

## **El ODS 3. Indicadores y fuentes en los países del Cono Sur al inicio del 2017. .**

Alicia Gómez, Gladys Massé y Cecilia Matarazzo.

Cita:

Alicia Gómez, Gladys Massé y Cecilia Matarazzo (2017). *El ODS 3. Indicadores y fuentes en los países del Cono Sur al inicio del 2017*. XIV Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Santa Fe.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/xivjornadasaepa/3>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e7Qs/vKa>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

XIV Jornadas Argentinas de Estudios de Población –

**I Congreso Internacional de Población del Cono Sur**

**Ciudad de Santa Fe - 20 al 22 de septiembre de 2017**

**Resumen: “El ODS 3. Indicadores y fuentes en los países del Cono Sur al inicio del 2017”**

**Autores:** Gómez, Alicia<sup>1</sup>, Massé, Gladys<sup>2</sup>, Matarazzo, Cecilia<sup>3</sup>

**Sesión Regular 3. “La salud en la agenda de población y desarrollo post 2015. Situación actual y desafíos para su cumplimiento en los países del Cono Sur”**

**Organizadora:** Eleonora Rojas Cabrera (CIECS, CONICET y UNC)

**Resumen**

Esta ponencia tiene como objetivo conocer la situación actual en la que se encuentran Argentina, Brasil, Chile y Uruguay para dar respuesta a los ODS, específicamente en lo atinente al Objetivo 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (ODS3), desde una perspectiva analítica particular que es la relacionada con la disponibilidad de información en el marco del sistema estadístico nacional, con vistas a establecer el punto inicial y las metas a corto y mediano plazo, de manera de realizar el proceso de monitoreo. Se adopta como finalidad el identificar las limitaciones que enfrentan los países para dar seguimiento a los indicadores definidos y considerar en qué medida se presenta la necesidad de incorporar desarrollos metodológicos que adopten la perspectiva sistémica que sustenta la Agenda.

Mediante al exploración y análisis de la información disponible se realiza un esquema comparativo de las metas e indicadores referidos al ODS 3, por parte de los cuatro países seleccionados. Del que surge una síntesis sobre los principales temas que deberían ser investigados en vistas a generar aportes de investigación que contribuyan al desarrollo de la temática.

---

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF) - Universidad Nacional de Luján (UNLu) - Argentina. ([aligomez159@gmail.com](mailto:aligomez159@gmail.com))

<sup>2</sup>Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF) - Universidad de Buenos Aires (UBA) - Universidad Nacional de Luján (UNLu)-Argentina. ([gladysmasse@yahoo.com](mailto:gladysmasse@yahoo.com))

<sup>3</sup> Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. ([mmata@indec.mecon.gov.ar](mailto:mmata@indec.mecon.gov.ar))

## Introducción

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada en la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible realizada en Nueva York en septiembre de 2015, definió 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y 169 Metas que deberán ser cumplidos de aquí al 2030. El proceso de elaboración de la misma comportó al menos cuatro aspectos relevantes que se relacionan con el objetivo del presente trabajo. Ellos son: a) enfoque universal, indivisible y basado en derechos; b) requiere la participación de todos los sectores de la sociedad para su implementación; c) la integración y complementación de objetivos esbozados en otras reuniones como los referidos a la salud reproductiva y d) la mención explícita de la necesidad de contar con información confiable elaborada con una perspectiva de derecho.

Asimismo, la Agenda retoma los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), manteniendo algunas prioridades tales como la erradicación de la pobreza, la salud, la educación, la seguridad alimentaria y la nutrición. Pero se establece, además, una amplia gama de objetivos económicos, sociales y ambientales, y se prometen sociedades más pacíficas e inclusivas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>4</sup> la propia formulación del ODS 3 («Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades») expresa que la salud es un bien que debe alcanzarse por el valor que representa en sí mismo y recuerda que la salud es también un medio para alcanzar otros objetivos y un indicador fiable de los progresos logrados a escala mundial en favor del desarrollo sostenible. Y destaca que el objetivo relativo a la salud incluye nuevas metas para cuestiones importantes en las que se lograron grandes avances en el marco de los ODM. Pero aún queda mucho camino por recorrer, en relación con las velocidades con que avanzan los países y las regiones dentro de un mismo país. En la actualidad se reconoce la necesidad no solo de que las personas logren sobrevivir, sino también de que prosperen en la vida. Uno de los aspectos más destacables del nuevo objetivo es que incluye metas dirigidas a luchar contra las enfermedades no transmisibles. Además, abarca la seguridad sanitaria; la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido, el niño y el adolescente; las enfermedades infecciosas, y la cobertura sanitaria universal.

---

<sup>4</sup> <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/healthy-lives/es/>

Los nuevos Objetivos y metas entraron en vigor el 1 de enero de 2016 y guiarán las decisiones que se adopten durante los próximos 15 años. La implementación de la Agenda tendrá en cuenta las diferentes realidades, capacidades y niveles de desarrollo de cada país, respetando sus políticas y prioridades nacionales, lo cual implica un proceso de adaptación para los diferentes planos nacional, regional y global.

En tal sentido, uno de los desafíos que presenta la adaptación y selección de los indicadores, a desarrollar por cada uno de los países, son los criterios estadísticos internacionales que establecen como pauta la necesidad de que aquellos asuman características tales como: ser independientes, indicativos, robustos y sensibles. La calidad y eficiencia de los indicadores y sus procedimientos de producción estadística resultan elementos esenciales para que la política pública pueda ejercerse con mayor efectividad y pueda darse seguimiento a su gestión e impacto en la mejora de la calidad de vida de la población.

Igualmente cabe destacar que algunos de los tópicos seleccionados en los ODS, ya fueron considerados en iniciativas anteriores como los ODM, los “Sistemas Nacionales de Indicadores de Desarrollo Sostenible” (SNIDS) y en el Consenso de Montevideo. Todos ellos aspectos que, considerados en forma integrada, podrían aportar sinergia en cuanto al desarrollo de estrategias de abordaje y logro de sus resultados.

