a la fecha se observó un valor inferior al promedio de casos registrados (19 casos por año).

Del total de casos de este año, el 80% (N=12) correspondió a personas menores de 5 años, con una distribución similar en ambos sexos. Con respecto a la distribución espacial, el 47% (N=7) perteneció a Capital y el resto a otros departamentos de la provincia.

En relación con los síntomas, el 100% (N=15) presentó diarrea y el 80% (N=12) vómitos. La totalidad de los casos requirió internación, el 33% (N=5) precisó diálisis y al 20% (N=3) se le indicó transfusión.

Respecto a la determinación de los serotipos, en el 73% (N=11) de los casos se identificó la toxina O157 y en 17% (N=4) se aisló el serotipo O145.

Cabe destacar que, al identificar un caso de SUH, además de las muestras de suero y materia fecal del paciente que se remiten al Laboratorio Central de la Provincia, se solicitan muestras de los contactos del caso. Esto tiene por objetivo ampliar la investigación sobre la posible fuente de infección e identificar portadores asintomáticos, a fin de recomendar medidas preventivas y de control adecuadas. En lo que va del año 2024, se obtuvieron muestras de convivientes en el 87% (N=13) de los casos y resultó positivo el 20% (N=3).

## **Recomendaciones**

El SUH constituye una enfermedad prevenible y existen múltiples puntos de intervención en la cadena epidemiológica: a nivel del ganado, en la vigilancia de la higiene en el transporte, en el faenamiento de los animales, en la elaboración y en la comercialización de la carne y lácteos. En el hogar, las conductas higiénicas a la hora de comprar, limpiar, almacenar, manipular, cocinar y conservar los alimentos.

Para disminuir las posibilidades de contraer esta enfermedad, es fundamental el acceso al agua segura para beber, higienizarse o preparar alimentos. En el caso de existir dudas sobre la potabilidad del agua, es recomendable agregar dos gotas de lavandina por cada litro y dejar reposar por media hora antes de consumir. Otra opción es hervirla durante tres minutos.

El buen lavado de manos es también una de las medidas fundamentales para prevenir esta enfermedad, por lo que se recomienda lavarse las manos con agua y jabón antes de comer, cocinar o manipular alimentos, después de tocar alimentos crudos, de ir al baño, cambiar pañales y/o de acariciar o jugar con mascotas.

Además, es fundamental cocinar completamente las carnes hasta que no queden partes rojas en su interior ni jugos rosados (mínimo 71°C en el centro de la pieza), especialmente la carne picada y sus preparaciones derivadas (hamburguesas, albóndigas, pan de carne arrollado, empanadas, pastel de carne). La carne picada debe ser procesada en el momento de la compra y a la vista. También es fundamental no comprar pan o alimentos a granel que sean manipulados sin guantes y lavar bien las frutas y verduras antes de consumirlas.

Por otra parte, es esencial prestar atención al momento de comprar, manipular, ingerir y guardar los alimentos. El tiempo que transcurre desde que se compran hasta que se los coloca en la heladera debe ser el mínimo posible para no cortar la cadena de frío. Para ello, es útil organizar las compras, dejando para el final la adquisición de alimentos frescos y congelados.

También se recomienda no adquirir leche o jugos sin pasteurizar, huevos que tengan la cáscara rota, ni productos exhibidos a temperatura ambiente. Tampoco alimentos sin fecha, marca o números de registro, ni aquellos cuyo envase se encuentre en malas condiciones (latas o tetrapack abollados o hinchados o bolsas plásticas rotas).

## Bibliografía

1. Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación. Boletín Epidemiológico Nacional n° 718. [Internet]. Argentina 2024. [Link](#)
2. Sistema Integrado de Información Sanitario Argentino [Internet]. Versión 3.2010 (Buenos Aires): Ministerio de Salud de la Nación. [Link](#)
3. Departamento de Zoonosis, Ministerio de Salud, Gobierno de la Provincia de Córdoba. [Base de datos]. Registro de casos de Síndrome Urémico Hemolítico. Provincia de Córdoba. Años 2019-2024.
4. Glosario de salud, Ministerio de Salud. Síndrome Urémico Hemolítico. [Link](#)
5. Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina. Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria. Actualización 2022. [Link](#)
6. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Recomendaciones ante nuevos casos de SUH. Año 2022. [Link](#)
7. Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina. Informe sobre las infecciones por STEC en la Provincia de Córdoba, periodo 2023 hasta la SE 7 del 2024. Año 2024.
8. Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación. Boletín Epidemiológico Nacional n° 702. [Internet]. Argentina 2024. [Link](#)

