



**Cuarta Reunión de la  
Mesa Directiva de la  
Conferencia Regional sobre  
Población y Desarrollo de  
América Latina y el Caribe**

Santiago, 9 a 10 de octubre de 2019

Distr.  
LIMITADA  
LC/MDP.4/3  
10 de septiembre de 2019  
ORIGINAL: ESPAÑOL  
19-00581

---

Cuarta Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional  
sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe

Santiago, 9 a 10 de octubre de 2019

**INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE INDICADORES PARA EL  
SEGUIMIENTO REGIONAL DEL CONSENSO DE MONTEVIDEO  
SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO**



El presente informe fue elaborado por el Grupo de Trabajo sobre Indicadores para el Seguimiento Regional del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo con el apoyo del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en su carácter de Secretaría Técnica del Grupo de Trabajo, y la colaboración del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). En este informe se exponen las actividades realizadas por el Grupo de Trabajo, así como la metodología empleada, los resultados obtenidos y las lecciones aprendidas.

**ÍNDICE**

	<i>Página</i>
A. ANTECEDENTES .....	5
B. METODOLOGÍA DE TRABAJO .....	6
C. RESULTADOS ALCANZADOS POR LOS SUBGRUPOS.....	10
D. REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO REGIONAL DEL CONSENSO DE MONTEVIDEO SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO (PANAMÁ, 22 Y 23 DE JULIO DE 2019).....	39
E. CONCLUSIONES.....	41



## A. ANTECEDENTES

En la Tercera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, que se llevó a cabo en Lima, del 7 al 9 de agosto de 2018, los países resolvieron cambiar el nombre 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 a Grupo de Trabajo sobre Indicadores para el Seguimiento Regional del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo y extender su mandato para continuar el trabajo de elaboración de los metadatos pendientes, haciendo hincapié en las definiciones operativas para la desagregación de los indicadores y, cuando fuera necesario para el cumplimiento de dicho cometido, crear subgrupos temáticos. Solicitaron, asimismo, que en la Cuarta Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia el Grupo de Trabajo presentara un informe final sobre el trabajo realizado, para su aprobación por parte de los países<sup>1</sup>.

En abril de 2019 la Secretaría Técnica, en nombre del Gobierno de México, en su calidad de Coordinador del Grupo de Trabajo, y del Gobierno del Perú, en su carácter de Presidente de la Mesa Directiva de la Conferencia, informó a los puntos focales de la Conferencia sobre la reactivación del Grupo de Trabajo, invitando a los países a conformar subgrupos temáticos destinados a trabajar en una propuesta de contenidos de los metadatos inconclusos de un conjunto de indicadores seleccionados. El listado completo de indicadores está disponible en el documento *Propuesta de indicadores y sus metadatos para el seguimiento regional del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*<sup>2</sup>.

El criterio para la selección de tales indicadores, a sugerencia de la Coordinación del Grupo, fue concentrarse en indicadores de nivel I o II (denominación que se utilizó adoptando la misma clasificación de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)), en los cuales se evaluara *a priori* que sería posible avanzar; esto es, por un lado, aquellos indicadores que, teniendo metadatos, generaban todavía dudas sobre la posibilidad de concluir el trabajo de revisión o sobre su calidad en términos de la comparabilidad regional, ya sea por la propia definición, la operacionalización, la fuente, la falta de periodicidad o alguna situación que se identificara claramente, y, por el otro, aquellos indicadores que, definitivamente, no contaban aún con metadatos. La mayoría de los indicadores seleccionados provienen de la *Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*<sup>3</sup>.

Los subgrupos, que se conformaron voluntariamente con representantes técnicos de los países, la sociedad civil, el sector académico y organismos del sistema de las Naciones Unidas, trabajaron desde el mes de mayo mediante la modalidad de reuniones virtuales e intercambios por correo electrónico, realizando avances significativos en relación con los metadatos de los indicadores seleccionados.

Posteriormente, el Grupo de Trabajo se reunió en la ciudad de Panamá los días 22 y 23 de julio de 2019 a fin de realizar una puesta en común de los resultados del trabajo realizado por los subgrupos temáticos y acordar el formato, la estructura y el contenido del informe que presentaría en la Cuarta Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, que se realizará en la sede de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL),

---

<sup>1</sup> Véase la resolución 3(III) de la Tercera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, párrs. 14 y 15.

<sup>2</sup> LC/CRPD.3/DDR/1 (véase [en línea] [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43622/S1800405\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43622/S1800405_es.pdf)).

<sup>3</sup> LC/L.4061(CRPD.2/3)/Rev.1 (véase [en línea] [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38935/1/S1500860\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38935/1/S1500860_es.pdf)).

en Santiago, los días 9 y 10 de octubre de 2019. Con la finalización del presente informe, y habiendo dado cumplimiento al mandato recibido en la Tercera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, el Grupo de Trabajo dio por concluidas sus actividades mientras la Mesa Directiva no determine, eventualmente, una nueva extensión de su mandato.

El informe resultante, contenido en este documento, se presenta para la consideración de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe.

## **B. METODOLOGÍA DE TRABAJO**

A fin de continuar el trabajo de elaboración de los metadatos pendientes, como lo encomendara la resolución 3(III) de la Conferencia, el Grupo de Trabajo se organizó en subgrupos temáticos abocados a trabajar un conjunto de indicadores seleccionados previamente (entre uno y cuatro indicadores por cada subgrupo, dependiendo de su complejidad). Se constituyeron siete subgrupos en total, correspondientes a los capítulos B, C, D, E, F, G y H e I del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Cabe señalar que los indicadores que se refieren al capítulo A corresponden en su mayoría a indicadores de los ODS; los restantes indicadores del capítulo no fueron priorizados en esta etapa de trabajo con los metadatos.

La convocatoria a la integración de los subgrupos se hizo mediante comunicación de la Secretaría Técnica a los puntos focales de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo, quienes informaron a qué subgrupos se integraría su país y quiénes serían los representantes designados para tal fin. Además de los representantes de países, también participaron representantes de organizaciones de la sociedad civil, el sector académico y organismos especializados del sistema de las Naciones Unidas.

La coordinación de los distintos subgrupos estuvo a cargo de expertos de la Secretaría Técnica, que tuvieron como responsabilidad fundamental la organización del trabajo, la elaboración de una propuesta metodológica y un cronograma de tareas, la preparación de insumos para la discusión y la moderación de los debates e intercambios, con miras a avanzar en —o concluir— la revisión de los metadatos de los indicadores seleccionados.

Dada la estrechez de los plazos y la imposibilidad material de organizar reuniones de trabajo de carácter presencial, se propuso trabajar mediante la realización de reuniones a distancia —en algunos casos, a través de Skype y, en otros, vía Webex o Zoom— en las que se examinaron los insumos relativos a los metadatos en que se trabajaría, preparados por la coordinación de cada subgrupo.

Los debates y acuerdos alcanzados en las reuniones se reflejaban posteriormente en un acta preparada por la coordinación y distribuida a los miembros del subgrupo para su consideración y comentarios. Posteriormente las actas con los comentarios eran devueltas a la coordinación con copia al resto de los participantes. Junto con el acta, la coordinación distribuía también la ficha del metadato con las modificaciones acordadas en la reunión, con los cambios resaltados para una mejor visualización. Los nuevos comentarios y sugerencias podían canalizarse, dependiendo del grupo, tanto por correo electrónico y registro en el documento desplegado en Google Drive como en la reunión virtual subsiguiente.

El número de reuniones virtuales fue variando en cada subgrupo de acuerdo con sus propias dinámicas. El resultado final fue, en el caso de algunos indicadores, una propuesta de metadato acordada y, en el caso de otros, una propuesta de avance en relación con el metadato, en la que quedaran esbozadas, al menos, algunas líneas de trabajo a futuro.

Por último, una vez concluida la instancia de reuniones virtuales y de intercambio de comentarios, cada coordinador procedió a elaborar el informe de resultados del subgrupo, a partir de una pauta básica de contenidos común para todos los subgrupos.

La estructura de los informes de resultados incluía: i) una breve introducción en que se detallaban los indicadores en que se había trabajado, los integrantes del subgrupo y las reuniones realizadas; ii) un breve relato sobre las reuniones del subgrupo temático, incluidos las principales discusiones y los acuerdos alcanzados; iii) un estado de situación de los metadatos, con su grado de avance; iv) las fichas de los metadatos en su versión al final del proceso, señalando aquellos que habían sido acordados en su totalidad y aquellos en que se había logrado un avance, y v) un breve balance y conclusiones de las reuniones en que, entre otros aspectos, se describían las percepciones del coordinador y de los miembros del subgrupo respecto de la experiencia, los resultados alcanzados y las fortalezas y debilidades de la metodología utilizada.

Sobre la base de dichos informes de resultados de los subgrupos temáticos se elaboró el presente informe del Grupo de Trabajo.

## 1. Organización de los subgrupos temáticos

**Subgrupo B:** Derechos, necesidades, responsabilidades y demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes

Trabajó sobre los metadatos de los siguientes indicadores:

- B.3: Proporción de instancias gubernamentales que cuentan con mecanismos de participación de adolescentes y jóvenes en las decisiones públicas que les atañen;
- B.4: Porcentaje de adolescentes y jóvenes que han participado en alguna instancia en que se definen políticas públicas;
- B.8: Alineamiento del currículo oficial en educación integral para la sexualidad con los criterios del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo y con los estándares internacionales sobre la materia, y
- B.9: Porcentaje de niños y niñas, adolescentes y jóvenes que tienen información y conocimiento sobre sexualidad y reproducción adecuados para sus respectivas edades.

En el subgrupo participaron cinco países (Chile, Cuba, México, Paraguay y Uruguay), organismos de las Naciones Unidas (el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)), organismos intergubernamentales (Organismo Internacional de Juventud para Iberoamérica (OIJ)) y de la sociedad civil, en particular redes de jóvenes (Elige-Red de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos), de mujeres (Articulación Feminista MARCOSUR), de derechos sexuales y reproductivos (Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF)) y de académicos que trabajan en temas de población (Asociación Latinoamericana de Población (ALAP)). Más de 30 personas se registraron y participaron en al menos una reunión virtual. Debido a que los indicadores podían agruparse en dos pares de indicadores vinculados —B.3 y B.4 se relacionan con la participación de adolescentes y jóvenes en las decisiones públicas que les atañen, en tanto que B.8 y B.9 se refieren a educación integral para la sexualidad— y a que en el subgrupo había especialistas y personas interesadas en uno solo de estos temas, se optó por dividir el subgrupo en dos: subgrupo B1, que trabajaría en los indicadores B.3 y B.4, y subgrupo B2, que abordaría los indicadores B.8 y B.9.

### **Subgrupo C:** Envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos

El subgrupo se abocó a revisar y trabajar la propuesta de contenidos para los metadatos de los siguientes indicadores:

- C.1: El país realiza acciones a favor de las personas mayores que coadyuvan al cumplimiento del objetivo de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores;
- C.3: Existencia de políticas, planes y programas públicos que consideran el impacto de la evolución de la estructura por edades en el mediano y largo plazo, y
- C.7: Porcentaje de instituciones gubernamentales que han implementado procedimientos y protocolos de atención preferencial para las personas mayores.

El subgrupo contó con la coordinación de la Secretaría Técnica (la coordinadora y dos representantes más) y la participación de representantes de tres países (Cuba, México y Uruguay), un representante de la ALAP y representantes del sector académico (Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República, del Uruguay) y del UNFPA.

### **Subgrupo D:** Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva

Los cuatro indicadores seleccionados en relación con el capítulo D fueron aquellos vinculados con la atención a la salud sexual y la salud reproductiva con foco en los servicios de salud:

- D.2: Porcentaje de centros de atención de la salud que ofrecen servicios de salud sexual y salud reproductiva integral;
- D.4: Porcentaje de centros de atención de la salud que han implementado protocolos actualizados de atención en salud sexual y salud reproductiva por género, con enfoque intercultural y pertinente a las distintas edades;
- D.9: Porcentaje de centros de atención de la salud que han implementado protocolos actualizados de atención materna, y
- D.12: Porcentaje de centros de atención de la salud que disponen de medicamentos para aborto y cuentan con personal capacitado y material para realizar abortos seguros y proporcionar cuidados posteriores al aborto.

El subgrupo fue coordinado por la Secretaría Técnica y estuvo conformado por representantes de dos países (Perú y México), de la sociedad civil (IPPF y ALAP) y del UNFPA.

### **Subgrupo E:** Igualdad de género

En relación con el capítulo E, se seleccionaron los siguientes indicadores:

- E.10: Incorporación de la igualdad de género dentro de los contenidos mínimos de los currículos de la enseñanza básica y secundaria, incluido el tema de la discriminación por razones de identidad de género y orientación sexual;
- E.11: Incorporación del enfoque de nuevas masculinidades dentro de los contenidos mínimos de los currículos de la enseñanza básica y secundaria, y
- E.13: Número de casos (y cifra relativa) de discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género reportados que se resuelven a través de mecanismos formales de sanción.



El subgrupo contó con la participación de representantes de cinco países (Cuba, México, Perú y Uruguay, que participaron en las reuniones, y Suriname, que envió comentarios por correo electrónico), representantes del UNFPA y la UNESCO, y de la sociedad civil (Articulación Feminista MARCOSUR, Elige-Red de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos, Católicas por el Derecho a Decidir, Mesa de Vigilancia Ciudadana en Derechos Sexuales y Reproductivos y Apoyo de Programas de Población (APROPO) del Perú). En el caso de Suriname, atendiendo al hecho de que era la única participante de habla inglesa, se mantuvo comunicación por correo electrónico, lo que permitió el intercambio de consultas y el envío de una síntesis traducida al inglés de los avances realizados.

**Subgrupo F:** La migración internacional y la protección de los derechos humanos de todas las personas migrantes

El subgrupo F se abocó a revisar y trabajar la propuesta de contenidos para los metadatos de los siguientes indicadores:

- F.5: Porcentaje y número de beneficiarios directos adscritos al Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social en cada país de destino de la inmigración con relación al total de trabajadoras y trabajadores inmigrantes, y
- F.6: Número de niños, niñas y adolescentes (y su incidencia relativa) migrantes no acompañados.

El subgrupo contó con la coordinación de un representante de la CEPAL y la participación de representantes de dos países (México y Paraguay), un representante de la ALAP y dos representantes de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM). El UNFPA y la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) fueron invitados originalmente, pero no lograron participar.

**Subgrupo G:** Desigualdad territorial, movilidad espacial y vulnerabilidad

El subgrupo G se abocó a revisar y trabajar la propuesta de contenidos para los metadatos de los siguientes indicadores:

- G.1: Porcentaje de gobiernos metropolitanos o de ciudades y gobiernos locales que cuentan con sistemas de información para la toma de decisiones sobre planificación y gestión territorial basados en el uso de nuevas tecnologías, y
- G.7: Porcentaje de planes de desarrollo urbano y territorial que han incorporado el enfoque de derechos, de género y de interculturalidad.