En este contexto, esta ponencia tiene como objetivo conocer la situación actual en la que se encuentran Argentina, Brasil, Chile y Uruguay para dar respuesta a los ODS, específicamente en lo atinente al Objetivo 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (ODS3), desde una perspectiva analítica particular que es la relacionada con la disponibilidad de información en el marco del sistema estadístico nacional, con vistas a establecer el punto inicial y las metas a corto y mediano plazo, de manera de realizar el proceso de monitoreo. Se adopta como finalidad el identificar las limitaciones que enfrentan los países para dar seguimiento a los indicadores definidos y considerar en qué medida se presenta la necesidad de incorporar desarrollos metodológicos que adopten la perspectiva sistémica que sustenta la Agenda. De hecho, interesa reflexionar en qué medida este compromiso requerirá nuevas demandas de información a los futuros relevamientos tradicionales: los Censos y las Encuestas a hogares, la mejora de los registros administrativos, así como la integración de los mismos en sistemas unificados.

Se considera como información básica de referencia la documentación oficial producida por organismos internacionales, nacionales, estadísticas oficiales e indagaciones sobre la temática publicadas en la región de América Latina, principalmente en el período 2015 a abril de 2017 y sus respectivos antecedentes. Asimismo, cabe mencionar que la selección de los países considerados en el presente estudio de fundamenta básicamente en la disponibilidad y accesibilidad de la información. El desarrollo de esta ponencia se inicia con el análisis de las metas e indicadores definidos a nivel global por Naciones Unidas para el ODS 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” en sus aspectos generales, niveles de clasificación de los indicadores y antecedentes por haber sido incluidos en otras iniciativas (ODM, SNIDS y Consenso de Montevideo). (Sección 1). Luego se realiza una revisión comparativa de los enunciados por parte de los cuatro países hasta el presente, considerando el estado del proceso de definición y adaptación que cada uno de ellos está realizando, con el fin de identificar las priorización y énfasis efectuados, de acuerdo con su contexto sociodemográfico y epidemiológico (Sección 2). Posteriormente se realiza una revisión de la información disponible por cada uno de los países con vistas a dar respuesta y seguimiento a los indicadores adoptados (Sección 3). Finalmente, se realiza una revisión de las fuentes disponibles para generar los indicadores que contribuyan a identificar los desafíos que enfrentan cada país y, en especial Argentina, para el seguimiento de las metas definidas (Sección 4). Por último, se realizará una síntesis de los principales hallazgos de esta exploración. El interés radica en primer lugar, en identificar dificultades y desafíos que enfrenta cada uno de los países para dar respuesta a la definición y posterior seguimiento del ODS3 y complementariamente generar insumos que hagan factible el establecimiento de instancias de contralor que aseguren la calidad y veracidad de la información que se utiliza para el monitoreo de los objetivos y metas que se establecen.

#### 1. ODS 3 Metas e indicadores: características generales.

En primer término, se describen las características generales del ODS 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”, que se presentan en el Cuadro 1 del anexo.

En el mismo se presenta mediante el sombreado la tipificación de las metas según la noción de **Pilar social** (metas con fines sociales explícitos) o **extendido** (metas de orden económico, medioambiental o institucional con impacto directo en el desarrollo social) que hace referencia a la noción de sustentabilidad. El pilar social es, junto a los pilares económico y ambiental, un eje estructurante de la Agenda 2030 y de los ODS. Las principales ideas fuerza de la Agenda 2030 (poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todos los lugares y no dejar a nadie atrás) tienen una clara referencia a la dimensión social. Una manera de abordar las interrelaciones entre los tres pilares del desarrollo sostenible desde lo social consiste en mirar no solamente las metas con fines sociales explícitos, sino también las metas económicas, aquellas relacionadas con la sostenibilidad medioambiental y con elementos de la institucionalidad desde el punto de vista de su relevancia para el bienestar social y el goce efectivo de derechos. (CEPAL, 2017). Ocho de las metas definidas para los ODS 3 son consideradas Pilar.

Adicionalmente en las columnas se clasifican los indicadores, a partir de los criterios adoptados por el Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre Indicadores de Desarrollo Sostenible (IAEG-SDG)<sup>5</sup> en niveles de clasificación establecidos a partir de un análisis técnico de la información necesaria para la producción de las estadísticas que permitirán construir el conjunto de indicadores seleccionados (UN 2016:7), a partir del cual se definieron tres niveles asociados con el grado de disponibilidad de datos en el plano nacional e internacional y de estándares metodológicos internacionales:

- Nivel I: El indicador es conceptualmente claro, se dispone de metodología y estándares, y los países miembros producen datos de forma regular.
- Nivel II: El indicador es conceptualmente claro, se dispone de metodología y estándares, pero los países miembros no producen datos de forma regular.
- Nivel III: La metodología y los estándares para el indicador no existen o se están desarrollando o probando

En tal sentido, diecisiete de los indicadores definidos tienen nivel I es decir son de elaboración regular, siete son de nivel II y sólo tres presentan un nivel III, es decir necesitan desarrollos metodológicos para llegar a generar el indicador.

Además de los niveles de clasificación, el IAEG-SDG designó un posible **organismo custodio** (u organismos custodios) y otros organismos asociados para cada indicador respecto de la presentación de informes y la elaboración de indicadores. Las principales

---

<sup>5</sup> Inter-agency and Expert Group on SDG Indicators (IAEG-SDGs)

responsabilidades de esos organismos internacionales consisten en reunir datos de los países en el marco de los mandatos existentes y mediante los mecanismos de presentación de informes. El fin es reunir información comparable a nivel internacional en los diferentes ámbitos estadísticos, apoyar el aumento de la adopción y el cumplimiento de las normas convenidas internacionalmente y fortalecer la capacidad estadística nacional. Otras responsabilidades de un organismo custodio incluyen: la comunicación y coordinación con los sistemas estadísticos nacionales de forma transparente, incluso sobre la validación de las estimaciones y los ajustes de datos, cuando resulten necesarios; la recopilación de series de datos internacionales, el cálculo de los agregados regionales y mundiales y su presentación, junto con los metadatos, a la División de Estadística; la preparación de la descripción narrativa para el informe anual sobre los progresos realizados a nivel mundial; y la coordinación sobre la elaboración de indicadores con los sistemas nacionales de estadística, otros organismos internacionales y las partes interesadas. El Grupo invita a todos los organismos participantes a colaborar en la elaboración de los indicadores. (UN 2016: 8).