# Talla baja para la edad o retraso en el crecimiento poblacional en la provincia de Córdoba

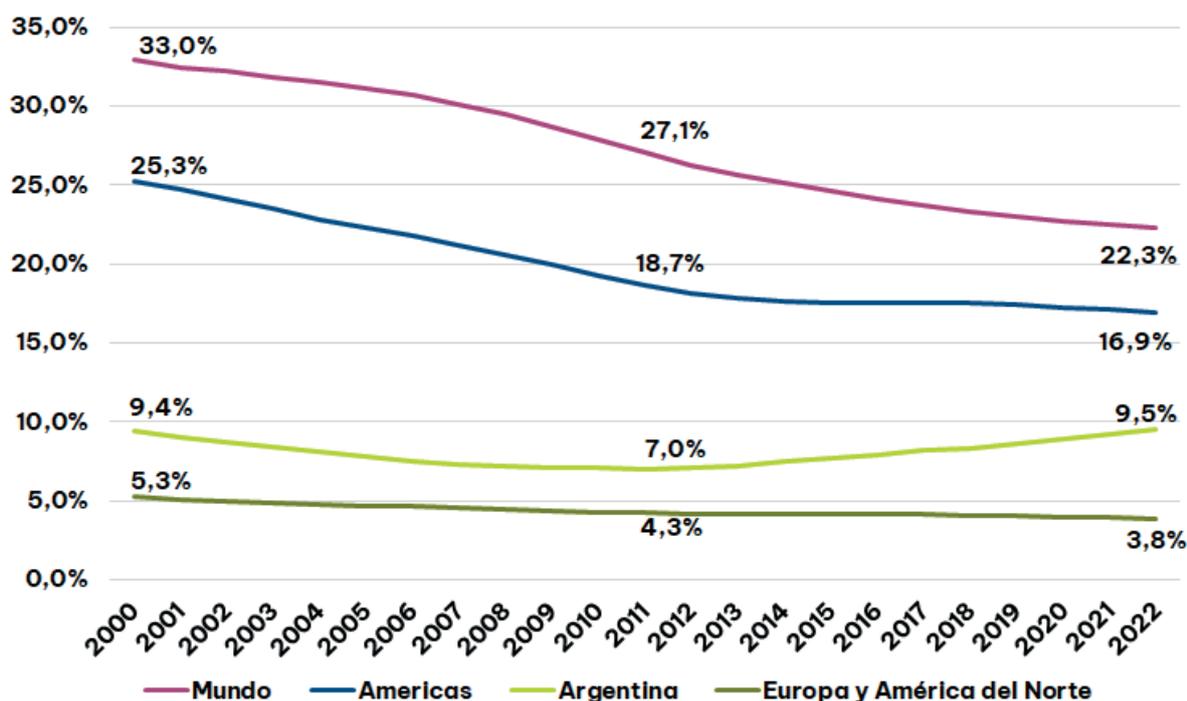
La malnutrición es uno de los mayores desafíos sanitarios mundiales. En la actualidad, nos enfrentamos a una doble carga de malnutrición, caracterizada por la coexistencia de desnutrición con sobrepeso y obesidad.

El retraso del crecimiento en niños y niñas (NyN) es una forma de malnutrición, además de ser una limitación importante para el desarrollo humano. Es el resultado de una nutrición inadecuada y/o enfermedades infecciosas ocurridas durante los primeros 1.000 días de vida y hasta los 5 años de edad. Prevenir el retraso del crecimiento es de suma importancia. Si ocurre antes de los 2 años de edad, representa un factor predictivo de peores resultados cognitivos y educativos, además de un mayor riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles y sobrepeso u obesidad en la adultez (1, 2).

El segundo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible plantea crear un mundo libre de hambre para el año 2030, y la talla baja para la edad en menores de 5 años es uno de los indicadores monitoreados para evaluar el cumplimiento de dicho objetivo. El problema global del hambre y la inseguridad alimentaria registra un aumento desde 2015, tendencia exacerbada por una combinación de factores que incluyen la pandemia, el cambio climático y la profundización de las desigualdades (3).

La talla baja se define como una estatura para la edad inferior a dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de crecimiento infantil determinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (4, 5).

Según este organismo, la prevalencia de retraso del crecimiento está descendiendo, aunque sus valores siguen siendo preocupantes. En 2022 afectó a alrededor de 148 millones de NyN menores de 5 años en todo el mundo, es decir, a un 22,5% de este grupo etario a nivel mundial. En la Región de las Américas alcanzó el 16,9% y, en Argentina, se estimó una prevalencia del 9,5% para el año 2022, lo que representa un incremento de 2,5 puntos porcentuales con respecto a 2011 (Figura 1) (6).