El subgrupo contó con la participación de un representante de un país (México), un representante de la ALAP, un representante del sector académico (Departamento de Geografía de la Universidad Federal de Sergipe del Brasil) y tres representantes del UNFPA. En representación de la CEPAL participaron dos personas (la coordinadora y un funcionario más).

**Subgrupo H-I:** Pueblos indígenas: interculturalidad y derechos/Afrodescendientes: derechos y combate al racismo y la discriminación racial

El subgrupo H-I abordó simultáneamente dos capítulos del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. En ambos casos se seleccionaron indicadores similares, pero que se aplican a los pueblos indígenas, en el primero, y a las poblaciones afrodescendientes, en el segundo. Estos son:

- H.6: Porcentaje del gasto público destinado a acciones dirigidas a garantizar los derechos de los pueblos indígenas (y ejecutado), por sectores;

- I.3: Porcentaje del gasto público destinado a acciones dirigidas a garantizar los derechos de la población afrodescendiente (y ejecutado), por sectores, y porcentaje asignado a la institucionalidad rectora de asuntos afrodescendientes;
- H.11: Porcentaje de fuentes de datos pertinentes que incluyen la autoidentificación indígena, considerando censos, encuestas y registros administrativos de los diferentes sectores, y
- I.5: Porcentaje de fuentes de datos pertinentes que incluyen la autoidentificación afrodescendiente, considerando censos, encuestas y registros administrativos de los diferentes sectores.

El subgrupo contó con la participación de representantes de tres países (Cuba, México y la República Bolivariana de Venezuela), dos representantes de la ALAP y dos representantes del UNFPA. En representación de la CEPAL participó una persona (la coordinadora del subgrupo), y se realizaron consultas internas a dos funcionarios de la División de Desarrollo Económico, especialistas en materia de gasto público.

## C. RESULTADOS ALCANZADOS POR LOS SUBGRUPOS

En esta sección se describen los progresos realizados por los subgrupos en el trabajo con los metadatos de los indicadores seleccionados en relación con cada uno de los capítulos del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, así como los aspectos y desafíos pendientes en el caso de aquellos que todavía requieren una mayor precisión en próximas etapas.

### 1. Capítulo B

#### **Derechos, necesidades, responsabilidades y demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes**

**Indicadores en los que se trabajó:** B.3, B.4, B.8 y B.9.

**Indicadores en los que se logró acuerdo:** B.3, B.4 y B.9.

**Indicadores en los que se lograron avances para seguir trabajando:** B.8.

**Indicador B.3:** Propuesta de metadatos acordada. El principal desafío es precisar la fuente de la medición y el apoyo a los países para una medición adecuada.

**Indicador B.4:** Propuesta de metadatos acordada. El principal desafío es incluir preguntas en la fuente de la medición sugerida.

**Indicador B.8:** Se lograron avances. Se requiere más trabajo. Mientras no se logre acuerdo, será la referencia regional de hecho.

**Indicador B.9:** Propuesta de metadatos acordada. El principal desafío es incluir preguntas en la fuente de la medición sugerida.

---

**Indicador B.3**

(indicador 8.1 de la *Guía operacional* con modificaciones)

---

**Proporción de instancias gubernamentales que cuentan con mecanismos de participación de adolescentes y jóvenes en las decisiones públicas que les atañen**

---

**Medida prioritaria del Consenso de Montevideo de referencia:** 8.

---

**Indicadores relacionados:** F.6.

---

**Definición:**

Cociente entre: i) numerador: todas las instancias gubernamentales priorizadas por su papel en el diseño e implementación de políticas y programas que atañen a adolescentes y jóvenes que cuentan con mecanismos formales de participación de adolescentes y jóvenes, ponderadas en cada caso por la modalidad de participación, y ii) denominador: todas las instancias gubernamentales priorizadas por su papel en el diseño e implementación de políticas y programas que atañen a adolescentes y jóvenes, ponderadas por el puntaje máximo de la modalidad de participación (participación vinculante).

El resultado se pondera por el tipo de participación, por lo que el indicador finalmente es un índice, que luego se expresará en términos relativos como se expone a continuación.

Las instancias gubernamentales que se indagarán son:

- Ministerio o Instituto de Juventud (o equivalente)
- Ministerio de Salud (o equivalente)
- Ministerio de Educación (o equivalente)
- Ministerio de Trabajo (o equivalente)
- Ministerio de Vivienda (o equivalente)
- Ministerio de Desarrollo Social (o equivalente)
- Ministerio de Justicia y/o sistema nacional de protección integral de niñas, niños y adolescentes (o equivalente)
- Ministerio de la Cultura (o equivalente)

En todos estos casos el mecanismo de participación debe operar al nivel jerárquico superior de la instancia gubernamental, es decir, debe tener capacidad de llegar a la dirección de la instancia gubernamental. En cada instancia se valorizará el tipo de participación con una escala de 0 a 3, en que 0 corresponde a la inexistencia; 1 a la existencia de un mecanismo consultivo; 2 a la existencia de un mecanismo asesor, y 3 a la existencia de un mecanismo vinculante. El puntaje obtenido se dividirá por el máximo posible (24 en los países en que existen las 8 instancias gubernamentales, 21 en los países en que existen 7 instancias gubernamentales, y así sucesivamente) y su expresión en términos porcentuales será el valor del indicador.

---

**Fuente:**

Informes oficiales y encuestas periódicas de cumplimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo.

---

**Desagregaciones:**

No corresponde.

---

**Nota:**

La fuente debe identificar las instancias gubernamentales existentes en el país (del listado acordado de ocho instancias gubernamentales). Adicionalmente, la fuente debe indicar y describir el mecanismo formal de participación de jóvenes y adolescentes en cada una de las instancias gubernamentales identificadas por el país y calificarlo fundadamente en alguna de las tres categorías acordadas (consultivo, asesor o vinculante), en caso de que exista.

---

---

**Indicador B.4**

(indicador 8.2 de la *Guía operacional* con modificaciones)

---

**Porcentaje de adolescentes y jóvenes que han participado en alguna instancia en que se definen políticas públicas**


---

**Medida prioritaria del Consenso de Montevideo de referencia:** 8.

---

**Indicadores relacionados:** B.3 y E.6.

---

**Definición:**

Cociente entre: i) numerador: jóvenes y adolescentes que participaron al menos una vez, durante un período de 12 meses, en algún mecanismo o procedimiento de participación de instancias gubernamentales en que se definen políticas públicas, y ii) denominador: total de jóvenes y adolescentes.

---

**Fuente:**

Encuesta con consulta sobre participación de adolescentes y jóvenes en algún mecanismo o procedimiento de participación de instancias gubernamentales en que se definen políticas públicas, en los 12 meses previos a la encuesta. La encuesta más apropiada es una encuesta nacional de juventud. En su ausencia, podría ser satisfactoria otra representativa de la población de adolescentes y jóvenes.

---

**Desagregaciones:**

Las incluidas en el indicador y las que correspondan del anexo IV del *Informe del Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible* (E/CN.3/2016/2/Rev.1), aprobado por la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas en su 47º período de sesiones (8 a 11 de marzo de 2016).

---

**Nota:**

Para una visión más completa del indicador se recomienda incorporar en la encuesta una introducción (véase el párrafo 1) de la pregunta clave (véase la pregunta c, destacada en negrita), que operacionaliza el indicador, junto a otras preguntas necesarias para mayor coherencia y valor agregado de la consulta clave, tal como se expone a continuación.

1. Algunas instituciones del Estado —como ministerios, secretarías y servicios, entre otras— cuentan con espacios (órganos, instancias, entidades) o con procedimientos (votaciones, consultas y otros) en que los jóvenes opinan, aportan o incluso deciden sobre políticas y programas referidos a ellos, como los referentes a educación, salud, trabajo, vivienda, seguridad, protección de derechos, entre otros) en todas sus etapas (diseño, implementación, seguimiento y evaluación). Podrías informar si tú:
  - a. ¿Conoces algún espacio de este tipo? (si la respuesta es NO, acabar este módulo aquí)
  - b. ¿Has participado (sido integrante regular, asistido a alguna reunión al menos, votado) alguna vez en una instancia de este tipo?
  - c. ¿Has participado (sido integrante regular, asistido a alguna reunión al menos, votado) en el último año en una instancia de este tipo?**
  - d. ¿Participas (eres integrante regular, asistes a alguna reunión al menos, votas) actualmente en una instancia de este tipo?
  - e. ¿Te interesa participar en alguna instancia de este tipo? Si la respuesta es afirmativa, ¿en cuál?
  - f. En caso de respuesta positiva a la pregunta c, por favor indica el nombre de la instancia y la valoración de la participación en términos de si influyó en algo en la toma de decisiones (0 = no influyó en nada; 10 = influyó mucho)

Si la fuente no existe (es decir, si no hay encuestas representativas con la batería de preguntas sugerida o, como mínimo, la pregunta clave), podría convertirse en alternativa el uso de registros oficiales de participantes en las instancias gubernamentales durante un año calendario, caso en el cual el indicador sería una tasa bruta de participación. Sin embargo, no es claro si esos registros existen en todos los países, ni cuál es su calidad, allí donde existen.

---

**Indicador B.8**(indicador 11.1 de la *Guía operacional*)**Alineamiento del currículo oficial en educación integral para la sexualidad con los criterios del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo y con los estándares internacionales sobre la materia****Medida prioritaria del Consenso de Montevideo de referencia:** 11.**Indicadores relacionados:** B.9 y E.10.**Definición:**

Existencia de programas de educación integral para la sexualidad oficiales universales alineados con los criterios del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo y con los estándares internacionales sobre la materia.

**Fuente:**

Informes nacionales y/o análisis de expertos.

**Desagregaciones:**

Niveles educativos: i) tres últimos grados de educación primaria, y ii) tres primeros años de educación secundaria.

**Nota:**

Se usará el protocolo de indagación de la plataforma Mira que te Miro adaptado, más concretamente, simplificado y focalizado. Existe acuerdo preliminar en cuanto a algunas dimensiones y temas incluidos en el protocolo de la plataforma que pueden ser obviados, simplificados o fusionados, aunque aún resta trabajar más al respecto. Existe también una propuesta específica de reingeniería, presentada por el Uruguay, que plantea tres grandes bloques de cotejo para evaluar la alineación, que aún debe ser discutida<sup>4</sup>.

**Indicador B.9**(indicador 11.3 de la *Guía operacional* con modificaciones)**Porcentaje de niños y niñas, adolescentes y jóvenes que tienen información y conocimiento sobre sexualidad y reproducción adecuados para sus respectivas edades****Medida prioritaria del Consenso de Montevideo de referencia:** 11.**Indicadores relacionados:** B.8 y D.5.

<sup>4</sup> Como se trata de un metadato cuya definición está aún pendiente, se deja constancia de la propuesta presentada por el Uruguay, en el marco de las reuniones del subgrupo de trabajo B2. Esta propuesta plantea tres ejes: i) en relación con las “conductas (o comportamientos) sexuales comunes en la pubertad y la adolescencia”, se propone unificar los puntos i, iii y v de la plataforma Mira que te Miro, a fin de conformar una dimensión que abarque cambios biológicos, psicológicos y sociales, concibiendo al sujeto de forma integral y no en aspectos separados, y teniendo en cuenta las diferencias que se pueden presentar entre las personas; ii) en lo referente a historia de la sexualidad, se propone unir los puntos ii, vi, viii y x de la plataforma Mira que te Miro, para hacer referencia a las ideas, prácticas y mandatos sociales relacionados con la sexualidad y la influencia de la familia, la comunidad, la sociedad y los medios de comunicación, y iii) en cuanto a las principales normas legales y prácticas institucionales sobre sexualidad y derechos humanos, se propone unificar los puntos vii y ix de la plataforma Mira que te Miro, para poner de relieve las conquistas en el ámbito legislativo (como las referentes a matrimonio igualitario, interrupción voluntaria del embarazo y reproducción asistida, entre otras, en cada país). De forma más específica, se propone también, en la dimensión de salud sexual y salud reproductiva, fundir los temas “mitos y hechos sobre condones, anticonceptivos y otras formas de prevenir el embarazo” y “falsas ideas sobre uso y efectos de anticonceptivos en la adolescencia”.

Indicador B.9 (conclusión)

---

**Definición:**

Proporción de niños y niñas, adolescentes y jóvenes que tienen información y conocimiento sobre sexualidad y reproducción adecuados para sus respectivas edades.

---

**Fuente:**

Encuestas especializadas, en particular encuestas de demografía y salud, en los países en que existen, encuestas nacionales de juventud u otras representativas de la población adolescente y joven en que se consulte acerca de información y conocimiento sobre sexualidad y reproducción adecuados para sus respectivas edades. También pueden ser satisfactorias encuestas a población escolar.

---

**Desagregación:**

Las incluidas en el indicador y las que correspondan del anexo IV del *Informe del Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible* (E/CN.3/2016/2/Rev.1), aprobado por la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas en su 47º período de sesiones (8 a 11 de marzo de 2016).

---

**Nota:**

A partir de la batería de consultas que se presentan a continuación se obtendrá el porcentaje indicado en la definición como la cantidad de adolescentes y jóvenes que han recibido información en 8 o más de los temas indicados, con calificación 5 o más en cada uno de ellos, respecto del total de adolescentes y jóvenes. Como indicador de control adicional y riguroso (de máxima) se obtendrá el porcentaje indicado en la definición como la cantidad de adolescentes y jóvenes que han recibido información en los 12 temas indicados y en todos ellos califican con nota 5 o más la información recibida, respecto del total de adolescentes y jóvenes. Adicionalmente, como potencial pregunta agregada o como consulta única resumen, en caso de no existir otra posibilidad, se incluye la pregunta 13, probada en la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud del Uruguay.

