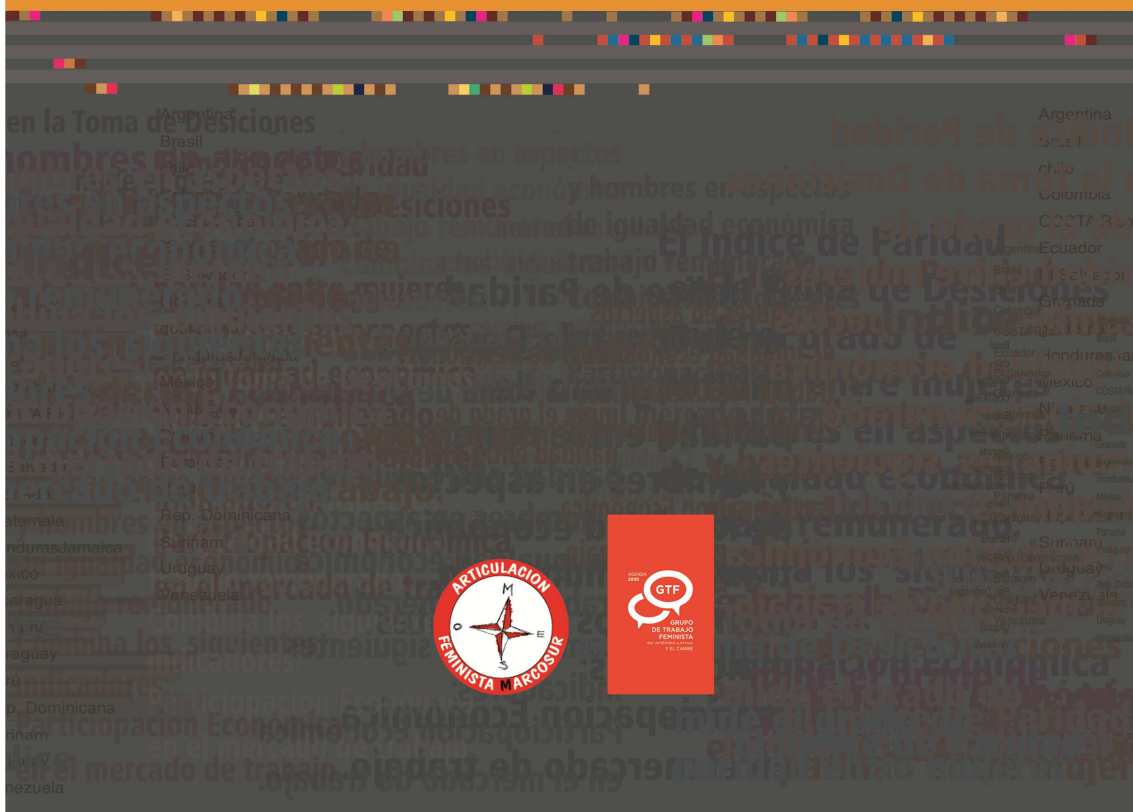


ISOMontevideo: una herramienta para el seguimiento del Consenso de Montevideo (2013)

«Desde 1994 han pasado mas de 20 años. Se sabe cuáles son los problemas y se sabe cuáles son las soluciones.

Hay crecimiento económico, hay estabilidad de los procesos electorales y se tiene la legitimidad y los recursos necesarios para acabar con la desigualdad. No hay excusas para no hacerlo.»

Articulación de Organizaciones de la Sociedad
Civil de América Latina y El Caribe



ISOMONTEVIDEO: UNA HERRAMIENTA PARA EL SEGUIMIENTO DEL CONSENSO DE MONTEVIDEO.

1.- El Consenso de Montevideo que emerge de la I Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe es un documento significativo para las mujeres de la región. En él se señala que “la integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y respeto de los derechos humanos” es el marco general que debe guiar la profundización de las políticas públicas y acciones necesarias para erradicar la pobreza, la exclusión y desigualdad.