**Figura 1: Tendencias de prevalencia de talla baja estimada en menores de 5 años según datos de la OMS entre los años 2000 y 2022.**

*Fuente: Elaboración propia en base a datos abiertos de la OMS.*

De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS - 2018), la prevalencia de talla baja en menores de 5 años a nivel nacional fue ese año de 7,9%, con un porcentaje mayor en NyN cuyo/a jefe/a de hogar tenía hasta secundario incompleto (9,6%) en relación con la población con secundario completo o más (5,7%). En la población con cobertura de salud pública exclusiva, la prevalencia de talla baja fue significativamente superior que en la población con obra social o prepaga (10% versus 5,2%, respectivamente) (5).

Aunque una proporción importante de la talla que alcanza una persona se logra durante la adolescencia, la afectación en el crecimiento y en el desarrollo en la primera infancia tiene efectos sobre la talla definitiva, difíciles de contrarrestar en las etapas posteriores a la niñez. Aún no está claro hasta qué punto puede compensarse el retraso del crecimiento de la primera infancia en la infancia tardía y en la adolescencia. Los niños y niñas que sufren carencias nutricionales tienen más chances de llegar a la adolescencia con una talla menor a la que hubiesen podido alcanzar. Poder monitorear las tendencias con relación al crecimiento y desarrollo de NyN, no solo en menores de 5 años sino también en la infancia posterior, se convierte en un imperativo para poder evaluar el impacto de las intervenciones realizadas y proponer acciones futuras en pos de la mejora de su salud y calidad de vida.

Según datos de la ENNyS, la prevalencia de talla baja en NyN de 5 a 17 años de la región centro fue de 2,7% y de 3,7% a nivel nacional. No se observaron diferencias estadísticamente significativas por región, sexo y cobertura de salud.

Se evidenció una mayor prevalencia de talla baja en NNyA de 5 a 17 años cuyo/a jefe/a de hogar no había alcanzado el título secundario (4,7%) que para aquellos con secundario completo o más (2,2%). Con respecto al quintil de ingresos, se observó una mayor prevalencia de talla baja en el 1°, 2° y 3° quintil (3,8%, 5,4% y 4,1% respectivamente) con respecto al 5° quintil (1,3%) (5).

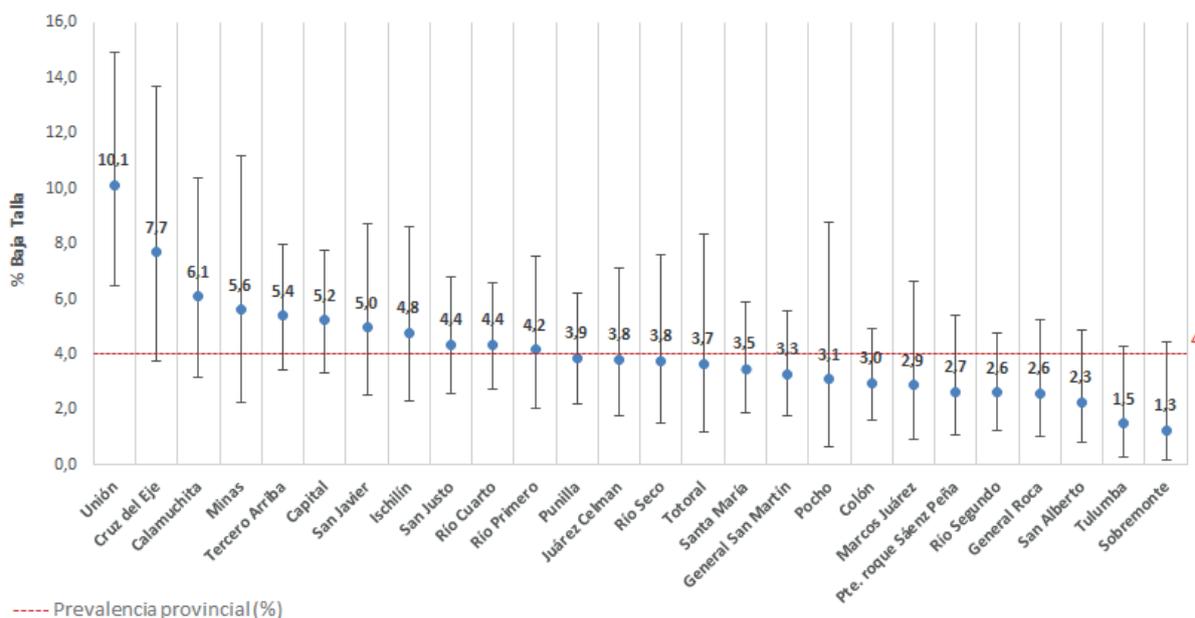
En la provincia de Córdoba, a partir de un relevamiento sobre una muestra probabilística de 540 escuelas y de Certificados Únicos de Salud (CUS), de 7.109 NyN de 1° a 6° grado, se observó una prevalencia de talla baja del 4% (IC95% 3,6-4,5), un 3,7% en varones y un 4,3% en mujeres.

