

# Análisis de los indicadores para el monitoreo de la salud y los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos en la Argentina



Análisis de los indicadores para el monitoreo de la salud y los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos en la Argentina / Dolores Chaumet ... [et al.]. - 1a ed - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES, 2024.  
Libro digital, PDF

Archivo Digital: disponible en:  
<https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4790>  
ISBN 978-631-90255-8-3

1. Salud Reproductiva. 2. Sexualidad. 3. Argentina. I. Chaumet, Dolores  
CDD 362.198880982

© Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSSyR) 2024

Análisis de los indicadores para el monitoreo de la salud y los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos en la Argentina © 2024 by Chaumet D, Ramos S, Abalos E, Romero M. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSSyR) de la Argentina is licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International. To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Según los términos de esta licencia, usted puede copiar, redistribuir y adaptar el documento para fines no comerciales, siempre que el trabajo se cite adecuadamente, como se indica a continuación. En cualquier uso de este documento, no debe haber ninguna sugerencia de que el OSSyR respalda alguna organización, producto o servicio específico. No se permite el uso del logotipo del OSSyR. Si adapta la obra, deberá licenciarla bajo la misma licencia Creative Commons o una equivalente. Si crea una traducción de este trabajo, debe agregar el siguiente descargo de responsabilidad junto con la cita sugerida:  
“Esta traducción no fue creada por el Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSSyR). El OSSyR no es responsable del contenido ni de la exactitud de esta traducción. La edición original en español será la edición vinculante y auténtica”.

Cualquier mediación relacionada con disputas que surjan bajo la licencia se llevará a cabo de acuerdo con las reglas de mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual. (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Cita Sugerida: Chaumet D, Ramos S, Abalos E, Romero M. Análisis de los indicadores para el monitoreo de la salud y los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos en la Argentina. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (Ossyr); Ciudad Autónoma de Buenos Aires, octubre de 2024.

Diseño y maquetación: Marcela Romero. Estudio Cosgaya. Buenos Aires, Argentina.



## Agradecimientos

El desarrollo de este documento fue llevado a cabo por Dolores Chaumet, Silvina Ramos, Edgardo Abalos y Mariana Romero con el apoyo de Gino Bartolelli y Daniela Guberman.

El OSSyR agradece los aportes de Marina Llobet, Mercedes Vila Ortiz, y la edición de Claudia Korol.

El OSSyR agradece el apoyo recibido del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA Argentina).

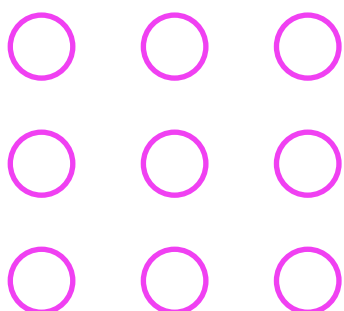
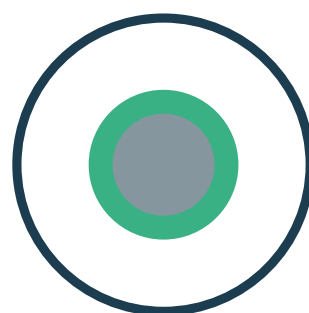




## Listado de acrónimos

<b>ACORN</b>	del inglés: <i>Acute Care Of the At Risk Neonate</i> (Atención Inicial de recién nacidos en riesgo)
<b>AIPEO</b>	Anticoncepción Inmediata Post Evento Obstétrico
<b>AMEU</b>	Aspiración Manual Endouterina
<b>CABA</b>	Ciudad Autónoma de Buenos Aires
<b>CIPD</b>	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
<b>CM</b>	Consenso de Montevideo
<b>CONE</b>	Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales
<b>DEIS</b>	Dirección de Estadísticas e Información de la Salud
<b>DNSSR</b>	Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
<b>DSSR</b>	Derechos Sexuales y de Salud Reproductiva
<b>EMSMNA</b>	Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente
<b>EPMM</b>	del inglés: <i>Ending Preventable Maternal Mortality</i> (poner fin a la mortalidad materna prevenible)
<b>ETMI-Plus</b>	Eliminación de la Transmisión Materno Infantil de la infección por el VIH, la sífilis, la enfermedad de Chagas y la infección perinatal por el VHB
<b>HELLP</b>	del inglés: <i>Hemolysis, Elevated Liver enzymes and Low Platelets</i> (síndrome de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia)
<b>INADI</b>	Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo
<b>INDEC</b>	Instituto Nacional de Estadística y Censos
<b>ITS</b>	Infecciones de Transmisión Sexual
<b>IVE/ILE</b>	Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo
<b>LARCs</b>	del inglés: <i>Long Acting Reversible Contraception</i> (métodos anticonceptivos reversibles de larga duración)
<b>LGBTIQ+</b>	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero, Intersexuales, Queer e identidades diversas
<b>MAC</b>	Métodos Anticonceptivos
<b>MGF</b>	Mutilación Genital Femenina
<b>MM</b>	Mortalidad Materna
<b>MMG</b>	Morbilidad Materna Grave
<b>NEA</b>	Nordeste Argentino
<b>NOA</b>	Noroeste Argentino
<b>ODM</b>	Objetivos de Desarrollo del Milenio
<b>ODS</b>	Objetivos de Desarrollo Sostenible
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>OSSyR</b>	Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva
<b>Plan ENIA</b>	Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia
<b>PNSSPR</b>	Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
<b>PNT</b>	Pruebas No Treponémicas
<b>PT</b>	Pruebas Treponémicas
<b>RCP</b>	Reanimación Cardiopulmonar
<b>RMM</b>	Razón de Mortalidad Materna
<b>RNFJA</b>	Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina

<b>sida</b>	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
<b>SIP</b>	Sistema Informático Perinatal
<b>SIP-G</b>	Sistema Informático Perinatal para la Gestión
<b>SIVILA</b>	Sistema de Vigilancia Laboratorial
<b>SNVS</b>	Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud
<b>SSyR</b>	Salud Sexual y Reproductiva
<b>TBC</b>	Tuberculosis
<b>TEFA</b>	Tasa Específica de Fecundidad Adolescente
<b>TGF</b>	Tasa Global de Fecundidad
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>VHB</b>	Virus de la hepatitis B
<b>VIH</b>	Virus de Inmunodeficiencia Humana





## Introducción

La Argentina adoptó el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), llevada a cabo en El Cairo en 1994, donde se impulsó un paradigma de derechos y definieron conceptos claves como el de salud reproductiva y derechos reproductivos. Como Estado firmante, asumió compromisos en relación a los derechos y la salud sexual y reproductiva (DSSR), incluidos el de garantizar el acceso a información y servicios de salud reproductiva y promover decisiones voluntarias sobre la planificación familiar.

En el año 2013, durante la Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, se firmó el Consenso de Montevideo (CM), el hito intergubernamental más importante de la región en materia de población y desarrollo. El CM reconoce los derechos sexuales y reproductivos como parte integral de los derechos humanos, e insta a tomar acciones para eliminar las causas prevenibles de muerte materna, asegurar un parto seguro, garantizar la educación integral para la sexualidad, el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, y erradicar la violencia contra las mujeres y niñas, entre otros. Argentina adoptó el CM para dar seguimiento al Programa de Acción de El Cairo después de 2014.

En los últimos 20 años, se han sancionado en el país una serie de leyes que reconocen derechos y han dado lineamientos para que el Estado diseñe las políticas públicas necesarias para garantizarlos. El órgano rector de las políticas sanitarias vinculadas a los DSSR a nivel nacional es el Ministerio de Salud. En este marco, funciona el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSPR), creado en 2003 por la *Ley 25.673*, con el objetivo de garantizar el acceso universal al más alto nivel de la Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) de toda la población. Para dar cuenta de sus acciones y resultados el programa desarrolló un sistema de monitoreo con 68 indicadores<sup>1</sup> para orientar la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva, facilitar el acceso a la información y rendir cuentas de la gestión de los recursos públicos. En el año 2017 se crea el Plan ENIA (Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia), el que a partir de 2020 se integra a la estructura de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR), a fin de garantizar a las y los adolescentes el ejercicio de sus DSSR.

---

1 Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR). (2022). Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Publicación resultados 2020. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

Estos ejemplos son algunos de los claros avances en materia de reconocimiento de derechos, y de compromiso del Estado para resguardarlos y asegurar su goce efectivo. Frente a este escenario, el seguimiento y análisis de los indicadores de salud sexual y reproductiva se torna un imperativo para sostener y consolidar los logros, así como para identificar cuellos de botella, pendientes y desafíos para lograr la cobertura universal en salud sexual y reproductiva.



## ¿Qué se propone el OSSyR?

**El Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSSyR) se propone monitorear una serie de indicadores de salud sexual y reproductiva sobre los que el país se ha comprometido a rendir cuentas a través de su adhesión a diversos acuerdos internacionales.** En este reporte se presentan algunos indicadores seleccionados -incluyendo sus avances y retrocesos, las inequidades que se observan e incluso la falta de información sobre éstos-. Nos anima proponer una agenda sobre el estado de situación y las prioridades en relación a los DSSR en nuestro país, para orientar acciones en el corto y mediano plazo.



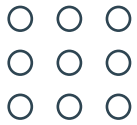
## ¿Cómo trabajamos?

La Articulación Regional de Organizaciones de la Sociedad Civil hacia Cairo +20 en su documento técnico “Seguimiento de la CIPD en América Latina y el Caribe después de 2014”<sup>2</sup> definió ejes en base al Programa de Acción de la CIPD y sus revisiones posteriores (Cairo + 5; Cairo +10; Cairo +15). Dentro de cada eje, el OSSyR seleccionó indicadores de SSyR en Argentina basándose en aquellos propuestos en los consensos y compromisos que el país asumió. Más específicamente, se seleccionaron indicadores en salud sexual y reproductiva del CM y los ODS, sumando aquellos que el Observatorio monitorea desde sus inicios en mayo de 2010. La **Tabla 1** presenta los ejes temáticos y los indicadores seleccionados, sobre los cuales se explicitan en el apartado siguiente los cálculos de estimación, fuentes y estado de situación actual.

---

2 Ramos S, González Vélez A, Ramón Michel A, Romero M. Seguimiento de la CIPD en América Latina y el Caribe después de 2014: documento de referencia. Resumen ejecutivo; Buenos Aires, 2014.





**Tabla 1.** Ejes temáticos e indicadores de SSyR en Argentina

 Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes  Indicadores 1.1 a 1.9.2	 Diversidad sexual  Indicadores 2.1 a 2.2	 Anticoncepción  Indicadores 3.1 a 3.4
 Salud materna  Indicadores 4.1 a 4.16	 Interrupción voluntaria del embarazo  Indicadores 5.1 a 5.3	 Violencia de género y sexual  Indicadores 6.1 a 6.4
 ITS y VIH/sida  Indicadores 7.1 a 7.7		

El OSSyR monitorea los indicadores en salud sexual y reproductiva sobre los que Argentina se ha comprometido. Se revisan las fuentes y relevan los datos cuando estos se encuentran disponibles. En su última actualización, el OSSyR ha incluido nuevos indicadores agrupados en siete dimensiones de la Salud Sexual y Reproductiva. A continuación, analizamos en más detalle algunos de estos indicadores con el fin de dar cuenta del estado actual de situación y de su evolución en el tiempo.



## Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes

En esta dimensión proponemos el monitoreo de la normativa vigente y de indicadores de oferta y cobertura de servicios de SSyR en general, y de impacto en la adolescencia en particular.

---

**Indicador 1.1:** 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.

---

**Cálculo:** Información auto-reportada por los gobiernos a través de encuestas.<sup>3</sup> **Indicador D18 del CM** basado en el **5.6.2 de ODS**.

---

La existencia y ejecución de políticas, programas y proyectos para la atención integral de la salud sexual, reproductiva y no reproductiva, y el grado de aplicación de dichas normas se mencionan directa o indirectamente en varios de los indicadores. En este caso, el indicador propone medir la existencia de normas que garanticen la calidad de los servicios y, por tanto, un aumento de su utilización. Tal como fuera mencionado, la *Ley 25.673* de salud sexual y procreación responsable reconoció la salud sexual y reproductiva como derecho de la población y convirtió en responsabilidad del Estado el desarrollo de políticas públicas para garantizarlo. Si bien la ley nacional fue precedida por las normativas de varias provincias, esta ley inició el proceso que derivó en otras leyes y programas que buscan garantizar el pleno ejercicio de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos de las mujeres y de todas las personas con capacidad de gestar.

La **Tabla 2** detalla los principales avances en materia legislativa y normativa hasta julio de 2024. Para más detalles, incluyendo iniciativas internacionales y normativas y programas provinciales, se puede consultar la Línea de tiempo del OSSyR ([www.ossyr.org.ar](http://www.ossyr.org.ar)).

---

3 De acuerdo con el documento Work Plans for Tier III Indicators, de fecha 3 de marzo de 2017, el UNFPA en colaboración con ONU Mujeres y la OMS, lidera el proceso que se lleva a cabo para el desarrollo de la metodología de este indicador; la metodología para la obtención de los datos consiste en información autorreportada inicialmente por los gobiernos a través de una encuesta que se desarrollará buscando la comparabilidad en las respuestas gubernamentales.




**Tabla 2:** Marco normativo en SSyR

Ley N°	Año	Resumen
23.798	1990	Se declara de interés nacional a la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
25.673	2002	Se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud.
25.929	2004	Se establece que las obras sociales regidas por leyes nacionales, y las entidades de medicina prepaga, deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporándose las mismas al programa médico obligatorio. Derechos de los padres y de la persona recién nacida.
26.130	2006	Se establece que toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas “ligadura de trompas de Falopio” y “ligadura de conductos deferentes o vasectomía” en los servicios del sistema de salud.
26.150	2006	Se establece que todos los educandos/as tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal.
26.485	2009	Se refiere a la protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.
26.743	2012	Se establece el derecho a la identidad de género de las personas.
26.862	2013	Se garantiza el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico - asistenciales de reproducción médicamente asistida.
27.610	2020	Se regula el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado Argentino en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y de personas con otras identidades de género con capacidad de gestar, a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible.
27.611	2020	Se fortalece el cuidado integral de la salud y la vida de las mujeres y otras personas gestantes, y de los niños y las niñas en la primera infancia, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el estado en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar, y de sus hijos e hijas, con el fin de reducir la mortalidad, la malnutrición y la desnutrición, proteger y estimular los vínculos tempranos, el desarrollo físico y emocional, y la salud de manera integral, y prevenir la violencia.
27.675	2022	Respuesta integral al VIH, hepatitis virales, otras infecciones de transmisión sexual -ITS- y tuberculosis -TBC-.