La principal Agencia que tiene la responsabilidad de la custodia de los ODS de salud es la OMS. Ella tiene bajo su supervisión dieciocho de los indicadores establecidos. Le siguen en importancia UNICEF, organismo que está a cargo de los indicadores relacionados con el universo de los niños, niñas y adolescentes.

Y por último la consideración de **iniciativas anteriores** (ODM, los Indicadores Nacionales de Desarrollo Sostenible y los Indicadores Seleccionados del Consenso de Montevideo), cuya consideración evidencia la preocupación preexistente de las problemáticas de referencia y la preexistencia de esfuerzos metodológicos para dar cuenta de los mismos. Se observa estrictamente que solo dos indicadores (tasa de mortalidad materna y tasa de mortalidad infantil) son tenidos en cuenta por las tres iniciativas mencionadas. Dos indicadores (proporción de partos con asistencia de personal sanitario y número de nuevas infecciones de VIH por mil habitantes no infectados) se consideran en los ODM y en los Indicadores seleccionados del Consenso de Montevideo. En tanto, del resto de indicadores, seis son considerados en al menos una iniciativa.

Esta última descripción evidencia que se incorporan temáticas nuevas, tales como las enfermedades no transmisibles y el esfuerzo de integrar en un solo proyecto temáticas consideradas de relevancia en varios ámbitos sociales.

## **2. ODS 3 Metas e indicadores: en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay.**

Los cuatros países actualmente se hallan en proceso de adaptación, tal como se señala en el párrafo 55 de la Agenda 2030: “Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y sus metas son de carácter integrado e indivisible, de alcance mundial y de aplicación universal, tienen en cuenta las diferentes realidades, capacidades y niveles de desarrollo de cada país y respetan sus políticas y prioridades nacionales. Si bien las metas expresan las aspiraciones a nivel mundial, cada gobierno fijará sus propias metas nacionales, guiándose por la ambiciosa aspiración general, pero tomando en consideración las circunstancias del país. Cada gobierno decidirá también la forma de incorporar esas aspiraciones y metas mundiales en los procesos de planificación, las políticas y las estrategias nacionales” (Naciones Unidas, 2015).

En tal sentido las estrategias de organización del proceso de adaptación e implementación de los compromisos asumidos con la Agenda 2030 presentan lineamientos comunes y específicos que son ampliamente detallados en los informes voluntarios y que consisten básicamente en el armado de una arquitectura institucional que permite, a cada uno de los países, la articulación de los diferentes actores gubernamentales y no gubernamentales para la adopción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y su respectivo seguimiento. Razón por la cual la información presentada en sus respectivos informes (páginas Web o informes voluntarios) expresan los acuerdos logrados al presente.

En estos informes voluntarios se expresa además la institucionalidad otorgada al proceso, en razón que cada país designó un organismo encargado de llevar adelante el proceso:

- Argentina: Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (CNCPS) creado en 2002.
- Brasil: Comisión Nacional para los Objetivos de Desarrollo Sostenible, creado en 2016.
- Chile: Consejo Nacional para la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, creado en 2016.
- Uruguay: Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) a través de su Dirección de Gestión y Evaluación

Todos ellos expresan en sus respectivos informes voluntarios la integración en el proceso de adaptación y las prioridades nacionales expresada en sus planes de gobierno como centro de consideración de las temáticas. En esta revisión se tratará de hacer abstracción de las formulaciones presentadas respecto de los logros alcanzados al momento, de manera de obtener un panorama descriptivo de los aspectos metodológicos que reviste la generación de los indicadores seleccionados.

En el cuadro 2 del Anexo se presenta en forma comparativa las metas e indicadores definidos hasta el momento por los cuatro países en estudio. En aquél se observa que la mayoría de las metas e indicadores propuestos por Naciones Unidas han sido adoptados por los cuatro países, siguiendo el criterio de clasificación de nivel de IAEG-SDG. Se advierte que, de los 13 indicadores de nivel I, ocho han sido adoptados por los cuatro países, aunque en varios casos su formulación presenta diferencia de términos e incluso de universos de análisis seleccionados. De los diez restantes Brasil no incluye cinco indicadores; Argentina hace lo mismo con cuatro y solo en uno incorpora más indicadores. Chile y Uruguay suman todos los indicadores definidos de nivel I, sin muchas diferencias respecto de los precisados para los indicadores globales.

De los siete indicadores de nivel II, Brasil y Argentina incluyen más indicadores en una meta y Uruguay no incluye uno de ellos. En tanto, respecto de los tres restantes de nivel III, Brasil indica que no puede calcular dos y uno de ellos es solo considerado por Chile y Uruguay.

En su conjunto podría decirse que la mayoría de los ODS 3 globales definidos por UN han sido adoptados por los cuatro países, destacando que en algunos casos Argentina y Brasil han incorporados más indicadores en alguna de las metas establecidas.

Ahora bien, considerando los contenidos, resulta conveniente señalar que las formulaciones de los indicadores en algunos casos no son iguales. Por ello resultará necesario analizar la operacionalización de los mismos para saber si son comparables.

Entre los que no son mencionados por alguno de los países se encuentran aquellos que prácticamente no serían un problema para el país, como la malaria para el caso de Uruguay o Argentina, en relación con la presencia de algunas enfermedades. No obstante, cabe analizar en sus formulaciones definitivas las razones de su no consideración o bien si serán considerados más adelante.