**Batería de consultas:**

¿A qué edad recibió información sobre los siguientes temas en la escuela? (pregunta solo para quienes asistieron a la escuela alguna vez). En caso de haberla recibido ¿cómo calificaría la información que recibió, en una escala de 1 a 10 (donde 1 es “muy insatisfactoria” y 10 “muy satisfactoria”)?:

1. ¿Funcionamiento de los órganos sexuales?: No recibió \_\_, Sí recibió \_\_, Edad \_\_ y Calificación \_\_.
  2. ¿Cambios que se presentan en la pubertad?: No recibió \_\_, Sí recibió \_\_, Edad \_\_ y Calificación \_\_.
  3. ¿Cambios que se presentan en la vejez?: No recibió \_\_, Sí recibió \_\_, Edad \_\_ y Calificación \_\_.
  4. ¿Equidad de género?: No recibió \_\_, Sí recibió \_\_, Edad \_\_ y Calificación \_\_.
  5. ¿Placer y erotismo?: No recibió \_\_, Sí recibió \_\_, Edad \_\_ y Calificación \_\_.
  6. ¿Orientación sexual?: No recibió \_\_, Sí recibió \_\_, Edad \_\_ y Calificación \_\_.
  7. ¿Métodos anticonceptivos?: No recibió \_\_, Sí recibió \_\_, Edad \_\_ y Calificación \_\_.
  8. ¿Interrupción voluntaria del embarazo/aborto?: No recibió \_\_, Sí recibió \_\_, Edad \_\_ y Calificación \_\_.
  9. ¿Prácticas sexuales de riesgo?: No recibió \_\_, Sí recibió \_\_, Edad \_\_ y Calificación \_\_.
  10. ¿A quién acudir para obtener información sobre asuntos relacionados con la sexualidad?: No recibió \_\_, Sí recibió \_\_, Edad \_\_ y Calificación \_\_.
  11. ¿Cuáles son los mecanismos para denunciar situaciones de vulneración de derechos sexuales y reproductivos?: No recibió \_\_, Sí recibió \_\_, Edad \_\_ y Calificación \_\_.
  12. ¿Cómo prevenir infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA?: No recibió \_\_, Sí recibió \_\_, Edad \_\_ y Calificación \_\_.
  13. En general, y siguiendo la escala de 1 a 10 ya usada, ¿cómo evalúa la educación sexual que recibió en la escuela? (marcar 0 —cero— si no recibió).
-

## 2. Capítulo C

### Envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos

**Indicadores en los que se trabajó:** C.1, C.3 y C.7.

**Indicadores en los que se logró acuerdo:** C.1.

**Indicadores en los que se lograron avances para seguir trabajando:** C.3 y C.7.

**Indicador C.1:** Propuesta de metadatos acordada, con la recomendación de seguir trabajando en el futuro en una escala o gradación que permita identificar los niveles de cumplimiento del indicador.

**Indicador C.3:** Se avanzó en una mayor precisión del metadato. Se requiere más trabajo y discusión en una etapa posterior, con el doble desafío de incorporar de manera explícita el horizonte temporal de mediano y largo plazo en los planes, políticas y programas, junto con la forma institucional de cautelar dicha incorporación.

**Indicador C.7:** Se avanzó en una mayor precisión del metadato. Se requiere más trabajo y discusión en una etapa posterior, con la recomendación, entre otras, de definir qué se entiende por institución o entidad rectora.

---

#### Indicador C.1

(indicador 20.3 de la *Guía operacional* con modificaciones)

**El país realiza acciones a favor de las personas mayores que coadyuvan al cumplimiento del objetivo de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores**

**Medidas prioritarias del Consenso de Montevideo de referencia:** 20 y 2.

**Otros indicadores relacionados:** No hay.

#### Definición:

Existencia de planes, políticas y programas destinados a las personas mayores que coadyuven al cumplimiento de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores que tengan alcance territorial a nivel nacional y sectorial, por áreas ministeriales.

#### Fuente:

La principal fuente de datos son las instituciones rectoras de las acciones de los gobiernos a favor de las personas mayores (registros administrativos nacionales). También, la Organización de los Estados Americanos (OEA) (véase información detallada [en línea] [http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_A-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores\\_firmas.asp](http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores_firmas.asp)).

#### Desagregaciones:

No corresponde.

#### Notas:

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores fue aprobada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA) el 15 de junio de 2015. El objetivo de dicha Convención es promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce del ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas mayores, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. El texto completo de la Convención está disponible en [en línea] [http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_A-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.pdf](http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf)

---

## Indicador C.1 (continuación)

---

En la interpretación de la definición del indicador deberá tomarse en consideración al menos una de las tres categorías de la clasificación propuesta por Huenchuan (2018)<sup>5</sup> en relación con los derechos contemplados en la Convención (derechos emergentes, derechos vigentes y derechos extendidos).

A los fines de una mejor y más exhaustiva rendición de cuentas respecto del indicador, se recomienda a futuro seguir trabajando en los niveles de cumplimiento de este, por ejemplo, mediante una escala o gradación que refleje el estado de implementación de políticas, planes y programas que efectivamente coadyuvan al cumplimiento del objetivo de la Convención.

**Periodicidad:** los datos del indicador pueden revisarse y consultarse de forma continua.

Las tres categorías de los contenidos de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores son las siguientes:

- i) **Derechos emergentes:** son nuevos derechos o derechos parcialmente recogidos en la normativa internacional y nacional existente. La Convención contiene tres derechos que corresponden a esta categoría. Se trata del derecho a la vida y a la dignidad en la vejez (art. 6), el derecho a la independencia y a la autonomía (art. 7) y los derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo (art. 12).
- ii) **Derechos vigentes:** son aquellos ya contemplados en las normas internacionales, pero que requieren cambios para adaptarlos a las necesidades específicas de un colectivo, ya sea por medio de nuevas interpretaciones o mediante la ampliación de su contenido. En la subcategoría de nuevas interpretaciones se ubica la igualdad y no discriminación por razones de edad (art. 5), el derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud (art. 11) y el derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia (art. 9, al que se suma el art. 10, referente al derecho a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes). La Convención aporta nuevos elementos a estos tres derechos para establecer las obligaciones específicas de los Estados con respecto a las personas mayores: se establece la prohibición de la discriminación por edad en la vejez; se indican los requisitos para que la persona mayor brinde su consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud, se obliga a los Estados a establecer procesos para que la persona mayor pueda manifestar de manera expresa su voluntad anticipada y las instrucciones respecto de las intervenciones en materia de salud a las que deba someterse, incluidos los cuidados paliativos, y se protege la integridad y dignidad de la persona mayor, sin discriminación de ningún tipo. Aunque estos tres artículos forman parte de otros instrumentos internacionales —como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad—, en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores se abordó por primera vez de manera más precisa la situación de las personas mayores con relación a cada uno de estos derechos.

En la subcategoría de ampliación de contenidos se ubican, en general, los derechos económicos, sociales y culturales, el derecho al trabajo (art. 18), el derecho a la seguridad social (art. 17)<sup>6</sup>, el derecho a la salud (art. 19), el derecho a la educación (art. 20), el derecho a la cultura (art. 21), el derecho a un medio ambiente sano (art. 25) y el derecho a la recreación, al esparcimiento y al deporte (art. 22). Considerando que estos derechos están reconocidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y que todas sus disposiciones se aplican a las personas mayores, la Convención hace una adaptación a la situación particular de este colectivo. Este sería el caso de los derechos al trabajo, a la salud, a la educación y otros.

---

<sup>5</sup> S. Huenchuan (ed.), *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*, Libros de la CEPAL, N° 154 (LC/PUB.2018/24-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2018.

<sup>6</sup> El derecho a la seguridad social (art. 17) no está explicitado en el documento de referencia mencionado, pero los integrantes del subgrupo consideraron pertinente incluirlo en la subcategoría de ampliación de contenidos de los derechos vigentes.



## Indicador C.1 (conclusión)

- iii) **Derechos extendidos:** son aquellos que están dirigidos específicamente a colectivos que hasta entonces no habían disfrutado de ellos, por omisión o discriminación (Dussel, 2010, citado en Huenchuan, 2018). En esta categoría se han considerado dos derechos en particular: el derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal (art. 26) y los derechos en situaciones de riesgo y emergencias humanitarias (art. 29). Si bien ambos derechos están contemplados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, las personas mayores están ausentes en dicho instrumento, a diferencia de lo que ocurre con las mujeres y los niños, ya que no se agregó un artículo específico. La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores subsana esta ausencia al especificar estos derechos (Quinn, 2009, citado en Huenchuan, 2018).

Otra fuente para el seguimiento en materia de derechos humanos es la que provee la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) a través del Índice Universal de los Derechos Humanos (véase [en línea] <https://uhri.ohchr.org/search/basic>).

El Índice Universal de los Derechos Humanos está diseñado para facilitar el acceso a las recomendaciones sobre derechos humanos emitidas por tres pilares fundamentales del sistema de protección de los derechos humanos de las Naciones Unidas: los órganos creados en virtud de los tratados internacionales de derechos humanos, los procedimientos especiales y el examen periódico universal (EPU) del Consejo de Derechos Humanos.

El Índice Universal de los Derechos Humanos tiene por objeto ayudar a los Estados en el seguimiento de estas recomendaciones para su cumplimiento y facilitar la labor de las partes interesadas a nivel nacional, tales como las instituciones nacionales de derechos humanos, las organizaciones no gubernamentales (ONG), la sociedad civil y las instituciones académicas, así como las Naciones Unidas.

**Indicador C.3**(indicador 19.1 de la *Guía operacional*)**Existencia de políticas, planes y programas públicos que consideran el impacto de la evolución de la estructura por edades en el mediano y largo plazo****Medida prioritaria del Consenso de Montevideo de referencia:** 19.**Otros indicadores relacionados:** A.24.**Definición:**

El país cuenta con al menos una política, plan o programa público relacionado con el impacto en el mediano y largo plazo de los cambios de los grupos etarios de población específicos como niñez, adolescencia, adultez y personas mayores, que incorpora de manera explícita un horizonte temporal de mediano y largo plazo (proyección en el tiempo).

**Fuente:**

Las fuentes de información sobre dichas políticas, planes y programas públicos se encuentran en la normativa legal de cada país, conformada por leyes, decretos, reglamentos y disposiciones, entre otros instrumentos normativos.

**Desagregaciones:**

No corresponde.

**Notas:**

La incorporación de manera explícita de un horizonte temporal de mediano y largo plazo (proyección en el tiempo) en las políticas, planes y programas podría cautelarse mediante la existencia de una institucionalidad intersectorial en la que participaran todas las instituciones gubernamentales vinculadas a los temas de población.

Por ejemplo, se podrían medir las políticas referentes al sistema de pensiones o al bono demográfico, entre otras. Para fines ilustrativos, en el caso de países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), véase [en línea]: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/reforms-for-an-ageing-society\\_9789264188198-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/reforms-for-an-ageing-society_9789264188198-en).

**Indicador C.7**(indicador 22.2 de la *Guía operacional* con modificaciones)**Porcentaje de instituciones gubernamentales que han implementado procedimientos y protocolos de atención preferencial para las personas mayores****Medida prioritaria del Consenso de Montevideo de referencia:** 22.**Otros indicadores relacionados:** A.7.**Definición:**

Cociente entre: i) numerador: total de instituciones gubernamentales que han implementado procedimientos y protocolos de atención preferencial para las personas mayores (de 60 años y más), y ii) denominador: total de instituciones gubernamentales. El resultado se multiplica por 100.

**Fuente:**

Organismos públicos e instituciones gubernamentales que tienen a su cargo servicios de atención a los ciudadanos; leyes, decretos y reglamentaciones que estipulen la implementación de tales procedimientos y protocolos; informes nacionales e información de las entidades sectoriales correspondientes.

**Desagregación:**

No corresponde.

**Notas:**

En los casos en que exista la información, debería especificarse el nivel gubernamental (nacional, subnacional, local).

En la consideración del denominador, se recomienda tomar en cuenta la existencia de una institución rectora, y la implementación de procedimientos y protocolos de atención diferenciada en los ámbitos, inicialmente, de la salud y la justicia. Los países podrán informar también sobre otros ámbitos en que se implementen dichos procedimientos y protocolos. En este contexto, se recomienda explicitar qué se entiende por institución rectora.

A fin de presentar como ejemplo experiencias de países de la región que permitan orientar el diseño y la elaboración de protocolos de atención preferencial para personas mayores, se citan las experiencias de Chile (véase [en línea] <http://www.senama.gob.cl/noticias/congreso-aprueba-ley-de-atencion-preferente-de-salud-para-personas-mayores>; <https://www.minsal.cl/salud-del-adulto-mayor/>) y Colombia (véase [en línea] <http://www.dps.gov.co/ent/gen/trs/Documents/Sep2016%20Guia%20de%20servicio%20al%20ciudadano.pdf>).

**3. Capítulo D****Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva****Indicadores en los que se trabajó:** D.2, D.4, D.9 y D.12.**Indicadores en los que se logró acuerdo:** D.2 y D.4.**Indicadores en los que se lograron avances para seguir trabajando:** D.9 y D.12.

**Indicador D.2:** Propuesta de metadatos acordada, con la recomendación de que el indicador sea estimado con respecto a los establecimientos de salud de primer nivel de atención. Además, los ajustes posteriores en la definición de servicios de salud sexual y salud reproductiva que sean realizados por el UNFPA en relación con el indicador 5.6.2 de los ODS deberían ser incorporados en este indicador. En cuanto a la fuente de datos, se debe seguir trabajando para uniformar la manera en que los países obtendrán los datos, en el caso de encuestas especiales en el nivel administrativo, así como en el caso de los establecimientos de salud de primer nivel (existe un ejemplo de una encuesta de este tipo en el Brasil, la Encuesta de Información Básica Municipal (MUNIC), realizada por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE)).

**Indicador D.4:** Propuesta de metadatos acordada, con la recomendación de que el indicador sea estimado con respecto a los establecimientos de salud de primer nivel de atención. Cabe la misma observación que en el caso del indicador D.2 en relación con la fuente de datos.

**Indicador D.9:** Propuesta de metadatos no acordada. La recomendación es aprobar antes un cambio en la definición del indicador para permitir que se refiera a información, aunque sea parcial o centinela, sobre el grado de calidad de los servicios de atención materna ofrecidos en los centros de salud de primer nivel de atención o por referencia a los centros de un nivel de mayor complejidad.

**Indicador D.12:** Propuesta de metadatos no acordada. La recomendación es aprobar un cambio en la definición del indicador para permitir que se refiera a información, aunque sea parcial o centinela, sobre el grado de calidad de los servicios de atención a las complicaciones de aborto (espontáneo o inducido) ofrecidos en los centros de salud de primer nivel de atención o por referencia a los centros de un nivel de mayor complejidad.

Una sugerencia es que los indicadores D.2 y D.4 sean analizados en conjunto con el indicador D.18 (indicador 5.6.2 de los ODS). También se sugiere que los indicadores D.9 y D.12, se haya incorporado o no el cambio propuesto, sean analizados en conjunto, además de incluir el indicador D.10 (número de hospitalizaciones por complicaciones del aborto desagregado por grupos de edad). Sería instructivo realizar un reordenamiento de los indicadores, para abordar desde la existencia de leyes y normas (D.18), pasando por la cobertura de los servicios (D.2) y la incorporación de poblaciones clave (D.4), hasta información respecto de la calidad de los servicios brindados y el acceso efectivo a ellos (D.9, D.12 y D.10).

