

Población y derechos humanos: desafíos para el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe

*Martha Luz Rojas Wiesner, Eleonora Rojas Cabrera,
Mariana Paredes Della Croce, Jorge Martínez Pizarro*

COORDINADORES



Población y derechos humanos: desafíos para el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe

**Martha Luz Rojas Wiesner, Eleonora Rojas Cabrera,
Mariana Paredes Della Croce, Jorge Martínez Pizarro**

(Coordinadores)

Serie Investigaciones No. 20

ALAP Editor

1a Edición

Río de Janeiro

2020



La Asociación Latinoamericana de Población (ALAP) es una organización científica que aglutina investigadores, investigadoras, estudiantes y profesionales de veintinueve países interesados en estudios de población de América Latina y el Caribe.

ALAP es un foro privilegiado para la consolidación y difusión del conocimiento demográfico y un espacio abierto a la discusión y debate de las distintas perspectivas analíticas y posiciones regionales y nacionales sobre las temáticas actuales en materia de población.

Objetivos

- Propiciar, organizar y conducir diferentes tipos de encuentros interdisciplinarios como congresos, reuniones académicas, foros y seminarios regionales y subregionales.
- Publicar los resultados de estudios, investigaciones y eventos realizados institucionalmente o por sus asociados de acuerdo con los propósitos de la ALAP.
- Contribuir al intercambio de información, la elaboración y difusión de conocimiento y el enriquecimiento metodológico sobre la demográfica latinoamericana entre los científicos sociales de la región, los centros e instituciones académicas y de investigación, los organismos no gubernamentales y los gobiernos.
- Contribuir a que los hallazgos de la investigación sociodemográfica sean utilizados en la definición de políticas de desarrollo y en la enseñanza de las ciencias sociales.

Publicaciones de ALAP

ALAP cuenta con cuatro tipos de publicaciones regulares, todas disponibles en línea:

1. La *Revista Latinoamericana de Población* (RELAP).
2. Las colecciones de libros *Serie Investigaciones* y *E-Investigaciones*, que darán paso a la nueva *Serie Investigaciones Latinoamericanas sobre Población* (ILAPO).
3. La publicación de difusión *Novedades-ALAP*.
4. Los anales de los Congresos de ALAP.

Las líneas editoriales de ALAP son definidas por el Comité de Publicaciones en conjunto con el Consejo de Dirección, que trabajan en el sentido de ampliar las formas de divulgación de los resultados de investigación y textos dirigidos a la enseñanza.

ALAP gestión 2019-2020

Consejo de Dirección

PRESIDENTE: * Ignacio Pardo (Programa de Población, Udelar, Uruguay)
VICEPRESIDENTA: Georgina Binstock (Centro de Estudios de Población, Argentina)
SECRETARÍA GENERAL: Daniela González Ollino (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, Chile)
SECRETARIO DE FINANZAS: Gabriel Borges (Instituto Brasileño de Geografía y Estadística, Brasil)

* Durante el 2019 se desempeñó como presidenta María Marta Santillán Pizarro (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina)

Vocales titulares y suplentes:

Jorge Martínez (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, Chile)
Landy Sánchez (El Colegio de México, México)
Gilbert Brenes (Centro Centroamericano de Población, Costa Rica)
Tania Vásquez, (Instituto de Estudios Peruanos, Perú)
Gisela Zapata (Centro de Desarrollo e Planeamiento Regional, Brasil)

Comité de Publicaciones

EDITORES RELAP: Irene Casique Rodríguez, Universidad Nacional Autónoma de México; Sonia Frías, Universidad Nacional Autónoma de México
EDITORES SERIE INVESTIGACIONES Y E-INVESTIGACIONES: Magda Ruiz (Colombia), Ciro Martínez (Colombia)

Comité Editorial de la Serie Investigaciones

EDITORES GENERALES: Magda Ruiz (Colombia), Ciro Martínez (Colombia)
COORDINADORAS DE LAS REDES DE INVESTIGACIÓN: Carolina Guidotti (Centro Interdisciplinario de Envejecimiento, Udelar, Uruguay), Nélda Redondo (Argentina)
COORDINADORES EDITORIALES DEL NÚMERO: Martha Luz Rojas Wiesner (México), Eleonora Rojas Cabrera (Argentina), Mariana Paredes Della Croce (Uruguay) y Jorge Martínez Pizarro (Chile)
POR EL CONSEJO DE DIRECCIÓN DE ALAP: Landy Sánchez (México)
POR EL CONSEJO CONSULTIVO DE ALAP: Suzana Cavenaghi (Brasil)

Secretaría Administrativa de ALAP

Núcleo de Estudos da População, Universidade Estadual de Campinas-Unicamp
Cidade Universitária Zeferino Vaz, Av. Albert Einstein, 1.300 - Campinas - SP, Brasil
Caixa Postal: 6166 - CEP: 13081-970
<<http://www.alapop.org>>

Población y derechos humanos: desafíos para el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe

**Martha Luz Rojas Wiesner, Eleonora Rojas Cabrera,
Mariana Paredes Della Croce, Jorge Martínez Pizarro**
(Coordinadores)

Serie Investigaciones No. 20

ALAP Editor



Población y derechos humanos : desafíos para el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. / (coordinadores) Martha Luz Rojas Wiesner...[et al.]. -- Río de Janeiro : ALAP, 2020. -- (Serie investigaciones ; 20)

Varios autores.

Otros coordinadores: Eleonora Rojas Cabrera, Mariana Paredes Della Croce, Jorge Martínez Pizarro

ISBN 978-65-89471-01-1

1. Derechos humanos - América Latina 2. Derechos humanos - Caribe 3. Inmigración 4. Mujeres - Condiciones sociales 5. Población 6. Trabajo infantil I. Rojas Wiesner, Martha Luz. II. Rojas Cabrera, Eleonora. III. Paredes Della Croce, Mariana. IV. Martínez Pizarro, Jorge. V. Serie.

20-53110

CDD-304.6098

Las opiniones expresadas son de los autores y no necesariamente reflejan aquellas de la Asociación Latinoamericana de Población.

Primera edición, 2020, Río de Janeiro, Brasil
©2020. Asociación Latinoamericana de Población

ISBN 978-65-89471-01-1 para la versión digital
ISBN 978-65-89471-00-4 para la versión impresa

Esta obra se dictaminó por pares académicos y cuenta con la aprobación del Comité Editorial de la Serie Investigaciones de ALAP para su publicación.

Este libro fue publicado con el apoyo de El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR): www.ecosur.mx

ILUSTRACIÓN DE PORTADA: Marimar Ángeles Rojas

PRODUCCIÓN EDITORIAL:

Tipobyte, estudio editorial

Chiapas, México

contacto@tipobyte.com | www.tipobyte.com

PALABRAS INICIALES

por *Magda Ruiz, Ciro Martínez e Ignacio Pardo* 9

INTRODUCCIÓN

por *Eleonora Rojas Cabrera, Martha Luz Rojas Wiesner, Jorge Martínez Pizarro y Mariana Paredes Della Croce* 11

El derecho como mecanismo de (des)protección en situaciones de trabajo infantil en México

por *Mauricio Padrón Innamorato* 19

El ejercicio de los derechos de las personas mayores en Argentina. Las posibilidades de su monitoreo a partir de los indicadores definidos por el Consenso de Montevideo

por *Laura D. Acosta, María Marta Santillán Pizarro y Enrique Peláez* 49

Derechos y vejez en Uruguay: articulación de agendas regionales, nacionales y locales en las políticas públicas

por *Mariana Paredes* 81

El monitoreo de la salud sexual y salud reproductiva en Argentina y el Consenso de Montevideo. Posibilidades y retos de los datos recopilados a nivel oficial

por *Eleonora Rojas Cabrera* 109

Avances normativos e institucionales en los derechos humanos de las mujeres y su relación con la salud sexual y reproductiva en México, 2010-2019

por *Marlene Solís Pérez y Ester Espinoza Reyes* 137

Vulnerabilidad y riesgos de la migración centroamericana en tránsito por México

por *Patricia Noemí Vargas Becerra y Alejandro I. Canales Cerón* 165

“No dejar a nadie atrás”. La retórica de la inclusión de inmigrantes en México por <i>Martha Luz Rojas Wiesner</i>	199
Expectativas de reconocimiento de los afrodescendientes en el Consenso de Montevideo y el Decenio Internacional de los Afrodescendientes (2015-2024) por <i>John Antón Sánchez</i>	233
EPÍLOGO La agenda de investigación en población y desarrollo: luces y sombras por <i>Jorge Martínez Pizarro</i>	259
NOTICIA DE AUTORES	267

El monitoreo de la salud sexual y salud reproductiva en Argentina y el Consenso de Montevideo. Posibilidades y retos de los datos recopilados a nivel oficial

Eleonora Rojas Cabrera¹

Resumen

Este trabajo indaga acerca de las posibilidades de las fuentes de datos oficiales de Argentina para monitorear los compromisos sobre salud sexual y salud reproductiva, asumidos mediante la adopción del Consenso de Montevideo. Se analiza una selección de fuentes de datos, en función de la propuesta metodológica para el seguimiento regional del Consenso, la sinergia entre esta y los Objetivos de Desarrollo Sostenible y requisitos para el monitoreo de derechos. Los resultados revelan que las fuentes analizadas permiten calcular menos del 50% de los indicadores requeridos internacionalmente. Estos refieren mayormente a mujeres en edad reproductiva, siendo inferiores las posibilidades de monitorear otras poblaciones igualmente relevantes para el Consenso (personas mayores, hombres, adolescentes, etcétera). También se evidencian problemas de cobertura, representatividad, periodicidad, desagregación y publicación. De allí la necesidad de reforzar los sistemas de información para la rendición de cuentas y la toma de decisiones acertadas en materia de derechos.

