

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la salud sexual y reproductiva



Perspectiva desde la gente joven de Latinoamérica y el Caribe

Quiénes somos	5
Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights Family Care International (FCI)	
Presentación y propósito	7
Los Objetivos de Desarrollo del Milenio	9
Su origen	
Los ODM: la hoja de ruta contra la pobreza y la inequidad	11
La Conferencia del Cairo y la salud sexual y reproductiva en los ODM	21
Los ODM +5	25
Renovación y ampliación de compromisos	
Cambios y avances en metas e indicadores	27
ODM 1	31
Erradicar la pobreza extrema y el hambre	
ODM 2	33
Lograr la educación primaria universal	
ODM 3	35
Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer	
ODM 4	37
Reducir la mortalidad infantil	
ODM 5	39
Mejorar la salud materna	
ODM 6	41
Combatir el VIH, el SIDA, la malaria, y otras enfermedades	
¿Qué podemos hacer para transformar estos compromisos políticos en realidad?	43

Quiénes somos

Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights Family Care International (FCI)

YOUTH COALITION FOR SEXUAL AND REPRODUCTIVE RIGHTS

La *Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights (YCSRR)*¹ es una red internacional de mujeres y hombres de entre 15 y 29 años, que promueve internacionalmente los derechos sexuales y reproductivos (DSR) de las personas jóvenes, bajo la absoluta convicción de que los DSR son derechos humanos que deben ser aplicados por igual a los y las jóvenes de todo el mundo. Somos estudiantes, investigadores/as, voluntarios/as, educadores/as, trabajadores/as de organizaciones no gubernamentales (ONG) y activistas.

La YCSRR se constituyó durante la reunión de los 5 años de revisión de la *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de las Naciones Unidas (CIPD+5)*. Nuestras acciones están enfocadas en tres áreas principales: concientización, capacitación, y generación y transmisión de conocimientos.

Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights
405-260 Dalhousie St
Ottawa, ON K1N 7E4
Canadá
Tel: + 1 613 562 35 22
Fax: + 1 613 562 95 02
Email: admin@youthcoalition.org
www.youthcoalition.org

FAMILY CARE INTERNATIONAL (FCI)

Family Care International (FCI) trabaja para que el embarazo y el parto sean más seguros en todo el mundo. Y para mejorar el acceso a atención de calidad a madres y recién nacidos; ayudar a mujeres y niñas a prevenir y/o manejar los embarazos no deseados; promocionar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas jóvenes y grupos marginados; y reducir la propagación del VIH, especialmente entre las mujeres y las personas jóvenes.

FCI trabaja desde una perspectiva integral de la salud sexual y reproductiva, basada en los enfoques de derechos, de género y de respeto a la diversidad cultural, establecidos internacionalmente en la *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* celebrada en El Cairo en 1994. Nuestras áreas de trabajo son la incidencia política (advocacy), el desarrollo de materiales educativos y de sensibilización, y la asistencia técnica a contrapartes locales para el desarrollo de programas y proyectos orientados a promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Family Care International
Programa para América Latina y el Caribe
588 Broadway, Suite 503
Nueva York, NY 10012
Estados Unidos
Tel: + 1 212 941 53 00
Fax: + 1 212 941 55 63
Email: lac@fcimail.org
www.familycareintl.org

1 En español, *Coalición de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos*.

Presentación y propósito

La *Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights* (YCSRR) fue invitada por *Family Care International* (FCI) para adaptar la publicación *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la salud sexual y reproductiva; una mirada desde Bolivia*, para las juventudes de América Latina y el Caribe; invitación a la que accedimos gustosos/as y orgullosos/as de poder contribuir a la producción de materiales accesibles a la gente joven.

FCI dió seguimiento y participó a lo largo del año 2005 en el proceso preparatorio de la Cumbre Mundial que se celebró en la sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, en septiembre de ese mismo año. El propósito de FCI fue incidir para que la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) recibieran la atención y prioridad que merecen, dentro de las estrategias de reducción de la pobreza definidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), sus metas e indicadores.

La YCSRR también participó en ese proceso, con el objetivo de contribuir a que la temática de los derechos sexuales y reproductivos, vistos y tratados desde la perspectiva juvenil y de género, recibieran las consideraciones e importancia necesarias dentro del proceso de análisis de la situación de los ODM.