---

### Indicador D.2

(indicador 37.6 de la *Guía operacional* con modificaciones)

---

#### Porcentaje de centros de atención de la salud que ofrecen servicios de salud sexual y salud reproductiva integral

---

**Medidas prioritarias del Consenso de Montevideo de referencia:** 12, 35, 37, 43 y 46.

**Indicadores relacionados:** B.10, B.13, B.14, B.15, D.1, D.3, D.4, D.5, D.6, D.7, D.8, D.9, D.15, D.16, D.18, D.19 y D.20.

---

#### **Definición:**

Con el indicador D.2 se busca estimar en qué medida los países ofrecen en sus establecimientos de atención a la salud una lista mínima de servicios o intervenciones que puedan garantizar que la población tenga acceso a la salud sexual y la salud reproductiva de manera integral<sup>7</sup>.

Es el cociente entre: i) numerador: establecimientos de salud de primer nivel de atención donde se ofrecen servicios de salud sexual y salud reproductiva de manera integral, y ii) denominador: total de establecimientos de salud de primer nivel de atención. El resultado se multiplica por 100.

Este indicador se expresa en un número por cada 100 establecimientos de salud de primer nivel de atención.

---

<sup>7</sup> Este indicador fue inicialmente propuesto en Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), “Propuesta de indicadores para el seguimiento de las metas de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en América Latina y el Caribe”, *serie Población y Desarrollo*, N° 26 (LC/L.1705-P), Santiago, 2002, pág. 50.

## Indicador D.2 (continuación)

**Interpretación:** El indicador es un porcentaje que puede variar de 0 a 100, lo que indica, respectivamente, que ninguno de los establecimientos ofrece la lista mínima de servicios o intervenciones en salud sexual y salud reproductiva esperados, o que todos los establecimientos ofrecen estos servicios, independientemente del número de establecimientos existentes. El indicador muestra el estatus y los avances con relación a la disponibilidad de los servicios o intervenciones en salud sexual y salud reproductiva en el primer nivel de atención, más allá de la existencia de leyes o normas, que se expresa mediante el indicador D.18 (indicador 5.6.2 de los ODS)<sup>8</sup>, pues mide la extensión de la implementación de los servicios en los establecimientos de salud. Sin embargo, el indicador D.2 no mide ningún aspecto vinculado a la calidad de los servicios brindados, sino que simplemente mide la cobertura de los servicios de salud sexual y salud reproductiva de manera integral, en el propio establecimiento o por referencia a un establecimiento de un nivel de mayor complejidad.

**Fundamento:** Los sistemas de salud de los países, aunque en la mayoría de los casos siguen recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), presentan una gran diversidad de modelos y algunos incluso pasan actualmente por cambios en la forma de abordar la atención primaria de la salud (véase la definición de atención primaria de la salud en la nota sobre conceptos). Además, los componentes de los servicios también varían según las normas y leyes de cada país. En este contexto, para reflejar esta diversidad y obtener cifras comparables en la región, dentro de lo posible, este indicador se estima tomando como base solamente los establecimientos de salud de primer nivel de atención (PNA), que es la puerta de entrada al sistema de salud, en que la atención a la salud sexual y la salud reproductiva debe estar implementada de manera directa o se debe contar con protocolos de referencia hacia los establecimientos de salud de mayor complejidad, de acuerdo con las normas de los países. No hay que confundir atención primaria de la salud (APS) con primer nivel de atención (PNA), conceptos que están definidos en la nota correspondiente.

Para el cálculo del indicador se requiere entonces, primeramente, la identificación en cada país de cuáles son los establecimientos de primer nivel de atención, de acuerdo con la organización de su sistema de atención a la salud. En segundo lugar, es necesario obtener para cada uno de estos establecimientos la información sobre la implementación de una lista mínima de servicios o intervenciones en salud sexual y salud reproductiva, definida de acuerdo con la subdivisión de temas y componentes que se presenta en el cuadro 1, que incluye “servicios de cuidados maternos”, “contracepción y planificación familiar” y “salud sexual y bienestar”, de acuerdo con los conceptos utilizados en el indicador 5.6.2 de los ODS (véase la lista de los servicios de salud sexual y salud reproductiva en cada uno de estos temas en la nota 1, sobre definición de conceptos).

**Fuente:**

Registros administrativos de los servicios de salud, informes oficiales o encuestas especiales en el nivel administrativo, junto a los establecimientos de salud de primer nivel.

**Desagregaciones:**

Ubicación geográfica (rural o urbana) y nivel de desagregación administrativa (privada o pública). Tanto la definición entre urbano y rural como entre administración pública y privada es establecida de acuerdo con los criterios propios de cada país.

**Notas:****1. Definición de conceptos****Sector salud**

Es el sector encargado de la provisión, distribución y uso de servicios de cuidados para la salud y sus productos relacionados: servicios de salud pública y privada, que abarcan un amplio rango (incluidos promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y cuidados); ministerios del sector salud; organizaciones no gubernamentales; grupos comunitarios, y organizaciones de profesionales, al igual que instituciones que hacen aportes directos a los sistemas de cuidado para la salud (es decir, la industria farmacéutica y las instituciones académicas).

<sup>8</sup> Véase [en línea] <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-05-06-02.docx> [fecha de consulta: 30 de mayo de 2019].

Indicador D.2 (continuación)

---

### **Atención primaria de la salud**

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS, 2007), un sistema de salud basado en la atención primaria de la salud (APS) supone: "... un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema [...] Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. Un sistema de salud basado en APS requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad" (OPS/OMS, 2007, pág. 8).

### **Servicios de salud del primer nivel de atención**

En tanto que la atención primaria de la salud constituye el enfoque estratégico para la organización de todo el sistema de salud, el primer nivel de atención (PNA) de salud se refiere específicamente a un nivel de organización de la provisión directa de servicios de salud a las personas y comunidades. El fortalecimiento del primer nivel de atención debe ser articulado en redes integradas de servicios de salud, para avanzar hacia el acceso y la cobertura universales. Las redes integradas de servicios de salud, a su vez, se definen como "una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve" (OPS/OMS, 2010, pág. 70). Las redes integradas de servicios de salud son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, es decir, constituyen el modelo de organización de servicios de salud que permite la prestación de servicios de salud integrales, de forma integrada y a lo largo del tiempo (secuencia de atención). La construcción de sistemas de salud basados en la APS y con modelos organizativos en redes integradas de servicios de salud que presten servicios de salud centrados en las personas, las comunidades y el ambiente constituye el mecanismo idóneo para alcanzar el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Es por eso que la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, aprobada en 2014 por el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), incluye en su línea estratégica 1 la impostergable tarea de fortalecer el primer nivel de atención en los sistemas de salud de la región.

### **Servicios de salud sexual y salud reproductiva integral**

El concepto de salud sexual y salud reproductiva es amplio y general. En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la salud sexual es definida de la siguiente forma: "Un estado de completo bienestar físico, mental y social —y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia— en todas las cuestiones relacionadas con el sistema reproductor y sus funciones y procesos [...]. Esta definición engloba una serie de aspectos (incluida la planificación familiar, la salud materna, las infecciones de transmisión sexual o del aparato reproductor, como el VIH/SIDA, el aborto peligroso y la salud sexual) y de vínculos entre ellos" (OMS/UNFPA, 2009, pág. 3).

---

## Indicador D.2 (continuación)

Por su complejidad y por la discusión aún en curso sobre cómo medir el acceso a la salud sexual y la salud reproductiva integral, se adopta aquí un concepto similar a aquel utilizado para el seguimiento de la meta 5.6 de los ODS<sup>9</sup>, en el indicador 5.6.2<sup>10</sup>, también seleccionado para el monitoreo del indicador D.18 para el seguimiento regional del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. No obstante, dado que el tema “educación integral para la sexualidad e información” será monitoreado en relación con el capítulo B, se excluyó este tema y sus respectivos componentes de la definición de salud sexual y salud reproductiva del indicador D.2. Adicionalmente, se incluye explícitamente el componente “infertilidad” en el área de contracepción y planificación familiar, así como dos componentes en el área de salud sexual y bienestar: “autoexamen de mamas” y “prevención, detección y atención de la violencia de género”, con intervenciones vinculadas principalmente a consejerías.

Con un nivel de importancia igual al anterior, siguiendo las recomendaciones de la OMS (2010), se agrega a esta definición un tercer nivel de información, que indica cuáles son los servicios o intervenciones mínimas que deberían estar disponibles en los establecimientos de salud de primer nivel de atención para considerar que este ofrece servicios integrales en salud sexual y salud reproductiva. Es importante aclarar que se utiliza la existencia de los servicios o intervenciones mínimos solo a fin de estimar el indicador y no como una recomendación de lo que debería implementarse en la atención en establecimientos de salud sexual y salud reproductiva integral.

Cuadro 1

**Matriz de servicios o intervenciones mínimos de salud sexual y salud reproductiva integral ofrecidos en los establecimientos de salud de primer nivel de atención o por referencia a establecimientos de niveles de mayor complejidad, según temas y componentes (sobre la base del indicador 5.6.2 de los ODS)**

<b>Sección o tema</b>	<b>Componentes</b>	<b>Servicios o intervenciones</b>
I. Servicios de cuidados maternos	1. Cuidados maternos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Atención prenatal</li> <li>– Cribado/tamizaje para anemia, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sífilis, trastornos hipertensivos, embarazos múltiples o distócicos</li> <li>– Orientación/consejería sobre signos y síntomas de alarma de la gestación para su detección y manejo oportuno</li> <li>– Establecimiento del plan de parto</li> <li>– Atención/referencia del parto no complicado</li> <li>– Atención del puerperio</li> <li>– Orientación/consejería sobre signos y síntomas de alarma del puerperio para su detección inmediata y manejo oportuno (entre otros, sangrado, anemia y depresión postparto)</li> <li>– Consejería y apoyo para la lactancia materna</li> <li>– Orientación/consejería y provisión de anticoncepción posterior al evento obstétrico (parto, aborto, embarazo ectópico) y beneficios del espaciamiento de los embarazo</li> <li>– Reporte de nacimiento y defunciones</li> </ul>
	2. Insumos y medicamentos para salvar vidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Oxitocina y prostaglandinas</li> <li>– Antibióticos</li> </ul>

<sup>9</sup> Meta 5.6 de los ODS: asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.

<sup>10</sup> Siguiendo la definición consensuada internacionalmente de salud sexual y salud reproductiva, y sobre la base de los estándares de derechos humanos, se seleccionaron parámetros clave, en cuatro áreas temáticas, incluidos diferentes componentes de la salud sexual y la salud reproductiva que deben estar incluidos en los servicios de salud en estas cuatro áreas para garantizar el acceso integral a los servicios vinculados a estos componentes. Las cuatro áreas temáticas, incluidas en el indicador 5.6.2 de los ODS, son: servicios de cuidados maternos; contracepción y planificación familiar; educación integral para la sexualidad e información, y salud sexual y bienestar.

## Indicador D.2 (continuación)

<b>Sección o tema</b>	<b>Componentes</b>	<b>Servicios o intervenciones</b>
	3. Aborto	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identificación de riesgo y atención inicial</li> <li>– Provisión de información y orientación/consejería</li> <li>– Manejo/referencia de aborto terapéutico donde es legal y/por causales</li> <li>– Manejo/referencia de aborto incompleto</li> </ul>
	4. Cuidados postaborto	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Seguimiento postaborto</li> <li>– Orientación/consejería sobre anticoncepción postaborto</li> <li>– Provisión del método anticonceptivo</li> </ul>
II. Contracepción y planificación familiar	1. Contracepción	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Servicios de información y orientación/consejería sobre anticoncepción y planificación familiar para hombres y mujeres</li> <li>– Consejería sobre la protección dual (método de barrera y otro método anticonceptivo moderno)</li> <li>– Disponibilidad de la prueba de embarazo</li> <li>– Disponibilidad de condones masculinos/femeninos</li> <li>– Provisión de métodos de anticoncepción modernos de acuerdo con las necesidades de la mujer/pareja</li> <li>– Prevención del embarazo no intencional en todas las edades, incluidos el embarazo infantil y adolescente</li> </ul>
	2. Consentimiento para servicios de anticoncepción	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Obtención del consentimiento luego de las actividades de consejería</li> </ul>
	3. Anticoncepción de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Provisión de anticoncepción de emergencia de acuerdo con la demanda</li> <li>– Información sobre anticoncepción de emergencia</li> </ul>
	4. Infertilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Orientación/consejería preconcepcional para mujeres o parejas en edad fértil</li> <li>– Detección/referencia de pareja infértil</li> </ul>
III. Salud sexual y bienestar	1. Prueba y asesoramiento para infecciones de transmisión sexual (ITS)-virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Orientación/consejería y tamizaje de ITS-VIH y hepatitis virales</li> <li>– Provisión de pruebas rápidas y referencia para confirmación infecciones (prueba de inmunoadsorción enzimática (ELISA similares))</li> <li>– Consejería y apoyo a las personas que viven con el VIH y su entorno inmediato</li> <li>– Intervenciones para disminuir el estigma y la discriminación y para la prevención del VIH</li> </ul>
	2. Tratamiento y cuidado de ITS-VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Manejo sintomático de ITS</li> <li>– Identificación y manejo/referencia de enfermedades oportunistas</li> <li>– Provisión/referencia de tratamiento antirretroviral de gran actividad para las personas con VIH</li> </ul>
	3. Prevención de cáncer de cuello uterino	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Provisión/referencia de vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH)</li> <li>– Citología cervicovaginal (PAP)</li> <li>– Consejería y cribado para cáncer cervicouterino</li> </ul>
	4. Autoexamen de mamas	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Orientación/consejería para autoexamen de mamas para detección temprana de cáncer de mama</li> </ul>

Indicador D.2 (conclusión)

Sección o tema	Componentes	Servicios o intervenciones
	5. Prevención, detección y atención de la violencia de género	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Consejería sobre violencia de género y prácticas nocivas contra mujeres, adolescentes y niñas</li> <li>– Detección y seguimiento/tamizaje/referencia de violencia de género</li> <li>– Atención integral de las personas afectadas por la violencia de género y otras prácticas nocivas</li> <li>– Atención de urgencia, incluido un kit para el manejo de la violencia sexual</li> <li>– Existencia de guías/pautas de referencia para la derivación oportuna</li> </ul>

**Fuente:** Grupo de Trabajo sobre Indicadores para el Seguimiento Regional del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, sobre la base de Naciones Unidas, “Labor de la Comisión de Estadística en relación con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” (A/RES/71/313), 2017; Organización Mundial de la Salud (OMS), *Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion Care, Maternal, Newborn and Child Health*, Ginebra, 2010, y Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (2010), “Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas”, *serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*, N° 4, Washington, D.C., 2010.