Palabras clave: salud sexual y reproductiva, monitoreo de derechos, fuentes de datos, Argentina.

Abstract

The monitoring of sexual and reproductive health in Argentina and the Montevideo Consensus on Population and Development. Possibilities and challenges of data compiled at official level

This paper investigates the possibilities of the official data sources in Argentina to monitor sexual and reproductive health commitments, assumed since the adoption of the Montevideo Consensus on Population and Development. A selection of data sources is analyzed, based on the methodological proposal for monitoring the Consensus at regional level, the synergy between it and the Sustainable Development

¹ Investigadora Adjunta del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), con sede en el Centro de Estudios e Investigaciones sobre Cultura y Sociedad (CIECS-CONICET y UNC), <eleonorarojascabrera@gmail.com>.

Goals and the requirements for monitoring rights. The results reveal that the data sources allow calculating less than 50% of the indicators required internationally. These indicators mainly refer to women of reproductive age, being less likely to monitor other populations equally important to the Consensus (such as older people, men, and adolescents). Problems of coverage, representativeness, periodicity, disaggregation, and publication are also evident. Hence the need for redoubling efforts related to the information systems for accountability and taking accurate decisions concerning rights.

Keywords: sexual and reproductive health, monitoring rights, data sources, Argentina.

Introducción

La salud sexual y la salud reproductiva (SSySR) son derechos humanos esenciales para el desarrollo integral de las poblaciones. De allí que su atención sea considerada un asunto prioritario en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 y, más adelante, en la adaptación de este plan para América Latina y el Caribe (1996). Ambos planes de acción comprometen a los Estados a proveer servicios y prestaciones específicos para favorecer el ejercicio pleno de estos derechos por parte de todas las personas sin distinción de ninguna índole.

Posteriormente, a partir de reconocer que los esfuerzos en ese sentido han resultado insuficientes por el momento, la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo para América Latina y el Caribe (CRPD) de 2013, a través del Consenso de Montevideo (CM), reafirma este compromiso en el Capítulo D, dedicado especialmente al tema, donde se afirma que en la región existen aún marcadas brechas en salud, fundamentalmente en razón del género, la edad, el lugar de residencia, la condición étnica/racial y la presencia de discapacidad, entre otros factores. Es así que se plantea que los Estados redoblen las acciones para “garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas LGBT, personas mayores y personas con discapacidad, prestando particular atención a personas en condición de vulnerabilidad y personas que viven en zonas rurales y remotas (...)” (Medida Prioritaria 37).

El avance hacia el acceso universal a los servicios de SSySR en los países que adoptan el CM exige, entre otras cuestiones, el monitoreo de los logros alcanzados y desafíos por superar, a manera de orientar (o reorientar) las medidas encaminadas a cumplir con este propósito. Por este motivo, la

CRPD pone a disposición dos instrumentos metodológicos: la *Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo* (CEPAL, 2015) y la *Propuesta de indicadores y sus metadatos para el seguimiento regional del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*, elaborada por el Grupo de Trabajo *ad hoc* (CEPAL, 2018). Este último documento incluye indicadores para el seguimiento de los compromisos asumidos a nivel regional y establece lineamientos para que los países puedan hacer cálculos similares, con base en las posibilidades de los datos recopilados oficialmente a su interior.

La propuesta referida está alineada con los indicadores sugeridos para el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), plan de acción de las Naciones Unidas con metas para garantizar, en 2030, la SSySR de toda la población (metas 3.1, 3.3, 3.7 y 3.8). De modo que establece una sinergia entre la agenda de población y desarrollo para América Latina y el Caribe (a través de la adopción del CM) y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (A2030) fijada a nivel mundial.

Además, y teniendo en cuenta que el CM tiene como fin “alcanzar la integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y respeto de los derechos humanos” (Capítulo A), la propuesta supone el cálculo de indicadores con base en datos oficiales que cumplan, al menos, los siguientes requisitos: *periodicidad* (para posibilitar el seguimiento temporal de los progresos y detectar retos potenciales), *cobertura* (es decir, abarcar la mayor cantidad de casos posibles en relación con el hecho o la característica que se pretende medir), *disponibilidad* (de los microdatos asociados, para que los indicadores puedan ser reproducidos por parte de diferentes usuarios en caso de necesidad o interés) y *desagregación* (para identificar los sectores más postergados de la población en el ejercicio de sus derechos). Así también, una vez calculados, los indicadores deben cumplir con el requisito de *publicación*, en consonancia con el principio de *transparencia y rendición de cuentas* que se postula desde el marco de los derechos humanos (Ferrer Lues, 2007; Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos [ACNUDH], 2012).

En este contexto, dado que la República Argentina adopta el CM y que a la fecha no se han difundido informes oficiales con indicadores que den cuenta de progresos concretados a nivel nacional, se propone indagar acerca de las posibilidades y retos de las fuentes de datos elaboradas por el Estado argentino para monitorear los compromisos asumidos en relación con la SSySR. Para ello, se realiza un análisis crítico de estas fuentes, teniendo en cuenta los requisitos mencionados y la propuesta de indicadores realizada en el marco de la CRPD.

Metodología

En primer lugar, se selecciona un conjunto de fuentes de datos oficiales confeccionadas en Argentina a nivel nacional, susceptibles de habilitar el cálculo de los indicadores sobre SSySR propuestos en el ámbito de la CRPD (CEPAL, 2018). Esta selección se realiza con base en la aplicación de los siguientes criterios:

- Para indicadores contemplados en la propuesta regional que se corresponden con indicadores sugeridos a nivel internacional para el monitoreo de los ODS (United Nations, s.f.), se consideran las adaptaciones para Argentina difundidas en la publicación *Metadata de los indicadores de seguimiento de los ODS. Agenda 2030. Argentina. Segunda Versión* (CNCPS, Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, 2019). Si bien en algunos casos existen otras fuentes susceptibles de aportar datos para reproducir los indicadores ideados regionalmente, se decide utilizar exclusivamente aquellas detalladas en esta publicación a partir de valorar que el Estado argentino ha realizado previamente lo que se considera la mejor elección para el monitoreo de los ODS a su interior, teniendo en cuenta las posibilidades concretas de los datos que produce.
- Para los indicadores de la propuesta regional no alineados con el seguimiento de los ODS: 1) Se evalúa la posibilidad de reproducirlos o aproximarlos a partir de las fuentes de datos señaladas en el punto anterior; 2) si ello no resulta posible, se selecciona una fuente de datos oficiales no contemplada en el seguimiento de los ODS a nivel país, apelando a la que se estima la mejor opción en cada caso, ya sea porque permite reproducir el indicador tal y como se lo define en el marco de la CRPD o, en su defecto, porque habilita su aproximación de la manera más cercana posible.

Una vez seleccionadas las fuentes de datos, se elabora un listado de indicadores susceptible de calcularse con base en las mismas. Para la confección de este listado se toman como referencia los indicadores incluidos en la propuesta regional para el seguimiento de los compromisos sobre SSySR que emanan del CM (CEPAL, 2018) y se establece, a su vez, una correspondencia con los mismos.

Seguidamente, se caracterizan las fuentes de datos que intervienen en el listado anterior, con apoyo de estudios previos que analizan fuentes de datos oficiales en función de sus posibilidades para el monitoreo de derechos (Ribotta *et al.*, 2014; Rojas Cabrera, 2016; Santillán Pizarro, Ribotta y

Acosta, 2016). Esta caracterización se realiza de acuerdo con los requisitos detallados en el apartado introductorio: periodicidad, cobertura (operacionalizada en términos del universo de estudio, la unidad de observación y el alcance geográfico), disponibilidad y desagregaciones posibles. Para una mejor comprensión de las fuentes, se considera también el método de relevamiento utilizado en cada caso.

Finalmente, se evalúan las posibilidades de monitorear cabalmente los compromisos vinculados a cada indicador teniendo en cuenta el cumplimiento de los requisitos de cobertura, periodicidad, desagregación y publicación.

Resultados

Según los resultados presentados en el cuadro 1, en la actualidad, Argentina estaría en condiciones de calcular (en la mayoría de los casos, mediante aproximación en lugar de reproducción directa) tan solo 10 de los 23 indicadores que propone el Grupo de Trabajo *ad hoc* para el seguimiento de los compromisos vinculados al acceso universal a los servicios de SSySR, asumidos en el marco de la adopción al CM. De esos 10 indicadores (que en realidad son 12, pues para el indicador D.7 de la propuesta regional se contemplan tres a nivel nacional), cuatro se corresponden con la adaptación nacional para el monitoreo de los ODS (D.1, D.7, D.8 y D.16), con base en las siguientes fuentes de datos: el Registro de notificaciones de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), dependiente, hasta 2018, de la actual Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC (DSETSHyT) y, posteriormente, del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS, en su versión 2.0) en el marco del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA); los Censos Nacionales de Población; las Estadísticas Vitales (EEVV, es decir, de nacimientos y defunción) de la Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS) de la Nación; la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR); y los Registros del Sistema Informático Perinatal (SIP) de la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia (DINAMIA).

Las fuentes de datos consideradas en la metadata nacional para el seguimiento de los ODS ofrecen, a su vez, la posibilidad de reproducir el indicador D.6 de la propuesta de la CRPD y aproximar el indicador D.15 con otro validado en el ámbito del Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP-G) de la Nación: la *Tasa de embarazos con control prenatal insuficiente* (Secretaría de Gobierno de Salud-Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2018 y 2019). También conforman un insumo para calcular

un indicador que se asemeja al indicador D.3 con apoyo de otra fuente: el Sistema de Administración de Pacientes VIH (SVIH), también integrante del SISA.