Otros indicadores en esta dimensión, tanto de oferta como de resultados, resultan difíciles de operacionalizar. En relación a la oferta de servicios, los tres indicadores propuestos en el CM incluyen en sus definiciones las características y los contenidos de la prestación de servicios en los establecimientos de salud<sup>4</sup>, además del marco de prestación de dichos servicios, que considera la protección de los DSSR, la interculturalidad y la pertinencia según las distintas edades.


---

 **Indicador 1.2:** Número de instituciones públicas que desarrollan políticas, programas y proyectos para la atención de la SSyR con un enfoque de protección de los DSR

---

**Cálculo:** Número total de instituciones públicas a nivel nacional que desarrollan actualmente políticas, programas y proyectos para la atención de la salud sexual y la salud reproductiva bajo un enfoque de protección de los derechos sexuales y los derechos reproductivos desarrollados por autoridades competentes. **Indicador D22 del CM**


---

 **Indicador 1.3:** Porcentaje de instituciones de salud que implementan protocolos actualizados de atención en SSyR por género, con enfoque intercultural y pertinente a las distintas edades.

---

**Cálculo:** i) numerador: establecimientos de atención primaria de la salud que han implementado protocolos actualizados de atención en salud sexual y salud reproductiva para hombres, con enfoque intercultural y pertinente a las distintas edades; y ii) denominador: total de establecimientos de atención primaria de la salud. El indicador se expresa por 100 establecimientos de atención primaria de la salud. **Indicador D4 del CM**

---

 **Indicador 1.4:** Porcentaje de instituciones de salud que ofrecen servicios de SSyR integral.

---

**Cálculo:** i) numerador: establecimientos de atención a la salud donde se ofrecen servicios de salud sexual y salud reproductiva de manera integral; ii) denominador: total de establecimientos de atención de la salud, por 100 establecimientos de atención primaria de la salud. **Indicador D2 del CM**

---

4 Orientación, educación y comunicación sobre planificación familiar; atención prenatal, parto seguro, y atención postnatal; atención en materia de salud del recién nacido y la madre; tratamiento de la infertilidad; tratamiento del aborto y sus consecuencias; tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual; información, educación y comunicación sobre sexualidad y salud reproductiva.

Las fuentes sugeridas de información de estos indicadores no sólo incluyen los registros administrativos acerca de la disponibilidad de métodos anticonceptivos, de servicios de salud sexual y salud reproductiva en un mismo servicio, etc., sino también encuestas especiales y consultas directas. En relación al primer aspecto, hasta fines del año 2023 la DNSSR publicó informes periódicos de monitoreo y rectoría con información en relación al acceso a los servicios de salud sexual, el fortalecimiento de los programas provinciales de salud sexual y reproductiva, la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia, el acceso a la interrupción legal del embarazo, el fortalecimiento de los equipos de salud para la detección temprana del abuso sexual y el embarazo forzado en niñas y adolescentes, el acceso efectivo de las personas con discapacidad a la salud sexual y reproductiva y la difusión y promoción de los derechos sexuales y reproductivos de la población en general.



---

**Indicador 1.5:** Porcentaje de hombres y mujeres que ponen en práctica elementos básicos de prevención y autocuidado de su salud sexual y su salud reproductiva.

---

**Cálculo:** i) numerador: población de 15 y más años que declara poner en práctica elementos básicos de prevención y autocuidado de su salud sexual y su salud reproductiva; ii) denominador: población de 15 y más años, por 100 personas de 15 y más años.

**Indicador D5 del CM**

---



---

**Indicador 1.6:** Porcentaje de la población que conoce sus derechos y las condiciones para acceso a la atención en SSyR.

---

**Cálculo:** i) numerador: total de la población de 10 años y más que conoce tanto sus derechos como las condiciones para acceso a la atención en salud sexual y reproductiva; ii) denominador: total de la población de 10 años y más, por 100 personas de 10 años y más.

**Indicador D21 del CM**

---

En cuanto al conocimiento y la utilización de los servicios por parte de la población (incluida la población adolescente), dos indicadores dan cuenta de la utilización de elementos básicos de prevención y autocuidado de la salud sexual y su salud reproductiva, y del conocimiento de los derechos y condiciones para acceso a la atención en salud sexual y reproductiva por parte de hombres y mujeres en edad reproductiva. En el año 2017, en la tercera reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe se sugirió incluir en la medición de este último indicador al grupo de edad de niños y niñas de 10 a 14 años. La Argentina no cuenta con información sobre estos indicadores.



---

**Indicador 1.7:** Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que toman sus propias decisiones informadas con respecto a relaciones sexuales, uso de anticonceptivos y la atención de SSyR.

---

**Cálculo:** i) numerador: número de mujeres casadas o en unión de 15 a 49 años que cumplen los tres criterios de empoderamiento; ii) denominador: total de mujeres de 15 a 49 años, casadas o en unión por 100. **Indicador 5.6.1 de los ODS, D17 del CM**

---

El indicador 5.6.1 de los ODS (recogido también en el CM) da cuenta de la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones relacionadas a su salud sexual y reproductiva. Este indicador define como criterios de empoderamiento para las mujeres: la toma de su propia decisión sobre la atención médica y sobre el uso de anticonceptivos, y que puedan decir “no” a las relaciones sexuales con su esposo o pareja si no desean tenerlas. Sólo las mujeres que proporcionan una respuesta “sí” a los tres componentes son consideradas como mujeres que toman sus propias decisiones con respecto a la salud sexual y reproductiva. Nuevamente, las fuentes de información para operacionalizar estos indicadores dependen de encuestas especiales, no disponibles en la Argentina.



---

**Indicador 1.8:** Porcentaje de niñas y mujeres de 15 a 49 años que se han sometido a la mutilación genital femenina, por edad

---

**Cálculo:** Mujeres entrevistadas en encuestas comunitarias que reportan haber sufrido mutilación genital sobre el total de mujeres entrevistadas. **Indicador 5.3.2 de los ODS**

---

En diciembre de 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas se comprometió a intensificar los esfuerzos para eliminar la Mutilación Genital Femenina (MGF), definiéndola como una práctica que constituye una “forma irreversible e irreparable de violencia, que viola los derechos humanos de las mujeres y las niñas”. Asimismo, viola los derechos a la salud, la seguridad y la integridad física, el derecho a no ser sometido a torturas y tratos crueles, inhumanos o degradantes, y el derecho a la vida en los casos en que el procedimiento acaba produciendo la muerte. La MGF comprende todos los procedimientos que por motivos no médicos y de forma intencional alteran o lesionan órganos genitales femeninos. Incluye la resección parcial o total de los genitales externos femeninos. Se sabe que la MGF es una práctica común en ciertas comunidades de muchos países de África y entre algunos grupos étnicos de países del sudeste asiático y de Oriente Medio. En Europa del Este, informes recientes muestran que algunas comunidades practican la MGF en Georgia y la Federación Rusa. En Latinoamérica, Colombia es el único país que ha reconocido que la MGF aún se practica en algunas comunidades indígenas, como la Emberá. Sin embargo, no puede

descartarse que la práctica aún se realice en determinadas comunidades de Panamá, Ecuador y Perú.<sup>5 6</sup>



En un comunicado de prensa conjunto en conmemoración de Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina en febrero de 2020, UNFPA, UNICEF y la Organización Nacional Indígena de Colombia hicieron un llamado para aunar esfuerzos que permitan poner fin a esta práctica nociva en el país.<sup>7</sup>

Si bien en la Argentina no existen registros de la práctica con fines rituales o tradicionales, existen grupos que abogan para que las cirugías de reasignación de sexo (practicadas por acuerdo entre los profesionales de salud y los progenitores a personas con cuerpos intersexuales, generalmente cuando son bebés o en la primera infancia) sean consideradas una forma de mutilación genital si no tienen el consentimiento expreso de la persona afectada.<sup>8</sup> En ese sentido, la Argentina en su posición ante la Asamblea de Naciones Unidas en su resolución sobre “Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina” manifiesta: *“Dicha Resolución General se centra en la mutilación genital como una práctica violatoria de derechos humanos que afecta a las mujeres y a las niñas. Sin perjuicio de ello, desde Argentina puede promoverse que al abordar esta problemática, la Comunidad Internacional analice y condene a toda mutilación genital sin consentimiento, con especial énfasis en los casos de intervenciones quirúrgicas irreversibles de reasignación de sexo de personas intersex.”*<sup>9</sup>

5 Preguntas frecuentes sobre MGF. UNFPA, Marzo 2024. <https://www.unfpa.org/es/resources/preguntas-frecuentes-sobre-la-mutilacion-genital-femenina-mgf#:~:text=Algunos%20grupos%20%C3%A9tnicos%20de%20pa%C3%ADses,en%20el%20Estado%20de%20Palestina> (último acceso 26/08/2024).

6 The Woman Stats Project <https://www.womanstats.org/maps.html> <https://www.womanstats.org/substatics/INFIB-SCALE-1-2020.png> (último acceso 26/08/2024).

7 UNFPA, UNICEF, ONIC: Comunicado de prensa conjunto - Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina. 6 febrero 2020. Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/es/news/comunicado-de-prensa-conjunto-d%C3%ADa-internacional-de-tolerancia-cero-con-la-mutilaci%C3%B3n-genital> (último acceso 6/12/2023).

8 Justicia Intersex. Disponible en: <https://justiciaintersex.org/> (último acceso 6/12/2023).

9 Información de la República Argentina con respecto a las resoluciones de la asamblea general a/res/73/148 sobre “Intensificación de los esfuerzos para eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas: el acoso sexual”, a/res/73/146 sobre “Trata de mujeres y niñas”, y a/res/73/149 sobre “Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina”. Disponible en: <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/A-75-279-Submission-Argentina-es.pdf>. (último acceso 6/12/2023).





### **Indicador 1.9.1: Tasa de fecundidad adolescente temprana (10-14 años)**

**Cálculo:** Cociente entre los nacidos vivos de madres de 10 a 14 años en un año dado, y el total de niñas de 10 a 14 años, por mil. **Indicador 3.7.2.a de los ODS, B10 del CM**



### **Indicador 1.9.2: Tasa de fecundidad adolescente tardía (15-19 años)**

**Cálculo:** Cociente entre los nacidos vivos de madres de 15 a 19 años en un año dado, y el total de mujeres de 15 a 19 años, por mil. **Indicador 3.7.2.b de los ODS, B10 del CM**

Los embarazos adolescentes son un tema de preocupación dentro de las políticas públicas porque generalmente no son intencionales, en ocasiones son forzados y producto de violencia o coerción sexual, e impactan en la salud, el bienestar y la trayectoria educativa de las adolescentes y las niñas, y en su inserción laboral futura. **Dar prioridad a prevenir el embarazo no intencional en la adolescencia** mediante políticas que aseguren la educación sexual integral y el acceso oportuno y confidencial a la información, asesoramiento, tecnologías y servicios de calidad, forman parte de las metas prioritarias enunciadas en el capítulo destinado a los derechos, necesidades, responsabilidades y demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes del CM. La tasa de fecundidad adolescente es considerada un indicador del impacto de esas políticas. La diferenciación entre la tasa de fecundidad adolescente temprana y la tardía se debe a que los determinantes y las circunstancias que dan lugar a una gestación en estos dos grupos etarios son diferentes.



Una investigación presentada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) comparó las trayectorias laborales y educativas de mujeres que tuvieron una hija o hijo “en edad temprana” (entre 15 y 19 años) con quienes lo hicieron en “edad adulta” (entre los 20 y 29 años). Entre las personas que dieron a luz en la adolescencia, la probabilidad de finalizar el secundario disminuyó en un 17% (11% para los estudios de terciarios o universitarios) respecto de las personas que pospusieron su maternidad después de los 20 años. Además, las madres adolescentes se vieron más afectadas por el desempleo (tasas de desempleo 21,4% mayor) que quienes maternaron en la edad adulta.<sup>10</sup>

A nivel regional se puede notar un marcado descenso de la tasa de fecundidad adolescente, particularmente la tardía, en los últimos 20 años, bajando del 82,3 en el año 2001 al 53,2 en el año 2021 para toda América Latina y el Caribe.<sup>11</sup> Argentina no es la excepción, reportando un descenso particularmente marcado -del orden del 50%- a partir del año

10 UNFPA 2020. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en Argentina. Informe Final. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Enero de 2020

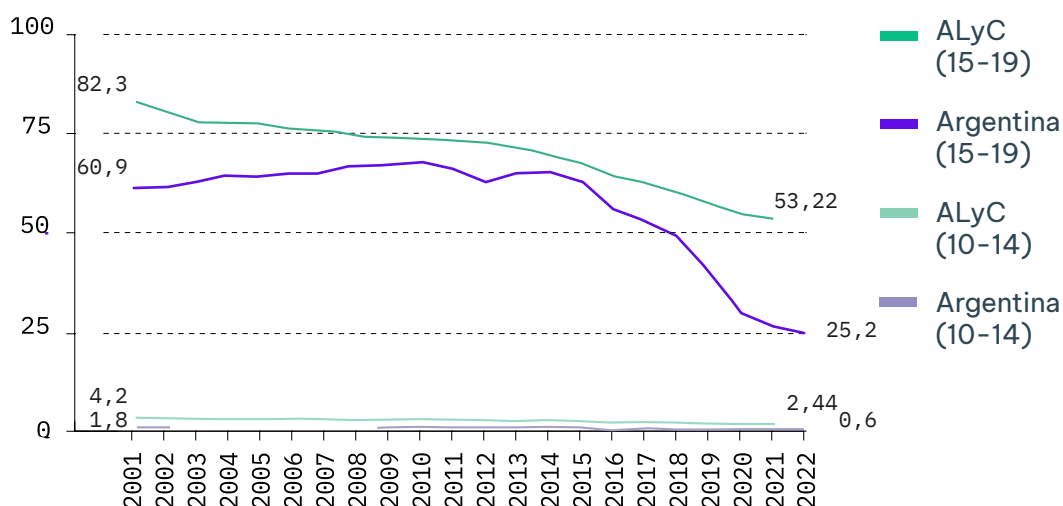
11 <https://consensomontevideo.cepal.org/es/indicadores/tasa-de-fecundidad-de-las-adolescentes-de-10-14-anos-y-de-15-19-anos-por-cada-1000>



2016 (**Figura 1**) tanto para la tardía como para la temprana lo que resulta particularmente relevante.