Tanto FCI como la YCSRR realizamos este proceso de incidencia política global con el convencimiento de que:

- Todo esfuerzo destinado a reducir y erradicar la pobreza y la desigualdad en el mundo debe tomar en cuenta el impacto que el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva tiene en la calidad de vida de las personas y en sus opciones de futuro;
- El derecho a gozar de una buena salud sexual y reproductiva es un **derecho humano universal** que debe ser protegido y promovido por todos los Estados.

Esta publicación fue elaborada con el propósito de:

- Facilitar el acceso a información sobre la relación entre los ODM y la salud sexual y reproductiva de la gente joven de América Latina y el Caribe.
- Difundir los compromisos asumidos en la Cumbre Mundial, relativos a garantizar el acceso universal a la salud reproductiva para el año 2015, a nivel de la sociedad civil, las ONG y el sector público.
- Divulgar las nuevas metas e indicadores relativas a *acceso universal a salud reproductiva* incorporados en los ODM en 2007 a propuesta del Grupo Interinstitucional de Expertos sobre los indicadores de los ODM.
- Promover la articulación y movilización de redes intersectoriales y de estrategias de incidencia política, para dar seguimiento al cumplimiento de los compromisos mencionados.
- Impulsar acciones de seguimiento y monitoreo a los Planes Nacionales de Desarrollo que elaboren e implementen los países.
- Fomentar y facilitar la comprensión de los vínculos entre una buena condición de salud sexual y reproductiva y el logro de los ODM.
- Apoyar en la definición de mensajes estratégicos de incidencia política, sobre todo para las juventudes de América Latina y el Caribe trabajando en el monitoreo permanente de los ODM.

Esperamos que este manual resulte de utilidad para todas aquellas personas jóvenes y que trabajan con jóvenes, así como para las organizaciones movilizadas, ya sea a nivel comunitario, municipal o nacional, a nivel político o desde espacios no gubernamentales. Igualmente, esperamos que su contenido sea relevante para todas aquellas instituciones que trabajan para alcanzar los ODM en la región; para que juntos y juntas hagamos posible el derecho al acceso universal a servicios amigables e integrales de salud sexual y reproductiva, para todos los y las jóvenes de América Latina y el Caribe.

“Una generación de viejos líderes aprobó los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015, pero se necesitará del compromiso total y el talento de la generación más joven para ayudar a alcanzarlos”.

Djibril Diallo - Cumbre Global de Líderes Jóvenes, 2006

Tasa de jóvenes (de 15 a 34 años de edad) que viven en América Latina y el Caribe²

- Guyana 39%

- México 37,4%

- El Salvador 37,3%

- Belice 36,3%

- Nicaragua 36,2%

- Trinidad y Tobago 36,2%

El país que tiene la tasa más baja de jóvenes en toda la región es Uruguay con el 30%, seguido de Perú con 30.1%.

Fuente: CEPAL, *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe 2006*



² CEPAL, "Estructura de la Población Total por Grupos de Edad"; *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe 2006*, División de Estadísticas y Proyecciones de la CEPAL, 2007, p 26.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Su origen

Ante la llegada del nuevo milenio, las y los máximos representantes de todos los países miembros del Sistema de Naciones Unidas, se reunieron en la llamada *Cumbre del Milenio*, que se celebró en la Asamblea General de las Naciones Unidas, en septiembre del año 2000. El objetivo de esta cumbre fue abordar conjuntamente aquellos desafíos que el mundo enfrentaba a las puertas del siglo XXI, en materia de derechos humanos, desarrollo económico y social y de logro de la paz, así como acordar compromisos nacionales que apuntaran a la búsqueda de soluciones a los retos globales.

El compromiso político de todos los países presentes quedó plasmado en la **Declaración del Milenio (2000)**. Ésta es una declaración política que reúne las intenciones y compromisos de cooperación de los gobiernos de los países firmantes, en una serie de materias consideradas de máxima prioridad global. Estas son: las hambrunas, el analfabetismo, la discriminación contra la mujer, la mortalidad infantil, la mortalidad y morbilidad³ maternas, la pandemia⁴ del VIH y SIDA, y la degradación y destrucción de nuestro planeta y de sus recursos naturales.