## 2. Comentarios y limitaciones

- i) La definición de servicios de salud sexual y salud reproductiva integral sigue la lógica utilizada en el indicador 5.6.2 de los ODS (indicador D.18 para el seguimiento regional del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo), que todavía sigue en discusión. Si hubiera cambios como resultado de estas discusiones, este concepto deberá ser revisado para el cálculo de este indicador.
- ii) El análisis de este indicador debe estar vinculado al del indicador D.18, puesto que este se refiere a leyes o normas existentes (o no) y el indicador D.2 se refiere a la implementación de los servicios en los centros de salud.
- iii) Cabe notar que la definición utilizada no incluye el tema o sección de educación integral para la sexualidad, que está incluido en el capítulo B.
- iv) La lista de servicios o intervenciones mínimos toma como base el conjunto de intervenciones recomendado por la OMS (2010) y considera la realidad de algunos países. Es importante tener en cuenta que no todos los servicios deben ser provistos en los establecimientos de primer nivel, pero es necesario que algunos tengan mecanismos de referencia hacia establecimientos de mayor complejidad, pues los centros de primer nivel de atención no necesariamente tienen personal e infraestructura suficiente para algunas intervenciones.
- v) El indicador no toma en consideración el volumen de la población que depende de estos establecimientos, pues no mide la capacidad del sistema de salud, pero dada su capacidad instalada, permite estimar cuál es la extensión de la implementación de los servicios de salud sexual y salud reproductiva integral en los centros existentes. Los países podrían generar indicadores per cápita utilizando los mismos datos para obtener un escenario más completo respecto del tema.
- vi) Una próxima etapa, o refinamiento, de este indicador debe incluir el monitoreo de la calidad de los servicios brindados, que podría lograrse mediante los indicadores D.9 y D.12 para algunos de los muchos temas vinculados a la salud sexual y la salud reproductiva.

## Bibliografía

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2010), *Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion Care, Maternal, Newborn and Child Health*, Ginebra.

OMS/UNFPA (Organización Mundial de la Salud/Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2009), *Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva: consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados*, Ginebra.

OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud) (2010), “Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas”, *serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*, N° 4, Washington, D.C.

\_\_\_\_ (2007), *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*, Washington, D.C.



---

**Indicador D.4**

(indicador 41.1 de la *Guía operacional* con modificaciones)

---

**Porcentaje de centros de atención de la salud que han implementado protocolos actualizados de atención en salud sexual y salud reproductiva por género, con enfoque intercultural y pertinente a las distintas edades**

---

**Medidas prioritarias del Consenso de Montevideo de referencia:** 12, 36, 37, 41 y 46.

---

**Indicadores relacionados:** B.10, B.13, B.17, B.18, D.1, D.2, D.3, D.5, D.6, D.7, D.8, D.9, D.15, D.17, D.18, D.21 y D.22.

---

**Definición:**

Con el indicador D.4 se busca estimar en qué medida los establecimientos de atención a la salud que ofrecen servicios o intervenciones a la salud sexual y salud reproductiva de manera integral incorporan en sus protocolos actualizados de atención médica el enfoque de género y aspectos interculturales y pertinentes a las diferentes edades de la población asistida.

Es el cociente entre: i) numerador: establecimientos de salud de primer nivel de atención que han implementado protocolos actualizados de atención en salud sexual y salud reproductiva por género, con enfoque intercultural y pertinente a las distintas edades, y ii) denominador: total de establecimientos de salud de primer nivel de atención donde se ofrecen servicios de salud sexual y salud reproductiva de manera integral. El resultado se multiplica por 100.

Este indicador se expresa en un número por cada 100 establecimientos de primer nivel de atención donde se ofrecen servicios de salud sexual y salud reproductiva de manera integral.

**Interpretación:**

El indicador es un porcentaje que puede variar de 0 a 100, lo que indica, respectivamente, que ninguno o todos los establecimientos de salud de primer nivel de atención que ofrecen la lista mínima de servicios de salud sexual y salud reproductiva tienen protocolos actualizados de atención médica que incorporan los enfoques de género e intercultural y que son pertinentes a las distintas edades. Este indicador debe ser analizado junto con los indicadores D.2 y D.18, pues los tres en conjunto permiten contar con un panorama de la atención a la salud sexual y la salud reproductiva, desde las leyes y normas existentes (D.18), pasando por el porcentaje de centros de salud de primer nivel de atención que ofrecen en el mismo lugar o por referencia los servicios de manera integral (D.2), hasta la implementación de protocolos que viabilizan el acceso adecuado de la población femenina y masculina, que sean inclusivos en términos de diversidad intercultural y que ofrezcan un tratamiento adecuado a los diferentes grupos etarios, principalmente no excluyendo, o creando barreras, al acceso de los jóvenes.

La naturaleza misma de la atención primaria de la salud supone la existencia de protocolos actualizados de atención en salud sexual y salud reproductiva para mujeres y para hombres. La incorporación en estos protocolos del enfoque intercultural y de pertinencia a diferentes grupos etarios, en general, será menos frecuente. Por ese motivo, es importante estimar el indicador desagregado por tipo de enfoque, aplicando las desagregaciones apropiadas a cada país.

De manera similar a lo que ocurre con el indicador D.2, este no mide ningún aspecto vinculado a la calidad de los servicios brindados a los diferentes grupos poblacionales. Tampoco evalúa si los protocolos actualizados están implementados de manera adecuada. Simplemente, el indicador D.4 informa respecto de la existencia de estos protocolos actualizados para los diferentes segmentos poblacionales.

**Fundamento:**

El indicador D.4 se entiende como un refinamiento del indicador D.2, pues solamente en los establecimientos que ofrecen servicios o intervenciones de salud sexual y salud reproductiva de manera integral corresponde conocer si estos servicios incorporan atención adecuada a los diferentes grupos poblacionales.

El cálculo del indicador pasa entonces, primeramente, por la estimación de la información necesaria para el cálculo del indicador D.2 y está basado en las mismas definiciones utilizadas en D.2. En segundo lugar, es necesario conocer en cada uno de los establecimientos correspondientes si los protocolos de atención médica incorporan los enfoques mencionados.

---

**Fuente:**

Registros administrativos de los servicios de salud, informes oficiales o encuestas especiales en el nivel administrativo, junto a los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

---

Indicador D.4 (conclusión)

---

**Desagregaciones:**

Ubicación geográfica (rural o urbana) y nivel de desagregación administrativa (privada o pública). Tanto la definición entre urbano y rural como entre administración pública y privada es establecida de acuerdo con los criterios propios de cada país. Por tipo de enfoque (género, intercultural o edad).

---

**Notas:**

**1. Definición de conceptos**

- **Guía (o similares) para la práctica médica/clínica**

Cualquier documento que contenga declaraciones desarrolladas sistemáticamente sobre intervenciones en salud pública, atención clínica y políticas públicas. Su objetivo es guiar las intervenciones de los actores claves (políticos, personal de salud y pacientes) al brindar información sobre la condición ideal de situaciones específicas de salud. Debe incluir diferentes opciones de intervenciones o medidas que tengan efectos sobre la salud y el uso de recursos (OMS, 2014 y 2002).

- **Protocolo (o similares) de atención médica**

Es un documento que describe los procedimientos médico-quirúrgicos para la atención de un cuadro clínico específico. Describe los mecanismos de implementación de la guía (OMS, 2014 y 2002).

- **Actualización**

Característica de los documentos cuando el contenido, para el tratamiento de determinadas situaciones clínicas, se elabora a partir de evidencia científica consensuada y vigente. Entre los métodos formales de revisión y actualización de contenido se encuentran la evidencia científica explícita a partir de bases de datos médicas digitalizadas y el consenso de expertos a partir de revisión bibliográfica no sistematizada. La recomendación de la buena práctica clínica es que los documentos deben ser explícitos en la periodicidad de la revisión y actualización (OMS, 2014 y 2002).

- **Sector salud**

Véase la definición en los metadatos del indicador D.2.

**Atención primaria de la salud**

Véase la definición en los metadatos del indicador D.2.

**Servicios de salud del primer nivel de atención**

Véase la definición en los metadatos del indicador D.2.

**Servicios de salud sexual y salud reproductiva integral**

Véase la definición en los metadatos del indicador D.2.

**2. Comentarios y limitaciones**

- i) El indicador no toma en consideración el volumen de la población que depende de estos establecimientos. Los países podrían generar indicadores per cápita utilizando los mismos datos para obtener un escenario más completo respecto del tema.
- ii) En una próxima etapa, o refinamiento, de este indicador debería incluir el monitoreo de la implementación adecuada de los protocolos actualizados.

**Bibliografía**

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2014), *Handbook for Guidelines Development* [en línea] <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js22083en/>.

\_\_\_\_\_ (2002), *Handbook for Good Clinical Research Practice (GCP): Guidance for implementation* [en línea] [https://www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/safety\\_efficacy/gcp1.pdf](https://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/safety_efficacy/gcp1.pdf).

---

## 4. Capítulo E

### Igualdad de género

**Indicadores en los que se trabajó:** E.10, E.11 y E.13.

**Indicadores en los que se logró acuerdo:** E.10.

**Indicadores en los que se lograron avances para seguir trabajando:** E.11 y E.13.

**Indicador E.10:** Propuesta de metadatos acordada, con la recomendación de seguir trabajando en el futuro en relación con la incorporación de la identidad de género en las políticas de educación, en particular, en el currículo, dentro de un proceso de avance.

**Indicadores E.11 y E.13:** Se realizó una revisión inicial de las dificultades actuales para generar los metadatos. Se requiere mayor discusión para acordar una definición de referencia para el concepto “enfoque de nuevas masculinidades”.

---

#### Indicador E.10

(indicador 59.1 de la *Guía operacional* con modificaciones)

**Incorporación de la igualdad de género dentro de los contenidos mínimos de los currículos de la enseñanza básica y secundaria, incluido el tema de la discriminación por razones de identidad de género y orientación sexual**

**Medida prioritaria del Consenso de Montevideo de referencia:** 59.

**Indicadores relacionados:** A.20 y B.8.

#### Definición:

Existencia de currículos de la enseñanza básica y secundaria<sup>a</sup> que incorporan la igualdad de género en sus contenidos mínimos, incluido explícitamente el tema de la discriminación por razones de identidad de género y orientación sexual.

#### Fuente:

Informes nacionales e información de los Ministerios de Educación y de los mecanismos nacionales para el adelanto de las mujeres.

#### Desagregaciones:

Enseñanza primaria/enseñanza secundaria; escuelas públicas/escuelas privadas<sup>b</sup>.

#### Notas:

El indicador 59.1 de la *Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo* (porcentaje de escuelas públicas y privadas que incorporan la igualdad de género en el currículo de la enseñanza básica) se refiere solo al ámbito de la enseñanza básica, mientras que en este instrumento se incluye además la enseñanza secundaria.

Este indicador tiene sus correlativos en diferentes instrumentos internacionales y regionales como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, el Consenso de Santo Domingo y el Consenso de Quito.

<sup>a</sup> Se entenderá que la enseñanza básica y la secundaria son equivalentes a los conceptos de educación primaria y secundaria, respectivamente.

<sup>b</sup> La desagregación según escuelas públicas o privadas corresponde en la medida en que sea relevante según el sistema educacional nacional.

---

## Indicador E.10 (conclusión)

La incorporación en los currículos debe tener lugar en el currículo formal, expresado en políticas de alcance nacional. Se entenderá que la igualdad de género está incluida si figura expresamente como un enfoque transversal, un objetivo trasversal, una competencia o una orientación pedagógica de manera que se cumpla con el sentido de integrarla significativamente en el sistema escolar.

La incorporación de la no discriminación y el respeto de los derechos de todas las personas debe incluir expresamente al menos la identidad de género u orientación sexual.

Para los efectos del indicador, se aclara que el concepto de igualdad o desigualdad de género incide en la naturaleza, el enfoque y los límites de la rendición de cuentas sobre la igualdad de género en la educación de acuerdo con lo señalado por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en el *Informe de seguimiento de la educación en el mundo 2017/8*<sup>11</sup>. En nivel más restringido y descriptivo, se enfoca en la participación en la educación y los resultados del aprendizaje. El siguiente nivel, más analítico, apunta a presentar y cuestionar las relaciones y los procesos vinculados con el ejercicio del poder que conducen a la desigualdad de género. El nivel más amplio se refiere a las aspiraciones normativas relacionadas con la justicia o la igualdad en la sociedad más allá de la educación misma. Se requiere que al menos se cubran los dos primeros niveles, como parte de un proceso incremental para llegar a un impacto más amplio.

Para las definiciones de discriminación por razón de género y orientación sexual, con miras a la adecuada medición de este indicador, se consideran las propuestas por los Principios de Yogyakarta<sup>12</sup>, que han sido recogidas por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos<sup>13</sup> y la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos<sup>14</sup>.

La orientación sexual es independiente del sexo biológico o de la identidad de género: se refiere a la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, de su mismo género o de más de un género, así como a la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con personas. Es un concepto complejo cuyas fórmulas cambian en el tiempo y difieren entre las distintas culturas.

La identidad de género es la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la experimenta profundamente, que podría corresponder o no al sexo asignado al momento del nacimiento, incluida la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de técnicas médicas, quirúrgicas o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluidos la vestimenta, el modo de hablar y los modales.

## 5. Capítulo F

### La migración internacional y la protección de los derechos humanos de todas las personas migrantes

**Indicadores en los que se trabajó:** F.5 y F.6.

**Indicadores en los que se lograron avances para seguir trabajando:** F.5 y F.6.

<sup>11</sup> Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), “Rendir cuentas en el ámbito de la educación: cumplir nuestros compromisos”, *Informe de seguimiento de la educación en el mundo*, París, 2017.

<sup>12</sup> Comisión Internacional de Juristas/Servicio Internacional para los Derechos Humanos (CIJ/ISHR), *Principios de Yogyakarta. Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*, 2007 [en línea] [http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles\\_sp.pdf](http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles_sp.pdf).

<sup>13</sup> Consejo Permanente de la Organización de los Estados Americanos, *Orientación sexual, identidad de género y expresión de género: algunos términos y estándares relevantes*, 2012 [en línea] [http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/CP-CAJP-INF\\_166-12\\_esp.pdf](http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/CP-CAJP-INF_166-12_esp.pdf).

<sup>14</sup> Véase [en línea] <https://acnudh.org/orientacion-sexual-e-identidad-de-genero-en-el-derecho-internacional-de-los-derechos-humanos/>.

**Indicador F.5:** Propuesta de metadatos que explorar acordada, con la recomendación de seguir trabajando respecto de la fuente de datos del indicador (por ejemplo, encuestas) y conocer el enfoque y el concepto de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), que sigue pendiente.