Respecto de los indicadores que remiten a los servicios de salud, que Brasil indica que no puede calcular y Argentina no incluye alguno de ellos, será necesario explorar las razones de su no inclusión y la existencia de problemas de captación.

### **3. Las fuentes de información de los ODS 3 en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay.**

La información necesaria para dar cuenta de los indicadores definidos tiene como fuente responsable en los cuatro países a los Sistemas de Información en Salud. En líneas generales se advierte un gran esfuerzo de los Ministerios y los Sistemas de Estadística Nacionales de los cuatro países en disponer de información sobre los principales indicadores referidos a las estadísticas vitales, morbilidad y sistemas de salud, poniendo a disposición de los usuarios información tabulada y documentación de referencia. Asimismo, se han incorporado en los cuatro países un sistema de consulta en línea sobre mortalidad y nacimiento que permite obtener a información tabulada según requerimientos específicos del usuario.

Ahora bien, analizando en detalle los indicadores seleccionados se advierte:

Respecto del primero, que refiere a **mortalidad materna**, si bien, se ha venido trabajando para el mejoramiento de su captación, al menos en Argentina, se considera que el nivel de subestimación todavía sigue siendo alto y se realizan estudios para evaluar su captación, habida cuenta del alto grado de heterogeneidad que se registra a nivel provincial en los índices conocidos.

Igual situación se detectaría en Brasil<sup>6</sup> y Chile<sup>7</sup>, donde también están en discusión las características y dificultades de la captación de la información, siendo uno de los aspectos señalados la desigualdad social en la incidencia de este tipo de causas.

En Uruguay se considera que la sanción de la ley de interrupción voluntario del embarazo (IVE) N° 18.987 del año 2012 reguló la práctica del aborto, favoreciendo una mejor captación de la información y el descenso de su incidencia (Ministerio de Salud, 2017).

---

<sup>6</sup> <https://www.hrw.org/es/news/2017/04/25/brasil-tribunal-analiza-la-penalizacion-del-aborto>

<sup>7</sup> <http://www.infobae.com/sociedad/2017/06/24/el-aborto-ya-no-es-la-principal-causa-de-muerte-materna-en-nuestros-paises/>

Le siguen en orden los indicadores que refieren a la mortalidad de los menores de cinco años (Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado; Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años y Tasa de mortalidad neonatal). Indicadores que vienen siendo trabajados en las iniciativas anteriores, los esfuerzos deberían concentrarse en mantener y seguir avanzando en el mejoramiento de la captación de la información e implementar sistemas de evaluación tendientes a lograr datos con alto grado de confiabilidad. Sin embargo, el análisis de la información disponible solo permite analizar esta información a nivel nacional y primer nivel de desagregación territorial (provincia para el caso de Argentina).

Los ocho indicadores siguientes de nivel I (Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas; Tasa de mortalidad por suicidio. Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico.; Tasa de mortalidad atribuida a la contaminación de los hogares y del aire ambiente) y 2 de nivel II (Tasa de mortalidad atribuida al agua no apta para el consumo, el saneamiento en condiciones de riesgo y la falta de higiene -exposición a servicios de Agua, Saneamiento e Higiene no seguros; y Tasa de mortalidad atribuida a la intoxicación accidental) tienen en común utilizar como fuente de información la declaración de causa de muerte que, como es conocido, presenta dificultades en su completamiento.

En relación con los siguientes indicadores (Incidencia de la hepatitis B por cada 100.000 habitantes; Número de personas que requieren intervenciones contra enfermedades tropicales desatendidas; Incidencia de la tuberculosis por cada 1.000 habitantes) proviene del Sistema de vigilancia epidemiológica. Este último cuenta con información difundida regularmente orientado fundamentalmente a la gestión y resolución de los problemas, habría que explorar en qué medida estos se constituyen en fuentes de información estadística que permitan el seguimiento y monitoreo del indicador.

Los siguientes indicadores (Proporción de mujeres en edad de procrear (de 15 a 49 años) que practican la planificación familiar con métodos modernos; Consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el consumo per cápita de alcohol - 15 años y mayores-en un año civil en litros de alcohol puro; Prevalencia normalizada para la edad del consumo actual de tabaco entre las personas de 15 o más años) la fuente de información generalmente proviene de encuestas especiales. La consideración de

estas fuentes está sujeta a la institucionalidad del relevamiento y diseño metodológico de las mismas.

El resto de los indicadores; (Cobertura de servicios de salud esenciales; lograr la cobertura sanitaria universal, Densidad y distribución de los trabajadores sanitarios, Capacidad del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y preparación para emergencias de salud) esta temática puede resultar del análisis de la normativa existente relacionada con los sistemas de salud y los registros administrativos. Se visualiza en este tópico un probable vacío metodológico que resultaría necesario protocolizar para que pueda ser debidamente utilizada la información existente, teniendo en cuenta las condiciones de continuidad y temporalidad que el caso requiere.

### A modo de conclusión

La revisión de los pasos realizados por Argentina, Brasil, Chile y Uruguay para dar respuesta a los ODS, específicamente en lo atinente al Objetivo 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (ODS3), muestra a los cuatro países con gestiones activas en relación a dar un cumplimiento efectivo de los compromisos asumidos, tal como lo demuestra el esfuerzo realizado por presentar sus respectivos informes voluntarios ante el Foro Político de Alto Nivel Naciones Unidas a fines del semestre de 2017.