Declaración política: es un documento consensuado, que generalmente articula una serie de principios y compromisos que obligan a los Estados a actuar de acuerdo a dichos principios. En algunos casos, las declaraciones sirven de base legal para los tratados de derechos humanos.

Fuente: Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights.
A Youth Activists Guide to Sexual and Reproductive Rights. 2006.

Un año después de la firma de este compromiso por parte de 189 países, la Secretaría General de las Naciones Unidas trasladó esta declaración política a un marco de acción concreto, medible y con un plazo de ejecución definido. El documento **Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio (2001)**⁵ establece estrategias para cumplir con las responsabilidades asumidas en la *Declaración del Milenio*, con el fin de lograr avances en materia de seguridad humana y desarrollo sostenible, mediante la erradicación de la pobreza, la protección del medio ambiente y la protección de los grupos sociales vulnerables, entre otros.

La articulación de los compromisos asumidos por los países, en objetivos **concretos, medibles y con plazos de ejecución definidos**, provee una oportunidad a la ciudadanía de cada país para exigir el logro de las prioridades asumidas por sus Estados. Así mismo, establece **mecanismos para dar seguimiento y demandar una completa rendición de cuentas** sobre los esfuerzos realizados por cada Estado para conseguir los objetivos propuestos en la Cumbre del Milenio.

En esta guía, veremos, entre otras cosas, como se puede monitorear el avance que los gobiernos de América Latina y el Caribe han realizado en torno a los ODM, y como se puede exigir que los Estados cumplan con sus compromisos.

Para nosotros y nosotras, las personas jóvenes, es de vital importancia conocer, difundir y exigir el cumplimiento de los ODM. Las y los jóvenes tenemos la capacidad y el derecho a formar parte en este proceso que afecta directamente nuestras vidas; por tanto, nuestra participación contribuirá a que la implementación de los ODM vaya acorde a los derechos y necesidades que tenemos y que demandamos. De este modo, no sólo nuestra calidad de vida mejorará, sino también la de las generaciones futuras.

3 La morbilidad es la frecuencia con la que se presenta una enfermedad en una población, y los daños que ocasiona dicha enfermedad. Morbilidad materna se refiere a los daños que el embarazo y/o el parto pueden producir en las mujeres.

4 Pandemia es la propagación de una enfermedad en toda una región o inclusive en el mundo entero.

5 Elaborada con los aportes del Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, entre otros organismos multilaterales. En esta guía se definieron lo que hoy conocemos como los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y se acordó el año 2015 para alcanzarlos.

Las y los jóvenes de entre 15 y 24 años representan más de 1.200 millones del capital humano del mundo. En todo el mundo, muchos de ellos ya están haciendo sus contribuciones a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs) y su trabajo debería ser más reconocido y apoyado. Cada vez más, la juventud es valorada como participante clave en la toma de decisiones y el desarrollo, tal como lo refleja el aumento de la presencia de organizaciones no gubernamentales juveniles y el aumento de consejos de juventud y comités juveniles en instituciones y programas internacionales. Asimismo, la construcción de capacidades en las y los jóvenes para la creación y sustentación de alianzas configura una estrategia crucial para el logro de los ODMs que aún no ha sido completamente asimilada por la comunidad internacional.

La juventud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Desafíos y oportunidades para su implementación.
Reporte Final del Grupo de Trabajo Ad Hoc para la Juventud y los ODM. Abril 2005



Los ODM: la hoja de ruta contra la pobreza y la inequidad

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio articulan el **compromiso político** de los Estados en un **plan de acción internacionalmente acordado, concreto y medible** para reducir la pobreza y la inequidad. Con el fin de dar seguimiento a su cumplimiento y logro se han definido **objetivos, metas e indicadores**. La adopción de mecanismos que permiten medir los avances evita que las declaraciones de buenas intenciones de los Estados se queden sólo en eso: en simples declaraciones de buena voluntad.

Los ocho ODM

- **Objetivo 1:** Erradicar la pobreza extrema y el hambre.

- **Objetivo 2:** Lograr la enseñanza primaria universal.

- **Objetivo 3:** Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.

- **Objetivo 4:** Reducir la mortalidad infantil.

- **Objetivo 5:** Mejorar la salud materna.

- **Objetivo 6:** Combatir el VIH y SIDA, malaria y otras enfermedades.