Con ese espíritu fueron acordadas más de 120 medidas sobre ocho temas identificados como prioritarios para dar seguimiento al Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de las Naciones Unidas, realizada en El Cairo en 1994.

En el primer tema prioritario, *derechos, necesidades y demandas de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes*, los países acordaron garantizar las oportunidades para tener una vida libre de pobreza y de violencia, sin ningún tipo de discriminación; invertir más en juventud, particularmente en la educación pública; implementar programas de salud sexual y reproductiva integrales y dar prioridad a la prevención del embarazo en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro, entre otras muchas medidas.

En el segundo tema, *envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos*, se pactó la formulación de políticas con enfoque de género que aseguren un envejecimiento de calidad, incorporar a las personas mayores como foco prioritario de los programas públicos y ampliar los sistemas de protección y seguridad social.

El tercero, que refiere al *acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva* establece promover políticas que aseguren que las personas puedan ejercer sus derechos sexuales y tomar decisiones sobre su orientación sexual, sin coerción, discriminación ni violencia. Los países se comprometen a revisar las legislaciones, normas y prácticas que restringen el acceso a los servicios de salud reproductiva, y garantizar su acceso universal; asimismo acordaron asegurar la existencia de servicios seguros y de calidad de aborto para las mujeres que cursan embarazos no deseados en los casos en que el aborto es legal, e instar a los Estados a avanzar en la modificación de leyes y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes.

En el cuarto tema prioritario, sobre *igualdad de género*, el Consenso establece entre otras medidas cumplir con el compromiso de incrementar los espacios de participación igualitaria de las mujeres en la formulación de las políticas en todos los ámbitos del poder público, hacer efectivas las acciones preventivas que contribuyan a la erradicación de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, y garantizar la corresponsabilidad del Estado, el sector privado, la

comunidad, las familias, las mujeres y hombres en el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, integrándolo en los sistemas de protección social.

En el tema relativo a *la migración internacional y la protección de los derechos de todas las personas migrantes*, se acordó garantizar la plena inclusión en las agendas y estrategias mundiales, regionales y nacionales para el desarrollo post-2015, brindar asistencia y protección a las personas migrantes, respetando cabalmente sus derechos, y promover la suscripción de convenios bilaterales y multilaterales de seguridad social que incluyan a los trabajadores migrantes.

En el sexto punto se hace referencia a *la desigualdad territorial, movilidad espacial y vulnerabilidad ambiental*, donde se acuerda construir territorios más articulados y cohesionados, mediante el diseño y ejecución de planes de gestión urbana centrada en las personas, y planificar el desarrollo territorial con perspectiva de derechos humanos y de género.

En el séptimo tema - *pueblos indígenas, interculturalidad y derechos*- se acordó respetar las disposiciones de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, así como las del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), exhortando a los países a ratificarlo. Se insta a garantizar los derechos territoriales de los pueblos indígenas y a prestar especial atención a su movilidad y desplazamientos forzados.

En octavo lugar se refiere a los *afrodescendientes, derechos y combate al racismo y la discriminación racial*. El Consenso recomiendan aplicar las disposiciones de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia y abordar las desigualdades de género, raza y generacionales, especialmente la discriminación que sufren las mujeres y jóvenes de este grupo poblacional.

La sociedad civil tiene un papel importante a cumplir para asegurar que estos acuerdos se implementen y se cumplan.

2.- El IsoMontevideo propone el seguimiento de las medidas para la salud y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos del Consenso de Montevideo 2013. Lo hace desde el compromiso de la Articulación Feminista Marcosur y del Grupo de Trabajo Feminista de América Latina y el Caribe, de proporcionar instrumentos para la incidencia de las mujeres organizadas en la exigibilidad de los derechos.

El IsoMontevideo se apoya en la metodología que se desarrollara para el IsoQuito en el seguimiento de los Consensos de Quito, Brasilia y Santo Domingo de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe de Cepal (2007, 2010, 2013).