En este estudio no se recabó información sobre el nivel socioeconómico de los/as NyN; no obstante, se analizó la información disponible en relación con el tipo de gestión de las escuelas (estatal o privada) a las que asistían los/as NyN. La prevalencia de talla baja fue significativamente mayor en NyN que concurrían a escuelas de gestión estatal, alcanzando un 4,3% (IC95% 3,8-4,9%), 2,1 puntos porcentuales por encima de la prevalencia en NyN que asistían a escuelas de gestión privada (IC95% 1,2-3,1%;  $p < 0,001$ ) (Tabla 1).

**Tabla 1. Comparación de prevalencias de talla baja, CUS Córdoba (2022), ENNyS (2018).**

|                       | Prevalencia | IC95%      |
|-----------------------|-------------|------------|
| ENNyS - Nacional      | 3,7%        | 3 - 4,5%   |
| ENNyS - Región Centro | 2,7%        | 1,8 - 4%   |
| CUS Córdoba           | 4%          | 3,5 - 4,5% |
| Gestión estatal       | 4,3%        | 3,8 - 4,9% |
| Gestión privada       | 2,2%        | 1,5 - 3,2% |

Al observar la distribución de talla baja por departamento de Córdoba, Unión se diferenció de la media provincial en 9,7% (IC95% 6,1-14,5%), en tanto que Sobremonte presentó la prevalencia más baja de la provincia. Once de los 26 departamentos se ubicaron por encima de la media provincial (Figura 2).



**Figura 2: Prevalencias de talla baja estimada en estudiantes de 1ro a 6to grado según departamento de residencia. Córdoba 2022.**

### Marco de acciones y recomendaciones

Según la OMS, la nutrición inadecuada es una de las muchas causas del retraso del crecimiento. A menudo, el crecimiento insuficiente comienza ya en el útero y se prolonga después del parto como consecuencia de unas prácticas de lactancia subóptimas y de deficiencias en la alimentación complementaria y el control de infecciones. De aquí radica la importancia de centrarse en los cruciales 1.000 días que van desde el comienzo del embarazo hasta que el niño o la niña cumplen dos años de vida. Las principales acciones recomendadas por la OMS contemplan:

- Optimizar las prácticas de lactancia materna para garantizar el crecimiento y desarrollo saludables de NyN. La instauración temprana de la lactancia materna y su uso exclusivo durante 6 meses protege frente a infecciones gastrointestinales que pueden provocar graves deficiencias de nutrientes y causar retrasos del crecimiento.
- Mejorar la alimentación infantil, variada y de calidad para lograr un crecimiento y desarrollo adecuados que exprese todo su potencial.

Finalmente, como el retraso del crecimiento es consecuencia de la combinación de varios factores domésticos, ambientales, socioeconómicos y culturales, su abordaje exige que las intervenciones no sean solo nutricionales, sino que atiendan además los determinantes conductuales, materiales y económicos que explican el acceso a una alimentación variada y saludable, agua potable y condiciones de vida dignas (1, 2).

En Córdoba, en línea con estas directrices, se dispone de programas que abordan la problemática desde diversas aristas, como ejemplo de algunos de ellos están el Programa de Asistencia Integral Córdoba (PAICOR), el Programa de protección de la embarazada y su bebé, el banco de leche materna y Programa más leche más proteína, entre otros (7-10).

Por último, es importante destacar que este informe describe el estado de situación en relación con la talla baja en NyN de 1ro a 6to grado y, si bien no repara en las causas de las diferencias en las prevalencias de baja talla en distintos grupos, nos permite continuar indagando sobre la posible determinación social que establece un patrón diferencial en el crecimiento y desarrollo. La búsqueda de las verdaderas causas allanará el camino a las verdaderas soluciones.

## Bibliografía

1. Metas mundiales de nutrición 2025: Documento normativo sobre retraso del crecimiento. Organización Mundial de la Salud; 2014. [Link](#)
2. Rueda-Guevara P, Botero-Tovar N, Trujillo KM, Ramírez A. Worldwide evidence about infant stunting from a public health perspective: A systematic review. *Biomédica*. 2021;41:541-54. [Link](#)
3. World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2024. [Link](#)
4. Marco global de vigilancia en nutrición: directrices operacionales para el seguimiento de los progresos hacia el logro de las metas para 2025. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. [Link](#)
5. Dirección Nacional De Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles y Dirección Nacional De Maternidad, Infancia y Adolescencia. Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Argentina, 2019. [Link](#)
6. World Health Organization 2024 data.who.int, Prevalence of stunting in children under 5 (%) [Indicator]. [Link](#)
7. Paicorvirtual.cba.gov.ar [Internet]. Córdoba: Gobierno de la provincia de Córdoba; [consulta 4 de septiembre de 2024]. [Link](#)
8. Cba.gov.ar [Internet]. Córdoba: Gobierno de la provincia de Córdoba; [consulta 4 de septiembre de 2024]. [Link](#)
9. Ministeriodesalud.cba.gov.ar [Internet]. Córdoba: Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba; [consulta 4 de septiembre de 2024]. [Link](#)
10. Cba.gov.ar [Internet]. Córdoba: Gobierno de la provincia de Córdoba; [consulta 4 de septiembre de 2024]. [Link](#)