- **Objetivo 7:** Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

- **Objetivo 8:** Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Por tanto, al articular estos ocho objetivos, el sistema de Naciones Unidas está realizando un esfuerzo para impulsar y demandar la implementación de medidas nacionales urgentes, destinadas a hacer frente a los temas y retos prioritarios, los mismos que veremos en detalle en los capítulos siguientes.

El marco de acción de los ODM fue además establecido para promover y democratizar la **participación ciudadana** en la definición y monitoreo de políticas públicas de desarrollo. A pesar de ello, por ahora los espacios de intervención de las organizaciones de la sociedad civil en la elaboración de Planes Nacionales de Desarrollo y en el monitoreo de avances hacia los ODM, han sido limitados, y sobretodo no han incluido ni tomado en cuenta a la gente joven en este proceso.

Al suscribir la *Declaración del Milenio*, los gobiernos nacionales de los Estados firmantes se comprometieron a informar periódicamente ante la Asamblea General de las Naciones Unidas de los avances realizados hacia el logro de cada uno de los ODM, en función de las metas e indicadores acordados previamente.

Como ciudadanos y ciudadanas, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones juveniles; movimientos sociales y organismos y representantes estatales, tenemos **el derecho y el deber** de conocer, promover y requerir a nuestros gobiernos el despliegue de medidas, la asignación de recursos e inversiones, la creación de espacios de incidencia política significativos y la definición de programas y mecanismos estatales que contribuyan a alcanzar los ocho ODM, para poder construir sociedades más equitativas y justas.

ODM: Informes nacionales e “Informes sombra”

Cada año, los gobiernos tienen que elaborar un informe sobre los avances realizados por sus países en temas económicos, políticos y sociales. Estos avances deben responder a los compromisos asumidos por cada país para alcanzar los ODM. Sin embargo, las personas de la sociedad civil, las ONG y los movimientos sociales, entre otros, pueden elaborar un informe paralelo, comúnmente conocido como “**informe sombra**”. Este informe también es presentado ante las Naciones Unidas y tiene como objetivo contrastar el informe oficial de los gobiernos nacionales.

Te recomendamos que busques los informes oficiales sobre los ODM hechos por tu gobierno desde el 2001, y que los compares con los informes sombra realizados por las organizaciones de la sociedad civil, para que veas si efectivamente tu gobierno ha realizado avances en los ODM. Además, trata de involucrarte en la elaboración de los siguientes informes sombra que se realicen en tu país.

¿Cuáles son los ocho ODM?

Todos los países definieron **ocho campos de acción urgente** para poner fin a la pobreza extrema y la inequidad en el mundo. Estos ocho campos de acción se concretaron en términos de **objetivos generales** (aquellos que se quiere lograr). Para poder medir y evaluar el logro (o no logro) de esos objetivos generales, se establecieron **metas determinadas** (objetivos específicos, cuantificables y por tanto medibles). Así mismo, a efectos de dar seguimiento al logro de estas metas concretas, se precisaron **indicadores** (valores cuantitativos que indican el grado de alcance de una meta). Veamos los ocho ODM y sus respectivas metas⁶.

Conceptos Claves

Objetivo: Es lo que se quiere realizar, lo que se ambiciona hacer y conseguir. Es bastante general.

Meta: Es el paso que se va a realizar para alcanzar el objetivo deseado. Es específico, concreto y tiene un dato medible en el tiempo.

Indicador: Es un dato (cifra) cuantificable, es decir que se puede medir, y que se analiza para verificar si la meta ha sido alcanzada. Es lo que *indica* el éxito o no de lo establecido en el objetivo y en la meta.

Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.

- **Meta 1.** Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas con ingresos menores a un dólar por día (o en situación de pobreza extrema).
- **Meta 2.** Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que padecen hambre.

Objetivo 2. Lograr la educación primaria universal.

- **Meta 3.** Asegurar para el 2015 que todos los niños y niñas tengan la posibilidad de completar el ciclo de educación primaria.

Objetivo 3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.

- **Meta 4.** Eliminar las disparidades entre los géneros en la educación primaria y secundaria, preferiblemente hasta el 2005, y en todos los demás niveles de educación antes del 2015.

Objetivo 4. Reducir la mortalidad infantil.

- **Meta 5.** Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años.

Objetivo 5. Mejorar la salud materna.