Los tres indicadores restantes (D.10, D.11 y D.23) pueden ser aproximados con apoyo de fuentes que no están contempladas para el monitoreo local de los ODS pero que de igual manera forman parte del conjunto de datos oficiales a nivel nacional. Estas fuentes son: las Estadísticas de Egresos Hospitalarios de Establecimientos Oficiales (EEHEO) elaboradas en el contexto de la DEIS, la base de datos legislativos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (conocida como InfoLEG, Información Legislativa y Documental; InfoLEG, s.f.a) y la Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia (ECOVNA), realizada en el bienio 2011/2012. Esta última se corresponde con la versión nacional de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (conocida como MICS, por sus siglas en inglés) llevada a cabo en numerosos países del mundo con la colaboración del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) y que actualmente está en fase de campo en su segunda edición.

Una segunda lectura de la información vertida en el cuadro deja en evidencia algunas cuestiones más puntuales en relación con la posibilidad de monitorear los compromisos asumidos con base en la utilización simultánea de las fuentes de datos mencionadas. Estas cuestiones estarían dadas, por un lado, en las dificultades de homologación de los datos derivados de dichas fuentes a partir de los diferentes modos de recolección: registros administrativos de prestaciones específicas; encuestas que condensan, con cierto grado de detalle, datos relativos a un número acotado de temas; y censos de población, en tanto operativos, que buscan cubrir gran variedad de temas aunque casi siempre sin profundizarlos.

En el mismo sentido, no pueden dejar de mencionarse las dificultades de homologación de los conceptos y variables que contemplan las mismas fuentes. Estas dificultades estarían dadas en virtud de que no todas las reparticiones estatales que las originan suelen adoptar criterios y definiciones uniformes a la hora de diseñar sus instrumentos de recolección de datos.

Finalmente, la mayor parte de los indicadores que pueden calcularse a partir de estas fuentes refieren a mujeres en edad reproductiva (es decir, de 15 a 49 años) y se corresponden con datos recopilados fundamentalmente en el marco de la atención materno-infantil. De manera que resultan manifiestamente más reducidas las oportunidades de monitorear cuestiones de SSySR en otras poblaciones igualmente destacadas en el texto del CM (adolescentes de 10 a 14 años, hombres de todas las edades, personas mayores y personas LGBT), al menos en una primera instancia y, sobre

todo, teniendo en cuenta los indicadores de la propuesta regional que no podrían calcularse en el país.

A partir de lo anterior, cabe realizar algunos comentarios adicionales respecto de los indicadores de la propuesta regional que no podrían ser reproducidos (o, al menos, aproximados) en el país; y cuyos compromisos vinculados, por lo tanto, no contarían a la fecha con la posibilidad de seguimiento en el contexto nacional. Al respecto, no existen al momento fuentes de datos que permitan calcular los indicadores D.4 (*Porcentaje de centros de atención de la salud que han implementado protocolos actualizados de atención en salud sexual y salud reproductiva por género, con enfoque intercultural y pertinente a las distintas edades*; indicador 41.1 de la Guía operacional adaptado), D.9 (*Porcentaje de centros de atención de la salud que han implementado protocolos actualizados de atención materna*; indicador 40.5 de la Guía operacional adaptado), D.12 (*Porcentaje de centros de atención de la salud que disponen de medicamentos para aborto y cuentan con personal capacitado y material para realizar abortos seguros y proporcionar cuidados posteriores al aborto*, indicador 42.6 de la Guía operacional adaptado),² D.13 (*Porcentaje de parejas y personas en condición de infertilidad o subfertilidad que reciben atención para fertilización asistida*; indicador 43.3 de la Guía operacional), D.14 (*Número de iniciativas presentadas para establecer marcos regulatorios en materia de reproducción asistida*), D.20 (*Número de programas y campañas dirigidas específicamente a eliminar estereotipos y discriminación por razones de identidad de género y orientación sexual*; indicador 36.7 de la Guía operacional), D.21 (*Porcentaje de la población que conoce sus derechos y las condiciones para acceso a la atención en salud sexual y reproductiva*; indicador 35.2 de la Guía operacional adaptado) y D.22 (*Número de instituciones públicas que desarrollan políticas, programas y proyectos para la atención de la salud sexual y la salud reproductiva con un enfoque de protección de los derechos sexuales y los derechos reproductivos*; indicador 36.4 de la Guía operacional).

Para los restantes indicadores (D.2, D.5, D.12, D.17, D.18 y D.19) tampoco se dispone de fuentes de datos susceptibles de generarlos. Sin embargo, en el caso del indicador D.2 (*Porcentaje de centros de atención de la salud que ofrecen servicios de salud sexual y salud reproductiva integral*, indicador 37.6

² Aunque en los últimos años ha ido cobrando fuerza en Argentina el Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (Honorable Cámara de Diputados de la Nación Argentina, 2019), actualmente el Código Penal de la Nación establece la ilegalidad del aborto (Artículo 85), salvo en casos excepcionales: cuando se realiza para “evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios”; y cuando “el embarazo proviene de una violación (...) sobre una mujer idiota o demente” (Artículo 86) (InfoLEG, s.f.b).

Cuadro 1. Argentina: indicadores propuestos internacionalmente para monitorear los compromisos sobre SSySR que emanan de la adopción al CM y que pueden calcularse o aproximarse en el país, indicadores susceptibles de cálculo efectivo y fuentes de datos asociadas

INDICADOR-PROPUESTA CM	INDICADOR SUSCEPTIBLE DE CÁLCULO EN ARGENTINA* [FUENTE(S) DE DATOS ASOCIADA(S)]
D.1. Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1 000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, edad y poblaciones clave (indicador 3.3.1 de ODS)	Indicador 3.3.1 ODS País. Número de nuevos diagnósticos de VIH por 100 000 habitantes (Tasa de VIH por 100.000 habitantes) (A+B+C)
D.3. Indicador para monitoreo del fin de la epidemia: i) porcentaje de personas que viven con el VIH; ii) porcentaje de personas con VIH que reciben tratamiento; y iii) porcentaje de personas que se encuentran en tratamiento integral para el VIH que logran la supresión de la carga vírica (indicador 38.1 de la GO adaptado)	Cascada del continuo de atención en VIH**: i) Cantidad de personas que viven con VIH; ii) Proporción de personas con VIH que conocen su diagnóstico; iii) Proporción de personas que conocen su diagnóstico y se encuentran en TAR; y iv) Proporción de personas en TAR con supresión virológica (A+C+D)
D.6. Tasa de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de mujeres y de hombres según tipo de métodos (modernos y tradicionales) (indicador 44.2 de la GO adaptado)	Tasa de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres y hombres según tipo de métodos (modernos y tradicionales) (E)
D.7. Proporción de mujeres en edad de procrear (entre 15 y 49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos (indicador 3.7.1 de los ODS)	Indicador 3.7.1.1 ODS País. Tasa de embarazo no planificado (F)
	Indicador 3.7.1.2 ODS País. Tasa de embarazo no planificado entre adolescentes de 15 a 19 años (F) Indicador 3.7.1.3 ODS País. Tasa de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva (E)
D.8. Tasa de mortalidad materna (indicador 3.1.1 de los ODS).	Indicador 3.1.1. ODS País. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos (C)
D.10. Número de hospitalizaciones por complicaciones del aborto desagregado por grupos de edad (indicador 42.2 de la GO adaptado)	Porcentaje de egresos hospitalarios por aborto con respecto al total de egresos hospitalarios relacionados con embarazo y parto (G)
D.11. Existe en el país legislación que permite la interrupción voluntaria del embarazo de acuerdo con las siguientes causas: a) por la sola voluntad de la mujer, b) por violación o incesto, c) en caso de peligro para la vida de la mujer, d) para preservar la salud de la mujer y e) otras causas	Existe en el país legislación que permite la interrupción voluntaria del embarazo de acuerdo con las siguientes causas: a) por la sola voluntad de la mujer, b) por violación o incesto, c) en caso de peligro para la vida de la mujer, d) para preservar la salud de la mujer y e) otras causas (H)
D.15. Porcentaje de nacidos vivos cuya madre asistió a cuatro o más consultas prenatales (indicador 45.3 de la GO).	Tasa de embarazos con control prenatal insuficiente (F)
D.16. Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado (indicador 3.1.2 de los ODS)	Indicador 3.1.2. ODS País. Porcentaje de nacidos vivos atendidos por personal especializado (C)

INDICADOR-PROPUESTA CM	INDICADOR SUSCEPTIBLE DE CÁLCULO EN ARGENTINA* [FUENTE(S) DE DATOS ASOCIADA(S)]
D.23. Porcentaje de mujeres que conocen su diagnóstico de VIH durante el embarazo, parto y puerperio	Porcentaje de mujeres que conocen su diagnóstico de VIH durante el embarazo (I)

FUENTE: Elaboración propia a partir de CEPAL (2018), CNCPS (2019) y fuentes de datos consultadas. Referencias: A. Registro de notificaciones de VIH; B. Censos de población; C. EEVV; D. Registros del SVIH; E. ENSSyR; F. Registros del SIP; G. EEHEO; H. InfoLEG; I. ECOVNA. (*) Las definiciones de los indicadores (cuyo nombre abreviado figura en negrita) pueden ser consultadas en el Anexo ubicado al final del documento. (**) Para este indicador, se consideran las fuentes de datos convenientemente detalladas en DSETSHyT (2018: 58), omitiéndose aquellas que no son mencionadas expresamente en el documento.

de la Guía operacional adaptado), algunas aproximaciones serían posibles mediante datos recopilados por el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES) – integrante del SISA (que abarca, desde 2009, a todos los establecimientos sanitarios del país del sector público y privado, con y sin internación, que se encuentran funcionando en cada una de las jurisdicciones provinciales según la reglamentación vigente en ellas; SISA, s.f.a) y el SIP (al interior del cual se registra la provisión de algunos servicios de atención de la mujer durante el embarazo y parto en el ámbito del sistema público de salud), más allá de que ninguna de estas fuentes permita evaluar la disponibilidad de métodos anticonceptivos y servicios de salud sexual y salud reproductiva en un mismo servicio, tal y como se solicita en la propuesta de la CRPD.