# **Evolución de la mortalidad y natalidad en la provincia de Córdoba en la última década**

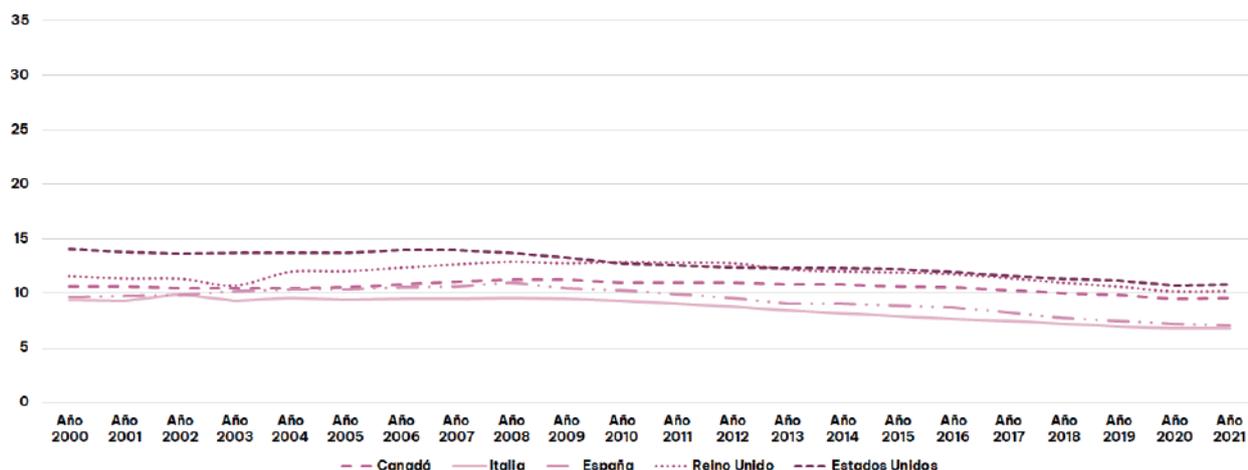
La transición demográfica intenta explicar los cambios en la estructura y tamaño de las poblaciones a partir de las variaciones en las tasas de natalidad y mortalidad. Diversos autores reconocen que estos cambios están dados por la modernización, el descenso tanto de la mortalidad como de la fecundidad y el envejecimiento poblacional (1,2).

La reducción sostenida de la mortalidad se ha adjudicado a las mejoras en el saneamiento básico y los servicios de atención de la salud que trajeron aparejado un aumento en la esperanza de vida al nacer, mientras que la reducción en la fecundidad, estaría relacionada con la mayor información, disponibilidad y uso de anticonceptivos modernos, el creciente acceso femenino a la educación y al mundo del trabajo (3).

Si bien la transición demográfica es motivo de discusión, existe cierto consenso en que estos cambios en la mortalidad y fecundidad son diferentes entre distintas poblaciones, dependiendo de la influencia de una serie de condicionantes sociales, económicos y demográficos; y que el balance entre los niveles de fecundidad y mortalidad, en ocasiones modificado por la migración internacional, determina el ritmo de crecimiento de las poblaciones (4).