- **Meta 6.** Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna.

En su Reunión de Alto Nivel sobre el SIDA, el 2 de junio del 2006, la Asamblea General estableció el objetivo de lograr para el 2010 el acceso universal a programas de prevención del VIH y a servicios de tratamiento, atención y apoyo, reafirmando con ello los compromisos contraídos por los gobiernos en la *Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH y SIDA* del 2001 y haciendo suyo el nuevo objetivo de lograr el acceso universal al tratamiento para el año 2010 convenido en la *Cumbre Mundial 2005*. Garantizar tal acceso es crucial para lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio de detener y comenzar a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH entre mujeres, hombres y niños.

Memoria del Secretario General de la ONU
Nueva York, diciembre 2007

⁶ ONU, *Objetivos de Desarrollo del Milenio* en <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>

Objetivo 6. Combatir el VIH y SIDA, malaria y otras enfermedades.

- **Meta 7.** Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH y SIDA.
- **Meta 8.** Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de malaria y otras enfermedades graves.

Objetivo 7. Asegurar la sostenibilidad del medio ambiente.

- **Meta 9.** Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y programas del país y revertir la pérdida y degradación de los recursos del medio ambiente.
- **Meta 10.** Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable.
- **Meta 11.** Haber mejorado considerablemente, para el 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de barrios empobrecidos.

Objetivo 8. Desarrollar una alianza global para el desarrollo.

- **Meta 12.** Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio.
- **Meta 13.** Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados.
- **Meta 14.** Atender a las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo.
- **Meta 15.** Encarar, de manera general, los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales, a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo.
- **Meta 16.** En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo.
- **Meta 17.** En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo.
- **Meta 18.** En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular los de las tecnologías de la información y de las comunicaciones.

Cuatro nuevas metas se añaden a los ODM

Sin embargo, en la *Cumbre Mundial 2005* (5 años después de la *Cumbre del Milenio*), los dirigentes de todo el mundo se comprometieron a alcanzar otras **cuatro metas** además de las ya previstas en la Declaración del Milenio⁷. El *Grupo Intergubernamental de Expertos y Expertas sobre Indicadores* (IAEG, por sus siglas en inglés) trabajó en la definición de **indicadores** para monitorear el alcance de estas nuevas metas, y fue en el 2007 (a la mitad del camino entre la adopción de los ODM y el plazo fijado para alcanzarlos), cuando las Naciones Unidas y sus Estados Miembros incorporaron oficialmente cuatro nuevas metas, cada una con sus respectivos indicadores, además de las ya establecidas en la *Cumbre del Milenio* en el 2000. Estas nuevas metas son:

Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre

- **Nueva meta:** Lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos, incluidos las mujeres y los jóvenes.

Objetivo 5. Mejorar la salud materna

- **Nueva meta:** Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

Objetivo 6. Combatir el VIH y SIDA, la malaria y otras enfermedades

- **Nueva meta:** Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH y SIDA de todas las personas que lo necesiten.

⁷ Véase la resolución 55/2

Objetivo 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

- **Nueva meta:** Haber reducido y haber ralentizado considerablemente la pérdida de diversidad biológica en 2010.

Representa un gran avance el hecho de que todos los países hayan reconocido la importancia de incluir una meta enfocada en la salud sexual y reproductiva dentro de la lucha para alcanzar los ODM. Sin embargo, esto no basta, pues como veremos más adelante, todavía hay indicadores que no han sido tomados en cuenta y que son imprescindibles para el pleno alcance de los ODM. Además, es necesario que haya una presencia directa de la sociedad civil para exigir que nuestros países cumplan con lo que se comprometieron y, sobretodo, es preciso que se reconozca la importancia de crear, fortalecer y promover programas locales amigables dirigidos a jóvenes y a su salud sexual y reproductiva.

La aplicación de objetivos, metas e indicadores

Veamos un ejemplo de cómo se aplica un **objetivo concreto**. Analicemos el caso del ODM 6 (combatir el VIH y SIDA, malaria y otras enfermedades), y su correspondiente meta.

- **Meta 07:** Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH y SIDA.

- **Indicador 19:** Tasa de prevalencia⁸ del uso del condón.

- **Nueva meta:** Lograr, para el 2010, el acceso universal al tratamiento de VIH y SIDA de todas las personas que lo necesiten.