En cuanto al indicador D.5 (*Porcentaje de hombres y de mujeres que ponen en práctica elementos básicos de prevención y autocuidado de su salud sexual y su salud reproductiva*, indicador 41.3 de la Guía operacional adaptado), la misma propuesta regional reconoce la necesidad de redoblar los esfuerzos para concretar una definición válida y adecuada de “elementos básicos de prevención y autocuidado de la salud sexual y reproductiva”, acorde a lo que se pretende cuantificar en ese caso (CEPAL, 2018).

Una situación similar se registra para los indicadores D.17 y D.18 (*Proporción de mujeres de entre 15 y 49 años que toman sus propias decisiones informadas sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva*, indicador 5.6.1 de los ODS; y *El país cuenta con leyes y reglamentos que garantizan a las mujeres de 15 a 49 años de edad el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y a información y educación en la materia*, indicador basado en el 5.6.2 de ODS). Si bien estos se corresponden con

indicadores de la A2030, no cuentan aún con adaptación al contexto local: en el primer caso, por falta de traducción de la definición al español, y en el segundo por ausencia de definición en sí misma (CEPAL, 2018).

Finalmente, en vinculación con el indicador D.19 (*Porcentaje de población que reporta haber sido objeto de discriminación por su orientación sexual o identidad de género*, indicador 34.3 de la Guía operacional), cabe comentar que, en 2012, el INDEC y el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) realizaron una prueba piloto para llevar adelante la primera encuesta oficial sobre población trans en el país, con preguntas susceptibles de aportar datos para su cálculo³ (INDEC, 2012). Sin embargo, el operativo definitivo no ha sido concretado hasta hoy, por lo que las oportunidades de reproducir el indicador se perciben nulas o inexistentes.

El cuadro 2 aporta mayores detalles acerca de las fuentes de datos presentadas en el cuadro 1 y sus características. La primera de estas refiere al *universo* que cada fuente considera. Con excepción de las fuentes correspondientes con encuestas (es decir, la ENSSyR y la ECOVNA), en todos los casos se contempla a la totalidad de unidades de observación que conforman el universo, ya sea definido en términos de población, hechos vitales o normas vigentes en el territorio nacional.

No obstante, esta lectura queda relativizada cuando se considera a las *unidades de observación* propiamente dichas, las cuales restringen al universo en determinadas ocasiones. Ejemplo de ello es lo que sucede con el Registro del SVIH, acotado a los centros de salud asociados a la red de establecimientos del SVIH (SISA, s.f.b) (cuadro 2). De allí la necesidad de recurrir a fuentes de datos complementarias para calcular la *Cascada de atención en VIH*.⁴

³ Estas preguntas refieren a la vivencia de experiencias de discriminación por parte de parejas, ex parejas, familiares o parientes, amigos, entre otros. Para más información consultar INDEC (2012).

⁴ Como se menciona al final del cuadro 1, estas fuentes de datos son omitidas en este trabajo por no especificarse convenientemente en el texto de DSETSHyT (2018: 56-59), donde se expone la metodología para obtener el indicador en cuestión y los resultados alcanzados para el total del país. En específica referencia a la *Proporción de personas que conocen su diagnóstico y se encuentran en TAR* —uno de los componentes del indicador—, si bien se indica que el cálculo se realiza sobre la base de datos proporcionados por el Estado Nacional, los programas de Sida jurisdiccionales, el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP) y la Superintendencia de Servicios de Salud (DSETSHyT; 2018: 59), no se incorporan detalles sobre las fuentes involucradas en cada caso. En ello reside la razón de su desestimación.

Otras fuentes de datos en situación similar son el Registro del SIP y las EEHEO, restringidas, por el momento, al subsector público de la salud (cuadro 2). La primera de estas fuentes adolece, a su vez, de problemas de cobertura, al captar en la actualidad poco más del 70 % de los nacimientos acontecidos en el subsector oficial de salud, considerando el total de nacimientos contabilizados por la DEIS en los informes estadísticos de nacimiento⁵ (Secretaría de Gobierno de Salud-Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2019).

En cuanto a la *periodicidad*, fundamental para analizar la evolución de los indicadores, la mayor parte de las fuentes se vincula con relevamientos continuos, de actualización permanente y con resultados que se difunden, comúnmente, en publicaciones anuales. Una mención especial en este sentido merecen los censos, los cuales, si bien se llevan a cabo generalmente cada 10 años, habilitan, junto con las EEVV, la realización de las estimaciones anuales de población que ofician como denominador de la *Tasa de VIH*, único indicador del cuadro 1 que las requiere para su cálculo. Por el contrario, la ENSSyR y la ECOVNA cuentan a la fecha con una única medición culminada,⁶ invalidando por ahora cualquier posibilidad de generar un mismo indicador para diferentes puntos del tiempo (cuadro 2).

Respecto de la *cobertura geográfica*,⁷ casi todas las fuentes de datos abarcan la totalidad del territorio nacional. Excepcionalmente, la ENSSyR se corresponde únicamente con localidades de 2 000 habitantes y más, y la ECOVNA lo hace con aquellas de 5 000 habitantes y más. En consecuencia, en estos casos se presentan limitaciones concretas para analizar aspectos de la SSySR en zonas rurales desde los datos que consideran (cuadro 2).

Por último, se destacan diferentes situaciones en relación con la *disponibilidad* de los microdatos. En algunos casos, estos son de acceso público (censos de población de 2001 y 2010, ENSSyR, InfoLEG y ECOVNA, esta última con ciertas restricciones de contenido). En otros, la accesibilidad presenta determinadas restricciones de formato (EEVV). Como contrapartida, existen fuentes cuyos microdatos están disponibles solo para determinados usuarios previamente autorizados (mayormente, efectores

⁵ En Argentina, la cobertura del registro de nacimientos y defunciones es superior al 95 % a nivel nacional (CELADE-CEPAL, 2015).

⁶ Cabe recordar que, al momento de efectuarse esta investigación, la segunda edición de la ECOVNA se encuentra en fase de trabajo de campo.

⁷ La cobertura geográfica no equivale a las potenciales desagregaciones geográficas, o dominios de estimación geográfica en el caso de las encuestas. Estas características se abordan más adelante, cuando se presentan los resultados asociados al cuadro 3.

de salud). Estas comprenden los registros del SVIH, el SIP y las estadísticas de egresos hospitalarios (cuadro 2).

El cuadro 3 muestra las fuentes de datos según las posibilidades de desagregación. Las desagregaciones presentadas se organizan, por un lado, teniendo en cuenta la sinergia entre el CM y la A2030, y los criterios explicitados en el párrafo introductorio del anexo IV del *Informe del Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible*, aprobado en 2016 por la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas en su 47º período de sesiones. A saber: “*ingreso*,⁸ *sexo*, *edad*, *raza*, *etnicidad*, *estado migratorio*, *discapacidad* y *ubicación geográfica*, u otras características, de conformidad con los Principios Fundamentales de las Estadísticas Oficiales (resolución 68/261 de la Asamblea General)”. Dada la falta de precisión de la desagregación *ubicación geográfica*, se consideran las siguientes subdesagregaciones, ordenadas de mayor a menor envergadura: *región*, *provincia*, *departamento* y *localidad*. También se incluye la desagregación *condición urbana/rural* habida cuenta de que, en reiteradas oportunidades, el texto del CM hace especial alusión a limitaciones que experimentan las poblaciones rurales para ejercer sus derechos en virtud de su localización territorial.

Como complemento de las desagregaciones explicitadas, se presentan otras susceptibles de contribuir al monitoreo de la SSySR en el marco del CM. Estas desagregaciones son seleccionadas considerando los requerimientos establecidos en la propuesta de seguimiento regional para el cálculo de cada indicador (CEPAL, 2018).

En principio, todas las fuentes permiten generar indicadores desglosados por *sexo*, *edad* y *región geográfica*. Esta última desagregación refiere al alcance territorial cuando se trata de fuentes de enumeración completa, y a dominios de estimación en términos de la representatividad geográfica cuando estas se corresponden con relevamientos por muestreo (cuadro 3).⁹

Además, gran parte de las fuentes habilitan las desagregaciones *provincia*, *departamento* y *localidad*. Esto último no sería aplicable a la ENSSyR y la

⁸ Si bien esta desagregación es mencionada al principio del párrafo aludido, se decide colocarla en la penúltima columna del cuadro, considerando que los instrumentos de relevamientos asociados a las fuentes de datos analizadas sitúan, generalmente, a las restantes desagregaciones en primer lugar. Esta decisión no implica, en ningún caso, una falta del reconocimiento de la importancia de la desagregación para dar cuenta de situaciones de vulnerabilidad en el ejercicio de derechos a partir de los indicadores referidos en este trabajo.

⁹ La excepción está dada por InfoLEG que, a partir de sus características, no admite tal desagregación.

ECOVNA, fuentes de datos constituidas a partir de muestras cuyos dominios de estimación llegan solo hasta la unidad regional. Tampoco lo sería en el del Registro SVIH, en el cual las variables de ubicación geográfica solo hacen referencia al establecimiento donde los pacientes inscriptos reciben atención.¹⁰ Finalmente, la *condición urbana/rural* puede inferirse siempre que el instrumento de relevamiento contemple una mayor cantidad de detalles relacionados con la localización (localidad, calle y número, etcétera) (cuadro 3).