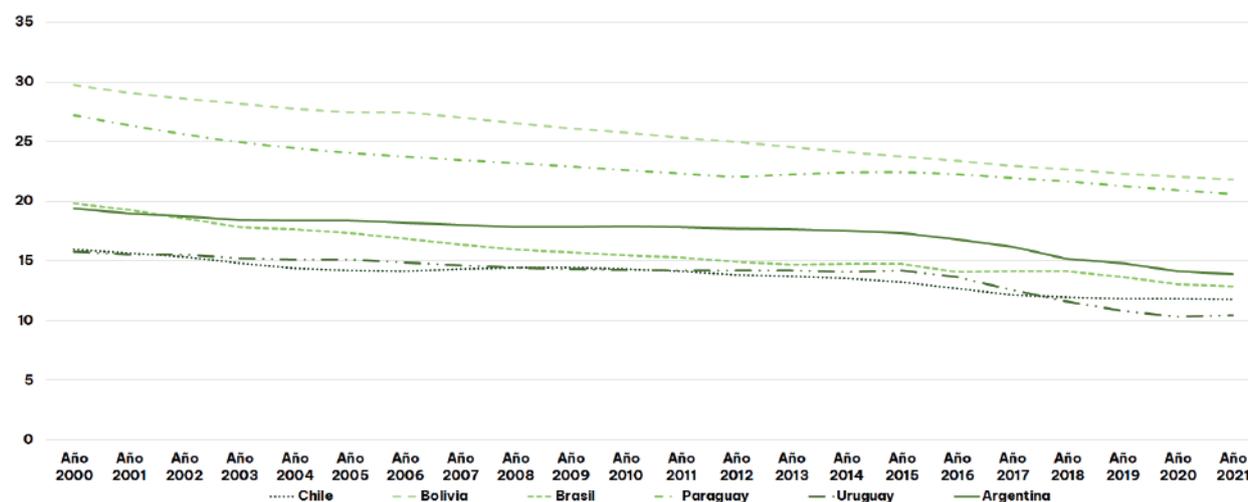
Algunos autores han propuesto la noción de una Segunda Transición. La diferencia entre una primera y segunda transición sería que, mientras “la Primera debe ser interpretada como una consecuencia a largo plazo de la disminución de la mortalidad, la Segunda se debe a la baja de la fecundidad hasta niveles no imaginados” (5).

Según perspectivas de población mundial de las Naciones Unidas (6), en el período 2000-2021, las tasas de natalidad de Canadá, Italia, España, Reino Unido y Estados Unidos se encontraban por debajo de 15‰, con un descenso en promedio de dos puntos a lo largo de las dos décadas (Figura 1). En tanto, la tasa de natalidad de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay para el mismo período se encontraban entre 15 y 30‰, con un descenso en promedio de seis puntos (Figura 2).



**Figura 1. Evolución de las tasas de natalidad de países desarrollados**

*Fuente: United Nations, World Population Prospects (2022)*



**Figura 2. Evolución de las tasas de natalidad de países del Cono Sur Latinoamericano**

*Fuente: United Nations, World Population Prospects (2022)*

El Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) ya en 2005 diseñó una tipología de los países de la región según la etapa de la transición demográfica en que se encuentran (3), de acuerdo con las tasas de natalidad del período 2000-2005. El informe indicaba que en el año 2005 ya no había países en transición incipiente y que sólo Guatemala se encontraba en transición moderada, en tanto que los países que se encontraban en plena transición se ubicaban en su mayoría en Centroamérica y el norte de América del Sur. Los países en transición avanzada se ubicaban preferentemente en las islas de América Central y en los países australes de América del Sur, entre los cuales se incluye a Argentina (junto a Chile, Brasil y Uruguay).

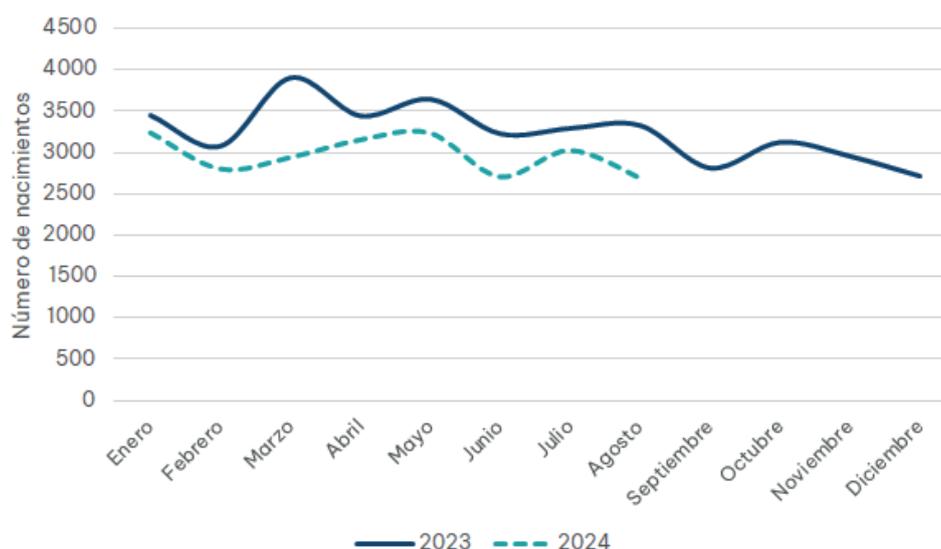
Argentina es considerada uno de los países de América Latina -junto a Uruguay y Cuba- que inició más tempranamente el proceso de transición demográfica. Según diversos autores, las características de mortalidad y fecundidad ocurridas en la Argentina se habrían dado como consecuencia de un proceso de modernización que generó cambios en el comportamiento y en las políticas sanitarias (7).