- **Nuevo indicador:** Proporción de la población portadora del VIH y SIDA con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales.

Desde su aparición en el mundo a principios de los ochenta, la epidemia del VIH y SIDA ha sido la causa de más de 25 millones de muertes, tres millones de ellas en el último año. Se estima que actualmente 40,3 millones de personas (intervalo: 36,7 - 45,3 millones) viven con VIH o con SIDA y que en el 2005 cerca de 5 millones contrajeron la infección; 700.000 de ellas eran menores de 15 años.

Es alarmante la velocidad con que la epidemia del VIH y SIDA ha aumentado en la población joven durante los últimos años. Según ONUSIDA cada día 6.000 jóvenes se infectan con el virus del VIH. Además, esta misma organización asegura que los y las jóvenes adultos entre 15 y 24 años de edad constituyen la mitad de los aproximadamente 5.000.000 nuevos casos que cada año se suman a las cifras totales de personas que viven con el VIH en todo el mundo. En América Latina y el Caribe se estima que hay 560.000 jóvenes que viven con el VIH y SIDA, 31 % de las cuales son mujeres.

Las mujeres se están viendo progresivamente más afectadas por el VIH, por lo que se habla de la feminización de esta epidemia. La falta de oportunidades, la violencia, la no escolarización, la maternidad temprana y la falta de control sobre sus cuerpos (entre otros) son factores que aumentan el riesgo de que una mujer se contagie del VIH. Entonces, dentro del ODM 7, es necesario que se de un enfoque de género y que se invierta en el pleno desarrollo y empoderamiento de las mujeres en la sociedad.

Algunos países caribeños registran las cifras más elevadas de VIH (fuera de África), siendo Haití el país que tiene la tasa más alta de personas contagiadas en toda América Latina, además se calcula que en el Caribe al menos 2% de las mujeres jóvenes viven actualmente con VIH.⁹

“La violencia hacia las mujeres y el VIH y SIDA afectan de forma creciente la salud y la vida de las mujeres y niñas de América Latina y el Caribe. Es imprescindible que los gobiernos de la región desarrollen acciones que reconozcan e integren las intersecciones existentes entre estas dos pandemias, e implementen políticas públicas que enfrenten efectivamente el problema”.

Campaña Las mujeres no esperamos (Women Won't Wait)
Buenos Aires, octubre 2007.
www.womenwontwait.org

8 Nivel de uso

9 CEPAL, Op. Cit.

Hasta ahora se han hecho pocos esfuerzos por prevenir la infección y la propagación del VIH en América Latina y el Caribe, especialmente entre los y las jóvenes, sobretodo porque varios gobiernos de la región se niegan a implementar políticas de educación sexual y servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes.

Además, si los y las jóvenes no estamos incluidos/as directamente en el desarrollo de estrategias para la prevención del VIH, será muy difícil que se pueda alcanzar el objetivo deseado. Asimismo, si se quiere lograr la meta de detener y empezar a revertir la propagación del VIH y SIDA para el 2015, es crucial que los gobiernos implementen programas dedicados a su prevención y tratamiento; especialmente en poblaciones que no tienen acceso a condones, educación sexual ni otros servicios de salud sexual y salud reproductiva. Es necesario que estos programas tengan un enfoque juvenil y de género, priorizando estos dos grupos (jóvenes y mujeres), que como ya vimos, se están viendo cada vez más afectados por el VIH.

Invertir en la prevención y tratamiento del VIH de las personas jóvenes, sobretodo de niñas y adolescentes, es invertir en la humanidad, ya que las mujeres jóvenes son la población más vulnerable a la infección por VIH.

- 6 jóvenes adquieren el virus cada minuto.

- 8.000 lo adquieren cada día.

- 12 millones de jóvenes viven con VIH y SIDA en el mundo.

- Antes de cumplir 35 años la mayoría habrá muerto.