**Figura 1:** Tasas de fecundidad adolescente temprana (10-14 años) y tardía (15-19 años) para América Latina y el Caribe, y para Argentina. Período 2001-2022



Fuente: Elaboración propia en base a datos de ODS / Base de datos ODS de Naciones Unidas / Ministry of Environmental and Sustainable Development y al Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual Reproductiva (2023).<sup>12</sup>





Cabe destacar, sin embargo, la persistencia de amplias diferencias entre las jurisdicciones dentro del país, tanto en las tasas absolutas como en la pendiente de su descenso (**Tabla 3**). Como puede apreciarse, en las provincias del Nordeste Argentino (NEA) y Noroeste Argentino (NOA) (con excepción de Jujuy y La Rioja) no sólo las tasas de fecundidad adolescente permanecen elevadas (por encima del promedio nacional), sino que también la velocidad de disminución es menor a la velocidad de descenso a nivel nacional. Desde la implementación del plan ENIA en 2018 se pudo apreciar una disminución en la brecha desigualdad entre las provincias tanto en el descenso de la fecundidad adolescente como en la velocidad del mismo. Estos resultados dan cuenta del éxito de las políticas públicas diseñadas con objetivos claros, con financiamiento para su implementación, monitoreo y evaluación permanente.

<sup>12</sup> Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2023). Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual Reproductiva. Publicación de resultados 2022. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.



**Tabla 3:** Tasa de fecundidad adolescente temprana (10 a 14 años) y tardía (15 a 19 años), por jurisdicción, según años seleccionados (2010 - 2021)

Provincia	TEFA (10-14)			TEFA (15-19)		
	2010	2021	Diferencia 2010 - 2021 (porcentaje)	2010	2021	Diferencia 2010 - 2021 (porcentaje)
Buenos Aires	1,0	0,4	-58,8%	62,9	22,4	-64,4%
Catamarca	2,6	1,1	-57,7%	66,0	25,5	-61,4%
Chaco	4,6	2,5	-45,5%	99,5	52,6	-47,2%
Chubut	2,2	0,4	-81,9%	73,0	18,9	-74,1%
CABA	0,7	0,1	-84,6%	33,7	6,7	-80,2%
Córdoba	1,3	0,5	-64,9%	61,4	25,3	-58,8%
Corrientes	3,1	1,3	-56,8%	79,2	44,5	-43,8%
Entre Ríos	2,3	0,9	-61,2%	74,2	30,0	-59,5%
Formosa	5,5	4,1	-25,2%	82,7	51,6	-37,6%
Jujuy	1,6	0,9	-41,5%	67,4	21,6	-67,9%
La Pampa	2,2	0,2	-89,4%	65,5	19,4	-70,4%
La Rioja	1,7	0,7	-57,2%	60,9	23,6	-61,2%
Mendoza	1,5	0,6	-59,4%	68,8	22,5	-67,3%
Misiones	4,2	3,2	-24,1%	85,4	52,4	-38,6%
Neuquén	2,5	0,3	-88,4%	72,8	21,5	-70,5%
Río Negro	2,5	0,4	-83,4%	73,4	19,8	-73,0%
Salta	1,9	1,6	-19,1%	73,3	38,0	-48,2%
San Juan	1,7	0,7	-60,4%	72,1	38,1	-47,1%
San Luis	1,7	1,0	-42,3%	70,2	25,3	-63,9%
Santa Cruz	2,3	0,3	-89,2%	88,7	19,0	-78,6%
Santa Fe	2,9	1,0	-66,2%	68,3	33,3	-51,3%
S. del Estero	2,8	1,2	-56,2%	75,3	36,8	-51,1%
T. del Fuego	1,1	0,0	-100,0%	51,4	10,8	-79,0%
Tucumán	1,8	0,8	-55,2%	73,7	27,7	-62,4%
<b>TOTAL PAIS</b>	<b>1,9</b>	<b>0,8</b>	<b>-57,9%</b>	<b>67,4</b>	<b>27,0</b>	<b>-59,9%</b>

 Por debajo del promedio nacional	 Disminución por encima del promedio nacional
 Por encima del promedio nacional	 Disminución por debajo del promedio nacional
 Igual al promedio nacional	 Disminución igual al promedio nacional

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual Reproductiva (2022).<sup>13</sup>

13 Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2023). Tablero de Monitoreo para la toma de decisiones de la Dirección Nacional de Salud Sexual Reproductiva. Publicación de resultados 2022. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.



## Diversidad

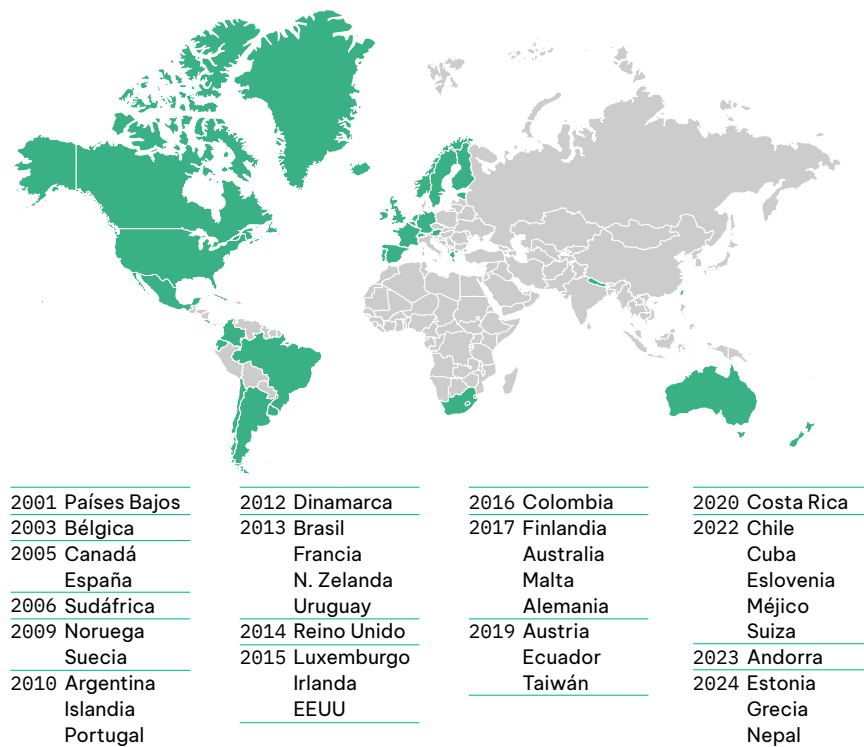
La dimensión diversidad tuvo avances normativos únicos a nivel nacional en los últimos quince años.

El 15 de julio de 2010 se sanciona la Ley de Matrimonio Igualitario. Con la aprobación de esta ley, Argentina inauguró la lista de países en la región que reconoce legalmente el matrimonio entre personas de la comunidad LGBTIQ+, lo que constituye un hito en la conquista y ampliación de derechos de la diversidad sexual y de género.

Hasta mediados del año 2024 sólo 37 países cuentan con una ley semejante, mayoritariamente en América, Europa Occidental y Oceanía, incorporándose recientemente Grecia, Estonia y Nepal. **(Figura 2)**.<sup>14</sup> La sanción de la ley 26.618 no solo garantiza los derechos de las parejas por fuera de la heteronormatividad a tener un vínculo filiatorio, sino que incluye el acceso a otros derechos como poder compartir junto al cónyuge una cobertura de salud, el derecho a la herencia, a la propiedad de los bienes compartidos, a la adopción conjunta, y el derecho a obtener una pensión en caso de fallecimiento de uno de los integrantes de la pareja.



**Figura 2:** Países cuya legislación nacional permite el matrimonio entre personas del mismo sexo



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Pew Research Center (Actualizado el 4 de agosto de 2024).

14 Fact Sheet. Same-Sex Marriage Around the World. Pew Research Center. June 9, 2023. Disponible en: <https://www.pewresearch.org/religion/fact-sheet/gay-marriage-around-the-world/> (Ultimo acceso 04/08/2024).

En mayo de 2012, dos años después de la sanción de la Ley de Matrimonio Igualitario, con 55 votos afirmativos, ninguno negativo y una abstención, el Senado aprobó la *Ley 26.743* de Identidad de Género. El texto de la Ley define la identidad de género autopercibida como “*la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales*”. La ley permite a las personas registrarse en su DNI con su nombre, foto e identidad de género y garantiza el acceso a los tratamientos de salud a toda persona que requiera modificar su cuerpo de acuerdo con el género autopercibido. Estos tratamientos quedaron incluidos en el Programa Médico Obligatorio, lo que supone la cobertura de las prácticas en todo el sistema de salud, tanto público como privado. Es la primera ley de identidad de género del mundo que, conforme las tendencias, no solicita requisitos médicos ni psiquiátricos, esto es, no patologiza las identidades trans.<sup>15</sup> Es considerada como una de las leyes más avanzadas del mundo en cuanto a libertades y derechos para el colectivo transgénero.

También en el año 2012 se promulga la *Ley 26.791* contra los crímenes de odio. Esta ley modifica el Código Penal añadiendo la prisión perpetua a delitos de odio motivados por “la orientación sexual y la identidad de género o su expresión”.



---

**Indicador 2.1:** Porcentaje de población que reporta haber sido objeto de discriminación por su orientación sexual o identidad de género

---

**Cálculo:** i) numerador: total de población que reporta haber sido objeto de discriminación por su orientación sexual o identidad de género en los 12 meses anteriores; ii) denominador: total de población, por 100 personas. **Indicador D19 del CM**

---

El porcentaje de la población que reporta haber sido objeto de discriminación por su orientación sexual o identidad de género podría obtenerse a partir de la población que pudo denunciarlo ante cualquier organismo o institución. Como aproximación, se publica el género de las personas que radicaron denuncias en el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) en 2020 y 2021 (total de denuncias 4777). El informe es el resultado de una sistematización de

---

15 Theumer, Emmanuel (2021). *Du changement de sexe à la fin du sexe. La protestation pour le droit à l'identité de genre en Argentine*. France: Presses Universitaires de Provence, Collection Penser le genre. ISBN 9791032003343. Consultado el 3 de mayo de 2022.

las denuncias recibidas en el organismo durante los dos primeros años de la pandemia de COVID-19.<sup>16</sup> Las denuncias fueron ingresadas a través de la Dirección de Asistencia a la Víctima, tanto por la línea telefónica gratuita, como por correo electrónico o trámites personales o a distancia en alguna de las delegaciones del INADI. Fue a partir de 2020 que el INADI comenzó a registrar las identidades trans y no binarias al momento de cargar el género de la persona denunciante. La **Tabla 4** detalla los tipos de discriminación denunciados según el género de la persona denunciante durante el bienio 2020-2021. Entre los varones aparece por primera vez el tipo de discriminación diversidad sexual en la cima de la tabla de denuncias, así como también es la primera vez que el género se presenta como la primera problemática denunciada por mujeres, lo que podría reflejar una concientización creciente acerca de la no naturalización de las violencias de género.<sup>17</sup>



**Tabla 4:** Principales tipos de discriminación denunciados en 2020-2021 (Según género)

	Mujeres	Varones
1°	Género	Diversidad sexual
2°	Discapacidad	Discapacidad
3°	Diversidad sexual	Estado de salud
4°	Estado de salud	Migrantes
5°	Migrantes	Ideológico-político

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Informe de Denuncias radicadas en el INADI durante la pandemia (2020-2021).



### **Indicador 2.2:** Número de iniciativas presentadas para establecer marcos regulatorios en reproducción asistida

**Cálculo:** Para este indicador se deberá tomar en consideración el avance en el ordenamiento legal vigente del país en materia de fertilización asistida. **Indicador D14 del CM**

En el año 2013, el Congreso aprueba la *Ley 26.862 de Reproducción Médicamente Asistida* en la cual se regulan las más variadas posibilidades de fecundación. El texto de la ley incluye a las mujeres solteras y familias homoparentales, demandas impulsadas por la Federación Argentina LGBT.

<sup>16</sup> INADI. Informe: Denuncias radicadas en INADI durante la pandemia (2020-2021). Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe\\_sobre\\_denuncias\\_en\\_pandemia\\_2020-2021\\_accesible.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_sobre_denuncias_en_pandemia_2020-2021_accesible.pdf)

<sup>17</sup> En febrero del 2024 el gobierno nacional decretó la intervención del INADI y en agosto 2024 decreta su disolución, quedando sus funciones a cargo del Ministerio de Justicia. PEN. Decreto 696/2024. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gov.ar/detalleAviso/primera/311795/20240806> (último acceso 10/8/2024)



## Anticoncepción

La posibilidad de espaciar y tomar decisiones sobre el número de embarazos tiene consecuencias positivas en la salud de las mujeres y personas con capacidad de gestar. Los embarazos no planificados constituyen un problema de salud pública porque pueden terminar en interrupciones inseguras, y porque el acceso a cuidados prenatales puede darse más tardíamente. Por esto, la prevención de los embarazos no planificados es una de las estrategias para la reducción de la mortalidad materna. Al mismo tiempo, el acceso a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, aceptables, tiene el potencial de mejorar la salud y la calidad de vida de las personas.



El acceso a la anticoncepción juega un rol central en la garantía del ejercicio de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, reconocidos como derechos humanos.