Está compuesto por un índice normativo sobre derechos sexuales y reproductivos y un índice de salud sexual y reproductiva. Estos dos índices ordenan a los países adjudicándoles un valor entre 0 y 1 que surge del promedio de los valores obtenidos en los indicadores seleccionados para cada uno de ellos. Así, el índice normativo está compuesto por 6 indicadores referidos a situación de derechos

sexuales y reproductivos en los países de la región, y el índice de salud sexual y reproductiva por 3 indicadores de salud sexual y reproductiva. A continuación se repasan los indicadores seleccionados.

3.- Indicadores relevantes para hacer el seguimiento del Consenso incorporados al Índice de Salud Sexual y Reproductiva

Indicador: Acceso a métodos anticonceptivos modernos

Descripción

Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres actualmente casadas o en unión libre de 15 a 49 años, cualquier método moderno. Las estimaciones a partir de modelos se basan en los datos que se obtienen de los resultados de encuestas por muestreo. Esos datos indican la proporción de mujeres casadas (incluidas las mujeres en uniones consensuales), de entre 15 y 49 años, que actualmente utilizan cualquier método anticonceptivo moderno. Entre los métodos modernos figuran la esterilización masculina y femenina, el DIU, las píldoras anticonceptivas, los productos inyectables, los implantes hormonales, los preservativos y los métodos de barrera femeninos.

Fuentes y medición

UNFPA, State of World Population 2014. "The Power of 1.8 Billion" (2014). División de Población de las Naciones Unidas 2014.

Último dato disponible

2014

Observaciones

La medida se restringe a mujeres casadas o en unión.

Se integra al índice de salud sexual y reproductiva normalizándose el valor mediante la transformación de la variable original atendiendo a dos razones: la necesidad de estandarizar sus rangos de variación y la necesidad de definir los parámetros **empíricos** para operacionalizar dicha estandarización. La operación realizada consiste en dividir el valor máximo de la variable *menos* el valor de la variable en el país entre el valor máximo *menos* valor mínimo.

Indicador: Razón de mortalidad materna

Descripción

Representa la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, sea cual fuera la duración del embarazo, debido a complicaciones del embarazo, parto y puerperio (es, cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención), pero no por causas accidentales o incidentales.

Fuentes y medición

Fuente: Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Tasa por 100.000 nacidos vivos. Se calcula como el cociente entre el número de muertes maternas (numerador), dividido por el número total de nacidos vivos (denominador), durante un período de tiempo, multiplicado por 100.000. Este indicador ha sido revisado y corregido en varias oportunidades ofreciendo todavía algunas debilidades (entre ellas, la distancia existente entre la proyección que hacen algunos países y la que hace el grupo interagencial conformado por la Organización Mundial de la Salud, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial).

Último dato disponible

2013

Observaciones

Sería deseable poder usar un indicador de muerte materna evitable y poder medir la reducción o eliminación de las muertes maternas evitables. Hoy no contamos con esa información para todos los países de la región.

Se consideró también usar otro indicador como Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado o que hayan realizado cuatro controles prenatales o más. Pero los datos no están disponibles para toda la región.

Se integra al índice de salud sexual y reproductivo normalizándose el valor mediante la transformación de la variable original atendiendo a dos razones: la necesidad de estandarizar sus rangos de variación y la necesidad de definir los parámetros *empíricos* para operacionalizar dicha estandarización. La operación realizada consiste en *dividir el valor máximo de la variable menos el valor de la variable en el país entre el valor máximo menos valor mínimo*.

Indicador: Nacimientos atendidos por personal calificado de la salud

Descripción

Porcentaje de nacimientos atendidos por personal calificado de la salud (doctores/as, enfermeros/as, parteros/as). Representa el porcentaje de partos atendidos por personal capacitado para proporcionar atención obstétrica que salva vidas, inclusive la necesaria supervisión, atención e instrucción a mujeres durante el embarazo, el parto y el período de postparto, para atender el parto sin ayuda y por sí mismos, y para cuidar al recién nacido nacido.

Fuentes y medición

Fuente: UNFPA, State of World Population 2014. "The Power of 1.8 Billion" (2014). World Health Organization (WHO) and United Nations Inter-Agency and Expert Group on Millennium Development Goals Indicators.