Como contrapartida, las posibilidades de desagregación son más limitadas cuando atañen al *estatus migratorio* (mayormente deducible a partir de datos acerca del lugar de residencia) y, en mayor medida, la *raza*, la *etnicidad* y la *presencia/ausencia de discapacidad*. Una situación similar se presenta con el *nivel de ingresos*, desagregación especialmente considerada para el monitoreo de la A2030, incluida expresamente solo en los relevamientos bajo la modalidad de encuesta y con oportunidad de ser aproximada con base en los censos¹¹ (cuadro 3).

En lo concerniente a las posibilidades de desglose más allá de los criterios establecidos para el monitoreo de los ODS, se incluyen el *nivel educativo* (definido a partir del máximo nivel educativo alcanzado) y la *situación laboral* (operacionalizada según la condición de ocupación y, en algunos casos, el tipo de actividad desarrollada) (cuadro 3). Si bien ambas desagregaciones son susceptibles de aproximar el *nivel de ingresos*, en algunas fuentes se vinculan a datos que adolecen de serias dificultades, hecho que inhabilita su empleo efectivo, al menos por el momento. Tal es lo que ocurre, por ejemplo, con los registros estadísticos de defunción y nacimiento, con considerables niveles de omisión de respuesta en las preguntas relativas a empleo; y con aquellas asociadas a la educación en el primero de estos casos. Estos problemas, sumados a otros de cobertura y calidad de registro (tales como los vinculados al registro de las causas de muerte materna) (DEIS, 2019a), ponen en juego la calidad de los indicadores derivados y su capacidad para visibilizar progresos y desafíos en materia de derechos, al tiempo que invitan a reflexionar acerca de probables soluciones para superarlos.

¹⁰ Para más información, consultar SISA (s.f.c).

¹¹ Aun así, cabe recordar que, para este trabajo, los censos aportan únicamente a la estimación del denominador de la *Tasa de VIH* (Ver Anexo), y que esta estimación suele acotarse al sexo, la edad y la ubicación geográfica. De manera que el empleo de la desagregación en cuestión quedaría invalidado, más allá de las posibilidades de la fuente de datos en sí misma.

Cuadro 2. Argentina: fuentes de datos consultadas según características seleccionadas

FUENTE	UNIVERSO	UNIDAD DE OBSERVACIÓN
Registro de notificaciones de VIH	Toda la población	Individuos
Censos de población	Toda la población	Individuos
EEVV	Hechos vitales	Nacimientos
	Hechos vitales	Defunciones
Registro del SVIH	Toda la población	Individuos con VIH que se atienden en centros de salud asociados a la red de establecimientos del SVIH
ENSSyR	Muestra	Individuos en edad reproductiva y hogares con al menos un individuo en edad reproductiva
Registro del SIP	Toda la población	Embarazos, partos y nacimientos atendidos en establecimientos públicos
EEHEO	Toda la población	Egresos de establecimientos asistenciales con internación del Subsector Oficial-dependencia Nacional, Provincial y Municipal
InfoLEG	Leyes, decretos, decisiones administrativas, resoluciones, disposiciones y todo acto que en sí mismo establezca su publicación obligatoria en la primera sección del Boletín Oficial de la República Argentina	–
ECOVNA	Muestra	Hogares; niños y niñas de 0-4 años; niños y niñas de 5-17 años; mujeres de 15-49 años

FUENTE: Elaboración propia a partir de Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) (2013), Ribotta *et al.* (2014), DEIS (2015), Rojas Cabrera (2016), Santillán Pizarro, Ribotta y Acosta (2016), DSETSHyT (2018), Secretaría de Gobierno de Salud-Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019), InfoLEG (s.f.b) y fuentes de datos consultadas.

MÉTODO DE RELEVAMIENTO	PERIODICIDAD	COBERTURA GEOGRÁFICA	DISPONIBILIDAD DE MICRODATOS
Actualmente, tres fichas: Ficha de recolección de datos para la notificación de VIH en el SNVS; Ficha de notificación de VIH en embarazo y parto; Ficha para la notificación de VIH-Expuesto perinatal	Registro continuo (publicación anual)	Todo el territorio nacional	Acceso restringido
Cuestionario censal	En general, cada 10 años	Todo el territorio nacional	Acceso público (años 2001 y 2010)
Informe estadístico de nacido vivo	Registro continuo (publicación anual)	Todo el territorio nacional	Acceso restringido*
Informe estadístico de defunción	Registro continuo	Todo el territorio nacional	Acceso restringido
Ocho formularios: Paciente VIH; Análisis Clínicos; Tratamientos; Remitos (dispensa); Mudanzas de pacientes; Aprobaciones PUCO; Aprobaciones Análisis Clínicos; Aprobaciones Tratamientos	Registro continuo	Todo el territorio nacional	Acceso restringido
Tres cuestionarios: vivienda y hogar; individual mujeres de 14-49 años; individual varones de 14-59 años	Edición única (2013)	Localidades de 2 000 y más habitantes	Acceso público
Historia Clínica Perinatal Base (HCPB)	Registro continuo (publicación anual)	Todo el territorio nacional	Acceso restringido
Informe Estadístico de Hospitalización	Registro continuo (publicación anual)	Todo el territorio nacional	Acceso restringido
Recopilación sistemática de los documentos digitales en cuestión	Actualización permanente	Todo el territorio nacional	Acceso público
Cuatro cuestionarios: vivienda y hogar; individual niños/as de 0-4 años; individual niños/as 5-17 años; individual mujeres 15-49 años	Dos veces hasta el momento: la primera, 2011/2012; la segunda, 2019/2020 (en campo a la fecha de la investigación)	Localidades de 5 000 y más habitantes	Acceso público (hasta ahora solo de la edición 2011/2012 a través del sitio web de MICS-UNICEF, salvo microdatos del cuestionario de niños/as de 5-17 años por pertenecer únicamente al Estado argentino)

(*) Si bien en el sitio web de la DEIS se informa la disponibilidad de las bases de datos de nacimientos y defunciones, tal disponibilidad se corresponde con tabulados ampliados que sintetizan el comportamiento de ciertas variables incluidas en los registros asociados.

Cuadro 3. Argentina: fuentes de datos consultadas según las posibilidades de desagregación con acuerdo de las desagregaciones requeridas para el seguimiento de los compromisos sobre SSySR asumidos en el marco de la adopción del CM

FUENTE	ODS											
	SEXO	EDAD	RAZA	CONDICIÓN ÉTNICA	ESTATUS MIGRATORIO	DISCAPACIDAD	UBICACIÓN GEOGRÁFICA					
							REGIÓN	PROVINCIA	DEPARTAMENTO*	LOCALIDAD	CONDICIÓN URBANA/RURAL	INGRESOS
Registro de notificaciones de VIH	X	X			X ¹		X ²	X	X ²	X	X ²	
Censos de población	X	X	X ³	X ⁴	X ^{1,5}	X ⁴	X ²	X	X ²	X	X ²	X ⁶ _c
EEVV – Registro de nacimientos	X	X _a			X ¹ _a		X ² _a	X _a	X _a	X _a	X ² _a	
EEVV – Registro de defunciones	X	X _b			X ¹		X ²	X	X	X	X ²	
Registro del SVIH	X	X					X ²	X ²				
ENSSyR	X	X					X					X _c
Registros del SIP	X _d	X _a	X ⁷ _a	X ⁷ _a			X ²	X ²	X ²	X	X ²	
EEHEO	X	X			X ¹		X ²	X	X	X	X ²	
InfoLEG***												
ECOVNA	X	X			X ⁵		X					X _c

FUENTE: Elaboración propia a partir de DEIS (2004 y 2015), SENAF y UNICEF (2013), Ribotta *et al.* (2014), Rojas Cabrera (2016), Santillán Pizarro, Ribotta y Acosta (2016), CELADE (2018), DSETSHyT (2018), Secretaría de Gobierno de Salud – Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019), InfoLEG (s.f.b), Ministerio de Salud (s.f.b) y fuentes de datos consultadas. (*) Corresponde a partido, en el caso de la provincia de Buenos Aires. (**) Cada embarazo constituye un evento, independientemente del momento del diagnóstico. (***) En función de sus características, esta fuente no admite las desagregaciones requeridas en el marco de la A2030, de modo que tampoco se solicitan para el indicador asociado en este caso particular. Referencias: 1. País de residencia. 2. Dato que puede obtenerse por deducción a partir de otros datos consignados en el instrumento de relevamiento. 3. Dato disponible a partir de 2010. 4. Dato disponible a partir de 2001.