### Indicador 3.3: Tasa de fecundidad global

**Cálculo:** sumatoria de las tasas específicas de fecundidad por año (o por grupo de años) de mujeres de 15 a 49 años de edad, por mil nacidos vivos, realizando los ajustes necesarios para incorporar gestaciones de personas menores de 15 años y mayores de 50. **Indicador 1 del CIPD y el CIPD+5**

La tasa de fecundidad global es un indicador adecuado para analizar la fecundidad, ya que refleja las modificaciones en la estructura de la población por edades. Según las proyecciones mundiales de población, el nivel de fecundidad en Argentina se encuentra por debajo del promedio mundial, pero por encima del promedio regional. Todos los países en Sudamérica muestran una tendencia a la baja de la fecundidad. En Argentina, entre 1980 y 2021, la TGF presentó una disminución de aproximadamente el 45%, de 3,3 en 1980 a 2,18 en el año 2020.<sup>18</sup> En mayo de 2024, el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas publicó un promedio de 1,4 hijos por mujer para el año 2022.<sup>19</sup>

18 Fuente: Banco Mundial. Indicadores de Desarrollo Mundial (2021). Recuperado de: <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>

19 Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022 Resultados definitivos. Fecundidad. Edición ampliada. Mayo de 2024. [https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2022\\_fecundidad.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2022_fecundidad.pdf) (último acceso: 26/08/2024)



### Indicador 3.1: Consejería y suministro de anticonceptivos posparto y/o posaborto por los servicios de salud

**Cálculo:** Tasa de Consejería realizada (%): Número de embarazos con consejería realizada sobre el total de embarazos. **Indicador 1.2 del Plan de Acción para acelerar la reducción de la MM y la MMG**

La consejería y entrega de métodos anticonceptivos posparto y/o posaborto en los servicios de salud es un indicador clave, ya que la Anticoncepción Inmediata Post Evento Obstétrico (AIPEO) es una de las estrategias globales para mejorar el acceso a la anticoncepción, por la oportunidad que representa el contacto con el sistema de salud en el contexto de los controles durante la gestación y atención del parto. La estrategia de AIPEO cobra relevancia al permitir espaciar los embarazos, ya que la ampliación de los intervalos genésicos tiene la potencialidad de reducir el riesgo de muerte materna, neonatal e infantil, y el riesgo de partos prematuros y de bajo peso al nacer, entre otros. En Argentina, donde la casi totalidad de los partos son institucionales, la AIPEO se incluyó entre los objetivos y estrategias de la DNSSR en 2015 y del plan ENIA 2020.<sup>20</sup> La información disponible en el país para este indicador se recaba de los registros en el Sistema Informático Perinatal (SIP), por lo que se asume un importante sesgo al no contar con información de los subsistemas de salud privado y de la seguridad social. Por otro lado, como muestra la **Tabla 5**, la cobertura en el SIP de los nacimientos en efectores oficiales a nivel nacional es del 76,3% en el año 2022, sumado al porcentaje de falta de datos en el indicador (que oscila entre el 0% en Tucumán y el 100% en San Luis).<sup>21</sup> En el informe de los indicadores del SIP para la gestión, si bien se define la tasa de entrega de métodos anticonceptivos (MAC) no se reportan los métodos dispensados ni los que las mujeres prefieren.



**Tabla 5:** Proporción del total de nacidos vivos y mortinatos con datos de consejería al alta hospitalaria, Argentina, año 2022

Nacidos vivos y mortinatos Argentina (DEIS 2022)	Nacidos vivos y mortinatos registrados en SIP con datos de consejería (SIP-G 2022)	Proporción del total
499.670	196.072	39,24 %

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS (2022) y del Informe del Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP-G) (2022).

20 Fuente: MSal “Guía Anticoncepción Inmediata Post Evento Obstétrico” (2020). <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-anticoncepcion-inmediata-posevento-obstetrico-aipeo>

21 Ministerio de Salud. Sistema Informático Perinatal para la Gestión (SIP-G). Indicadores básicos 2022, República Argentina. Buenos Aires, 2023.





---

### **Indicador 3.2:** Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que cubren sus necesidades de anticoncepción con métodos modernos

---

**Cálculo:** i) numerador: proporción de mujeres en edad de procrear (entre 15 y 49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos; ii) denominador: demanda total de planificación familiar (la suma de la prevalencia de anticonceptivos -cualquier método- y la necesidad insatisfecha de planificación familiar). **Indicador 3.7.1 de los ODS**

---

El porcentaje de mujeres de 15 a 49 años cuyas necesidades de anticoncepción son cubiertas con métodos modernos refleja la proporción de mujeres en edad reproductiva que desean no tener hijos (adicionales) o posponer al próximo hijo, y utilizan para ello un método anticonceptivo moderno. El indicador también se conoce como la demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos. Al no contar con estos datos, como aproximación a este indicador se propuso la proporción de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años), que referían utilizar algún método anticonceptivo al momento de responder la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva realizada en el año 2013. Si bien dicho porcentaje fue elevado (81,3%) a nivel nacional, no se cuenta con datos desagregados por jurisdicciones, ni se han realizado nuevos estudios de este tipo en nuestro país. El mismo resultado se utiliza como aproximación al último indicador en esta dimensión, la “Tasa de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de mujeres y de hombres según tipo de métodos: modernos y tradicionales”.



---

### **Indicador 3.4:** Tasa de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de mujeres y de hombres según tipo de métodos: modernos y tradicionales

---

**Cálculo:** i) numerador: número de personas de 15 a 49 años que actualmente están utilizando un método anticonceptivo; ii) denominador: número de personas sexualmente activas, por cien (se calcula separadamente por sexo) **Indicador D6 del CM**

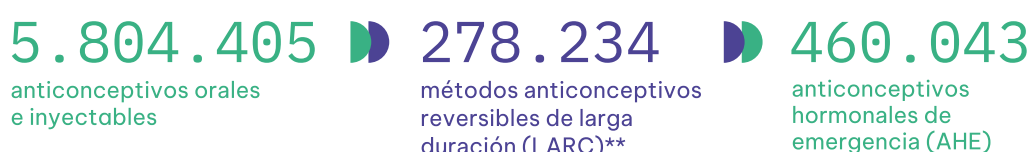
---

Si bien el PNSSPR ha dado cuenta en los últimos años de muchas de las estrategias diseñadas e implementadas para fortalecer, entre otras dimensiones, la promoción y el acceso efectivo a métodos anticonceptivos, no se cuenta con información sobre este indicador en los últimos 10 años. Además de las estrategias de incorporación y fortalecimiento de AIPEO con énfasis en los métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (LARCs, según su sigla en inglés), algunos de los aspectos en los que se hizo énfasis fueron la ampliación de la oferta de métodos como por ejemplo la incorporación del implante de dos varillas y del preservativo vaginal. Se desarrollaron también



políticas para mejorar la accesibilidad y difusión de la anticoncepción de emergencia, la distribución y dispensa de insumos tanto a través del programa REMEDIAR como del plan ENIA y la implementación del proyecto “Salud indígena perinatal con foco en prevención del embarazo adolescente no intencional”, el cual tiene como objetivo incrementar el acceso a información sobre violencia de género, insumos de salud sexual y reproductiva, VIH e ITS en comunidades de pueblos originarios.<sup>22</sup> El último informe con respecto a la distribución de métodos anticonceptivos fue publicado en octubre del 2023.

Entre enero y octubre de 2023, la DNSSR distribuyó\*:



\*\* Del total de LARC distribuidos entre enero y octubre de 2023, 220.444 fueron por el PNSSR y 57.790 por el Plan Enia.

(\*) Estos datos corresponden a las entregas de insumos número 214 a 220 de Remediar. Anexo I: Insumos y métodos anticonceptivos distribuidos por la DNSSR a través del PNSSR y el Plan Enia enero a octubre 2023, agrupados por categorías (entregas 214 a 220). Para ver la cantidad y tipos de insumos programados para la entrega 221 de Remediar, consultar Anexo II. a) Métodos anticonceptivos y otros insumos de salud sexual programados para Entrega 221, a distribuir a Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y depósitos jurisdiccionales, con adelanto de la E222 y E223 y las cifras desagregadas por provincia; b) Métodos anticonceptivos y otros insumos de salud sexual programados para Entrega 221, a distribuir a CAPS y depósitos, con adelanto de la E222 y E223, por jurisdicción

Fuente: Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSR). (2023).<sup>23</sup>

22 Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (DNSSyR). Informe de gestión anual. 2023.

23 Informe de gestión anual 2023. Secretaría de Acceso a la Salud, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Disponible en: <https://clacaidigital.info/handle/123456789/2809>. (ultimo acceso 29/08/2024)



## Salud Materna

En esta dimensión, se listan 16 indicadores que apuntan a diferentes situaciones o problemáticas relacionadas con la salud materna.



---

**Indicador 4.5:** Número de iniciativas presentadas para establecer marcos regulatorios en reproducción asistida.

---

**Cálculo:** Número total de iniciativas legislativas presentadas dentro del ordenamiento jurídico del país, encaminadas a establecer marcos regulatorios en materia de reproducción asistida. **Indicador D14 del CM**

---



---

**Indicador 4.8:** Porcentaje de parejas y personas en condición de infertilidad o subfertilidad que reciben atención para fertilización asistida.

---

**Cálculo:** i) numerador: total de parejas (o personas) en condición de infertilidad o subfertilidad que desean tener hijos y que reciben atención para fertilización asistida; y ii) denominador: total de parejas (o personas) en condición de infertilidad o subfertilidad que desean tener hijos. **Indicador D13 del CM**

---



---

**Indicador 4.11:** Prevalencia de infertilidad en mujeres

---

**Cálculo:** Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) expuestas al riesgo (no embarazadas, sexualmente activas, no usuarias de métodos anticonceptivos y que no practican lactancia materna) que reportan haber tratado de embarazarse en los últimos dos años o más, sobre el total de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) expuestas al riesgo. **Indicador 14 del CIPD y el CIPD+5**

---

Para algunos de ellos no existen datos disponibles, como por ejemplo el “Porcentaje de parejas y personas en condición de infertilidad o subfertilidad que reciben atención para fertilización asistida”, o la “Prevalencia de infertilidad en mujeres”. En este aspecto, se destaca la *Ley 26.862* de reproducción médicamente asistida sancionada en el año 2013 como iniciativa que establece un marco regulatorio en el tema.

Son múltiples los indicadores propuestos que hacen referencia a la atención del embarazo y el nacimiento. Sin embargo, no se dispone de datos sistemáticos para varios de ellos.



---

#### **Indicador 4.3:** Disponibilidad de atención obstétrica esencial

---

**Cálculo:** Número de instituciones con cuidados obstétricos esenciales\* en funcionamiento por 500.000 habitantes. **Indicador 5 del CIPD y el CIPD+5**

\*Incluye antibióticos por vía parenteral, oxitócicos, anticonvulsivantes, remoción manual de la placenta, evacuación de productos retenidos (aspiración manual endouterina), parto vaginal instrumental (ej: extracción con vacuum)

---



---

#### **Indicador 4.4:** Disponibilidad de atención obstétrica integral

---

**Cálculo:** Número de instituciones con cuidados obstétricos integrales\* en funcionamiento por 500.000 habitantes. **Indicador 6 del CIPD y el CIPD+5**

\* Incluye los cuidados esenciales además de cirugía, anestesia y transfusión sanguínea.

---



---

#### **Indicador 4.6:** Porcentaje de centros de atención de la salud que han implementado protocolos actualizados de atención materna.

---

**Cálculo:** i) numerador: total de centros de salud que han implementado protocolos actualizados de atención materna; y ii) denominador: total de centros de atención a la salud por 100 centros de salud. **Indicador D9 del CM**

---

Las condiciones obstétricas y neonatales esenciales (CONE) fueron establecidas por la OMS con el fin de contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. Se definen como un conjunto de requisitos básicos con los que debe contar todo establecimiento de salud habilitado para la asistencia de nacimientos. En Argentina, luego de un relevamiento realizado en 2018 por la entonces Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia en el que se reportó que un 36,8% de los establecimientos que atendían partos en el subsector público no cumplían con las CONE, se publicó una resolución del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Secretaría de Gobierno de Salud, en la que se establecieron las CONE como requisitos básicos para el funcionamiento de los establecimientos de salud nivel II y III donde se atiendan partos, sean estos públicos o privados (**Tabla 6**).<sup>24</sup> Más allá de la publicación del SIP que da cuenta del número de establecimientos dentro del subsistema de salud público en función del nivel de atención por jurisdicción, no se han podido relevar al momento el número de establecimientos con disponibilidad de atención obstétrica esencial ni integral.

---

24 Res. 670/2019 <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/205923/20190422>



**Tabla 6:** Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE) requeridas en Argentina

Condiciones quirúrgicas y procedimientos obstétricos (profesional de guardia activa)	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Cesárea</li> <li>&gt; Reparación de desgarros vaginales bajos y altos</li> <li>&gt; Rotura uterina</li> <li>&gt; Histerectomía</li> <li>&gt; Fórceps y ventosa</li> <li>&gt; Extracción de placenta</li> <li>&gt; AMEU</li> <li>&gt; Resolución del embarazo ectópico</li> </ul>
Disponibilidad anestésica	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; General y regional las 24 hs</li> <li>&gt; Guardia activa (III nivel)</li> <li>&gt; Presente en cada nacimiento (II nivel)</li> </ul>
Transfusión de sangre segura	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Grupo y factor y pruebas cruzadas 24 hs</li> <li>&gt; Técnico o profesional de guardia activa</li> <li>&gt; Banco de sangre o reserva renovable</li> <li>&gt; Red formal de solicitud de sangre</li> </ul>
Tratamientos médicos maternos (según guías de prácticas clínicas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Preeclampsia/Eclampsia/HELLP</li> <li>&gt; Shock hemorrágico y séptico</li> <li>&gt; Disponibilidad de algoritmos de emergencias obstétricas para eclampsia, emergencia hipertensiva y hemorragia postparto</li> <li>&gt; Disponibilidad de kits para eclampsia y hemorragia postparto</li> </ul>
Asistencia neonatal inmediata (personal que realice la recepción del recién nacido capacitado)	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Reanimación</li> <li>&gt; Control térmico</li> <li>&gt; Oxígeno en sala de partos</li> <li>&gt; Aire comprimido en sala de partos</li> <li>&gt; Saturómetro en sala de partos</li> <li>&gt; Insumos y equipamiento para Reanimación Cardio Pulmonar (RCP)</li> <li>&gt; Entrenamiento en RCP, Atención Inicial de Recién Nacidos en Riesgo (ACORN), transporte y traslados.</li> </ul>
Evaluación del riesgo materno y neonatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Listados por escrito de factores de riesgo materno según nivel.</li> <li>&gt; Listados por escrito de factores de riesgo neonatales según nivel.</li> </ul>
Transporte oportuno al nivel de referencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Comunicación permanente (teléfono o radio).</li> <li>&gt; Vehículo de traslado gestante y neonatal.</li> <li>&gt; Disponibilidad de chofer, combustible y personal médico / enfermero para el traslado.</li> </ul>

---

**Indicador 4.12: Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado**

---

**Cálculo:** i) numerador: número de mujeres de 15 a 49 años con un parto vivo al que asiste un personal sanitario cualificado (por ejemplo, médicos, enfermeras o parteras) durante el parto; y ii) denominador: número de mujeres de 15 a 49 años con un parto vivo en el mismo período, por 100. **Indicador D16 del CM (3.1.2. de ODS)**

---



---

#### **Indicador 4.2:** Cobertura de atención prenatal

---

**Cálculo:** Número de embarazos con al menos un control prenatal sobre el total de nacimientos, por cien. **Indicador 4 del CIPD y el CIPD+5**

---



---

#### **Indicador 4.7:** Porcentaje de nacidos vivos cuya madre asistió a cuatro o más consultas prenatales.

---

**Cálculo:** i) numerador: total de nacidos vivos cuya madre asistió a cuatro o más consultas prenatales con personal de salud calificado; ii) denominador: total de nacidos vivos, por 100 nacidos vivos.