Último dato disponible

2006 - 2013

Observaciones

No se incluye a las parteras tradicionales, aun cuando hayan recibido un breve curso de capacitación.

Se integra al índice de salud sexual y reproductivo normalizándose el valor mediante la transformación de la variable original atendiendo a dos razones: la necesidad de estandarizar sus rangos de variación y la necesidad de definir los parámetros *empíricos* para operacionalizar dicha estandarización. La operación realizada consiste en dividir el valor máximo de la variable *menos* el valor de la variable en el país entre el valor máximo *menos* valor mínimo.

4.- Otros indicadores relevantes para el seguimiento del Consenso pasibles de ser incorporados al Índice de salud sexual y reproductiva

Indicador: Porcentaje de mujeres adolescentes de 15 a 19 años que son madres

Descripción

Maternidad en adolescentes: Total de mujeres de 15 a 19 años que declaran haber tenido al menos 1 hijo nacido vivo al momento del CENSO, dividido por el total de mujeres jóvenes del mismo grupo de edad, multiplicado por 100. El denominador de este indicador incluye a todas las jóvenes de 15 a 19 años, hayan o no declarado información sobre hijos tenidos.

Fuentes y medición

Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Procesamientos especiales de las bases de microdatos censales que dispone CELADE. Cuba no incluye consulta sobre hijos nacidos vivos en sus censos recientes. Los microdatos de los censos de Haití aún no están disponibles en CELADE. Los resultados de Colombia 2004-2005 y Perú 2007 provienen de procesamientos en línea sobre las páginas web del DANE y del INEI, respectivamente.

Último dato disponible

2000-2014

Argentina: 2010, Belice: 2000, Bolivia: 2012, Brasil: 2010, Chile: 2002, Colombia: 2004, Costa Rica: 2011, Ecuador: 2010, El Salvador: 2007. Guatemala: 2002, Honduras: 2001, México: 2010, Nicaragua: 2005, Panamá: 2010, Paraguay: 2002, Perú: 2007; Uruguay: 2010, Venezuela: 2011

Observaciones

Este indicador ofrece diferentes interpretaciones. Estudios realizados¹ a nivel nacional revelan que el mayor número de hijos no planeados se encuentra en esta franja etárea. Este argumento sugeriría que el derecho a iniciar la vida reproductiva cuando se desee, estaría recortado en los países con una alta tasa de madres adolescentes.

Indicador: Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar

Descripción

Las mujeres con necesidad insatisfecha son las que son fértiles y sexualmente activas, y no usan ningún método anticonceptivo, y reportan que no querían tener más hijos o que desean retrasar el siguiente embarazo. El concepto de necesidades insatisfechas apunta a la brecha entre las intenciones reproductivas de la mujer y su comportamiento anticonceptivo. Para monitoreo de los ODM, la necesidad insatisfecha se expresa como un porcentaje basado en las mujeres que están casadas o en unión consensual.

Fuentes y medición

Fuente: Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. UNFPA, State of World Population 2014. "The Power of 1.8 Billion" (2014) para Argentina, Chile, Puerto Rico, Uruguay, Venezuela.

La definición estándar de necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar, incluye en el numerador: Todas las mujeres embarazadas (casadas o en unión consensual) cuyos embarazos fueron no deseados o inoportunos en el momento de la concepción. Todas las mujeres con amenorrea postparto (casadas o en unión consensual) que no utilizan la planificación familiar y cuyo último nacimiento fue no deseado o inoportuno. Todas las mujeres fértiles (casadas o en unión consensual) que no están embarazadas ni amenorreicas después del parto, y que, o no quieren tener más hijos (límite), o que desean posponer el nacimiento de un hijo por lo menos durante dos años o no saben cuándo o si quieren tener otro hijo (espacio), y no usan ningún método anticonceptivo.