En la provincia de Córdoba, desde hace varios años se observa un descenso, tanto en los nacimientos como en las defunciones, acortando la brecha entre ambos, aunque de manera más marcada en los últimos años.

Argentina, y Córdoba en particular, muestran un descenso en la tasa de natalidad en los últimos años, comportamiento que es determinante de la dinámica demográfica en los próximos decenios (8).

### Nacimientos

Según datos del Registro Civil de la provincia, en el año 2023 se reportaron 38.887 nacimientos, de los cuales 27.311 se registraron en los primeros ocho meses. En lo que va del año 2024, hasta el mes de agosto se informaron 23.778 nacimientos, un 12,9% menos que lo reportado durante el mismo período del año anterior (Figura 3).



**Figura 3: Número de nacimientos por mes. Años 2023 y 2024 (hasta el mes de agosto).**

*Fuente: Registro Civil de la provincia de Córdoba.*

Estos datos coinciden con un informe realizado en 2023 por la Dirección Nacional de Población, según el cual en el período comprendido entre los años 2012 y 2021, se observó una disminución general del número de nacimientos en el país, con un descenso del 33,3% en todo el período y una aceleración importante del ritmo de disminución a partir de 2018. Según datos de la Dirección Nacional de Población, la Tasa Bruta de Natalidad pasó de 25 nacimientos por cada mil habitantes en 1980 a 11 en el año 2021 (9).

En este mismo informe de la Dirección Nacional de Población, se observó que el número de nacimientos en el país presentó cierta estabilidad hasta el año 2014, para luego descender hasta 2021. Sin embargo, el ritmo de disminución se incrementó fuertemente a partir de 2018.

En la provincia, según datos de la Dirección General de Estadísticas y Censos (10), se registró un descenso del 35% en la tasa de natalidad en el período 2014-2022 (Tabla 1).

**Tabla 1: Evolución de la tasa de natalidad en el período 2014-2022 en la provincia de Córdoba.**

|      | Tasa Natalidad* |
|------|-----------------|
| 2014 | 16,7            |
| 2015 | 16,3            |
| 2016 | 15,6            |
| 2017 | 15,0            |
| 2018 | 14,5            |
| 2019 | 13,6            |
| 2020 | 11,7            |
| 2021 | 11,6            |
| 2022 | 10,8            |

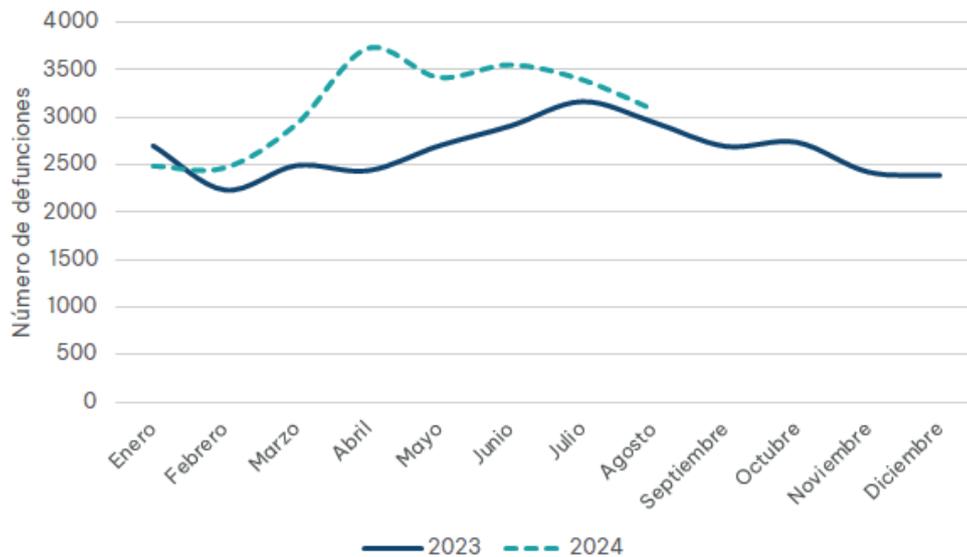
*\*Tasa de natalidad: Nacidos vivos cada 1.000 habitantes*

Lo mismo ocurre a nivel internacional: la mayor parte del mundo está en transición hacia una disminución natural de la población (cuando el número de muertes supera el número de nacidos vivos). Según un informe publicado en The Lancet, se espera que, para 2050, más de tres cuartas partes de los países no tendrán la cantidad suficiente de nacimientos para sostener el tamaño de la población a lo largo del tiempo; para 2100, se estima que el 97% de los países se encontrarán en esta situación (11).