**Indicador F.6:** Se avanzó en una mayor precisión del metadato, reconociendo la pertinencia del indicador, así como su complejidad, que varía según la disponibilidad de información en cada país. Claramente se requiere más trabajo y discusión en una etapa posterior, con la recomendación, entre otras, de lograr una dedicación sistemática del sector público al acopio de la información y de tener en cuenta la distinción de la información sobre menores migrantes en general y sobre menores migrantes no acompañados.

---

### Indicador F.5

(indicador 69.1 de la *Guía operacional* con modificaciones)

**Porcentaje y número de beneficiarios directos adscritos al Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social en cada país de destino de la inmigración con relación al total de trabajadoras y trabajadores inmigrantes**

**Medidas prioritarias del Consenso de Montevideo de referencia:** 28 y 69.

**Indicadores relacionados:** C.2.

**Definición:**

En el caso del porcentaje, es el cociente entre: i) numerador: total de beneficiarios directos adscritos al Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social en el país de destino de la inmigración, y ii) denominador: total de trabajadoras y trabajadores inmigrantes en el país de destino. El resultado se multiplica por 100.

**Fuente:**

Los metadatos contenidos en informes de países deberían estar disponibles en el sitio de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social [en línea] <http://www.oiss.org/-Convenio-Multilateral-.html>, además de las instituciones nacionales competentes u organismos de enlace de cada Estado Parte.

**Desagregaciones:**

Las que se explicitan en el anexo IV del *Informe del Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible* (E/CN.3/2016/2/Rev.1), aprobado por la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas en su 47º período de sesiones (8 a 11 de marzo de 2016).

**Notas:**

Es necesario precisar mucho más el metadato, principalmente en el sentido de seguir trabajando respecto de la fuente de datos del indicador (por ejemplo, encuestas) y conocer el enfoque y el concepto de la OISS, que sigue pendiente.

Al respecto, la OISS deja en claro que en el Convenio se considera necesario erradicar la irregularidad migratoria, promoviendo que los trabajadores migrantes tengan acceso a protección social y derechos laborales y, en consecuencia, acceso a la portabilidad de pensiones. El Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social, suscrito por los 22 países miembros de la comunidad iberoamericana durante la XVII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, celebrada en noviembre de 2007 en Santiago, está ratificado por 11 países. El Convenio ha sido firmado por 15 países hasta 2018: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, España, Paraguay, Perú, Portugal, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de). Ha sido ratificado por el estamento correspondiente del país (parlamento nacional u órgano legislativo) y, por tanto, incorporado a la legislación interna por la Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Chile, el Ecuador, El Salvador, España, el Paraguay, Portugal, el Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de). Por otra parte, el Acuerdo de Aplicación del Convenio ha sido suscrito por Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Chile, el Ecuador, España, el Paraguay y el Uruguay, que son los países en los que ya tiene una aplicación efectiva.

---

## Indicador F.5 (conclusión)

El Convenio se propone lograr el desarrollo progresivo de sistemas de protección social universal mediante la portabilidad de los beneficios de la seguridad social de las personas migrantes, dando cobertura a los derechos adquiridos y en vías de adquisición por parte de los trabajadores migrantes y sus familias en la región iberoamericana. Siendo su principal propósito la conservación de los derechos sociales de los trabajadores migrantes iberoamericanos, los beneficios del Convenio se aplicarán a las prestaciones de invalidez, vejez, supervivencia, accidentes de trabajo y enfermedad.

**Bibliografía**

OISS (Organización Iberoamericana de Seguridad Social) (2011), “Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social”, *Boletín Informativo de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social*, N° 47.

**Indicador F.6**

(indicador 72.1 de la *Guía operacional*)

**Número de niños, niñas y adolescentes (y su incidencia relativa) migrantes no acompañados**

**Medidas prioritarias del Consenso de Montevideo de referencia:** 8, 9, 10 y 72.

**Indicadores relacionados:** B.3 y B.7.

**Definición:**

Número de niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados, entendido este concepto como todo menor de 18 años de edad extranjero que se encuentra separado de ambos padres y no está bajo el cuidado de ningún adulto que por ley o costumbre esté a su cargo (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)), así como aquellos que sean dejados solos tras su entrada a un país. En general se reconoce bajo la figura de menor extranjero no acompañado.

El cálculo de su incidencia relativa se hace sobre las poblaciones de nacionales del grupo etario del país de origen, por cada 100.000 menores de 18 años.

**Fuente:**

La información se refiere a emigrantes y se encuentra disponible en organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales especializados en temas de asilo y refugio (ACNUR, por ejemplo). Además, pueden consultarse registros migratorios, de refugiados, de policías y centros de acogida de sociedad civil.

**Desagregaciones:**

Las incluidas en el indicador y las que se explicitan en el anexo IV del *Informe del Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible* (E/CN.3/2016/2/Rev.1), aprobado por la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas en su 47° período de sesiones (8 a 11 de marzo de 2016).

**Notas:**

Este indicador debe elaborarse preliminarmente en cada país a fin de ir perfeccionándolo, en la perspectiva de hacerlo comparable a nivel regional. Esta aclaración es necesaria puesto que los países de la región no han consensuado protocolos de atención (como se reveló, por ejemplo, en la V Reunión sobre Migraciones de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC), Santiago, noviembre de 2016), si bien la Conferencia Regional sobre Migración o Proceso Puebla dispone de lineamientos elaborados en versiones sucesivas (véase [en línea] <http://www.crmsv.org/Publicaciones/Publicaciones.htm>). Varios países han accedido a los informes del Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos, e instituciones como el Instituto Nacional de Migración (INAMI) de México registran información. Debe computarse anualmente.

## Indicador F.6 (conclusión)

Es necesario precisar mucho más el metadato en cada país, principalmente por cuanto falta contar con la opinión de los países, apenas esbozada por dos representantes en este subgrupo. En especial, interesa conocer la visión de un número mayor de países, teniendo presente que en diferentes medios puede constatarse una creciente inquietud en toda la región por el problema al que se refiere el indicador, con matices y expresiones posiblemente diferentes, pero con miradas comunes de protección de la infancia. Además, este asunto no puede disociarse de los objetivos y actividades en relación con el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

En la perspectiva de avanzar en los metadatos, las encuestas tanto nacionales como regionales son potenciales fuentes en algunos países, así como los registros de organismos internacionales, en un momento en que se asiste a una compleja combinación de factores impulsores de la migración, que en algunos casos se expresan en una mixtura de movimientos organizados, espontáneos, forzados y masivos, a través de los cuales se busca cruzar territorios en busca de alivio, refugio o tránsito.

Por todo ello, existe la exigencia de una sistemática dedicación del sector público al acopio de la información, pues el registro sistemático debería constituir una fuente básica de los metadatos para la identificación de la información sobre menores migrantes en general y sobre menores migrantes no acompañados.

## 6. CAPÍTULO G

### Desigualdad territorial, movilidad espacial y vulnerabilidad

**Indicadores en los que se trabajó:** G.1 y G.7.

**Indicadores en los que se logró acuerdo:** G.1.

**Indicadores en los que se lograron avances para seguir trabajando:** G.7.

**Indicador G.1:** Propuesta de metadatos acordada, con la recomendación de seguir trabajando respecto de la fuente de datos del indicador.

**Indicador G.7:** Se avanzó en una mayor precisión del metadato. Se requiere más trabajo y discusión en una etapa posterior, con la recomendación, entre otras, de definir qué se entiende por cada uno de los enfoques (de derechos humanos, de género e intercultural) y establecer qué deben contener los planes de desarrollo urbano y territorial para considerar que estos instrumentos incluyen estos enfoques.

---

#### Indicador G.1

(indicador 80.4 de la *Guía operacional* con modificaciones)

**Porcentaje de gobiernos metropolitanos o de ciudades y gobiernos locales que cuentan con sistemas de información para la toma de decisiones sobre planificación y gestión territorial basados en el uso de nuevas tecnologías**

**Medidas prioritarias del Consenso de Montevideo de referencia:** 4, 5, 76, 80 y 90.

**Indicadores relacionados:** A.22 y H.14.

#### Definición:

Cociente entre: i) numerador: número de gobiernos locales (divisiones administrativas menores (DAME)) que cuentan con un sistema de información para la toma de decisiones sobre planificación y gestión territorial basado en el uso de nuevas tecnologías, y ii) denominador: número total de gobiernos locales (DAME). El resultado se multiplica por 100.

---

## Indicador G.1 (conclusión)

**Fuente:**

Registros continuos de ministerios de las áreas de urbanismo, ordenamiento territorial o planificación. Sin embargo, esta información comúnmente no está sistematizada a nivel nacional; por lo tanto, deberán revisarse los informes oficiales a nivel de DAME publicados en formato impreso o en línea. La recomendación es contar con una fuente única a nivel nacional que permita obtener esta información. Los institutos nacionales de estadística podrían entregar información al respecto; si publican información básica de los municipios, podrían informar cuántos de ellos utilizan sistemas de información geográfica (SIG) para la toma de decisiones sobre planificación y gestión territorial. Por ejemplo, en una publicación anual sobre temas asociados a los municipios, se puede hacer el esfuerzo de mantener la información que se necesita para el cálculo de este indicador.

**Desagregaciones:**

No corresponde.

**Notas:**

El cálculo del indicador implica contar con información que no siempre es fácil de obtener.

Se deben considerar las siguientes condiciones para que la información responda a lo que se requiere en el numerador:

1. Se entenderá por sistema de información aquel sistema de información geográfica que presente las siguientes características: i) los datos deben estar georreferenciados; ii) debe permitir generar mapas a diferentes escalas geográficas; iii) debe tabular información adecuada para análisis repetitivo, diagnóstico, diseño de políticas, programas o proyectos, toma de decisiones y monitoreo. Será suficiente que la conexión a Internet de este SIG esté activa al momento de la difusión de los datos (ya que no todos los gobiernos locales de la región cuentan necesariamente con acceso permanente a Internet, y esta condición no puede ser un obstáculo para la implementación de un SIG).
2. Visión operativa de nuevas tecnologías: se consideran nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones tanto el conjunto de herramientas relacionadas con la transmisión, procesamiento y almacenamiento digitalizado de información, como el conjunto de procesos y productos derivados de las nuevas herramientas (*hardware* y *software*).
3. El SIG permite: i) procesar datos de manera rápida y fiable: realizar cálculos, escribir y copiar textos, crear bases de datos, modificar imágenes; para ello existen programas especializados: hojas de cálculo, procesadores de textos, gestores de bases de datos, editores de gráficos; ii) automatizar tareas; iii) almacenar grandes cantidades de información; iv) establecer comunicaciones inmediatas, sincrónicas y asincrónicas; v) trabajar y aprender colaborativamente; vi) producir contenidos y publicarlos en la Web, y vii) participar en comunidades virtuales.
4. Dimensiones que debe contener el SIG para la toma de decisiones: se debe tener en cuenta la mayor desagregación territorial bajo la escala comunal o municipal y contar con la cartografía georreferenciada asociada para esto. i) Territorial: usos de suelo, normas de edificación, diseño urbano y arquitectura, zonificación para actividades productivas de tipo inofensivo; ii) Infraestructura y vialidad: vialidad comunal y áreas verdes, renovación urbana para barrios y viviendas, infraestructura de servicios básicos, de movilidad y espacios públicos, localización, trazado y estándar de diseño de la vialidad comunal (vías colectoras, locales y de servicio); iii) Sociodemográfica y socioeconómica: población (indicadores de estado de la población a partir de los censos y de la dinámica de la población), pobreza monetaria y multidimensional, perfil de empleo, principales áreas o zonas productivas o de promoción económica (barrios comerciales, turísticos o de producción local), localización de empresas o industrias. Se considera que estas dimensiones influyen directamente en el territorio y en las poblaciones y deben ser consideradas de manera importante en la toma de decisiones sobre las directrices de desarrollo y crecimiento para la armonización de los distintos instrumentos de gestión.



---

**Indicador G.7**

(indicador 81.1 de la *Guía operacional*)

---

**Porcentaje de planes de desarrollo urbano y territorial que han incorporado el enfoque de derechos, de género y de interculturalidad**

---

**Medidas prioritarias del Consenso de Montevideo de referencia:** 4, 5, 18, 19, 20, 50, 76, 81, 85, 88 y 96.

---

**Indicadores relacionados:** A.17, A.22, A.23, E.1, E.3, H.5 y H.8.

---

**Definición:**

Cociente entre: i) numerador: número de planes de desarrollo urbano y territorial que han incorporado el enfoque de derechos, de género y de interculturalidad, y ii) denominador: total de planes de desarrollo urbano y territorial. El resultado se multiplica por 100.

---

**Fuente:**

Registros del Ministerio de Urbanismo (o equivalente) de cada país.

---

**Desagregaciones:**

Por territorios y comunidades indígenas.

---

**Notas:**

Se requiere mayor elaboración de este metadato, para que sea más preciso. Se debe definir qué se entenderá por enfoque de derechos, de género y de interculturalidad y, posteriormente, se debe establecer qué deben contener los planes de desarrollo urbano y territorial para considerar que estos instrumentos incluyen cada uno de estos enfoques. Una opción es considerar ciertas palabras claves para identificar si están incluidos estos enfoques.

Por lo general, los ministerios cuentan con un registro de planes de desarrollo urbano y territorial aprobados y sus características. En algunos casos cuentan también con plataformas donde se registra el seguimiento, en las etapas de formulación o modificación, de todos los instrumentos de planificación territorial del país.

Véanse en el glosario del documento *Propuesta de indicadores y sus metadatos para el seguimiento regional del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (LC/CRPD.3/DDR/1)* las referencias a los enfoques de derechos, de género y de interculturalidad.

---

## 7. Capítulos H e I

### **Pueblos indígenas: interculturalidad y derechos/Afrodescendientes: derechos y combate al racismo y la discriminación racial**

**Indicadores en los que se trabajó:** H.6, I.3, H.11 e I.5.

**Indicadores en los que se logró acuerdo:** H.6 e I.3.

**Indicadores en los que se lograron avances para seguir trabajando:** H.11 e I.5.

**Indicadores H.6 e I.3:** Propuesta de metadatos acordada. Uno de los principales desafíos es poder identificar las partidas presupuestarias dirigidas a los pueblos indígenas o afrodescendientes que no estén explícitamente asignadas en las leyes de presupuesto; otro es la medición anual del indicador. Un desafío pendiente será determinar el monto ejecutado.

**Indicadores H.11 e I.5:** Propuesta de metadatos avanzada. Uno de los retos es que se incluya de forma sistemática la autoidentificación étnico-racial en los registros administrativos; otro es poner en marcha pilotos en algunos países de la región para probar la propuesta.