El análisis efectuado permitió plasmar una síntesis comparada de las metas e indicadores adoptados por parte de los cuatro países considerados hasta el momento, con la intención de evidenciar vacíos de información y requerimientos de desarrollos metodológicos para dar cuenta de la diversidad de situaciones que requiere el marco de los ODS. A fin de sistematizar los resultados de esta exploración se delinean algunos aspectos centrales:

a) uno de ellos, referido al mantenimiento y fortalecimiento de las fuentes de información, especialmente los registros de estadísticas vitales. De hecho, a pesar de los avances, todavía resulta necesario mejorar los alcances de su cobertura y validez para diferentes áreas geográficas, nacionales, provinciales y municipales. Asimismo, restaría generar estrategias de captación que permitieran dar cuenta en forma adecuada de los niveles de desglose requeridos según grupos poblacionales específicos y niveles socioeconómicos. Si bien estos temas no se consideraron en forma específica el análisis

de la información disponible de los Sistemas de información de estadística en salud muestra la falta de información sobre estos tópicos.

b) el segundo, remite al necesario análisis metodológico de los conceptos y operacionalización que involucran la definición de la información que se utilizará como fuente de evidencia del cumplimiento de las metas. La comparación de los indicadores seleccionados por los cuatro países, exhiben leves diferencias que sin ninguna duda pueden generar resultados distintos.

c) La importancia de explorar otras fuentes como los sistemas de vigilancia epidemiológica y los registros de morbilidad (egresos hospitalarios<sup>8</sup>) que pueden aportar información sobre la evolución de las enfermedades a monitorear. Así como la investigación de otros registros como los llevados a cabo por organismos públicos sobre cuestiones específicas, como por ejemplo los observatorios nacionales de drogas que existen en los cuatro países.

d) La necesidad de generar desarrollos metodológicos que provean criterios comunes para forjar indicadores válidos provenientes de análisis de las normas de implementación como por ejemplo de naturaleza y alcance de los sistemas de salud y detección de fuentes de información que de ellas pueden emanar.

#### Bibliografía:

B.TRITTON@ODI.ORG.UK, 2017. Global SDGs indicators: updated tier classifications. En línea <http://deliver2030.org/?p=8257> . Consultado en agosto 2017

Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (2017) Informe voluntario nacional. Argentina. Disponible en [http://www.odsargentina.gob.ar/public/documentos/seccion\\_publicaciones/ods/ivn\\_16-06\\_.pdf](http://www.odsargentina.gob.ar/public/documentos/seccion_publicaciones/ods/ivn_16-06_.pdf). Consultado en agosto 2017

Consejo Nacional para la Implementación de la Agenda 2030 y el Desarrollo Sostenible (2017) Informe nacional voluntario. Chile. Disponible en <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/15776Chile.pdf>. Consultado en agosto 2017

Oficina de Planeamiento y Presupuesto 2017. Informe Nacional Voluntario Uruguay. Disponible en [www.opp.gub.uy/images/OPP\\_informe\\_completo\\_digital.pdf](http://www.opp.gub.uy/images/OPP_informe_completo_digital.pdf). Consultado en agosto 2017

---

<sup>8</sup> Los cuatro países producen información sobre egresos hospitalarios, Brasil, Chile y Uruguay tienen un sistema que releva información en todos los establecimientos (públicos y privados), Argentina sólo considera la información de establecimientos públicos y excluye los privados y hospitales universitarios.

Gómez, Alicia; Massé, Gladys y Olmos, Fernanda (2012). La medición del desarrollo sostenible en países seleccionados del cono sur de América Latina. Desafíos para el siglo xxi. Ponencia presentada en el Congreso Latinoamericano de Sociedades de Estadística (X CLATSE) Ciudad de Córdoba-Córdoba, 16 a 19 de octubre del 2012. Disponible en: [conferencias.unc.edu.ar/index.php/xclatse/clatse2012/paper/download/629/81](http://conferencias.unc.edu.ar/index.php/xclatse/clatse2012/paper/download/629/81).

Ministerio de Salud (2017) Tendencias recientes de la fecundidad, natalidad, mortalidad infantil y mortalidad materna en Uruguay. Disponible en <http://www.msp.gub.uy/noticia/fecundidad-mortalidad-infantil-y-materna-tendencias-la-baja>.

Consultado en agosto 2017

Presidência da República do Brasil (2017). Relatório nacional voluntário sobre los objetivos de desenvolvimento sustentável. Disponible en [https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/15801Brazil\\_Portuguese.pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/15801Brazil_Portuguese.pdf). Consultado en agosto 2017.

UN- CEPAL 2016: Informe de avance del grupo de trabajo ad hoc encargado de elaborar una propuesta de indicadores para el seguimiento regional del Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo (versión revisada). Disponible en <http://www.cepal.org/es/publicaciones/40845-informe-avance-grupo-trabajo-ad-hoc-encargado-elaborar-propuesta-indicadores>. Consultado en agosto 2017.

UN (2017). Informe del Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Comisión de Estadística 48° período de sesiones 7 a 10 de marzo de 2017 Tema 3 a) del programa provisional: Disponible en <https://unstats.un.org/unsd/statcom/48th-session/documents/2017-2-IAEG-SDGs-S.pdf> Consultado en agosto 2017

UN - CEPAL (2017) Lineamientos para moderadores y participantes. Diálogos sobre la erradicación de la pobreza y la promoción de la prosperidad en un mundo en evolución en el marco del desarrollo sostenible MESA 2 –Dimensión Social Primera Reunión del Foro de los Países de América Latina y el Caribe sobre el Desarrollo Sostenible Ciudad de México, 26 a 28 de abril de 2017. Disponible en [https://foroalc2030.cepal.org/2017/sites/default/files/guia\\_mesa\\_2\\_dimension\\_social.pdf](https://foroalc2030.cepal.org/2017/sites/default/files/guia_mesa_2_dimension_social.pdf). Consultado en agosto 2017

## ANEXO

Cuadro 1. Metas e Indicadores de ODS 3 según hoja de clasificación de nivel actualizada 2017 e inclusión en iniciativas interiores.