Según un artículo publicado en 2009, existen diversos factores, como los relacionados con el estilo de vida, el aumento de las enfermedades de transmisión sexual, el aumento de la obesidad y los factores ambientales que intervienen en la urbanización y el estilo de vida urbano, que afectan a la fertilidad y han provocado un aumento de la subfertilidad masculina y femenina. Además, existen factores socioeconómicos que han contribuido a las bajas tasas de fertilidad y natalidad actuales, como la falta de viviendas asequibles, de puestos de trabajo flexibles y a tiempo parcial, y de guarderías infantiles accesibles y financiadas con fondos públicos (12).

## Defunciones

Según datos del Registro Civil de la provincia, en el año 2023 se reportaron 31.785 defunciones, de las cuales 21.554 se registraron en los primeros ocho meses. En lo que va del año 2024, hasta el mes de agosto se registraron 25.094 defunciones, un 16,4% más que lo registrado durante el mismo período del año anterior (Figura 4).



**Figura 4: Número de defunciones por mes. Años 2023 y 2024 (hasta el mes de agosto).**  
Fuente: Registro Civil de la provincia de Córdoba.

A nivel nacional, según el último informe de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud, en el período 2005-2022 (13), la tasa de mortalidad en el país se mantuvo estable hasta los años pandémicos y alcanzó un pico histórico en el año 2021. En 2022, se observaron valores que se aproximan a los registrados en el período analizado, aunque continúan siendo superiores a los años prepandémicos. En la provincia, según datos de la Dirección General de Estadísticas y Censos, durante el período 2014-2022 (10), la tasa de mortalidad mostró un comportamiento similar al reportado en el país.

**Tabla 2: Evolución de la tasa de mortalidad en el período 2014-2022 en la provincia de Córdoba.**

|      | Tasa Mortalidad* |
|------|------------------|
| 2014 | 7,9              |
| 2015 | 8,0              |
| 2016 | 8,6              |
| 2017 | 8,2              |
| 2018 | 8,0              |
| 2019 | 8,0              |
| 2020 | 8,7              |
| 2021 | 9,8              |
| 2022 | 9,2              |

*\*Tasa de mortalidad: Muertes cada 1.000 habitantes*

Un artículo publicado en junio de 2024 en el British Medical Journal (14), revela un aumento global de enfermedades infecciosas post Covid-19 en el mundo. Entre las posibles causas asociadas a este aumento, se mencionan las formas en que el confinamiento modificó las inmunidades, la disminución en las coberturas de vacunación, el cambio climático, la creciente desigualdad social y las crecientes presiones sobre los servicios sanitarios, todos ellos factores de difícil medición.

# Bibliografía

1. Quiñones, R. G. La transición demográfica: reivindicación vs teoría alternativa. Papeles de Población. 1994;(3), 3-12
2. Saino, M., & Diaz, C. B. Transición demográfica y variaciones de las componentes demográficas en el período intercensal 2001-2010 en Argentina. Un análisis por regiones socioeconómicas construidas. Astrolabio. 2021; 26, 1-43.
3. CELADE. CEPAL. (CEPAL, Ed.) Obtenido de Cambios en la estructura poblacional: una pirámide que exige nuevas miradas. Serie Población y Desarrollo. 2005; Número 1: [Link](#)
4. Miró G, C. Transición demográfica y envejecimiento demográfico. Papeles de población. 2003; 9(35), 9-28.
5. Van De Kaa, D. The Idea of a Second Demographic Transition in Industrialized Countries. Pap Present Sixth Welf Policy Semin Natl Inst Popul Soc Secur. 2002; 1-34.
6. Tasa de natalidad, 2000 a 2021. Publicado online en OurWorldInData.org. [Link](#)
7. Pantelides, E, Roitman, A. La transición demográfica argentina: Un modelo no ortodoxo. Desarrollo Económico. 1983; 22(88), 511-534. doi:10.2307/3466332.
8. Solsona, M., y Viciano, F. Claves de la evolución demográfica en el cambio de milenio. Gaceta Sanitaria. 2004. 18 , 08-15.
9. Ministerio del Interior de la Nación. Dirección Nacional de Población. Análisis de Tendencias de Nacimientos en Argentina 2012-2021 a partir de Registros Administrativos del RENAPER. [Link](#)
10. Dirección General de Estadísticas y Censos de Córdoba. [Link](#)
11. The Lancet. Dramatic declines in global fertility rates set to transform global population patterns by 2100. Marzo 2024.
12. Nargund G. Tasa de natalidad en descenso en los países desarrollados: se requiere una revisión radical de las políticas. Facts, views & vision in ObGyn 1.3 (2009): 191. [Link](#)
13. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Síntesis Estadística N°9. [Link](#)
14. Feinmann J. Analysis reveals global post-covid surge in infectious diseases. BMJ 2024;385:q1348. [Link](#)

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
**CÓRDOBA**