Fuente: ONUSIDA

Específicamente con la Meta 7 (detener y reducir la propagación del VIH y SIDA) creemos que es necesario enfatizar el indicador 19, para que la tasa de prevalencia del uso del condón aumente entre los y las jóvenes. Sin embargo para que la propagación del VIH se reduzca, no sólo en Latinoamérica sino en el mundo entero, los gobiernos deben empezar por reconocer que las personas jóvenes tenemos derecho a ejercer nuestra sexualidad de manera segura, libre y placentera. Para garantizar este derecho, es necesario que se lleven a cabo algunas acciones adicionales por ejemplo:

- Destinar y ejecutar fondos para programas de prevención del VIH, diseñados, dirigidos, protagonizados y evaluados por jóvenes.
- Incluir la perspectiva juvenil y de género en las políticas y programas enfocados a las poblaciones jóvenes.
- Apoyar el establecimiento de un marco normativo que garantice el ejercicio y goce de los derechos sexuales y reproductivos de la gente joven.
- Implementar programas para el tratamiento de personas viviendo con VIH, dirigidos especialmente a la población joven.
- Implementar servicios de consejería relacionados con salud sexual y reproductiva, que tengan atención especializada en VIH.
- Implementar programas que incentiven a los y las jóvenes a que se realicen pruebas gratuitas de VIH.
- Elaboración e implementación de programas nacionales sobre educación sexual en las escuelas y colegios.
- Elaboración de material informativo amigable sobre VIH.

En el caso de la nueva meta relativa a lograr el acceso universal a tratamiento del VIH y SIDA de todas las personas que lo necesiten, y su respectivo indicador (proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales) es necesario que nuestros países garanticen un acceso gratuito a antirretrovirales, además de una atención de calidad especializada en servicios y consejería para personas viviendo con VIH.

Se debe tomar en cuenta que la mayoría de las personas viviendo con VIH y SIDA en países latinoamericanos, caribeños y africanos, no pueden pagar los altos costos que representan los antirretrovirales, sobretodo si hablamos de personas jóvenes con empleos precarios, sub-empleo o desocupados. Por tanto,

es un deber de nuestros gobiernos, en colaboración conjunta con las farmacéuticas productoras de estos medicamentos, reducir los costos, y en el caso de nuestros países, destinar subsidios especiales a estas medicinas, para que todas las personas que las requieran tengan acceso a ellas.

Apenas quedan dos años para alcanzar esta nueva meta (2010), lo que significa que es necesario priorizarla, y tomar todas las medidas necesarias para alcanzarla.

Nosotros y nosotras, como jóvenes, recomendamos a nuestros gobiernos lo siguiente:

- Implementar servicios médicos y de consejería amigables para personas viviendo con VIH y SIDA, con especial énfasis en mujeres jóvenes.

- Garantizar el acceso GRATUITO a antiretrovirales, sobretodo en las poblaciones rurales.

- Implementar programas de distribución de medicamentos.

- Incluir como actores fundamentales a las personas viviendo con VIH y SIDA, en el diseño, implementación y ejecución de los programas de políticas de prevención, tratamiento y educación.

- Rendir cuentas a la sociedad civil sobre los avances realizados para alcanzar la nueva meta.

En todo el mundo, cuando se trata cuestiones de sexualidad, son las y los jóvenes quienes realizan la mayor parte de la enseñanza y la capacitación. Las y los jóvenes se comprenden entre sí y comparten las mismas creencias respecto al sexo. Este poder que tienen las y los jóvenes puede ser maximizado de manera formal para compartir el conocimiento e información sobre VIH y estimular las necesarias conductas positivas entre ellas y ellos. A raíz de implicaciones culturales y las barreras, suele prohibirse a las y los adolescentes discutir sobre sexo. Las y los jóvenes a menudo reciben información incorrecta sobre sexo y VIH de sus pares (...) ¹⁰

La juventud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Desafíos y oportunidades para su implementación.
Reporte Final del Grupo de Trabajo Ad Hoc para la Juventud y los ODM.
Abril 2005



10 Opp Cit.

11 Artículo publicado en : www.worldbank.org el 14 de octubre de 2003.

Como explicamos anteriormente, cada país debe llevar ante la ONU un reporte sobre los avances realizados para alcanzar los ODM. Una vez analizados los informes, un grupo de expertos y expertas de las Naciones Unidas presenta recomendaciones específicas para cada país y región.

“Algunos países cuentan con políticas activas de combate y prevención de la enfermedad, como la distribución gratuita de condones a los grupos de alto riesgo”, señaló Helena Ribe, Líder del Sector de Desarrollo Humano del Banco Mundial para Centroamérica, “pero es necesario mejorar y expandir estas iniciativas y concentrar más el gasto de los gobiernos en actividades de prevención”¹¹.