ODS_Naciones unidas	INDICADORES	Agencia	Nivel	Otras iniciativas		
				ODM	SINDS	CdeM
1.De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.	a.Índice de mortalidad materna.	WHO	Nivel II	X	X	X
	b.Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado.	UNICEF	Nivel I	X		X
2.De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos.	a.Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años	UNICEF	Nivel I	X	X	X
	b.Tasa de mortalidad neonatal	UNICEF	Nivel I	X		
3.De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.	a.Incidencia de la malaria por cada 1.000 habitantes.	UNAIDS	Nivel II	X		
	b.Incidencia de la hepatitis B por cada 100.000 habitantes.	WHO	Nivel I	X		
	c.Número de personas que requieren intervenciones contra enfermedades tropicales desatendidas y zoonóticas.	WHO	Nivel I	X		
	d.Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, edad y sectores clave de la población.	WHO	Nivel II	X		X
	e.Incidencia de la tuberculosis por cada 1.000 habitantes.	WHO	Nivel I	X		
4.De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.	a.Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas.	WHO	Nivel II	X		
	b.Tasa de mortalidad por suicidio.	WHO	Nivel II			X
5.Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.	a.Cobertura de las intervenciones de tratamiento (farmacológico, psicosocial y servicios de rehabilitación y pos tratamiento) por trastornos de uso indebido de drogas .	WHO, UNODC	Nivel III			
	b.Consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el consumo per cápita de alcohol (15 años y mayores) en un año civil en litros de alcohol puro.	WHO	Nivel I	X		
6.De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.	a.Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico.	WHO	Nivel I			
7.De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.	a.Proporción de mujeres en edad de procrear (de 15 a 49 años) que practican la planificación familiar con métodos modernos.	DESA Population Division	Nivel I		X	
	b.Tasa de fecundidad de las adolescentes (de 10 a 14 años; de 15 a 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad.	DESA Population Division	Nivel II			X

Continuación

ODS_Naciones unidas	INDICADORES	Agencia (1)	Nivel (2)	Otras iniciativas		
				ODM	SINDS	CdeM
8. Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.	a. Número de personas con seguro de salud o cobertura de un sistema de salud pública por cada 1.000 habitantes.	WHO	Nivel III		X	X
	b. Cobertura de servicios de salud esenciales (definida como la cobertura promedio de servicios esenciales basados en intervenciones con trazadores que incluyen la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos, entre la población general y los más desfavorecidos).	WHO	Nivel II			
9. De aquí a 2030, reducir considerablemente el número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la polución y contaminación del aire, el agua y el suelo.	a. Tasa de mortalidad atribuida a la contaminación de los hogares y del aire ambiente.	WHO	Nivel I			
	b. Tasa de mortalidad atribuida al agua no apta para el consumo, el saneamiento en condiciones de riesgo y la falta de higiene (exposición a servicios de Agua, Saneamiento e Higiene para Todos (WASH) no seguros).	WHO	Nivel II		X	
	c. Tasa de mortalidad atribuida a la intoxicación accidental.	WHO	Nivel II			
3.a Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda	a. Prevalencia normalizada para la edad del consumo actual de tabaco entre las personas de 15 o más años de edad.	WHO, WHO-FCTC	Nivel I			
3-b Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio respecto a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.	a. Proporción de la población con acceso sostenible a medicamentos y vacunas esenciales a precios asequibles.	WHO, UNICEF	Nivel III			
	b. Total de la asistencia oficial para el desarrollo neta destinada a los sectores de la investigación médica y la salud básica.		Nivel I			
3.c Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.	a. Densidad y distribución de los trabajadores sanitarios.		Nivel I			
3.d Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.	a. Capacidad del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y preparación para emergencias de salud.		Nivel II			

### Referencia:

Pilar social	Metas con fines sociales explícitos.
Extendido	Metas de orden económico, medioambiental o institucional con impacto directo en el desarrollo social.

Agencia: Posible (s) Agencia (s) Depositaria (s)
Nivel: Clasificación de niveles actualizada. (por miembros de IAEG-SDG)

Fuente: Elaboración propia a partir de UN- CEPAL (2016), [B.TRITTON@ODI.ORG.UK](mailto:B.TRITTON@ODI.ORG.UK), (2017), Gómez y otros (2012)

Cuadro 2: ODS 3, Metas e Indicadores Argentina, Brasil, Chile y Uruguay. Año 2017

Inicio 1/5

ARGENTINA ( Meta Adoptada/Adaptada)	BRASIL	CHILE	URUGUAY
Meta 3.1. Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos. Ministerio	3.1 até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos	3.1 Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos	Meta 3.1 Mortalidad materna
3.1.1. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	Tasa de Mortalidad materna	3.1.1 Índice de mortalidad materna	3.1.1. Índice de Mortalidad materna
3.1.2. Porcentaje de nacidos vivos atendidos por personal especializado	Percentual de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado	3.1.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado	3.1.2. Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado
Meta 3.2. Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.	3.2 até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos	3.2 Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos	Meta 3.2 Muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años
3.2.1. Número de muertes de menores de 5 años cada 1.000 nacidos vivos	Número de mortes abaixo de 5 anos Número de mortes de crianças Número de mortes neonatais Taxa de mortalidade infantil Taxa de mortalidade infantil abaixo de 5 anos	3.2.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años	3.2.1. Tasa de mortalidad en menores de 5 años
3.2.2. Tasa de mortalidad neonatal cada 1.000 nacidos vivos.	Taxa de mortalidade neonatal	3.2.2 Tasa de mortalidad neonatal	3.2.2. Tasa de mortalidad neonatal
Meta 3.3. Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.	3.3) Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis	3.3 Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles	Meta 3.3 sida, tuberculosis, malaria y otras enfermedades transmisibles
3.3.3. Casos notificados de Malaria cada 100.000 habitantes.	Incidência de malária por 100.000 habitantes.	3.3.3 Incidencia de la malaria por cada 1.000 Habitantes	
3.3.4. Tasa de notificaciones de Hepatitis B en personas de 15 a 24 años cada 100.000 habitantes.		3.3.4 Incidencia de la hepatitis B por cada 100.000 habitantes	3.3.4. Incidencia de la hepatitis B por cada 100.000 hab
	Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas	3.3.5 Número de personas que requieren intervenciones contra enfermedades tropicales desatendidas	