**Indicador D15 del CM**

---

Si bien en Argentina la atención de los nacimientos por personal capacitado se ha mantenido elevada en todas las regiones a través del tiempo (99,8% a nivel nacional para el año 2022), no se cuenta con datos generales sobre la cobertura y calidad de los controles prenatales, sobre todo en los subsistemas de salud privado y de la seguridad social, ya que en los informes del SIP-G sólo se informan, como fuera mencionado, los nacimientos dentro del subsector público que utilizan el SIP y reportan el dato. En lo que respecta al acceso al control prenatal, el porcentaje de mujeres que acceden al menos a un control parecería haber aumentado ligeramente a nivel nacional, al igual que la proporción de mujeres que tuvieron al menos cinco controles durante su embarazo en la mayoría de las jurisdicciones. Sin embargo, es notable que en algunas se estancó o incluso disminuyó.



---

#### **Indicador 4.1:** Atención posparto de mujeres y recién nacidos

---

**Cálculo:** Proporción de mujeres y recién nacidos que recibieron una visita de asistencia luego del parto dentro del plazo de dos días después del nacimiento sobre el total de nacimientos. **Indicador 8 de la EMSMNA**

---



---

#### **Indicador 4.9:** Prevalencia de anemia en mujeres en edad reproductiva

---

**Cálculo:** Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15 a 49) a las que se les ha detectado niveles de hemoglobina por debajo de 110 g/l (embarazadas) y por debajo de 120 g/l (no embarazadas) sobre el total de mujeres en edad reproductiva. **Indicador 11 del CIPD y el CIPD+5**

---

Hasta el momento, no se cuenta con datos sobre la atención posparto de mujeres y recién nacidos. Se destaca también la falta de información sobre la prevalencia de anemia en embarazadas (cuyo último reporte data del año 2005), por considerarse un factor de riesgo determinante

de otras complicaciones como la hemorragia postparto, la sepsis puerperal o el bajo peso al nacer.

---

 **Indicador 4.15: Tasa de mortalidad neonatal**

---

**Cálculo:** Defunciones de menores de 28 días cumplidos por cada 1.000 nacimientos. **Indicador 3.2.2 de ODS**

---

---

 **Indicador 4.16: Tasa de mortalidad perinatal**

---

**Cálculo:** Número de muertes perinatales\* cada 1000 nacimientos.  
**Indicador 8 del CIPD y el CIPD+5**

\*Muertes ocurridas desde la semana 22 de gestación y hasta 7 días después del nacimiento.

---

---

 **Indicador 4.10: Prevalencia de bajo peso al nacer**

---

**Cálculo:** Porcentaje de nacidos vivos que pesan menos de 2500 gramos al momento del nacimiento, sobre el total de nacidos vivos.

**Indicador 9 del CIPD y el CIPD+5**

---

Desde el 2015 la tasa de mortalidad neonatal se ha mantenido, e incluso reducido, a nivel país, más allá de algunas diferencias y variaciones entre jurisdicciones, con provincias de las regiones del norte de la Argentina manteniendo tasas de mortalidad neonatal que en algunos años llegaron a duplicar la del país. Algo similar ocurre con la tasa de mortalidad perinatal, a pesar de ciertas diferencias entre provincias, se puede notar un leve y sostenido descenso en los últimos cinco años a nivel país. La prevalencia de bajo peso al nacer muestra valores estables y relativamente similares en todas las jurisdicciones.

---

 **Indicador 4.14: Razón de mortalidad materna**

---

**Cálculo:** i) numerador: número de defunciones por causas maternas acaecidas en la población femenina de un área geográfica dada durante un año dado. ii) denominador: número de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año por 10.000. **Indicador 3.1.1 de los ODS, D8 del CM**

---

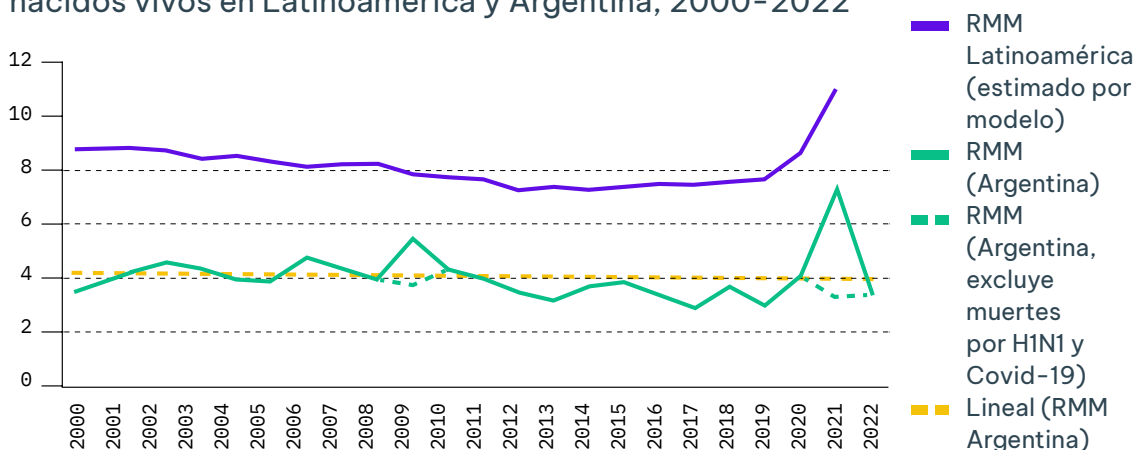
Uno de los indicadores con mayor impacto de todos los reportados es la razón de mortalidad materna (RMM). La muerte materna es un grave problema de salud pública y una violación a los derechos humanos ya que afecta el derecho de mujeres y niñas a la vida, la salud, la igualdad y a la no discriminación, el derecho a gozar de los avances del conocimiento científico y al más alto estándar de salud alcanzable. Al no haberse logrado a nivel global la reducción en  $\frac{3}{4}$  partes de la RMM propuesta en los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el año 2015, se fijaron nuevas metas para el año 2030 en los ODS, ratificados en el CM. La OMS y

UNFPA lanzaron además las estrategias para acabar con la mortalidad materna prevenible (EPMM) basadas en un enfoque de derechos humanos para la salud materna y neonatal, centradas en eliminar desigualdades significativas que conducen a disparidades en el acceso, la calidad y los resultados de la atención.

En la Argentina, la estructura de causas de muertes maternas ha variado particularmente en los últimos años. Esto puede deberse en parte a la aparición de nuevas variables de gran impacto como la pandemia por virus H1N1 en el año 2009, o la más reciente ocasionada por el COVID-19, que provocó 220 muertes maternas adicionales en el año 2021 (quintuplicando la RMM por causas obstétricas indirectas). Sin embargo, aún sin considerar las muertes originadas por estas causas, la tendencia ha permanecido inaceptablemente estable en los últimos 20 años (**Figura 3**).



**Figura 3:** Evolución de la razón de mortalidad materna (RMM) x 10.000 nacidos vivos en Latinoamérica y Argentina, 2000-2022



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Banco Mundial<sup>25</sup> y la DEIS<sup>26</sup>

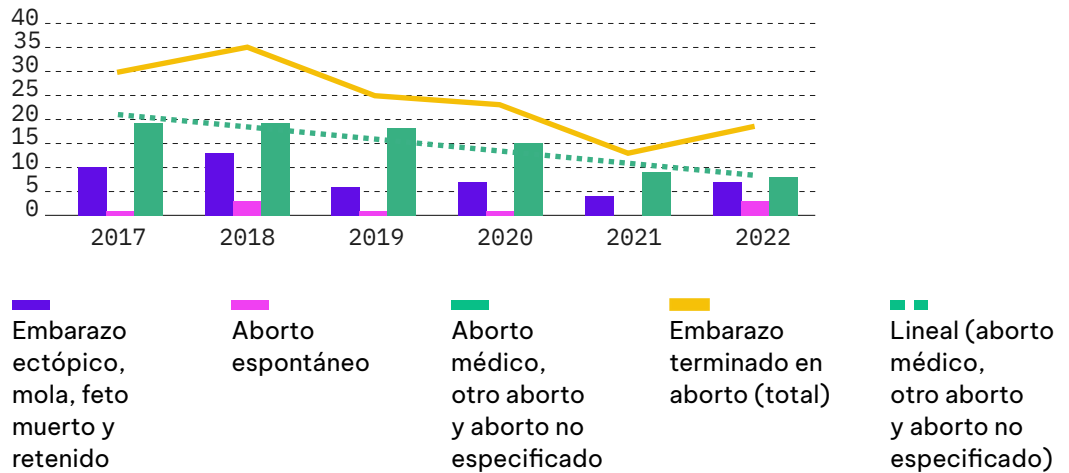
A pesar de ello, se pueden apreciar francas modificaciones en la RMM por causas específicas como el aborto, registrándose un importante descenso de las muertes maternas por esta causa entre 2018 y 2022 (**Figura 4**).

25 Banco Mundial: Tasa de mortalidad materna (estimado mediante modelo, por cada 100.000 nacidos vivos) - Latin America & Caribbean, Disponible en: [https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT?end=2020&locations=ZJ&name\\_desc=false&start=2000](https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT?end=2020&locations=ZJ&name_desc=false&start=2000) (último acceso 8/12/2023)

26 Estadísticas Vitales Información Básica Argentina - Año 2022. Dirección de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud. Buenos Aires, enero de 2024. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/publicaciones> (último acceso 06/08/2024)



**Figura 4:** Número de muertes maternas por aborto y subcategorías. Argentina 2017 - 2022.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

Éste es un ejemplo claro en el que la implementación de políticas específicas han tenido un impacto directo en los indicadores. Además de la sanción de la *Ley 27.610* que regula el acceso a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo, cabe destacar la importancia de otros avances en el marco normativo, la creación e implementación de protocolos nacionales y provinciales para el manejo de la atención del aborto y el post aborto, la distribución e incorporación a las canastas de medicación y tecnologías clave como el misoprostol, la aspiración manual endouterina (AMEU) y, recientemente, la mifepristona, y en un plano más general la habilitación al debate y a la difusión de información basada en evidencias sobre el flagelo del aborto inseguro y su impacto en la salud de las personas.



#### Indicador 4.13: Razón de morbilidad materna grave

**Cálculo:** Total de casos que son reportados como *Near Miss* Materno durante el embarazo, el parto y hasta 42 días después de la terminación del mismo, por cada 1000 nacidos vivos en un periodo de tiempo dado. **Indicador 4.2 del Plan de Acción para acelerar la reducción de la MM y la MMG**

Merece una mención especial la falta de información referente a la morbilidad materna aguda grave. Se ha postulado y demostrado que ciertos eventos clínicos, marcadores de laboratorio y requerimientos de intervenciones durante el embarazo, el parto y el puerperio reflejan instancias de gravedad muy relacionadas con las muertes maternas. Estos eventos, denominados complicaciones maternas agudas graves (o *Near Miss* en inglés), indican situaciones en las que la persona gestante pudo haber muerto, pero sobrevivió. La detección y análisis de la morbilidad materna aguda grave constituye una valiosa fuente de



información sobre posibles puntos débiles en los sistemas sobre los cuales se pueden pensar estrategias e intervenciones, ya que comparte muchas características con las muertes maternas, complementando la información que se obtiene al revisar las muertes maternas y actuando como sustitutos de las mismas. Estos datos son muy útiles en las instituciones de salud pequeñas y medianas donde el número de casos registrados es bajo debido a la rareza del evento, o en los lugares donde la mortalidad materna es baja. Hasta el momento no se disponen de datos sistematizados en el país para analizar este indicador, aún cuando las variables requeridas para su construcción se recogen sistemáticamente en el formulario *Near Miss* del SIP.



## Interrupción voluntaria y legal del embarazo

En esta dimensión se destacan indicadores que refieren al entorno normativo alrededor del acceso al aborto legal y seguro, al impacto que las complicaciones de abortos inseguros tienen sobre el sistema de salud, y a la proporción de instituciones de salud que cuentan con recursos humanos capacitados y con tecnología adecuada para la atención del aborto y posaborto seguro.



---

### **Indicador 5.1:** Existen leyes y reglamentos que garantizan la interrupción voluntaria y legal del embarazo

---

**Cálculo:** Existencia de legislación que permita la interrupción voluntaria del embarazo de acuerdo a las siguientes causas: a) por la sola voluntad de la mujer; b) por violación o incesto; c) por peligro de vida de la mujer; d) para preservar la salud de la mujer. **Indicador D11 del CM**

---

En relación al entorno normativo, luego de uno de los debates más democráticos y participativos en torno a un proyecto de ley, el 30 de diciembre de 2020 la Cámara de Senadores aprobó la *Ley 27.610* de Interrupción Voluntaria del Embarazo y Atención Posaborto. Esta ley reunió voluntades diversas a través de los bloques partidarios, pero particularmente recogió el largo reclamo del movimiento de mujeres, las expresiones de la ciudadanía y la instalación del aborto como un tema de derechos y de salud pública. Le precedieron la implementación de políticas como la de mejoramiento de la calidad de la atención posaborto, la de atención integral de los abortos no punibles y las de calidad de la atención a las personas con derecho a la interrupción legal de un embarazo.

La ley establece un sistema mixto: las niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción voluntaria de su embarazo hasta la semana catorce inclusive (IVE), y por fuera de ese plazo, a la interrupción legal del embarazo (ILE) cuando este fuere resultado de una violación o estuviere en peligro la vida o la salud integral de la persona gestante.<sup>27</sup>

Es además de orden público, por lo que su aplicación es obligatoria en todo el territorio nacional. Los principios rectores y los estándares de calidad que establece para la atención del aborto deben aplicarse en los tres subsectores de salud. Los procedimientos que se sigan para la práctica de los abortos deben estar en concordancia con las recomendaciones de la OMS y quedaron incorporados al Paquete Médico Obligatorio.