OTRAS DESAGREGACIONES ADMITIDAS POR LAS FUENTES SUSCEPTIBLES DE APORTAR AL SEGUIMIENTO DE LOS COMPROMISOS SOBRE SSSR INCLUIDOS EN EL CM

Poblaciones clave (personas gestantes con diagnóstico de VIH, incluyendo embarazo, parto o puerperio;** población perinatal: niños/as menores de 18 meses hijos/as de personas gestantes con diagnóstico de VIH o que hayan estado expuestos/as al virus durante la lactancia); Género (desde 2012), Nivel educativo, Vía de transmisión (incluida la Transmisión vertical y el Mantenimiento de relaciones sexuales sin protección de tipo homosexual o heterosexual)

Población de 3 años y más: Nivel educativo. Población de 14 años y más: Situación conyugal, Situación laboral

Datos de la madre: Nivel educativo, Situación conyugal. Datos del padre: Nivel educativo; Datos del padre/madre: Situación laboral

Fallecidos/as de 14 años y más: Nivel educativo, Situación laboral. Fallecidos/as menores de 14 años: Nivel educativo de la madre, Situación conyugal de la madre, Nivel educativo del padre, Situación laboral del padre/madre. Todos los fallecidos/as: causa de muerte

Establecimiento donde se produce la atención, Tipo de tratamiento otorgado

Todas las personas: Nivel educativo, Situación conyugal, Situación laboral. Personas sexualmente activas: Uso de métodos anticonceptivos; y, si corresponde, Tipo de método

Datos de la madre: Nivel educativo, Situación conyugal

Pacientes de 14 años y más: Nivel educativo, Situación laboral. Pacientes menores de 14 años: Nivel educativo del padre/madre, Situación laboral del padre/madre. Todos los pacientes: diagnóstico vinculado al egreso

Todos los documentos incluidos en esta fuente pueden ser analizados en función de su contenido, atendiendo a desagregaciones definidas a partir de si cumplen (o no) determinada condición, fecha de creación/sanción, reconocimiento de legalidad de actos/situaciones, entre otros criterios

Población de 5 años y más: Nivel educativo. Mujeres con hijos nacidos vivos en los dos años anteriores a la encuesta: ofrecimiento y realización de prueba de VIH durante el cuidado prenatal, realización de prueba de VIH durante el cuidado prenatal y notificación de resultados

5. País de nacimiento. 6. Si bien los censos de población en Argentina no recogen datos relativos a los ingresos, sí permiten aproximarlos mediante el cálculo de dos indicadores utilizados como medidas de pobreza. Estos indicadores son: el indicador de Condición de Necesidad Básica Insatisfecha (NBI), y el Índice de Privación Material de los Hogares (IMPH, calculado a nivel oficial únicamente con datos provenientes del Censo 2001). Para más información, consultar INDEC, 2004 y 2014. 7. Dato obtenido a partir de los valores posibles que asume la variable “etnia” en el instrumento de relevamiento asociado, a saber: blanca, indígena, mestiza, negra, otra; a. Dato de la madre; b; En caso de fallecidos/as de menos de 14 años, se designa, además del dato propio, también el de la madre; c. Dato correspondiente al hogar; d. Dato del recién nacido.

El cuadro 4 integra las lecturas previas y da cuenta de las posibilidades concretas de monitorear, a la fecha, los compromisos sobre SSySR asumidos por el país en el marco del CM, de acuerdo con los requisitos de *cobertura*, *periodicidad*, *desagregación* y *publicación*.

Como se anticipara, la *cobertura* se corresponde mayormente con aspectos de la SSySR de mujeres en edad reproductiva, siendo manifiestamente inferiores las posibilidades de detectar situaciones problemáticas en otros grupos poblacionales considerados igualmente relevantes en el contexto de los derechos humanos (adolescentes, personas mayores, hombres, etc). Asimismo, aunque existen indicadores relativos a toda la población, una proporción considerable se restringe a situaciones que se presentan en el subsector público de salud, quedando excluida la posibilidad de avanzar en la medición de realidades vigentes en otros ámbitos. A esta limitación se agrega la imposibilidad de hacer el seguimiento de determinados compromisos en contextos rurales. Estos compromisos se asocian al uso de métodos anticonceptivos y las medidas de diagnóstico de VIH a mujeres que transitan un embarazo.

Si el análisis se realiza atendiendo a la *periodicidad*, de los 12 indicadores que pueden calcularse, solo siete cumplen con el requisito¹² (cuadro 4). Este no cumplimiento impide evaluar los resultados de las acciones que inciden en el valor de los indicadores y su dinámica temporal, por lo que no puede concluirse si las mismas son adecuadas o si, por el contrario, requieren de un refuerzo o rediseño.

Por otra parte, aunque todos los indicadores pueden ser *desagregados*, las posibilidades de desglose son siempre limitadas. Esta cuestión se hace más evidente cuando se trata de desagregaciones distintas al *sexo*, la *edad* y la *ubicación geográfica*, ya sea por problemas vinculados a la captación de los datos (como por ejemplo, los relativos al nivel educativo y la situación laboral en las EEVV) o porque las desagregaciones no son incluidas en los instrumentos de relevamiento (tal es el caso de la *raza*, la *etnicidad* y el *nivel de ingresos* en la mayor parte de las fuentes estudiadas) (cuadro 4).

Al margen de estas limitaciones, existen otras desagregaciones que podrían contribuir al seguimiento de los compromisos más allá de la propuesta de indicadores elaborada a nivel internacional (cuadro 4). Estas desagregaciones podrían ser tenidas en cuenta al momento de presentar el informe nacional.

¹² Tal y como se explicita en el cuadro, el indicador *Ley interrupción voluntaria del embarazo* queda excluido de la lectura, con la posibilidad de ser calculado completamente a partir de las características propias de la fuente de datos que habilita su generación.

Al considerar el requisito de *publicación*, tan solo cinco indicadores lo cumplen, simultáneamente con los de *periodicidad* y *desagregación*. Se trata de un logro en sentido parcial pues no contempla, en ningún caso, la totalidad de las desagregaciones solicitadas (cuadro 4).

Finalmente, la información presentada revela que las posibilidades de cálculo de algunos indicadores y sus desagregaciones no pueden ser analizadas cabalmente en todos los casos (cuadro 4). Tal es lo que ocurre con la *Cascada de atención en VIH*, cuya metodología no ha sido difundida con detalle suficiente (DSETSHyT, 2018), en consonancia con lo que postula el principio de *transparencia*.

Conclusiones

Este trabajo analiza las posibilidades que tendría actualmente Argentina para monitorear la SSySR de acuerdo con los compromisos asumidos en el CM, los indicadores propuestos a nivel internacional para su seguimiento y requisitos básicos que deben reunir los datos para reflejar progresos y desafíos que se presentan en ese sentido. Si se tiene en cuenta la proporción de indicadores que podría calcularse sobre la propuesta mencionada, puede concluirse que estas posibilidades son bastante limitadas, en la medida en que no alcanzan a cubrir el 50% de la lista elaborada por el grupo de expertos de la CRPD. En rigor, solo pueden calcularse 10 de 23 indicadores incluidos en este listado, con adaptaciones según los datos disponibles y con las propias limitaciones de homologación que supone el empleo simultáneo de fuentes de diversos orígenes (registros administrativos, encuestas específicas, censos poblacionales), especialmente las que atañen a la falta de criterios comunes para definir los conceptos y las variables utilizados en algunos casos.

A su vez, la mayor parte de estos indicadores refieren principalmente a aspectos de la SSySR de mujeres en edad reproductiva (es decir, de 15 a 49 años). De manera que son notablemente más reducidas las posibilidades de hacer un seguimiento del tema en adolescentes, personas mayores, personas LGBT y hombres en general.

Ahora bien, atendiendo a las características de las fuentes de datos susceptibles de aportar al cálculo de estos indicadores, se observan diferentes cuestiones. En primer lugar, aparecen problemas relacionados con la cobertura que dejan en evidencia serias limitaciones para abordar cuestiones de SSySR que trascienden la esfera de lo público y en la población rural. En segundo lugar, algunas fuentes presentan problemas de representatividad que impiden monitorear la SSySR en subdivisiones geográficas inferiores

Cuadro 4. Argentina: posibilidades de monitoreo de los compromisos sobre la SSySR asumidos en el marco de la adopción del CM, de acuerdo con las fuentes de datos analizadas y el cumplimiento de los requisitos de cobertura, periodicidad, desagregación y publicación

INDICADOR (NOMBRE ABREVIADO)	COBERTURA	PERIODICIDAD	DESAGREGACIONES REQUERIDAS EN LA PROPUESTA DE SEGUIMIENTO DEL CM APLICABLES AL INDICADOR ^a		OTRAS DESAGREGACIONES QUE PODRIAN CONTRIBUIR AL SEGUIMIENTO DEL CM		
			POSIBLES Y PUBLICADAS	POSIBLES Y NO PUBLICADAS	NO POSIBLES	PUBLICADAS	NO PUBLICADAS
Tasa de VIH	Toda la población	Sí, publicada	1-2, 7-8, 13	9-11	(3-6, 12) ^c	-	-
Cascada de atención en VIH ^d	Toda la población	No	S/d	S/d	S/d	-	S/d
Uso de métodos anticonceptivos	Población en localidades de 2.000 y más habitantes	No	1-2, 7 ^e , 12, 14	-	3-6, 8-11	15-16	17
Embarazo no planificado	Embarazos atendidos en el sector público de salud	Sí, publicada	8	2-4, 7, 9-11, 16	5-6, 12	-	15
Embarazo no planificado entre adolescentes	Embarazos atendidos en el sector público de salud	Sí, publicada	-	2-4, 7-11, 16	5-6, 12	-	15
Uso de métodos anticonceptivos en mujeres	Mujeres en localidades de 2.000 y más habitantes	No	2, 7, 12, 14, 16	-	3-5, 8-11	15	17
Mortalidad materna ^f	Todas las mujeres madres	Sí, publicada	2, 8-9, 18	5, 7, 10-11	3-4, 6, 12	-	(15-17) ^g
Egresos hospitalarios por aborto ^f	Sector público de salud	Sí, no publicada	-	2, 5, 7-11	3-4, 6, 12	-	(15, 17) ^g , 19
Legislación interrupción voluntaria del embarazo	N/A	N/A	-	20	-	-	-
Control prenatal insuficiente	Embarazos atendidos en el sector público de salud	Sí, publicada	8	2-4, 7, 9-11, 15	5-6, 12	-	16
Nacidos vivos atendidos por personal especializado	Todos los nacimientos	Sí, publicada	8	1-2, 5, 7, 9-11	3-4, 6, 12	-	(15-17) ^h
Diagnóstico de VIH durante el embarazo	Población en localidades de 5000 y más habitantes	No	2, 7, 12, 21, 22	5	3-4, 6, 8-11	15	-