Último dato disponible

2006-2014

Barbados: 2012, Belice: 2011, Bolivia: 2008, Brasil: 2006, Colombia: 2010, Costa Rica: 2011, Cuba: 2014, Ecuador: 2004, El Salvador: 2008, Guatemala: 2009, Guyana: 2009, Haití: 2012, Honduras: 2012, Jamaica: 2009, México: 2009, Nicaragua: 2006, Panamá: 2013, Paraguay: 2008, Perú: 2013; R. Dominicana, Santa Lucía: 2012, Surinam: 2010

Observaciones

Sería deseable contar con un indicador de Embarazo no deseado: pero no existe disponibilidad de datos.

¹ Panorama de la Reproducción. Díaz- Roselló et al. 2014; Unitended pregnancy World wide levels, trends and outcomes. Studies in Family Planning. Singh et al 2010, Ver también estudios sobre embarazos no intencionales en www.guttmacher.org.

Se observa que este indicador tiene la limitante de referirse solamente a las mujeres casadas o en unión consensual.

Indicador: Muerte de mujeres ocasionada por sus parejas o ex pareja

Descripción

Corresponde a la cuantificación anual de mujeres mayores de 15 años de edad y más, que son víctimas mortales ocasionadas por su pareja o ex pareja íntima.

Fuentes y medición

Fuente: Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe.
Tasa por cada 100.000 habitantes de muerte de mujeres ocasionada por pareja o expareja.

Último dato disponible

Los datos disponibles son mayoritariamente de 2013. Pero para Paraguay y Perú el último dato es de 2012, y para Honduras es de 2010.

Observaciones

El indicador disponible ha tenido una evolución muy significativa en el Observatorio, sin embargo persisten algunos obstáculos metodológicos que ponen en riesgo el desarrollo de este indicador. Entre ellos se destaca la dispersión en el origen de los datos, que provienen de registros policiales, de investigaciones de las fiscalías, de información forense, de estadísticas vitales vinculadas con el sistema de salud y del registro civil” (Informe anual 2013-214. Observatorio de Igualdad de género de AL y el Caribe. Cepal.. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37185/S1500499_es.pdf?sequence=4.

Se cree conveniente presentar esta información en forma separada del resto de los indicadores por las razones expuestas vinculadas a la comparabilidad de los datos.

5.- Indicadores deseables pero no disponibles

Indicador: Servicios de sexual y reproductiva

Descripción

Proporción de centros de salud que proporcionan atención postparto, postaborto y / o servicios para el VIH que también proporcionan información o servicios anticonceptivos.

Indicador: Aborto inseguro

Descripción

Tasa de abortos inseguros por cada 1.000 mujeres de entre 15 a 49

Indicador: Atención aborto inseguro

Descripción

Proporción de establecimientos de salud que brindan atención a las complicaciones relacionadas con el aborto inseguro o, cuando no está en contra de la ley, que proporcionan servicios de aborto seguro.

6.- Indicadores incorporados al Índice Normativo de Derechos Sexuales y Reproductivos

Indicador: Educación para la prevención

Descripción

Existencia de legislación sobre educación en sexualidad y prevención del VIH, tanto a nivel nacional como estatal/provincial.

Fuentes y medición

Fuente: Encuesta realizada a 34 países con apoyo de UNFPA para Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH en América Latina y el Caribe, realizada en la Ciudad de México en agosto de 2008 en base a encuesta realizada a 34 países con apoyo de UNFPA para Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH en América Latina y el Caribe, realizada en la Ciudad de México en agosto de 2008.

Último dato disponible

2014

Se integra al índice normativo asumiendo los siguientes valores: 0= no tiene; 1= tiene.

Indicador: Integración educación sexual / Educación comprensiva en sexualidad en la enseñanza pública.