Continuación

Continuación 2/5

ARGENTINA ( Meta Adoptada/Adaptada)	BRASIL	CHILE	URUGUAY
3.3.5.a. Tasa de notificación de Rabia Humana por 100.000 habitantes. 3.3.5.c. Tasa de notificación de Echinococcosis/Hidatidosis en menores de 15 años por 100.000 habitantes 3.3.5.d. Tasa de notificación de leishmaniasis humana (Leishmaniasis tegumentaria y leishmaniasis visceral) por 100.000 habitantes. 3.3.5.e. Cantidad de provincias certificadas con interrupción de la transmisión vectorial de Chagas. 3.3.5.f. Cantidad de provincias con tasa de prevalencia de Lepra superior a 1 en 10.000 habitantes.	Número de pessoas que necessitam de intervenções contra doenças tropicais negligenciadas	3.3.5 Número de personas que requieren intervenciones contra enfermedades tropicales desatendidas	
3.3.1. Número de diagnósticos de VIH por 100.000 habitantes (Tasa de VIH por 100.000 habitantes). 3.3.1.b. Tasa de Mortalidad por sida x 100.000 habitantes.	Taxa de incidência de HIV estimada	3.3.1 Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, edad y sectores clave de la población	3.3.1. Número de nuevas infecciones por vih por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, edad y sectores clave de la población.
3.3.2. Casos nuevos notificados de tuberculosis cada 100.000 habitantes.	Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes (limite inferior) Incidência de tuberculose por 100.000 habitantes (limite superior) Mortes por tuberculose por 100.000 habitantes Mortes por tuberculose por 100.000 habitantes (limite inferior) Mortes por tuberculose por 100.000 habitantes (limite superior)	3.3.2 Incidencia de la tuberculosis por cada 1.000 habitantes	3.3.2. Incidencia de la tuberculosis por cada 100.000 habitantes
Meta 3.4. Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.	3.4 até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis (DNTs) via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar	3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar	Meta 3.4 Mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles
3.4.1.a. Tasa de mortalidad específica por enfermedades cardiovasculares por cada 100.000 habitantes 3.4.1.b. Tasa de mortalidad por tumores malignos por cada 100.000 habitantes. 3.4.1.c. Tasa de mortalidad específica por Diabetes mellitus por cada 100.000 habitantes. 3.4.1.d. Tasa de mortalidad específica por enfermedades crónicas del sistema respiratorio por cada 100.000 habitantes	Número de mortes atribuídas a diabete. Número de mortes atribuídas a doenças cardiovasculares Número de mortes atribuídas a doenças respiratórias crônicas Número de mortes atribuídas ao câncer Taxa de mortalidade atribuída a doenças cardiovasculares, câncer, diabete e doenças respiratórias crônicas Taxa de mortalidade atribuída a doenças cardiovasculares, câncer, diabete e doenças respiratórias crônicas.	3.4.1 Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas	3.4.1 Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas.
3.4.2. Tasa de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes	Número de mortes atribuídas ao suicidio Taxa de mortalidade por suicídio	3.4.2 Tasa de mortalidad por suicidio	3.4.2 Tasa de mortalidad por suicidio

Continuación

Continuación 3/5

ARGENTINA ( Meta Adoptada/Adaptada)	BRASIL	CHILE	URUGUAY
Meta 3.5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.	3.5 reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool	3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol	Meta 3.5 Abuso de sustancias adictivas
		3.5.1 Cobertura de las intervenciones de tratamiento (farmacológico, psicosocial y servicios de rehabilitación y postratamiento) por trastornos de uso indebido de drogas.	3.5.1 Cobertura de las intervenciones de tratamiento (farmacológico, psicosocial y servicios de rehabilitación y postratamiento) por trastornos de uso indebido de drogas.
3.5.2.a. Consumo total anual de alcohol per cápita (en litros de alcohol puro). 3.5.2.b. Prevalencia de consumo de alcohol regular de riesgo. 3.5.2.c. Prevalencia de consumo de alcohol episódico excesivo ☒	Consumo de álcool per capita (15 anos ou mais) dentro de um ano civil em litros de álcool puro	3.5.2 Consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el consumo per cápita de alcohol (15 años y mayores) en un año civil en litros de alcohol puro	3.5.2 Consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el consumo per cápita de alcohol (15 años y mayores) en un año civil en litros de alcohol puro.
Meta 3.6. Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.	3.6 até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas	3.6 Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo	Meta 3.6 Accidentes de tráfico
3.6.1. Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito por 100.000 habitantes	Taxa de mortalidade devido a acidentes de trânsito	3.6.1 Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico	3.6.1 Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico.
Meta 3.7. Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.	3.7 até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais	3.7 Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales	Meta 3.7 Acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva
3.7.1. Tasa de embarazo no planificado. 3.7.2. Tasa de uso de métodos anticonceptivos. ☒	Percentual de mulheres casadas ou em união estável em idade reprodutiva (15-49 anos) que tem suas necessidades de planejamento familiar satisfeitas com métodos modernos	3.7.1 Proporción de mujeres en edad de procrear (de 15 a 49 años) que practican la planificación familiar con métodos modernos	3.7.1. Proporción de mujeres en edad de procrear (15 a 49 años) que practican la planificación familiar con métodos modernos
Tasa de fecundidad adolescente temprana y tardía por cada 1.000 mujeres	Taxa de natalidade adolescente por 1.000 mulheres adolescentes de 15-19	3.7.2 Tasa de fecundidad de las adolescentes (de 10 a 14 años; de 15 a 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad	3.7.2.a Tasa de fecundidad en adolescentes (de 15 a 19 años) por cada 1.000 mujeres en ese grupo de edad 3.7.2.b Tasa de fecundidad en adolescentes (de 10 a 14 años) por cada 1.000 mujeres en ese grupo de edad.