FUENTE: Elaboración propia a partir de DEIS (2004, 2015, 2019 y s.f.), INDEC y Ministerio de Salud de la Nación (2014), CEPAL (2018), DSETSHyT (2018 y 2019), Ministerio de Salud y Desarrollo Social y Organización Panamericana de la Salud (2019), Secretaría de Gobierno de Salud - Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2018; 2019), DEIS (s.f.), Ministerio de Salud de la Nación e INDEC (s.f) y fuentes de datos consultadas. Referencias: S/d: Sin dato. N/a: No aplica. 1. Sexo. 2. Edad. 3. Raza. 4. Condición étnica. 5. Estatus migratorio. 6. Presencia de discapacidad. 7. Región. 8. Provincia. 9. Departamento. 10. Localidad. 11. Condición urbana / rural (obtenida por deducción a partir de los datos de localización geográfica). 12. Ingresos del hogar. 13. Poblaciones clave. 14. Tipo de método anticonceptivo utilizado principalmente. 15. Nivel educativo. 16. Situación conyugal. 17. Situación laboral. 19. Diagnóstico vinculado al egreso hospitalario. 20. Causa en la cual está permitida la interrupción voluntaria del embarazo. 21. Ofrecimiento y realización de prueba de VIH. 22. Realización de prueba de VIH y notificación del resultado. Aclaraciones: a. Las desagregaciones relativas al estatus migratorio y la localización geográfica (definida a partir de las desagregaciones región, provincia, departamento y localidad), se vinculan al lugar de residencia. Excepcionalmente, para el indicador *Diagnóstico de VIH durante el embarazo*, la desagregación *estatus migratorio* se conforma a partir del país de nacimiento. b. Para este indicador, la desagregación *poblaciones clave* refiere a mujeres embarazadas y en lactancia; y a recién nacidos. En ambos casos podría constituirse con datos recopilados en el ámbito del sistema de vigilancia del VIH en el país, donde se realiza el seguimiento de tres eventos de salud/enfermedad: diagnósticos de VIH (que aportan al indicador *Tasa de VIH* consignado en el cuadro), VIH en expositos perinatales (que permite calcular la *Tasa de transmisión perinatal de VIH*, definida como el cociente entre niños/as positivos sobre casos estudiados, y con serias limitaciones de cobertura por el momento) y VIH en personas gestantes (con indicadores que están en una fase inicial de desarrollo y que también contienen limitaciones de cobertura y calidad por el momento). Para más información, consultar DSETSHyT (2019: 12-13, 46-49). c. Si bien los censos de población, en tanto fuente de datos utilizada para calcular el denominador de este indicador (ver definición en el *Anexo*), captan las desagregaciones consignadas en esta celda, las estimaciones de población obtenidas con base en los mismos suelen limitarse a sexo, edad y localización geográfica (región, provincia, departamento/partido y, en ocasiones, localidad). Por esta razón, se las considera como desagregaciones no posibles en este caso. d. La información sobre la metodología de cálculo de la *Cascada de atención en VIH*, difundida hasta ahora, solo a escala nacional para el año 2017 en DSETSHyT (2018: 57-59), impide inferir acerca de su posibilidad de reproducción de acuerdo con las desagregaciones solicitadas en la propuesta de seguimiento del CM; es decir, las contempladas para el monitoreo de los ODS y las denominadas *poblaciones clave*, asociadas, en este caso, a “trabajadores/as sexuales, personas de determinada orientación sexual, incluidos los hombres que tienen sexo con hombres, y personas que se inyectan drogas, mujeres embarazadas, niños menores de un año y, si la información lo permite, por identidad de género” (CEPAL, 2018: 60). Esta afirmación adquiere aún mayor relevancia si se tiene en cuenta que el mismo texto de la DSETSHyT hace referencia la necesidad de mejorar la calidad de los sistemas de información para poder desglosar el indicador a nivel de las poblaciones referidas y entidades subnacionales (DSETSHyT, 2018). De allí que se consigne la abreviatura “s/d” (sin dato) en las celdas vinculadas al cumplimiento del principio de desagregación. e. Indicador publicado solo para mujeres. f. Existen evidencias de que la cobertura y calidad de los datos asociados a muertes maternas presentan limitaciones a nivel nacional y, especialmente, en algunas provincias (DEIS, 2019). Por este motivo, la lectura de los valores ligados a este indicador debe ser realizada con cautela. g. Estas desagregaciones serían posibles únicamente para mujeres de 14 años y más, según datos solicitados en los instrumentos de relevamiento involucrados en cada caso. h. Refiere a *nivel educativo de la madre* y, si corresponde, del padre; *situación conyugal de la madre*; y *situación laboral del padre/madre*, según de quién se registren datos de acuerdo con lo indicado en el Informe estadístico de nacido vivo.

a la unidad regional. En tercer lugar, algunas fuentes no cumplen con el requisito de periodicidad, fundamental para evaluar la dinámica de los indicadores en el tiempo. Finalmente, existen limitaciones para desglosar los datos, ya sea porque algunos instrumentos de relevamiento no contemplan ciertas desagregaciones (mayormente, raza, etnia, presencia de discapacidad y, en menor medida, nivel de ingresos), o bien porque los datos recolectados no cuentan aún con la calidad suficiente para aportar al cálculo de indicadores (tal el caso del nivel educativo y la situación laboral en las estadísticas de defunción, y esta última en las de nacimiento). Dichas limitaciones acusan serios impedimentos para analizar la SSySR en determinados sectores de la población (rural, local, de salud privado y población trans, entre otros) y diseñar acciones concretas para superar los desafíos que allí se presentan.

Todas estas cuestiones derivan en posibilidades parciales de monitorear los compromisos asumidos, al tiempo que acusan la necesidad de avanzar en diferentes asuntos ligados a la producción de información oficial: por una parte, en relación con la cobertura de las fuentes y su periodicidad y por la otra en el fortalecimiento de los sistemas de información para reflejar diferencias intersectoriales de una forma más cabal.

El desbalance entre los datos que se requieren para calcular la totalidad de indicadores propuestos para el seguimiento del CM y aquellos que se recopilan actualmente en Argentina podría ser subsanado mediante el despliegue de diversas acciones. Entre ellas, la elaboración de nuevas fuentes de datos para cubrir temáticas no relevadas aún (con miras a disponer de datos que habiliten, por ejemplo, obtener el número de centros de salud que implementan protocolos actualizados de atención en SSySR de acuerdo con diferentes desagregaciones, entre otros indicadores). Asimismo, se debería proceder al diseño (o rediseño) de fuentes susceptibles de dar cuenta de situaciones de vulnerabilidad en SSySR no captadas hasta el momento a nivel oficial (parejas o personas en condición de infertilidad/subfertilidad, discriminación a personas LGBT, etcétera). Otras acciones se vincularían con la extensión de relevamientos ya existentes (por ejemplo, de encuestas específicas a localidades de menos de 2 000 o 5 000 habitantes, según el caso; o de registros a personas que asisten a establecimientos de salud privados; a embarazos y nacimientos atendidos en estos últimos, etcétera) y la reproducción de fuentes de datos que, a la fecha, se han generado en solo una oportunidad (tal el caso de la ENSSyR). Todo ello debería ser ejecutado con énfasis en la calidad de los datos, con la respectiva capacitación y el fortalecimiento de las instituciones involucradas para obtener información que refleje, de la mejor manera posible, los aspectos de la SSySR que se pretenden medir.

En la medida en que los asuntos que aquí se mencionan sean considerados, el país estará más preparado para presentar los informes de seguimiento que requiere la comunidad internacional. Así también, para tomar decisiones acertadas en materia de derechos, cuya realización plena se encuentra entre los fines últimos del CM.

Referencias

- ACNUDH (2012), *Indicadores de derechos humanos. Guía para la medición y la aplicación*, Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas, HR/PUB/12/5.
- CELADE - CEPAL (2015), “Evaluaciones e indicadores de cobertura y calidad: Experiencias regionales”, trabajo presentado en Taller sobre Principios y Recomendaciones para un Sistema de Estadísticas Vitales, Revisión 3, para países de América del Sur, Santiago de Chile, 9 al 12 de noviembre.
- CEPAL (2018), *Propuesta de indicadores y sus metadatos para el seguimiento regional del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*, Tercera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, Lima, 7 a 9 de agosto.
- CEPAL (2015), *Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*, Segunda Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, Ciudad de México, 6 a 9 de octubre.
- CEPAL (2013), *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*, Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014, Montevideo, 12 a 15 de agosto.
- CEPAL (1996), *Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo*, Santiago de Chile, LC/G.1920.
- CNCPS (2019), *Metadatos de los indicadores de seguimiento de los ODS, Agenda 2030, Argentina – Segunda Versión (consolidada en septiembre de 2019)*, Buenos Aires: Presidencia de la Nación.
- DEIS (2019), *Estadísticas Vitales, Información Básica. Argentina – Año 2018*, Serie 5, N° 62, Buenos Aires: Ministerio de Salud.
- DEIS (2015), *Estadísticas Vitales, Información Básica. Argentina – Año 2014*, Serie 5, N° 58, Buenos Aires: Ministerio de Salud.
- DEIS (2004), *Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDB) aprobados de interés nacional. Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDB) recomendados de interés jurisdiccional*, Serie 1, N° 14, Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente.