---

**Indicador H.6**

(indicador 86.1 de la *Guía operacional* con modificaciones)

---

**Porcentaje del gasto público destinado a acciones dirigidas a garantizar los derechos de los pueblos indígenas (y ejecutado), por sectores**

---

**Medidas prioritarias del Consenso de Montevideo de referencia:** 1, 2, 85 y 86.

---

**Indicadores relacionados:** A.7.

---

**Definición:**

Cociente entre i) numerador: gasto público destinado a acciones dirigidas a garantizar los derechos de los pueblos indígenas (y ejecutado), y ii) denominador: gasto público total. El resultado se multiplica por 100.

Para la medición del indicador se considerará la totalidad del presupuesto público dirigido a políticas y programas indígenas, según lo siguiente:

1. El presupuesto anual asignado a la institucionalidad a cargo de los pueblos indígenas, incluidas todas aquellas instituciones del Estado que se ocupan específicamente de asuntos de pueblos indígenas.
2. El presupuesto anual asignado a políticas y programas explícitamente destinados a los pueblos indígenas incluidos en las leyes de presupuesto.
3. El presupuesto anual asignado a programas dirigidos a los pueblos indígenas que no se incluyan explícitamente en las leyes de presupuesto y cuyos fondos estén incluidos en las partidas presupuestarias de los respectivos ministerios.

Además de las instancias a cargo de asuntos indígenas, se indagará en al menos las siguientes instancias gubernamentales:

- Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural (o equivalente)
- Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible (o equivalente)
- Ministerio de Minería (o equivalente)
- Ministerio de Desarrollo Social (o equivalente)
- Ministerio de Justicia (o equivalente)
- Ministerio de Salud (o equivalente)
- Ministerio de Educación (o equivalente)
- Ministerio de Trabajo (o equivalente)
- Ministerio de Vivienda y Urbanismo (o equivalente)
- Ministerio de la Mujer (o equivalente)
- Ministerio de Cultura (o equivalente)

El cálculo del indicador excluye los subsidios a la pobreza captados por personas indígenas, puesto que acceden a ellos en cuanto individuos pobres y no en cuanto titulares de derechos indígenas. Asimismo, excluye la inversión pública sectorial ejecutada en municipios de concentración indígena, a menos que existan en las leyes de presupuesto apartados explícitos para estos municipios, es decir, que se establezca claramente una discriminación positiva hacia áreas indígenas.

---

**Fuente:**

Ministerio de Economía y Hacienda o equivalente (o ministerio pertinente), en coordinación con la institucionalidad a cargo de la implementación del Consenso de Montevideo y la institucionalidad a cargo de los asuntos de pueblos indígenas. Se reportará en los informes nacionales y las encuestas periódicas sobre cumplimiento del Consenso de Montevideo.

---

**Desagregación:**

Por los sectores asociados a las instancias gubernamentales establecidas en la definición del indicador. Asimismo, es deseable que se identifique si la partida presupuestaria se asigna a determinados pueblos o comunidades indígenas.

---

Indicador H.6 (conclusión)

**Notas:**

El UNFPA ha facilitado su metodología para la estimación del gasto público en juventud con el fin de evaluar su adaptación al caso indígena. Si bien ello sería posible, resulta complejo y costoso obtener mediciones periódicas del indicador de esta forma, aunque no se descarta realizar una prueba piloto.

En un principio, se propone medir el indicador según el presupuesto asignado a nivel nacional, y en una segunda fase, según el presupuesto ejecutado.

Se propone una medición anual, a partir de 2013.

Se recomienda realizar una prueba piloto en algunos países de la región para evaluar y ajustar la metodología.

**Indicador I.3**

**Porcentaje del gasto público destinado a acciones dirigidas a garantizar los derechos de la población afrodescendiente (y ejecutado), por sectores, y porcentaje asignado a la institucionalidad rectora de asuntos afrodescendientes**

**Medidas prioritarias del Consenso de Montevideo de referencia:** 1, 2, 92, 93 y 96.

**Indicadores relacionados:** A.7 e I.2.

**Definición:**

En el caso del porcentaje del gasto público destinado a acciones dirigidas a garantizar los derechos de la población afrodescendiente, es el cociente entre: i) numerador: gasto público destinado a acciones dirigidas a garantizar los derechos de la población afrodescendiente (y ejecutado), y ii) denominador: gasto público total. El resultado se multiplica por 100.

En el caso del porcentaje asignado a la institucionalidad rectora de asuntos afrodescendientes, es el cociente entre: i) numerador: gasto público asignado a la institucionalidad rectora de asuntos afrodescendientes (y ejecutado), y ii) denominador: gasto público total. El resultado se multiplica por 100.

Para la medición del indicador se considerará la totalidad del presupuesto público dirigido a políticas y programas afrodescendientes, según lo siguiente:

- i) El presupuesto anual asignado a la institucionalidad a cargo de asuntos afrodescendientes, incluidas todas aquellas instituciones del Estado que se ocupan específicamente de estos asuntos.
- ii) El presupuesto anual asignado a políticas y programas explícitamente destinados a la población afrodescendiente incluidos en las leyes de presupuesto.
- iii) El presupuesto anual asignado a programas dirigidos a la población afrodescendiente que no se incluyan explícitamente en las leyes de presupuesto y cuyos fondos estén incluidos en las partidas presupuestarias de los respectivos ministerios.

Además de las instancias a cargo de asuntos afrodescendientes, se indagará en al menos las siguientes instancias gubernamentales:

- Ministerio de Desarrollo Social (o equivalente)
- Ministerio de Justicia (o equivalente)
- Ministerio de Salud (o equivalente)
- Ministerio de Educación (o equivalente)
- Ministerio de Trabajo (o equivalente)
- Ministerio de Vivienda y Urbanismo (o equivalente)
- Ministerio de la Mujer (o equivalente)
- Ministerio de Cultura (o equivalente)
- Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural (o equivalente)
- Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible (o equivalente)
- Ministerio de Minería (o equivalente)

## Indicador I.3 (conclusión)

El cálculo del indicador excluye los subsidios a la pobreza captados por personas afrodescendientes, puesto que acceden a ellos en cuanto individuos pobres y no en cuanto titulares de derechos afrodescendientes. Asimismo, excluye la inversión pública sectorial ejecutada en municipios de concentración afrodescendiente, a menos que existan en las leyes de presupuesto apartados explícitos para estos municipios, es decir, que se establezca claramente una discriminación positiva hacia áreas afrodescendientes.

**Fuente:**

Ministerio de Economía y Hacienda o equivalente (o ministerio pertinente), en coordinación con la institucionalidad a cargo de la implementación del Consenso de Montevideo y la institucionalidad a cargo de los asuntos afrodescendientes. Se reportará en los informes nacionales y las encuestas periódicas sobre cumplimiento del Consenso de Montevideo.

**Desagregación:**

Por los sectores asociados a las instancias gubernamentales establecidas en la definición del indicador. Asimismo, es deseable que se identifique si la partida presupuestaria se asigna a determinadas comunidades afrodescendientes.

**Notas:**

El UNFPA ha facilitado su metodología para la estimación del gasto público en juventud con el fin de evaluar su adaptación al caso afrodescendiente. Si bien ello sería posible, resulta complejo y costoso obtener mediciones periódicas del indicador de esta forma, aunque no se descarta realizar una prueba piloto.

En un principio, se propone medir el indicador según el presupuesto asignado a nivel nacional, y en una segunda fase, según el presupuesto ejecutado.

Se propone una medición anual, a partir de 2013.

Se recomienda realizar una prueba piloto en algunos países de la región para evaluar y ajustar la metodología.

---

**Indicador H.11**

**Porcentaje de fuentes de datos pertinentes que incluyen la autoidentificación indígena, considerando censos, encuestas y registros administrativos de los diferentes sectores**

**Medidas prioritarias del Consenso de Montevideo de referencia:** 4, 85 y 90.

**Indicadores relacionados:** A.25, H.12, H.13 y H.14.

**Definición:**

Cociente entre: i) numerador: número de fuentes de datos del sistema estadístico nacional que incluyen la identificación indígena, y ii) denominador: número total de fuentes de datos del sistema estadístico nacional. El resultado se multiplica por 100.

Para su medición se considerarán cuatro subgrupos de fuentes de datos, en cada uno de los cuales se calculará el indicador (es decir, el porcentaje de fuentes que incluyen la autoidentificación en cada subgrupo). Los subgrupos de fuentes son:

- i) Censos de población y vivienda y censos agropecuarios.
  - ii) Encuestas a hogares, incluidas las encuestas sobre condiciones de vida y afines, de demografía y salud, de juventud, de personas mayores o del uso del tiempo, entre otras encuestas oficiales que se realicen en el país.
  - iii) Registro de hechos vitales: nacimientos, defunciones, matrimonios y divorcios.
  - iv) Registros administrativos que alimenten los sistemas de información sectoriales en materia de salud, educación, vivienda, trabajo, desarrollo rural y tierras, medio ambiente y justicia.
-

Indicador H.11 (continuación)

---

**Fuente:**

Institutos nacionales de estadística y unidades de estadística de los ministerios sectoriales (salud, educación y vivienda, entre otros).

---

**Desagregación:**

Fuentes de datos u operaciones estadísticas concretas, según la definición.

---

**Notas:**

Este indicador es fundamental, puesto que sigue el espíritu de la meta 17.18 de los ODS en cuanto a disponer, en 2020, de datos desagregados por etnicidad y raza, oportunos y de calidad. Existe consenso internacional en que para determinar quién es indígena en las fuentes de datos estadísticos debe utilizarse el criterio de autoidentificación, estableciendo las categorías que tienen sentido para los pueblos indígenas, incluidas las distintas formas de autodenominarse. El criterio de autoidentificación es coherente con el estándar de los derechos de los pueblos indígenas, aun cuando se entiende que en determinadas situaciones la identificación no pueda realizarla la propia persona (por ejemplo, en el caso del registro de defunciones). Otros elementos de la identidad indígena, tal como el idioma o la territorialidad, también son importantes para caracterizar a los pueblos indígenas —pero no para cuantificarlos—, por lo tanto, es importante evaluar la factibilidad de incluir variables al respecto en cada fuente de datos<sup>15</sup>.

En el *Primer informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*<sup>16</sup>, se realizó una sistematización y aproximación para la medición de este indicador cuyas fuentes y criterios fueron los siguientes:

- i) Se seleccionaron como fuentes los dos últimos censos, el último censo agropecuario, encuestas de demografía y salud (de alrededor de 2010 y la última disponible), encuestas de hogares (empleo, ingresos y afines, de alrededor de 2010 y la última disponible), el registro de nacimientos y el registro de defunciones.
- ii) Para el cálculo del porcentaje, se asignó 1 o 0 a cada fuente, se realizó la suma y se dividió por el número total de fuentes (en este caso, 6). En los censos de población y encuestas, aunque la autoidentificación estuviese incluida en más de un relevamiento, contabilizó como 1.

Los resultados obtenidos permitieron constatar la heterogeneidad entre países, con un rango que iba de un 16,7% de fuentes con autoidentificación indígena en la Argentina al 100% en Colombia.

Si bien lo anterior fue un primer avance, es preciso ampliar las fuentes de datos que se consideran en la medición del indicador, así como su forma de cálculo, examinando la inclusión de la autoidentificación a partir del año 2013 (año de aprobación del Consenso de Montevideo), excepto en el caso de los censos, contabilizados a partir de la ronda de 2010.

Se recomienda realizar una prueba piloto en algunos países de la región a fin de definir con mayor precisión los registros continuos en los que se indagará (privilegiando aquellos que constituyan la fuente primaria de información para indicadores del Consenso de Montevideo) y garantizar la participación de los pueblos indígenas en este proceso.

Resta por definir si se calculará un índice sintético, por ejemplo, estableciendo ponderaciones a partir de los cuatro subgrupos de fuentes planteados en la definición. En este sentido, la prueba piloto no solo permitiría ajustar el listado de fuentes, sino también definir la metodología para el cálculo de un indicador sintético.

---

<sup>15</sup> F. Del Popolo y S. Schkolnik, “Pueblos indígenas y afrodescendientes en los censos de población y vivienda de América Latina: avances y desafíos en el derecho a la información”, *Notas de Población*, N° 97 (LC/G.2598-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2013 y CEPAL, “Censos 2010 y la inclusión del enfoque étnico: hacia una construcción participativa con pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina”, *serie Seminarios y Conferencias*, N° 57 (LC/L.3095-P), Santiago, 2009.

<sup>16</sup> CEPAL, *Primer informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo* (LC/CRPD.3/6), Santiago, 2019.

Indicador H.11 (conclusión)

Por otra parte, se recomienda sistematizar las preguntas de autoidentificación utilizadas en cada fuente de datos, puesto que no siempre son comparables. Además, en el caso de los censos y las encuestas, se debería disponer de los resultados sobre la magnitud (total y relativa) de la población indígena. También es preciso evaluar la calidad de las respuestas de identificación indígena en cada fuente de datos, transparentar los procesos de inclusión de la autoidentificación y promover la difusión de resultados desagregados. En este sentido, se recomienda definir algunos indicadores complementarios sobre la calidad de la información referida a la autoidentificación indígena.

### Indicador I.5

**Porcentaje de fuentes de datos pertinentes que incluyen la autoidentificación afrodescendiente, considerando censos, encuestas y registros administrativos de los diferentes sectores**

**Medidas prioritarias del Consenso de Montevideo de referencia:** 4, 92, 94 y 98.

**Indicadores relacionados:** A.25, I.6 e I.7.

#### Definición:

Cociente entre: i) numerador: número de fuentes de datos del sistema estadístico nacional que incluyen la identificación afrodescendiente, y ii) denominador: número total de fuentes de datos del sistema estadístico nacional. El resultado se multiplica por 100.

Para su medición se considerarán cuatro subgrupos de fuentes de datos, en cada uno de los cuales se calculará el indicador (es decir, el porcentaje de fuentes que incluyen la autoidentificación en cada subgrupo). Los subgrupos de fuentes son:

- i) Censos de población y vivienda y censos agropecuarios.
- ii) Encuestas a hogares, incluidas las encuestas sobre condiciones de vida y afines, de demografía y salud, de juventud, de personas mayores o del uso del tiempo, entre otras encuestas oficiales que se realicen en el país.
- iii) Registro de hechos vitales: nacimientos, defunciones, matrimonios y divorcios.
- iv) Registros administrativos que alimenten los sistemas de información sectoriales en materia de salud, educación, vivienda, trabajo, desarrollo rural y tierras, medio ambiente y justicia.

#### Fuente:

Institutos nacionales de estadística y unidades de estadística de los ministerios sectoriales (salud, educación y vivienda, entre otros).

#### Desagregación:

Fuentes de datos u operaciones estadísticas concretas, según la definición.