---

<sup>27</sup> Ambos causales ya reconocidos en el Código Penal Argentino desde el año 1921



### Indicador 5.2: Porcentaje de egresos por aborto sobre el total de egresos ginecológicos y obstétricos

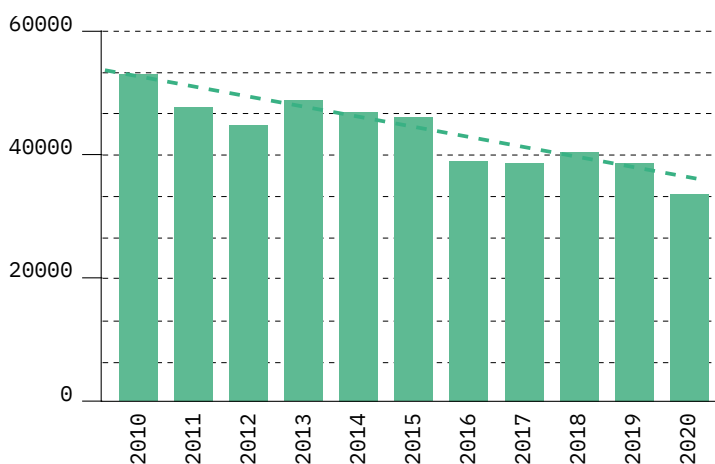
**Cálculo:** i) numerador: total de hospitalizaciones registradas debido a complicaciones del aborto; ii) denominador: total de hospitalizaciones relacionadas con el embarazo y parto (embarazo, parto y puerperio), por 100 hospitalizaciones relacionadas con el embarazo y parto. **Indicador D10 del CM**

El número de hospitalizaciones por complicaciones del aborto desagregadas por grupos de edad es un indicador que da cuenta del número de situaciones generadas potencialmente por las complicaciones de abortos inseguros que requieren internación en una institución de salud. Es importante tener en cuenta que no discrimina la severidad de la complicación ni la magnitud del impacto en el sistema, no permite comparaciones de acuerdo a estructura etaria de la población, así como tampoco mensura las intervenciones que fueron requeridas para cada situación.

En términos absolutos, las internaciones por complicaciones de aborto en el subsector público pasaron de 52.817 en el año 2010 a 33.525 en 2020 lo que significa un descenso de 36% en una década (**Figura 5**). Las razones de este descenso pueden asociarse a la mayor información sobre la posibilidad de interrumpir un embarazo de forma segura usando misoprostol, a las políticas de reducción de riesgos y daños por la implementación de las consejerías pre y post aborto, y a una política de acceso a los abortos legales (en concordancia con las causales incluidas en el Código Penal) dentro del sistema de salud. No se dispone aún de datos sobre egresos hospitalarios que den cuenta de lo ocurrido a partir de la implementación de la ley.



**Figura 5:** Egresos de establecimientos oficiales por aborto. Argentina. 2010-2020



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS. Reporte interactivo de estadísticas de salud. Egresos. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/reportes-interactivo>. (último acceso 10/08/2024)



---

**Indicador 5.3:** 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.

---

**Cálculo:** ii) numerador: total de centros de salud (incluidos los de atención primaria) que disponen de medicamentos para aborto y cuentan con personal capacitado y los materiales e insumos necesarios para realizar abortos seguros, así como proporcionar cuidados posteriores al aborto; ii) denominador: total de centros de salud, por 100 centros de salud. **Indicador D12 del CM**

---

El indicador 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, propone evaluar la concurrencia de las dos condiciones que se entienden deben existir en los servicios de salud para prestar acceso a servicios de aborto de calidad. A partir de la sanción de la *Ley 27.610*, la DNSSR realizó un monitoreo continuo del número de efectores por provincia que dan acceso a prácticas de IVE/ ILE. Si bien el número de efectores para el total del país se duplicó entre 2020 y 2023, se requiere conocer mejor su distribución espacial y la organización de los servicios para poder inferir acerca de la accesibilidad y la calidad en las distintas provincias.

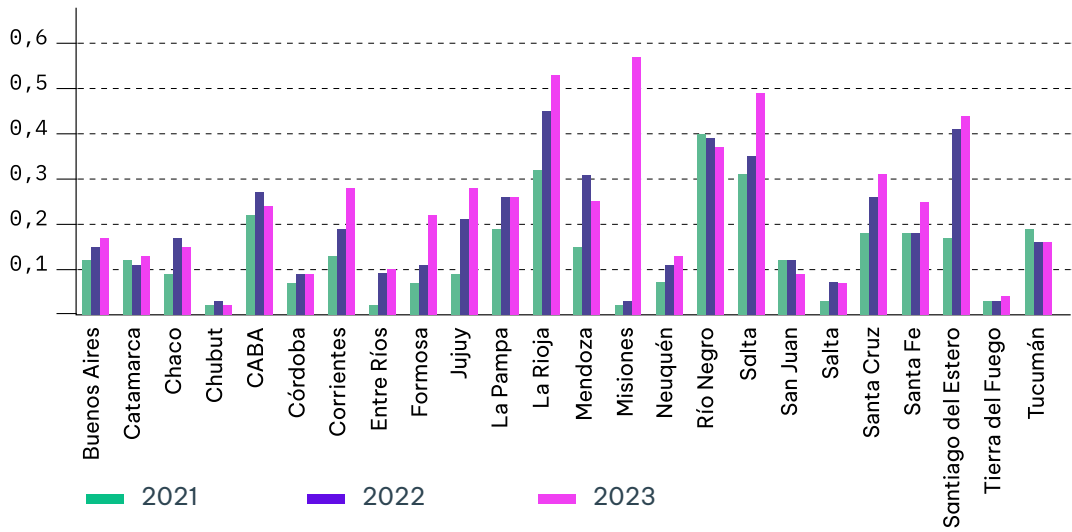
Una medida resumen para acercarnos a accesibilidad es la tasa de efectores cada 1000 mujeres, que relaciona las instituciones que prestan acceso a IVE/ ILE con las mujeres en edad fértil en una determinada jurisdicción (**Figura 6**). En general, todas las provincias aumentaron las tasas de servicios entre 2021 y 2022. Esto respondió a la voluntad política de las provincias para responder a la demanda de niñas, adolescentes, mujeres y otras personas con posibilidad de gestar, al compromiso de los equipos de salud, así como también al esfuerzo sostenido de encuentros de formación profesional, capacitaciones en servicio y fortalecimiento de las capacidades de los equipos sostenidos por la DNSSR en acuerdo con las jurisdicciones. No existe un estándar o número óptimo para esta tasa. Lo relevante es que en los estudios de calidad las personas reporten no haber enfrentado barreras o demoras impuestas por las instituciones, los costos de traslado o la incertidumbre de si una institución les dará acceso o no. Por ello, resulta clave el rol que cumple el 0800 Salud Sexual, línea telefónica gratuita y confidencial de salud sexual y reproductiva que brinda información acerca de las instituciones disponibles, entre otras. Los reportes de los años 2021, 2022 y hasta el último informe publicado correspondiente a septiembre 2023 indican que más del 90% de todas las secuencias generadas por estas llamadas telefónicas, es decir, intervenciones por parte de un equipo técnico, fueron consultas relacionadas con IVE/ILE.<sup>28</sup>

---

28 Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Informe de gestión anual 2023.



**Figura 6:** Tasa de efectores de IVE/ILE cada 1000 mujeres en edad fértil. Argentina y provincias 2021-2023.



Fuente: Proyecto Mirar.



## Violencia

La violencia contra las mujeres y diversidades abarca diversos tipos y modalidades, desde el acoso verbal y otras formas de abuso emocional, al abuso físico o sexual. En el extremo del espectro de la violencia contra las mujeres está el femicidio: el asesinato intencional de una mujer por el hecho de ser mujer.<sup>29 30 31</sup>



### Indicador 6.4: Tasa de femicidio o feminicidio

**Cálculo:** Homicidios de mujeres de 15 años y más de edad, asesinadas por razones de género, por cada 100.000 mujeres.

#### Indicador E14 del CM

Desde el año 2015 el Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina (RNFJA) de la Corte Suprema de Justicia de la Nación contabiliza las víctimas directas e indirectas de femicidio, incluyendo los asesinatos a mujeres cis y mujeres trans/travestis por razones de género. En números absolutos, la cantidad de femicidios se ha mantenido estable -245 por año-. En el año 2023, se reportaron 250 víctimas fatales de violencia de género en el país lo que implica una tasa de 1,05 femicidios cada 100.000 mujeres.<sup>32 33</sup> La utilización de la tasa permite comparaciones entre jurisdicciones, independientemente de la cantidad de mujeres que residan en ellas. Es así que cualitativamente, pueden decirse que Catamarca, Chaco, Jujuy y Salta están entre las provincias que han tenido las tasas más elevadas entre 2017 y 2023 (**Figura 7**).

29 Consejo Centroamericano de Procuradores de Derechos Humanos. Informe Regional: situación y análisis del femicidio en la región centroamericana, IIDH, ASDI y DANIDA. San José, Costa Rica, Consejo Centroamericano de Procuradores de Derechos Humanos, 2006.

30 Sagot M. Strengthening and organization of women and coordinated action between the state and civil society at the local level to prevent and address family violence – research protocol. San José, Costa Rica, Pan American Health Organization, 2002.

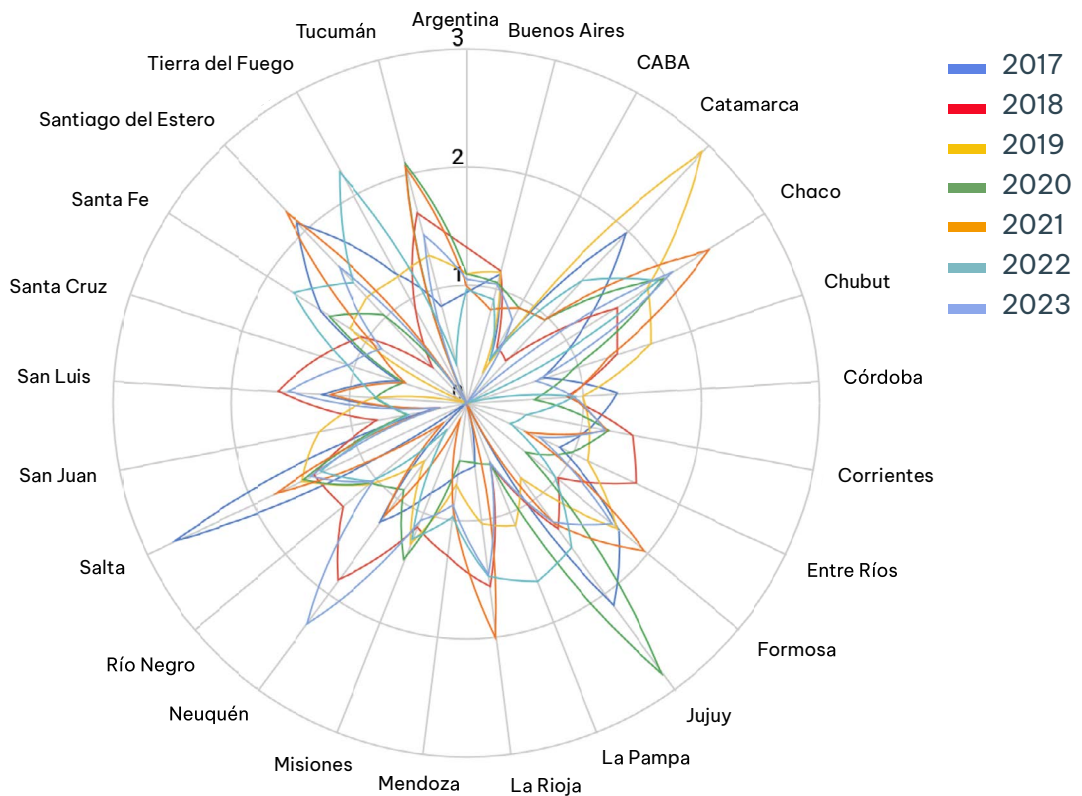
31 “Comprender y abordar la violencia contra las mujeres” Departamento de Salud Reproductiva de la OMS, <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-12.43>

32 Dirección Nacional de Población. Seguimiento de indicadores del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe Argentina 2023. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/06/indicadores\\_cm\\_argentina\\_2023\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/06/indicadores_cm_argentina_2023_0.pdf)

33 Corte Suprema de Justicia de la Nación. Registro nacional de Femicidios. <https://om.csjn.gob.ar/consultaTalleresWeb/public/documentoConsulta/verDocumentoById?idDocumento=240>



**Figura 7:** Tasa de femicidios por 100.000 mujeres. Argentina y provincias, 2017-2023.



Fuente: Elaboración propia en base al Registro Nacional de Femicidios de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

La Oficina de la Mujer de la Corte Suprema de Justicia de la Nación aporta otros datos que caracterizan las circunstancias alrededor de estos femicidios, que se mantienen sorprendentemente estables en los últimos cuatro años:

- Entre el 84 y el 90% de los casos, la víctima conocía al sujeto agresor, en la mayoría de los casos su pareja actual o ex pareja.
- En más del 40% de los casos las víctimas convivían con el agresor.
- En más del 60% de los casos el femicidio ocurrió dentro de la propia vivienda de la víctima.

---

**Indicador 6.1:** Número de programas y campañas dirigidas específicamente a eliminar estereotipos y discriminación por razones de identidad de género y orientación sexual.

---

**Cálculo:** Número de programas y campañas diseñadas y puestas en marcha, dirigidas específicamente a eliminar estereotipos y discriminación por razones de identidad de género y orientación sexual desarrolladas por la autoridad competente. **Indicador D20 del CM**

---



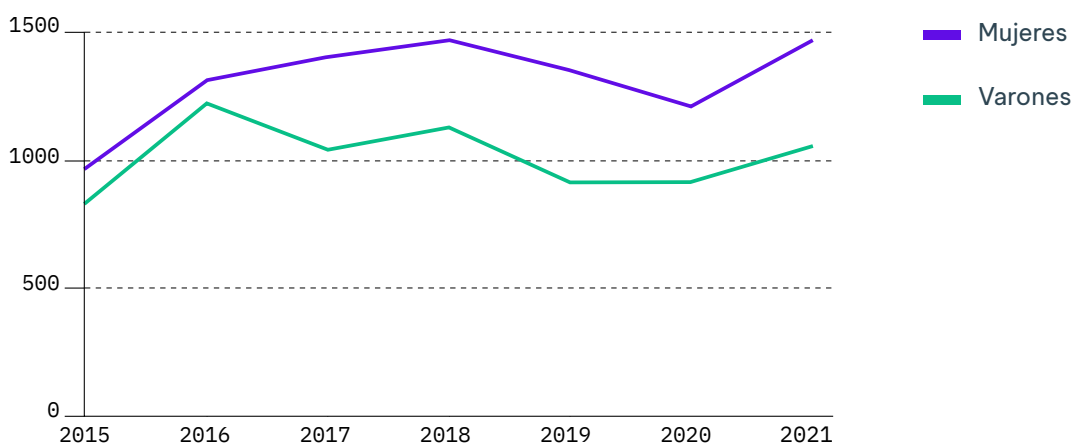
**Indicador 6.2:** Porcentaje de población que reporta haber sido objeto de discriminación por su orientación sexual o identidad de género.