- DEIS (s.f.), *Natalidad y Mortalidad 2017*, Síntesis Estadísticas N° 5, Buenos Aires: Ministerio de Salud.
- DSETSHyT (2018), *Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina*, N° 35, Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social – Presidencia de la Nación.
- DSETSHyT (2019), *Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina*, N° 36, Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social – Presidencia de la Nación.
- Ferrer Lues, M. (2007), “Derechos humanos en población: indicadores para un sistema de monitoreo”, en *Serie Población y Desarrollo*, Santiago de Chile: CELADE, Vol. 73.
- Honorable Cámara de Diputados de la Nación Argentina (2019), “Proyecto de Ley. Interrupción voluntaria del embarazo”, en <https://www.hcdn.gob.ar/export/hcdn/prensa/PDF/PROYECTO_DE_LEY_INTERRUPCIxN_VOLUNTARIA_DEL_EMBARAZO_2810-D-2019.pdf>, acceso 17 de abril de 2020.
- INDEC (2014), *Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Información censal del año 2010*, Buenos Aires: INDEC.
- INDEC (2012), *Primera Encuesta sobre Población Trans 2012: Travestis, Transexuales, Transgéneros y Hombres Trans. Informe técnico de la Prueba Piloto. Municipio de La Matanza 18 al 29 de junio 2012*, Buenos Aires: INDEC.
- INDEC (2004), *El estudio de la pobreza según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001. Metodología de elaboración del Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH)*, Buenos Aires: INDEC.
- INDEC y Ministerio de Salud de la Nación (2014), *Presentación de resultados. Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013*, Buenos Aires: INDEC.
- InfoLEG (s.f.a), “Información”, en <http://www.infoleg.gob.ar/?page_id=310>, acceso 22 de marzo de 2020.
- InfoLEG (s.f.b), “Código Penal de la Nación Argentina”, en <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm>>, acceso 3 de abril de 2020.
- Ministerio de Salud de la Nación e INDEC (s.f.), *Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva. Documento de Trabajo N° 1. Acceso y uso de métodos anticonceptivos. Mujeres de 14 a 49 años*, Buenos Aires: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social y Organización Panamericana de la Salud (2019), *Indicadores Básicos. Argentina 2019*, Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social y Organización Panamericana de la Salud.
- Ministerio de Salud (s.f.a), “Ficha de notificación VIH – SIDA”, en <<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001524cnt-Ficha-VIH.pdf>>, acceso 3 de abril de 2020.
- Ministerio de Salud (s.f.b), “Fichas de recolección de datos para la notificación. Infecciones de transmisión sexual y VIH”, en <<https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/fichas>>, acceso 25 de abril de 2020.

- Naciones Unidas (2016), *Informe del Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible*, E/CN.3/2016/2.
- Naciones Unidas (2015), *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, A/RES/70/1.
- Naciones Unidas (2014), *Resolución 68/261. Principios Fundamentales de las Estadísticas Oficiales*, A/RES/68/261.
- Naciones Unidas (1995), *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*, Nueva York: Naciones Unidas, A/CONF.171/13/Rev.1.
- Ribotta, B. et al. (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, Vol. 11, N° 2, Art. 4.
- Rojas Cabrera, E. (2016), “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”, en Martínez Pizarro, J., Rojas Cabrera, E. y Santillán Pizarro, M. (eds), *El Consenso de Montevideo y la agenda de investigación sobre población y desarrollo: algunos temas seleccionados*, Montevideo: TRILCE.
- Santillán Pizarro, M., Ribotta, B. y Acosta, L. (2016), “Las posibilidades de las fuentes de información sociodemográficas para el monitoreo del derecho a la salud de las personas mayores en la Argentina, 1999–2013”, en *Notas de Población*, Santiago: CELADE, N° 102, enero–junio, p. 95–122.
- Secretaría de Gobierno de Salud–Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019), *Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP–G). Indicadores Básicos 2018*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.
- Secretaría de Gobierno de Salud–Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2018), *Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP–G). Indicadores Básicos 2017*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.
- SENAF y UNICEF (2013), *Argentina. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2011/2012, Informe Final*, Buenos Aires: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- SISA (s.f.a), “REFES. Registro Federal de Establecimientos. Introducción”, en <https://sisa.msal.gov.ar/sisadoc/docs/050101/refes_intro.jsp>, acceso 2 de abril de 2020.
- SISA (s.f.b), “SVIH. Sistema de Administración de Pacientes VIH. Introducción”, en <https://sisa.msal.gov.ar/sisadoc/docs/050215/svih_intro.jsp>, acceso 5 de abril de 2020.
- SISA (s.f.c), “SVIH. Sistema de Administración de Pacientes VIH. Registrar un paciente”, en <https://sisa.msal.gov.ar/sisadoc/docs/050215/svih_registrarunpaciente.jsp>, acceso 19 de abril de 2020.
- United Nations (s.f.), “SDG Indicators. Metadata repository”, en <<https://unstats.un.org/sdgs/metadata/>>, acceso 10 de abril de 2020.

Anexo

Definiciones de indicadores susceptibles de monitorear los compromisos sobre la SSySR asumidos por Argentina en el marco de la adopción del CM

- **Número de nuevos diagnósticos de VIH por 100 000 habitantes (Tasa de VIH por 100 000 habitantes):** Cociente entre a) **numerador:** número de nuevos diagnósticos de VIH; y b) **denominador:** número de habitantes (obtenido de estimaciones con base en los censos poblacionales y las EEVV). Se expresa por 100 000 habitantes.
- **Cascada del continuo de atención en VIH:** i) Cantidad de personas que viven con VIH; ii) Proporción de personas con VIH que conocen su diagnóstico; iii) Proporción de personas que conocen su diagnóstico y se encuentran en TAR; y iv) Proporción de personas en TAR con supresión virológica: Este indicador surge de la realización de diversos cálculos, a saber: i) Número de personas que viven con VIH. ii) Cociente entre a) **numerador:** número de personas con VIH que conoce su diagnóstico; y b) **denominador:** número de personas con VIH. Se expresa por 100 personas con VIH. iii) Cociente entre a) **numerador:** número de personas con VIH que conoce su diagnóstico y se encuentra en TAR; y b) **denominador:** número de personas con VIH que conocen su diagnóstico. Se expresa por 100 personas con VIH que conocen su diagnóstico. iv) Cociente entre: a) **numerador:** número de personas en TAR con carga viral indetectable; y **denominador:** número de personas con al menos 6 meses en TAR. Se expresa por 100 personas con al menos 6 meses en TAR. En todos los casos, los valores surgen de estimaciones según metodología descripta en DSETSHyT (2018).
- **Tasa de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres y hombres según tipo de métodos (modernos y tradicionales):** i) Mujeres: Cociente entre a) **numerador:** total de mujeres de 15-49 años sexualmente activas que declaran estar usando métodos anticonceptivos o que su pareja los está usando; y b) **denominador:** total de mujeres de 14-49 años sexualmente activas. Se expresa por 100 mujeres de 15-49 años sexualmente activas. ii) Hombres: Cociente entre a) **numerador:** total de hombres de 15-59 años sexualmente activos que declaran estar usando métodos anticonceptivos o que su pareja los está usando; y b) **denominador:** total de hombres de 15-59 años sexualmente activos. Se expresa por 100 hombres de 15-59 años sexualmente activos.

- **Tasa de embarazo no planificado:** Cociente entre a) **numerador:** número de embarazos no planificados; y b) **denominador:** total de embarazos (partos o abortos). Se expresa por 100 embarazos.
- **Tasa de embarazo no planificado entre adolescentes de 15 a 19 años):** Cociente entre a) **numerador:** número de embarazos no planificados de mujeres de 15–19 años; y b) **denominador:** total de embarazos (partos o abortos) de mujeres de 15–19 años. Se expresa por 100 embarazos de mujeres de 15–19 años.
- **Tasa de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad reproductiva:** Cociente entre a) **numerador:** total de mujeres de 15–49 años sexualmente activas que declaran estar usando métodos anticonceptivos o que su pareja los está usando; y b) **denominador:** total de mujeres de 15–49 años sexualmente activas. Se expresa por 100 mujeres de 15–49 años sexualmente activas.
- **Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos:** Cociente entre a) **numerador:** número de defunciones por causas maternas; y b) **denominador:** total de nacidos vivos. Se expresa por 100 000 nacidos vivos.
- **Proporción de egresos hospitalarios por aborto con respecto al total de egresos hospitalarios relacionados con embarazo y parto:** Cociente entre a) **numerador:** número de egresos hospitalarios por aborto; y b) **denominador:** total de egresos hospitalarios relacionados con embarazo y parto. Se expresa por 100 egresos hospitalarios relacionados con embarazo y parto.
- **Existe en el país legislación que permite la interrupción voluntaria del embarazo de acuerdo con las siguientes causas: a) por la sola voluntad de la mujer, b) por violación o incesto, c) en caso de peligro para la vida de la mujer, d) para preservar la salud de la mujer y e) otras causas:** Existe en el país legislación que permite la interrupción voluntaria del embarazo de acuerdo a las causales enunciadas.
- **Tasa de embarazos con control prenatal insuficiente:** Cociente entre a) **numerador:** total de nacidos vivos cuya madre asistió a menos de cinco consultas prenatales; y b) **denominador:** total de nacidos vivos. El indicador se expresa por 100 embarazos.

- **Porcentaje de partos atendidos por personal sanitario especializado:** Cociente entre a) **numerador:** número de nacidos vivos atendidos por personal especializado (médico o partera); y b) **denominador:** total de nacidos vivos. Se expresa por 100 nacidos vivos.
- **Porcentaje de mujeres que conocen su diagnóstico de VIH durante el embarazo:** Cociente entre a) **numerador:** mujeres de 15-49 años que tuvieron un niño/a nacido vivo en los dos últimos años y recibieron cuidados prenatales y que informan que se les ofreció hacerse una prueba de VIH durante la atención prenatal y que recibieron los resultados; y b) **denominador:** mujeres de 15-49 años con hijos nacidos vivos en los dos últimos años. Se expresa por 100 mujeres de 15-49 años con hijos nacidos vivos en los dos últimos años.