Continuación 4/5

ARGENTINA ( Meta Adoptada/Adaptada)	BRASIL	CHILE	URUGUAY
Meta 3.8. Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.	3.8 atingir a cobertura universal de saúde (UHC), incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos	3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos	Meta 3.8 Cobertura sanitaria universal
3.8.1. Porcentaje de personas con cobertura efectiva de servicios básicos de salud.	Não possui indicadores	3.8.1 Cobertura de servicios de salud esenciales (definida como la cobertura promedio de servicios esenciales basados en intervenciones con trazadores que incluyen la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos, entre la población general y los más desfavorecidos)	3.8.1 Cobertura de servicios de salud esenciales.
	Taxa de mortalidade atribuída a água contaminada, saneamento inseguro e falta de higiene Taxa de mortalidade atribuída a intoxicações acidentais Taxa de mortalidade atribuída a poluição do ar doméstico e ambiente	3.8.2 Número de personas con seguro de salud o cobertura de un sistema de salud pública por cada 1.000 habitantes	3.8.2. Número de personas con seguro de salud o cobertura de un sistema de salud pública por cada mil habitantes
Meta 3.9. Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo	3.9 até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo	3.9 Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo	Meta 3.9 Productos químicos, polución y contaminación
	Taxa de mortalidade atribuída a poluição do ar doméstico e ambiente	3.9.1 Tasa de mortalidad atribuida a la contaminación de los hogares y del aire ambiente	3.9.1. Tasa de mortalidad atribuida a la contaminación de los hogares y del aire ambiente.
3.9.2. Casos notificados de Enfermedades Gastroentéricas por 100.000 habitantes.		3.9.2 Tasa de mortalidad atribuida al agua no apta para el consumo, el saneamiento en condiciones de riesgo y la falta de higiene (exposición a servicios de Agua, Saneamiento e Higiene para Todos (WASH) no seguros)	3.9.2. Tasa de mortalidad atribuida al agua no apta para el consumo, el saneamiento en condiciones de riesgo y la falta de higiene.
	Taxa de mortalidade atribuída a intoxicações acidentais	3.9.3 Tasa de mortalidad atribuida a la intoxicación accidental	3.9.3. Tasa de mortalidad atribuida a la intoxicación accidental.
Meta 3.a. Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.	3.a fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado	3.a Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda	Meta 3.a Control del tabaco
3.a.1. Prevalencia de consumo de tabaco en población de 18 y más años.	Não possui indicadores	3.a.1 Prevalencia normalizada para la edad del consumo actual de tabaco entre las personas de 15 o más años de edad	3.a.1 Prevalencia normalizada para la edad del consumo actual de tabaco entre las personas de 15 o más años de edad.

Continuación 5/5

ARGENTINA ( Meta Adoptada/Adaptada)	BRASIL	CHILE	URUGUAY
Meta 3.b. Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio respecto a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.	3.b apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha sobre o Acordo TRIPS e Saúde Pública, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS, na sigla em inglês) sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos	3.b Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos	Meta 3.b Investigación, desarrollo y acceso a medicamentos y vacunas
	Não possui indicadores	3.b.1 Proporción de la población con acceso sostenible a medicamentos y vacunas esenciales a precios asequibles	3.b.1 Proporción de la población con acceso sostenible a medicamentos y vacunas esenciales a precios asequibles.
3.b.1. Montos presupuestarios para áreas de investigación en salud.	Total official flows for medical research and basic health sectors, by recipient	3.b.2 Total de la asistencia oficial para el desarrollo neta destinada a los sectores de la investigación médica y la salud básica	3.b.2 Total de la asistencia oficial para el desarrollo neta destinada a los sectores de la investigación médica y la salud básica.
3.c. Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo. ☒	3.c aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento, treinamento e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países de menor desenvolvimento relativo e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento	3.c Aumentar substancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo	Meta 3.c Personal sanitario
3.c.1. Composición del equipo de salud	Densidade e distribuição dos profissionais da saúde	3.c.1 Densidad y distribución de los trabajadores sanitarios	3.c.1. Densidad y distribución de los trabajadores sanitarios.
3.d. Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.	3.d reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, a redução de riscos e o gerenciamento de riscos nacionais e globais à saúde.	3.d Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial	Meta 3.d Alerta temprana, reducción y gestión de los riesgos
3.d.1. Porcentaje de implementación de las capacidades básicas del Reglamento Sanitario Internacional (RSI).	Índice de capacidade do Regulamento Sanitário Internacional (RSI)	3.d.1 Capacidad del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y preparación para emergencias de salud	3. d.1. Capacidad del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y preparación para emergencias de salud.
<a href="http://www.odsargentina.gob.ar/public/documentos/seccion_publicaciones/.../ivn_16-06_.pdf">www.odsargentina.gob.ar/public/documentos/seccion_publicaciones/.../ivn_16-06_.pdf</a>	<a href="http://www.agenda2030.com.br/consulta.php">http://www.agenda2030.com.br/consulta.php</a>	<a href="http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ods/objetivos.php">http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ods/objetivos.php</a>	<a href="http://www.opp.gub.uy/images/OPP_informe_completo_digital.pdf">http://www.opp.gub.uy/images/OPP_informe_completo_digital.pdf</a>

Fuente: Elaboración propia ([www.odsargentina.gob.ar/public/documentos/seccion\\_publicaciones/.../ivn\\_16-06\\_.pdf](http://www.odsargentina.gob.ar/public/documentos/seccion_publicaciones/.../ivn_16-06_.pdf); <http://www.agenda2030.com.br/consulta.php>; <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ods/objetivos.php>; [http://www.opp.gub.uy/images/OPP\\_informe\\_completo\\_digital.pdf](http://www.opp.gub.uy/images/OPP_informe_completo_digital.pdf))