**Cálculo:** i) numerador: total de población que reporta haber sido objeto de discriminación por su orientación sexual o identidad de género en los 12 meses anteriores; ii) denominador: total de población, por 100 personas. **Indicador D19 del CM**

Dos de los indicadores propuestos para esta dimensión se complementan con la dimensión que observa diversidad. Es así que se busca dar cuenta de programas o campañas dirigidas específicamente a eliminar estereotipos y discriminación por razones de identidad de género y orientación sexual, así como la población que reporta haber sido objeto de discriminación por razones de identidad de género u orientación sexual (**Figura 8**). En un informe sobre las denuncias recibidas durante la pandemia,<sup>34</sup> el INADI reporta que:

- Se recibieron un promedio de 2.300 denuncias anuales entre 2015 y 2021.
- 5 a 6 de cada 10 personas que denunciaron discriminación entre 2015 y 2021 se identificaron con el género femenino.

**Figura 8:** Número de denuncias registradas en el INADI, según género de la persona denunciante. Período 2015-2021.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Informe de Denuncias radicadas en el INADI durante la pandemia (2020-2021).

Como se indicó previamente, en febrero del 2024 el gobierno nacional decretó la intervención del INADI y en agosto del 2024 anunció su disolución (Decreto 696/2024) transfiriendo sus ámbitos de

34 INADI. Informe Denuncias radicadas en el INADI durante la pandemia (2020-2021). [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe\\_sobre\\_denuncias\\_en\\_pandemia\\_2020-2021\\_accesible.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_sobre_denuncias_en_pandemia_2020-2021_accesible.pdf)



incumbencia a la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia de la Nación.

La línea 144 brinda atención, contención y asesoramiento a personas en situación de violencia de género y a sus familiares y allegadas o allegados. El informe de gestión 2023 del por entonces Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad reporta que durante el período 2023 se recibieron 289.142 comunicaciones. Al momento de la publicación del informe la línea recibía un promedio de 340 comunicaciones diarias, 95,5% de ellas referidas a violencia psicológica, 70,4% a violencia física, 40,2% a violencia simbólica, 30,4% a violencia económica y patrimonial y 10,1% violencia sexual. En el 81,2% de los casos el agresor era un varón.<sup>35</sup>



---

**Indicador 6.3:** Vigilancia de la violencia intrafamiliar durante el embarazo en el 95% de los partos institucionales

---

**Cálculo:** Detección sistemática de la violencia intrafamiliar durante el embarazo en el 95% de los partos institucionales. **Indicador 2.7 del Plan de Acción para acelerar la reducción de la MM y la MMG**

---

Existe evidencia de la aparición y/o incremento de la violencia de género durante los procesos reproductivos y su impacto negativo en la salud de las personas, particularmente durante la gestación.<sup>36</sup> La detección y seguimiento de la violencia durante el embarazo forman parte de las variables que se registran en las instituciones públicas que completan el SIP. Sin embargo, no se reporta dentro del SIP-Gestión y por ello, se carece de información.

---

35 Informe de Gestión 2023. Ministerio de Mujeres, Género y Diversidad Argentina. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/12/libro\\_informe\\_de\\_gestion\\_2023-hoja\\_por\\_hoja-v4.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/12/libro_informe_de_gestion_2023-hoja_por_hoja-v4.pdf) (último acceso 27/8/2024)

36 Chapman E, Pinzón C. La violencia doméstica en el embarazo y su relación con la muerte materna. Evidencias para su abordaje. OSSyR. Hoja Informativa N°9. Marzo 2014. Disponible en: <https://ossyr.org.ar>



## Infecciones de transmisión sexual, VIH y sida

Proponemos en esta dimensión el monitoreo de siete indicadores. En la consulta técnica sobre indicadores en SSyR para el monitoreo global convocada por el Consejo Ejecutivo de la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el UNFPA realizada en el año 2000 se consensuó la inclusión de dos indicadores relacionados con el VIH y sida: el conocimiento de las prácticas relacionadas con el VIH, y la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas, a los indicadores ya existentes para el monitoreo de las ITS (prevalencia de uretritis en varones y prevalencia de Sífilis en embarazadas).<sup>37</sup> En el CM se propusieron nuevos indicadores para el seguimiento de la pandemia de VIH.



### **Indicador 7.1: Conocimiento de prácticas preventivas contra el VIH**

**Cálculo:** Porcentaje de todos los que respondieron correctamente acerca de las tres formas más importantes de prevención de la transmisión sexual de VIH y que rechazaron los tres mitos más importantes acerca de la prevención y transmisión del VIH. **Indicador 17 del CIPD y el CIPD+5**

El “Conocimiento de las prácticas de prevención relacionadas con el VIH” fue propuesto como un indicador que proporciona información relacionada con el acceso de las personas a la información y los servicios necesarios para ayudar a reducir su vulnerabilidad a la infección por VIH, como lo exige la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD+5), realizada en 1999. Si bien la información sobre conocimientos y comportamientos relacionados con el VIH y sida es esencial para identificar las poblaciones en riesgo de infección por el VIH y evaluar los cambios a lo largo del tiempo como resultado de los esfuerzos de prevención, el “conocimiento” puede no ser un indicador apropiado para el cambio de comportamiento. Necesita además de encuestas especiales para su obtención.<sup>38</sup>



### **Indicador 7.2: Incidencia reportada de uretritis en varones**

**Cálculo:** Porcentaje de varones (15–49) entrevistados en encuestas comunitarias que reportan al menos un episodio de uretritis en los últimos 12 meses. **Indicador 15 del CIPD y el CIPD+5**

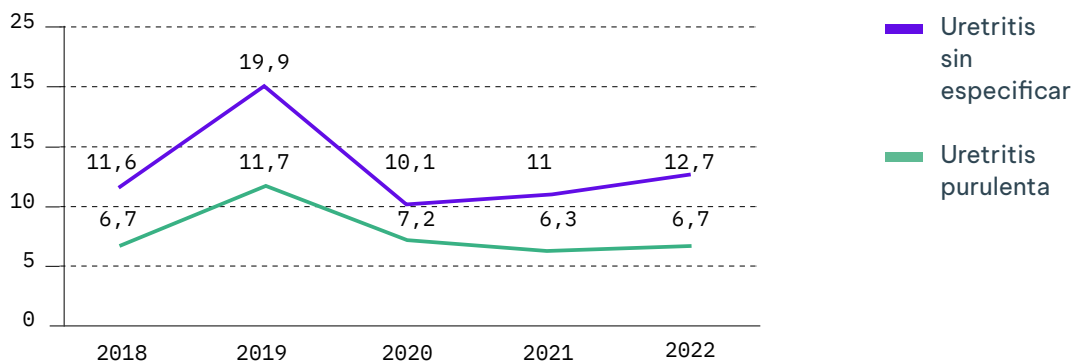
37 WHO (2000). Reproductive Health Indicators for Global Monitoring. Report of the second interagency meeting. WHO, Geneva, 17–19 July 2000. WHO/RHR/01.19

38 El Programa de Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) ha recopilado, analizado y difundido datos precisos y representativos sobre población, salud, VIH y nutrición a través de más de 400 encuestas en más de 90 países. Las encuestas DHS generalmente se realizan cada cuatro o cinco años, y las encuestas provisionales se realizan según demanda. Los países para las encuestas se seleccionan basándose principalmente en el financiamiento de USAID, ocasionalmente en el financiamiento de otras agencias, o en las necesidades y deseos de los países.

El indicador “incidencia reportada de uretritis en varones” requiere la recolección de datos a nivel de la población total o subpoblaciones según grupos o áreas específicas. La fuente de datos más apropiada es una encuesta comunitaria, o estudios realizados para este propósito. En nuestro país se realiza el seguimiento de las notificaciones realizadas por los profesionales de la salud de las consultas clínicas agrupadas por secreciones genitales purulentas y sin especificar, lo que permite una aproximación a la situación de la infección por gonorrea y clamidia, respectivamente. En el último informe de la Dirección de Respuesta al VIH, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Hepatitis Virales y Tuberculosis del Ministerio de Salud de la Nación publicado en diciembre de 2023 se sugiere una tendencia al aumento de estas infecciones en el año 2022 respecto a los años anteriores (en donde a causa de la pandemia se vieron comprometidos la oferta de servicios y las oportunidades de notificación) (**Figura 9**). Este indicador, sin embargo, depende de la consulta espontánea de la persona afectada y la correcta notificación por parte de los profesionales de la salud, por lo que sin duda subregistra la magnitud del problema. Es necesario, por lo tanto, fortalecer los sistemas de notificación y vigilancia para lograr información más robusta sobre el comportamiento de las ITS.



**Figura 9:** Tasas de secreción genital purulenta y sin especificar en varones por 100.000 habitantes.



Fuente: Elaboración propia en base al Boletín N° 39: Respuesta al VIH y las ITS en Argentina. Ministerio de Salud de la Nación Argentina, diciembre de 2023



En diciembre de 2022 se aprobó la reglamentación de la *Ley Nacional N° 27.675* de respuesta integral al VIH, hepatitis virales, tuberculosis y otras infecciones de transmisión sexual y que incluye prestaciones de seguridad social para quienes se encuentren en situación de mayor vulnerabilidad con un enfoque de género y derechos humanos. La norma establece que todos los medicamentos, vacunas, procedimientos y productos médicos y no médicos para la prevención, diagnóstico, tratamiento y cura de estas infecciones son de acceso universal, oportuno y gratuito. En su capítulo dedicado a las mujeres y/o personas con capacidad de gestar, reafirma los derechos en relación al acceso a la información sobre la salud de la persona gestante y la del bebé, y sobre las opciones de parto, contemplando la atención integral durante el embarazo y el posparto. Se establece además que las autoridades sanitarias, las obras sociales y las empresas de medicina privada, deben establecer y mantener actualizadas la información correspondiente a la prevalencia, incidencia y carga viral de las personas con VIH y hepatitis virales, los casos de fallecimiento y las causas de su muerte, con fines estadísticos y epidemiológicos.

En el año 2001 la vigilancia epidemiológica de la seropositividad para el VIH comenzó a ser obligatoria en el país. De esta manera la vigilancia centrada en las infecciones avanzadas, tornó hacia una dirigida a medir tendencias y a describir a las personas con nuevos diagnósticos. En el año 2018, la base de casos de VIH fue migrada al nuevo Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) gestionado por la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, que concentra la vigilancia de todos los eventos de notificación obligatoria, integrando esta base con la información originada en los laboratorios, reduciéndose de esta forma el tiempo entre el diagnóstico y el reporte.



---

**Indicadores 7.4.1 a 7.4.3:** Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados (total y por sexo).

---

**Cálculo:** Número de nuevas infecciones por VIH por cada 1.000 poblaciones no infectadas, total y por sexo, tal como se define como el número de nuevas infecciones por VIH por cada 1000 años-persona entre la población no infectada. **Indicador 3.3.1 de los ODS, D1 del CM.**

---

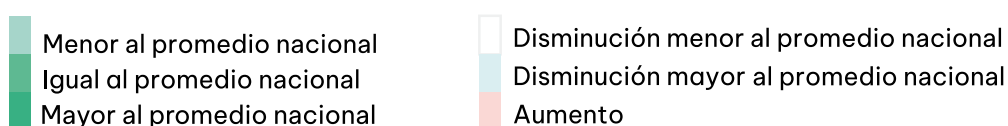
Si bien el indicador “Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados” es muy difícil de operacionalizar, pues no es posible realizar el tamizaje universal y periódico en toda la población, nuestro país reporta las **Tasas de VIH**, definida como el número de diagnósticos producidos en un lugar y período sobre la población total en el mismo lugar y momento, por cien mil habitantes. Se calculan de esta manera las tendencias de los nuevos diagnósticos, y no la incidencia de infecciones, ya que la infección puede haberse producido semanas o años antes de la detección por laboratorio.

Durante los últimos 10 años el país ha registrado un descenso en la tasa de VIH en ambos sexos y en todas las jurisdicciones, excepto en NOA y NEA, particularmente Formosa y Jujuy en donde la tendencia es claramente ascendente (**Tabla 7**). El aumento en estas provincias puede estar influenciado por una mejora en la oferta de pruebas y en el reporte, así como la caída en algunas otras podría explicarse en parte por un descenso en el acceso y la notificación. En el año 2020, por ejemplo, se registró una disminución en las tasas en casi todas las jurisdicciones, posiblemente debido al impacto de la pandemia de COVID-19 en la accesibilidad, oferta de servicios y en los sistemas de información, efecto que se revirtió durante el año 2021. Independientemente de las oportunidades de acceso y calidad de las notificaciones, claramente se observan inequidades regionales, particularmente para las mujeres que viven en las jurisdicciones del NOA, en donde las tasas de VIH por cada 100.000 mujeres duplican (Catamarca y La Rioja), triplican (Salta) y hasta cuadruplican (Jujuy) los valores promedios del país.