Descripción

Porcentaje de contenidos* establecidos en libro o capítulos para Primaria, Secundaria Básica, y Superior de educación sexual y prevención de HIV

* 1. Primaria. Capítulo o libro sobre siguiente listado temático: aspectos biológicos de la reproducción humana, autoestima, estigma y discriminación, igualdad entre los sexos (roles de género), infecciones de transmisión sexual, anticoncepción. 2. Media. Capítulo o libro sobre listados temático anterior más forma correcta de usar un condón, abstinencia y uso del condón como forma de prevención, cómo negociar con la pareja el uso del condón, como tomar la decisión de tener sexo, cómo decir no al sexo cuando no se quiere, resistir

la presión de los pares para tener relaciones sexuales, dónde buscar orientación si se requiere, dónde buscar servicios de salud.

Fuentes y medición

Fuente: Encuesta a informantes clave (Ministros de educación y/o salud pública). Instituto Nacional de Salud Pública de México. UNFPA. UNESCO. 2008

Último dato disponible

2008

Observaciones

Encuesta realizada por única vez a 34 países encuestados con información para 27 de ellos.

Se integra al índice normativo con los siguientes valores:

0= no tiene

0.25 = 25% o menos

0.5= menos de 50%

0.75= menos de 75%

1= hasta 100%

Se incluye medida resumen de los tres niveles de educación para cada país

Indicador: Alcance de leyes sobre unión libre, matrimonio y adopción en parejas del mismo sexo

Descripción

Existencia de leyes que formalizan la unión entre personas del mismo sexo y sus posibilidades de adoptar niños.

Fuentes y medición

Fuente: Informe de las leyes LGBT del mundo. Amnistía Internacional (2014). Informe de las leyes del mundo que afectan a gays, lesbianas y personas transgénero; Daniel Ottosson.

2006. Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales Trans e Intersex (ILGA).

Último dato disponible

2014

Observaciones

Se integra al índice normativo asumiendo 4 valores: No existe Unión civil - Matrimonio con restricciones (edades diferentes, uno de los sexos)- Matrimonio sin restricciones- Matrimonio + Adopción.

Indicador: Identidad y expresión de género

Descripción

Existencia de leyes que permiten el cambio de nombre y sexo registral.

Fuentes y medición

Fuente: Leyes LGBT del mundo; Amnistía Internacional (2014).

Informes de las legislaciones nacionales

Último dato disponible

2014

Observaciones

Se incluyen países que permiten el cambio de nombre y sexo registral a las personas transexuales, como Brasil, que requiere cirugía.

Se integra al índice normativo asumiendo los siguientes valores: 0= no tiene; 1= tiene.

Indicador: Legalidad de la interrupción voluntaria del embarazo.

Descripción

Estatus legal del aborto

Fuentes y medición

Informe del Guttmacher Institute, "Hechos sobre el aborto en América Latina y el Caribe". (2012) Guttmacher Institute. "Datos sobre el aborto y el embarazo no planeado en América Latina y el Caribe" (10/2009).

Último dato disponible

2014

Observaciones

Se insiste en usar la situación legal del aborto como indicador frente a la imposibilidad - por falta de datos- de utilizar el acceso como medida.

Se integra al índice normativo. Los países donde no se considera legal en ningún caso abortar obtienen 0; 0.25 cuando el aborto es legal para salvar la vida de la mujer; 0.5 cuando es legal para preservar la salud física*; 0.75, para preservar la salud, o son legales las razones socioeconómicas y todas las razones anteriores; y 1 expresa que no hay restricción.

*En algunos países también permiten el aborto en casos de violación, violación de una mujer mentalmente discapacitada, incesto o malformación fetal.

Indicador: Protección frente al acoso sexual**Descripción**

Grados de protección de leyes de alcance nacional frente al acoso sexual en el ámbito laboral y/o educativo.

Fuentes y medición

Fuente: Informe de Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) de la Organización de los Estados Americanos (OEA). Alcance de las leyes sobre Acoso Sexual en el ámbito laboral y/o educativo. (2012)

Último dato disponible

2012

Observaciones

Se asume la categorización propuesta por el estudio aun teniendo algunos reparos con el concepto de "protección" manejado.

Se integra al índice normativo asumiendo los siguientes valores: 0 =no existe; 0.33= nivel de protección bajo; 0,66= Nivel de protección moderado- y 1= Nivel de protección alto