#### Notas:

Este indicador es fundamental, puesto que sigue el espíritu de la meta 17.18 de los ODS en cuanto a disponer, en 2020, de datos desagregados por etnicidad y raza, oportunos y de calidad. Existe consenso internacional en que para determinar quién es afrodescendiente en las fuentes de datos estadísticos debe utilizarse el criterio de autoidentificación, estableciendo las categorías que tienen sentido para las personas y comunidades afrodescendientes, incluidas las distintas formas de autodenominarse, sean estas categorías raciales o étnicas<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> F. Del Popolo y S. Schkolnik, “Pueblos indígenas y afrodescendientes en los censos de población y vivienda de América Latina: avances y desafíos en el derecho a la información”, *Notas de Población*, N° 97 (LC/G.2598-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2013 y CEPAL, “Censos 2010 y la inclusión del enfoque étnico: hacia una construcción participativa con pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina”, *serie Seminarios y Conferencias*, N° 57 (LC/L.3095-P), Santiago, 2009.

## Indicador I.5 (conclusión)

---

El criterio de autoidentificación es coherente con el estándar de los derechos de los afrodescendientes, aun cuando se entiende que en determinadas situaciones la identificación no pueda realizarla la propia persona (por ejemplo, en el caso del registro de defunciones).

En el *Primer informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*<sup>18</sup>, se realizó una sistematización y aproximación para la medición de este indicador, cuyas fuentes y criterios fueron los siguientes:

- i) Se seleccionaron como fuentes los dos últimos censos, el último censo agropecuario, encuestas de demografía y salud (de alrededor de 2010 y la última disponible), encuestas de hogares (empleo, ingresos y afines, de alrededor de 2010 y la última disponible), el registro de nacimientos y el registro de defunciones.
- ii) Para el cálculo del porcentaje, se asignó 1 o 0 a cada fuente, se realizó la suma y se dividió por el número total de fuentes (en este caso, 6). En los censos de población y encuestas, aunque la autoidentificación estuviese incluida en más de un relevamiento, contabilizó como 1.

Los resultados permitieron constatar la heterogeneidad entre países, con un rango que iba del 0% de fuentes con autoidentificación afrodescendiente en Chile al 100% en Colombia.

Si bien lo anterior fue un primer avance, es preciso ampliar las fuentes de datos que se consideran en la medición del indicador, así como su forma de cálculo, examinando la inclusión de la autoidentificación a partir del año 2013 (año de aprobación del Consenso de Montevideo), excepto en el caso de los censos, contabilizados a partir de la ronda de 2010.

Se recomienda realizar una prueba piloto en algunos países de la región a fin de definir con mayor precisión los registros continuos en los que se indagará (privilegiando aquellos que constituyan la fuente primaria de información para indicadores del Consenso de Montevideo) y garantizar la participación de las poblaciones afrodescendientes en este proceso.

Resta por definir si se calculará un índice sintético, por ejemplo, estableciendo ponderaciones a partir de los cuatro subgrupos de fuentes planteados en la definición. En este sentido, la prueba piloto no solo permitiría ajustar el listado de fuentes, sino también definir la metodología para el cálculo de un indicador sintético.

Por otra parte, se recomienda sistematizar las preguntas de autoidentificación utilizadas en cada fuente de datos, puesto que no siempre son comparables. Además, en el caso de los censos y las encuestas, se debería disponer de los resultados sobre la magnitud (total y relativa) de la población afrodescendiente. También es preciso evaluar la calidad de las respuestas de identificación afrodescendiente en cada fuente de datos, transparentar los procesos de inclusión de la autoidentificación y promover la difusión de resultados desagregados. En este sentido, se recomienda definir algunos indicadores complementarios sobre la calidad de la información referida a la autoidentificación afrodescendiente.

---

#### **D. REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO SOBRE INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO REGIONAL DEL CONSENSO DE MONTEVIDEO SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO (PANAMÁ, 22 Y 23 DE JULIO DE 2019)**

La Reunión, convocada por la Presidencia de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo y la coordinación del Grupo de Trabajo y coorganizada por la CEPAL y el UNFPA tuvo lugar en las instalaciones del Wyndham Hotel de la ciudad de Panamá. Participaron representantes de los Gobiernos de Chile (Instituto Nacional de la Juventud), Costa Rica (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica), Cuba (Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI)), México (Consejo Nacional de Población (CONAPO)), el Paraguay (Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC)), el

---

<sup>18</sup> CEPAL, *Primer informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo* (LC/CRPD.3/6), Santiago, 2019.

Perú (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables) y el Uruguay (Ministerio de Desarrollo Social); de instituciones académicas, como la Universidad Federal de Sergipe (Brasil) y la Universidad Mayor de San Simón, en Cochabamba (Estado Plurinacional de Bolivia), y de organizaciones de la sociedad civil (Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) y Asociación Latinoamericana de Población (ALAP)), además de funcionarios de la CEPAL y del UNFPA.

Antes de iniciar las actividades programadas, los participantes realizaron un breve homenaje a la memoria de Carlos Echarri Cánovas, Secretario General del Consejo Nacional de Población (CONAPO) de México, quien lamentablemente había fallecido días antes de la Reunión.

La Reunión se estructuró en cuatro sesiones. En la primera se abordaron los logros alcanzados por los subgrupos de trabajo en relación con la elaboración de los metadatos de los indicadores seleccionados. Para ello, un representante de cada subgrupo presentó el informe de resultados, que incluyó el estado de avance de los metadatos, un recuento sintético de las principales discusiones y acuerdos alcanzados y conclusiones sobre la experiencia. A continuación de cada presentación se abrió un espacio de preguntas y debate. En la segunda sesión los participantes hicieron un balance de los resultados alcanzados por el Grupo de Trabajo, reflexionando sobre las buenas prácticas y lecciones aprendidas durante el período de actividades iniciado en el mes de mayo y que concluía en dicha Reunión. En la tercera sesión, que tuvo lugar en la mañana del 23 de julio, la representante del CONAPO adelantó una propuesta de informe del Grupo de Trabajo, con vistas a su consideración por la Cuarta Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, que tendría lugar en la sede de la CEPAL los días 9 y 10 de octubre de 2019, que contó con el beneplácito de los participantes.

En cuanto a los temas planteados por los subgrupos en el transcurso de las sesiones, se destacó la importancia de las fuentes de datos, especialmente de su fortalecimiento, y la necesidad de que los indicadores mantuvieran los niveles de desagregación acordados en la meta 17.18 de los ODS, de hacer explícito el establecimiento del año base y la periodicidad, y de profundizar en la calidad de los indicadores. Se ratificó, asimismo, el criterio de tomar como referencia las definiciones y conceptos derivados de los organismos especializados y que serán retomados en el marco de la definición de los metadatos de los indicadores de los ODS, como las definiciones de enfoque de derechos, primer nivel de atención, educación básica, enfoque de género o interculturalidad, entre otras. Otro tema relevante fue la necesidad de acordar la periodicidad para la presentación de los informes nacionales sobre la implementación del Consenso de Montevideo y su vinculación con la plataforma virtual para su seguimiento, en cuyo desarrollo estaba trabajando la Secretaría Técnica.

Entre las lecciones aprendidas se señaló que los tiempos habían sido muy ajustados, con la consiguiente limitación para madurar ideas, acordar otras reuniones y consultar información. También se puso de relieve el desafío que habían supuesto algunos indicadores debido a deficiencias o ambigüedades en su definición que hubo que subsanar mediante el desarrollo de los propios metadatos. Se destacó el enorme reto que implicaba para los países calcular algunos de los indicadores dada la magnitud de la tarea y la marcada escasez de recursos, y se señaló que, si bien existía una gran voluntad de los organismos gubernamentales para hacerlo, se requerían recursos adicionales. En este contexto, se remarcó la importancia de medir bien lo que fuera factible medir. En el caso de aquellos indicadores que aún no fuera posible medir, se señaló que toda información adicional que hubiese disponible (por ejemplo, mediante la elaboración de indicadores indirectos o *proxy*) sería valiosa.



Además, se resaltó la necesidad de que los puntos focales, a través de sus instituciones y a nivel de los institutos y oficinas nacionales de estadística, abogaran por la ampliación y mejora de las fuentes de datos, y que la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo hiciese lo propio en el ámbito de la Conferencia Estadística de las Américas. En el mismo sentido, se puso de relieve la importancia de divulgar la información entre la sociedad civil, apelando a su alto nivel de incidencia en los países.

Por último, y antes del cierre de la Reunión, la Secretaría Técnica y el UNFPA se refirieron a los próximos pasos del Grupo de Trabajo. Entre otros aspectos, se señaló que los indicadores formaban parte de los mecanismos de seguimiento regional del Consenso de Montevideo y que la continuidad del Grupo, su modalidad de trabajo y su funcionamiento serían definidos por la Mesa Directiva de la Conferencia en su próxima Reunión. Finalmente, se resaltó el alto compromiso, interés y entusiasmo demostrado por los subgrupos y se recomendó difundir los resultados del Grupo de Trabajo entre los distintos ministerios, instituciones y organizaciones académicas y de la sociedad civil de cada país a fin de posicionar los indicadores entre estos actores y facilitar la obtención de los insumos necesarios para calcularlos, siempre teniendo en cuenta la heterogeneidad de la región.

## E. CONCLUSIONES

Como resultado del trabajo de los subgrupos temáticos, quedaron 10 indicadores con sus metadatos acordados y 12 con metadatos en que se lograron avances, tal como se resume en el siguiente cuadro:

<b>Indicadores en los que trabajaron los subgrupos</b>	<b>22</b>
Con metadatos en los que se logró acuerdo	10
Con metadatos en que se lograron avances	12

La convocatoria fue desigual en cuanto al número de participantes de cada subgrupo, como reflejo de que algunos temas concitaron mayor interés y atención que otros, lo que no es de extrañar teniendo en cuenta la amplitud y complejidad del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo y sus diferentes capítulos temáticos.

Los países que participaron en las actividades de los subgrupos fueron Chile, Cuba, México, el Paraguay, el Perú, Suriname, el Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de). Costa Rica participó en la reunión del Grupo de Trabajo en Panamá.

En este contexto, se trató de una experiencia que se mostró fructífera, tanto desde el punto de vista de la modalidad de trabajo como de los avances que se lograron en la revisión y afinación de los metadatos de los indicadores en que se trabajó.

En lo que refiere al primer aspecto, el metodológico, el trabajo realizado permite destacar un procedimiento que se ha mostrado eficaz en términos de los resultados alcanzados y eficiente en términos de un mejor aprovechamiento del tiempo y de los esfuerzos individuales en la tarea colectiva. La metodología adoptada coadyuvó a la interacción entre técnicos de diferentes ámbitos (gubernamental, académico, de la sociedad civil y de organismos internacionales), lo que permitió tener una mirada plural respecto de los temas abordados por cada subgrupo. En este sentido, en la reunión de Panamá se manifestó que la metodología había sido muy buena pero perfectible, y que era importante seguir trabajando con esa modalidad.

En relación con el segundo aspecto, los avances han sido importantes y ello se ha visto reflejado, concretamente, en el avance en relación con los metadatos de 22 indicadores. Incluso en el caso de los metadatos que requieren un trabajo posterior, se ha delineado el camino por donde continuar las tareas en etapas futuras.

En cuanto a la convocatoria, teniendo en cuenta que se trata de discusiones de carácter técnico, esta ha sido satisfactoria en términos de la pluralidad de sectores, porque ha logrado concitar el esfuerzo de países, la sociedad civil, el sector académico y organismos del sistema de las Naciones Unidas. En este contexto, el clima de trabajo en el ámbito de los subgrupos ha sido muy positivo y de mucho compromiso durante toda la experiencia, que no solo incluyó las reuniones virtuales sino también el intercambio por correo electrónico de insumos de trabajo, actas de las reuniones, opiniones, reacciones y sugerencias.

Un desafío en el que trabajar en próximas etapas se relaciona con la representatividad y participación efectiva de los países en los subgrupos ya que, por cuanto la convocatoria fue dirigida a todos los puntos focales de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo, el número de países participantes podría haber sido más amplio. En el mismo sentido, también se observó algún grado de dificultad para poder sostener la participación a lo largo de las reuniones por parte de algunos países. Claramente, es necesario aumentar la participación de los Gobiernos en las actividades del Grupo de Trabajo, bregar por que se apropien de los indicadores para el seguimiento del Consenso de Montevideo y lograr la participación e involucramiento de las instituciones nacionales que generan datos e informan sobre indicadores. También resulta clave la articulación intersectorial e interinstitucional en esta tarea.

El uso de archivos de edición colectiva fue un recurso muy útil en algunos subgrupos. En relación con el componente tecnológico, tanto la comunicación vía Webex como el uso de Skype y Zoom favorecieron la discusión entre los miembros de los subgrupos. Hubo, sin embargo, dificultades de conexión que impidieron la comunicación, incluso por audio.

En síntesis, puede afirmarse que las discusiones y los aportes fueron muy productivos y contribuyeron, sin duda, al avance de la propuesta de metadatos. Junto con su entusiasmo por los desafíos acometidos, las personas participantes mostraron flexibilidad para adaptarse a este escenario exigente en términos de los resultados esperados y de la estrechez del tiempo disponible para alcanzarlos. La reunión de Panamá sirvió para consolidar el trabajo realizado, compartir y responder inquietudes, cerrar la etapa de trabajo que se había propuesto para el presente año y terminar de ajustar el informe del Grupo de Trabajo.

Algunos subgrupos reconocieron el carácter aún incipiente de las definiciones de algunos metadatos y concluyeron que, probablemente, todavía era necesario realizar ajustes en algunas de esas definiciones. Asimismo, señalaron la necesidad de una mayor sinergia con otros indicadores a fin de posibilitar una propuesta amplia de obtención de los datos necesarios para la estimación de dichos indicadores, en ámbitos tales como, por ejemplo, las responsabilidades institucionales, los presupuestos, la periodicidad y otros aspectos vinculados a la producción de datos. Asimismo, en algunos casos se señaló la importancia de diseñar e implementar pruebas piloto en algunos países de la región, para evaluar las propuestas metodológicas desarrolladas y poder así identificar la necesidad de eventuales ajustes.

Por último, como reflexión sobre el trabajo futuro, debe señalarse que los indicadores con metadatos pendientes son complejos de medir en la práctica y que, incluso en el caso de aquellos en los que es posible llegar a metadatos satisfactorios y claros (que en teoría posibilitarían la medición del indicador en todos los países de manera comparable), se requerirá aún de un arduo trabajo de discusión técnica y de construcción de acuerdos. En este sentido, también se recomendó continuar la revisión de los indicadores buscando establecer sinergias entre ellos dentro de cada capítulo y entre capítulos, así como la estandarización de conceptos. La alineación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible —y con otros instrumentos multilaterales de protección de derechos— es una tarea que debe seguir profundizándose.