**Tabla 7:** Tasa de VIH por 100.000 habitantes, según sexo asignado al nacer.

Jurisdicción	Mujeres				Disminución	Varones				Disminución		
	2011	2015	2021	2022		2011	2015	2021	2022			
<b>Argentina</b>	<b>11,1</b>	<b>8,8</b>	<b>6,2</b>	<b>7,3</b>		<b>-34</b>	<b>24,2</b>	<b>22,8</b>	<b>15,3</b>	<b>17,2</b>		<b>-29</b>
Buenos Aires	10,8	7,4	3,7	4,5		-58	19,8	16,6	8,0	8,9		-55
CABA	19,0	12,4	5,8	7,4		-61	72,6	66,8	26,7	28,1		-63
Catamarca	8,4	15,6	12,9	11,4		36	10,5	18,6	19,5	21,3		103
Chaco	6,2	0,7	4,2	5,1		-18	11,3	3,5	12,3	13,5		19
Chubut	25,2	16,9	6,7	10,4		-59	27,1	24,3	21,9	24,6		-9
Córdoba	9,6	8,9	8,6	10,4		8	25,9	23,7	22,3	25,0		-3
Corrientes	4,6	6,1	5,6	2,4		-48	12,0	16,1	12,4	8,5		-29
Entre Ríos	7,9	7,6	4,9	3,6		-54	21,2	14,5	9,6	8,2		-61
Formosa	3,6	7,9	8,2	11,7		225	9,0	16,3	19,8	26,5		194
Jujuy	10,5	14,1	24,1	14,3		36	20,2	34,5	56,6	35,2		74
La Pampa	11,4	13,9	9,9	13,1		15	21,9	24,1	17,3	17,2		-21
La Rioja	12,6	8,7	11,5	21,7		72	17,9	15,3	16,6	34,3		92
Mendoza	8,8	10,1	7,0	7,7		-13	23,2	25,3	24,2	28,2		22
Misiones	10,8	1,8	9,2	4,5		-58	12,0	4,7	17,0	10,3		-14
Neuquén	11,3	14,1	5,0	8,5		-25	32,8	31,1	16,5	16,0		-51
Río Negro	9,4	14,8	4,2	8,3		-12	20,4	21,5	14,0	17,5		-14
Salta	18,2	17,4	18,5	19,9		9	29,7	34,7	37,8	43,6		47
San Juan	9,0	5,9	8,0	10,2		13	17,0	20,5	16,9	27,5		62
San Luis	11,0	12,5	6,6	11,4		4	13,0	21,2	12,5	22,8		75
Santa Cruz	20,3	18,0	7,1	16,1		-21	22,6	26,1	15,1	24,9		10
Santa Fe	9,6	5,3	4,8	7,3		-24	17,6	14,9	9,0	15,4		-13
S. del Estero	8,3	8,2	1,4	7,2		-13	11,1	10,4	3,7	11,1		0
T. del Fuego	28,6	16,1	8,0	7,8		-73	46,2	41,2	21,0	27,0		-42
Tucumán	6,5	7,2	8,6	8,2		26	21,1	26,1	24,9	20,4		-3



Fuente: Elaboración propia en base al Boletín N° 40: Respuesta al VIH y las ITS en Argentina. Ministerio de Salud de la Nación Argentina, diciembre de 2022.

**Indicador 7.5:** Proporción de mujeres que conocen su diagnóstico de VIH durante el embarazo, parto y puerperio.

**Cálculo:** i) numerador: embarazadas a las que se les realizan las pruebas de detección del VIH y reciben el resultado durante una consulta de atención prenatal, o durante la atención del parto, o durante la atención puerperal en el plazo de 72 horas después del parto; ii) denominador: número estimado de embarazadas en los últimos 12 meses. **Indicador D23 del CM**



---

### **Indicador 7.6: Prevalencia de VIH en mujeres embarazadas**

---

**Cálculo:** Porcentaje de mujeres embarazadas que asisten a clínicas prenatales, cuya sangre ha sido analizada para detectar el VIH, y que son seropositivas para el VIH. **Indicador 16 del CIPD y el CIPD+5. Indicador D39 del CM**

---

El indicador “Prevalencia de VIH en mujeres embarazadas” da una buena idea de las tendencias relativamente recientes en la infección por VIH a nivel nacional en países donde la epidemia está impulsada por la heterosexualidad. Incluso se debe vigilar en zonas donde la mayor parte de la infección por VIH sigue confinada a subpoblaciones con comportamientos de alto riesgo, ya que sirve como advertencia de la expansión de la epidemia a la población general. La vigilancia centinela prenatal sigue representando el componente más importante de la vigilancia del VIH en las zonas donde está establecida la epidemia.

En el CM se extendió el tamizaje abarcando también el período intraparto y postnatal. Por otro lado, la iniciativa ETMI-Plus,<sup>39</sup> desarrollada por la OPS/ OMS, para lograr y mantener la eliminación de la transmisión materno infantil de la infección por el VIH, la sífilis, la enfermedad de Chagas y la infección perinatal por el virus de la hepatitis B (VHB) en la Región de las Américas, propone el diseño y la ejecución de intervenciones que garanticen la cobertura universal para el acceso al diagnóstico oportuno y a los tratamientos adecuados para prevenir la transmisión vertical. Dentro de sus metas programáticas se encuentran: aumentar a un 95% o más la cobertura del tamizaje de la infección por el VIH y la sífilis en las embarazadas, y aumentar a un 95% o más la cobertura del tratamiento adecuado de la infección por el VIH y la sífilis en las embarazadas.

Por el importante impacto en la morbimortalidad materno infantil, las infecciones de transmisión vertical se incluyen en los boletines integrados de vigilancia del Ministerio de Salud en los que se integra desde el año 2011 la información de los módulos de vigilancia clínica (C2) y laboratorial del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud o SNVS (Sistema de Vigilancia Laboratorial - SIVILA). Los testeos de VIH a embarazadas y su positividad se publican en dichos boletines desde 2016 en números absolutos. Desde el 2018 se publica el porcentaje de positividad de dichas pruebas, correspondiendo los últimos datos publicados al año 2021. La solicitud y resultados de las pruebas de VIH durante el embarazo y la atención del parto, y la instauración de tratamientos en los casos positivos forman parte de las variables que se registran en las instituciones públicas que completan el SIP. Sin embargo, los informes del SIP-Gestión sólo dan cuenta de la proporción

---

<sup>39</sup> Organización Panamericana de la Salud. ETMI Plus. Marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. Washington, D.C.: OPS; 2017.

de mujeres a las que se le solicitó la prueba antes de las 20 semanas. En su último reporte correspondiente a los nacimientos ocurridos en el año 2022, a nivel nacional sólo al 69% de las mujeres embarazadas se les solicitó la prueba de VIH antes de las 20 semanas de gestación, con amplias variaciones regionales (del 13% en La Rioja y Jujuy al 97% en CABA y Tierra del Fuego).

Como ya se mencionó, la cobertura del SIP a nivel nacional en el año 2019 fue del 74% de los nacimientos ocurridos en efectores de salud oficial (43,2% del total de nacimientos en el país), también con amplias diferencias a nivel jurisdiccional, lo que refleja la variación en el uso de la herramienta. La cobertura de control prenatal presenta también amplias variaciones regionales, que inciden en este indicador. En una publicación más reciente del año 2023, se pudo constatar una cobertura del 75,2% de pruebas diagnósticas para VIH del total de los nacimientos registrados, sin distinción del momento en el que se realizó la misma.<sup>40</sup>



---

#### **Indicador 7.7:** Prevalencia serológica positiva para sífilis en mujeres embarazadas

---

**Cálculo:** Proporción de positividad de pruebas no treponémicas en embarazadas según jurisdicción sobre el total de pruebas solicitadas. **Indicador 10 del CIPD y el CIPD+5**

---

Mientras que la epidemia de VIH se encuentra relativamente estable desde hace tiempo, durante los últimos años se observa en Latinoamérica y en Argentina un aumento en la incidencia de sífilis y de otras infecciones de transmisión sexual. La infección por sífilis durante el embarazo se asocia a un aumento en la probabilidad de abortos, muerte fetal intraútero, partos de pretérmino y transmisión vertical de la enfermedad al recién nacido (sífilis congénita) con múltiples morbilidades. Existen medidas eficaces y disponibles para la prevención y el tratamiento de la sífilis que disminuyen en gran medida las graves consecuencias para la salud que produce la enfermedad si sigue su curso natural. Según estimaciones de la OMS, el tratamiento adecuado y completo de la infección por sífilis durante el embarazo reduce la incidencia de sífilis congénita en un 97% (de 160 a 4,8 por mil nacidos vivos).<sup>41</sup>

Hasta el año 2017, el Boletín Integrado de Vigilancia de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación reportaba los casos acumulados de sífilis notificados por clínica y por laboratorio mediante

---

40 (Fuente:<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-11/boletin-ndeg-40-respuesta-al-vih-y-las-its-en-la-argentina.pdf>)

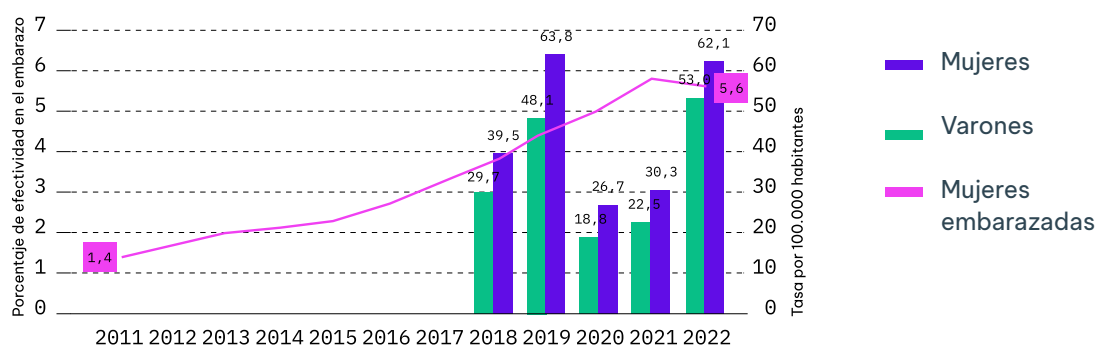
41 WHO Guidelines for the Treatment of *Treponema pallidum* (Syphilis). Geneva: World Health Organization; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549714> (último acceso: 10/12/2023)



pruebas no treponémicas (PNT+) y pruebas treponémicas positivas (PT+). En la actualidad, la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis publica un tablero interactivo con indicadores epidemiológicos y de gestión de la situación de las infecciones de VIH, sífilis y tuberculosis con datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), el Sistema de gestión de personas con VIH que se atienden en el sistema público (SVIH), la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud (DEIS) y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).<sup>42</sup> Pueden verse allí las tasas de incidencia de sífilis por 100.000 habitantes desagregadas por jurisdicción y sexo asignado al nacer desde el año 2018. La tasa de incidencia de sífilis a nivel nacional creció de modo sostenido, muy marcadamente en los últimos cinco años, hasta su pico máximo en el año 2019. En el año 2020, como fuera mencionado, se produjo una caída pronunciada, que en el año 2021 comenzó a revertirse. En el 2022 se registró un 5,6% de positividad en el tamizaje de las personas gestantes manteniéndose, aún con una pequeña caída, la tendencia en ascenso documentada desde el 2015. Los reportes del Boletín Integrado de Vigilancia del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, en cambio, muestran una tendencia creciente y sostenida en el porcentaje de positividad para sífilis durante el embarazo, cuadruplicándose en la última década el porcentaje de pruebas positivas solicitadas en el embarazo (**Figura 10**).



**Figura 10:** Tasa de sífilis por 100.000 habitantes, según sexo asignado al nacer (años 2018-2021) y Proporción de positividad de pruebas no treponémicas en embarazadas (años 2011-2022)



tales

Los casos positivos reportados, sin embargo, pueden representar sólo la punta del iceberg, si consideramos que no se cuenta con información sobre el porcentaje de personas gestantes que fueron tamizadas durante el embarazo a nivel nacional. Recordemos que los datos del SIP representan sólo las 3/4 partes del total de nacimientos en el subsector público de salud, y menos de la mitad de los nacimientos totales del

<sup>42</sup> Ministerio de Salud. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Tablero interactivo de indicadores sobre VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/vih-its/tablero> (último acceso 04/08/2024)



país. Como ya fuera mencionado, una de las metas programáticas de la iniciativa ETMI-Plus es alcanzar una cobertura del 95% o más en el tamizaje de la infección por sífilis y lograr que el 95% o más de los casos positivos reciban el tratamiento adecuado. Realizar el tamizaje en cada trimestre a las personas gestantes y ofrecerlo en cada oportunidad a la o las parejas sexuales es la base para el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, contribuyendo así a reducir el riesgo de transmisión vertical.



## Conclusiones / Nota final

Sin duda, en los últimos veinte años, la Argentina ha avanzado sustantivamente en el reconocimiento de los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos a través de leyes nacionales y provinciales, así como también ha implementado -aunque con diversos grados de intensidad y resultados- políticas sanitarias dirigidas a dar acceso a servicios y prestaciones de salud que contribuyen al ejercicio de esos derechos. También esas políticas han establecido estándares de calidad de las prestaciones y han desarrollado acciones para informar a la población acerca de sus derechos, así como para capacitar a las y los agentes estatales responsables de los servicios de salud.

Una función esencial de salud pública, y también un compromiso esencial de un gobierno abierto y transparente, es la producción, el análisis y la diseminación de la información, de tal forma que las decisiones de diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas puedan ser revisadas y reorientadas, y también que la rendición de cuentas a la ciudadanía sea una práctica habitual que fortalezca el funcionamiento democrático de los Estados. En el mundo contemporáneo no hay buenas políticas sin buena información, y el compromiso por generar y analizar la información forma parte de las buenas prácticas de la gestión del Estado. En esta línea, la Argentina ha mostrado algunos avances, aunque todavía persisten vacíos de información clave, y también déficits importantes en la cobertura, disponibilidad y oportunidad de la información, con el grado de desagregación necesario para observar inequidades y discriminaciones en el acceso a servicios y en el ejercicio de los derechos reconocidos en el marco normativo.

En este sentido, la Argentina muestra un contraste crítico entre los avances logrados en el reconocimiento de los derechos a través de un marco normativo robusto y moderno por un lado, la capacidad de respuesta de un sistema de salud en crisis y con debilidades de coordinación, por el otro, y un sistema y cultura de producción y sistematización de información que no está a la altura de las necesidades de un monitoreo continuo, integral y estratégico de la situación y las tendencias de todas las dimensiones de la salud sexual y reproductiva que permita registrar el conjunto de indicadores necesarios -y comprometidos- e introducir las correcciones dirigidas a mejorar otros.

En este panorama de la información en DSSR cabe resaltar dos aspectos críticos: por un lado, su fragmentación, lo que torna difícil la identificación de lo que está disponible y actualizado y, por el otro, la ausencia de los subsistemas privado y de la seguridad social integrados a las fuentes ordinarias.

Por último, el círculo virtuoso de la información se completa con los diversos usos que se puedan hacer de ésta, ya sea para reorientar la política, para rendir cuentas a la sociedad, para delinear estrategias de incidencia por parte de los grupos interesados, para promover un debate social informado, y para orientar las prioridades en materia de agenda de investigación. Este círculo no parece todavía estar suficientemente completo ni aceitado en la Argentina, aún cuando podemos hacer notar la tendencia hacia un mayor uso de la información para la toma de decisiones técnicas y políticas por parte de los actores clave del Estado y la sociedad civil. Y esa es una buena señal.

El OSSyR tiene como misión contribuir a ello, promoviendo una cultura del uso de la información y acercándola a quienes están interesados en orientar sus ideas y sus acciones sobre la base de información confiable y actualizada. Esperamos que este reporte sea una contribución en esa dirección.



ISBN 978-631-90255-8-3



9 786319 025583