Otras propuestas de metas e indicadores

Los países y regiones del mundo no son iguales, cada uno vive una realidad distinta, con problemáticas y necesidades específicas. Por tanto, las metas e indicadores propuestos no son del agrado ni de utilidad para todos los países y regiones del mundo por igual. Referente a América Latina y el Caribe, muchas voces han manifestado su disconformidad con los ODM y el esquema de medición propuesto, porque suponen un cierto retroceso en determinadas agendas de desarrollo, equidad y justicia social.

Es el caso de los esfuerzos para lograr una mayor equidad entre hombres y mujeres, o mejorar la salud materna, que en el contexto de otros compromisos internacionales (como Cairo 1994, Beijing 1995, CEDAW) habían establecido objetivos y metas más ambiciosas y progresistas. Por otro lado, es preciso recordar que los ODM son solo la “base” y no el “techo” que se ambiciona conseguir.

Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD)

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se celebró en El Cairo (Egipto) del 5 al 13 de septiembre de 1994. Delegaciones de 179 Estados participaron en las negociaciones para dar forma definitiva a un Programa de Acción sobre población y desarrollo para los próximos 20 años.

Un elemento fundamental que se añadió en la CIPD consistió en dar a la mujer las armas necesarias para mejorar su situación y proporcionarle más posibilidades de elección mediante un mayor acceso a los servicios de educación y de salud y el fomento del desarrollo de las aptitudes profesionales y el empleo. También se abordan cuestiones relacionadas con la población, el medio ambiente y las modalidades de consumo; la familia; la migración interna e internacional; la prevención y la lucha contra la pandemia del VIH y SIDA; la información, la educación y la comunicación; y la tecnología, la investigación y el desarrollo.

www.un.org/spanish/conferences/accion2.html

En América Latina y el Caribe, siendo la región que registra la mayor disparidad en la distribución de riqueza del mundo, se ha hecho evidente la limitación de medir avances empelando exclusivamente datos nacionales. Un esquema de medición nacional no podrá medir ni identificar si las poblaciones más empobrecidas están mejorando su calidad de vida y ampliando las opciones a su alcance para desarrollar su propio presente y futuro.

Asimismo, las organizaciones de los pueblos indígenas y originarios están en desacuerdo con la concepción de pobreza en que se fundamentan los ODM. Consideran que aunque los ODM buscan solucionar problemas que afectan a los pueblos indígenas, los indicadores establecidos no necesariamente reflejan las especificidades de sus situaciones ni visiones de las mismas.

De igual manera, se ha criticado la falta de espacios y mecanismos que faciliten la participación de las organizaciones y comunidades indígenas en la definición y seguimiento de los ODM. Sin embargo, los ODM, no tomaron en cuenta la perspectiva de estos grupos y no tuvieron un completo entendimiento de las realidades que pretenden alcanzar estos ocho objetivos, pero además obviaron la inclusión de los diversos niveles y focos de discriminación y exclusión que enfrentan sus pueblos¹². Esto se observa especialmente en el tema del cuidado del medio ambiente, los recursos alimenticios y el respeto a la naturaleza.

¹² Grupo Interinstitucional de Apoyo al Foro Permanente de Asuntos Indígenas en www.un.org/esa/socdev/unpfii/es/iasg.html Visitada el 15 de febrero de 2007.

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)

En 1979 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. La convención, que tiene un carácter jurídicamente vinculante, enuncia los principios aceptados internacionalmente sobre los derechos de la mujer que se aplican a todas las mujeres en todos los ámbitos.

El fundamento de la convención se basa en la “prohibición de todas las formas de discriminación contra la mujer”. Además de exigir que se reconozcan a la mujer derechos iguales a los de los hombres, la convención prescribe las medidas que han de adoptarse para asegurar que en todas partes las mujeres puedan gozar de los derechos que les asisten.

www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.html/

La ubicación de la meta sobre la lucha contra el VIH o el SIDA dentro del objetivo sobre el combate a enfermedades infecciosas (como la malaria y la tuberculosis) también ha sido cuestionada. La razón es que tratar el VIH como enfermedad infecciosa, la aleja del reconocimiento de que en la mayoría de casos, la transmisión del VIH ocurre por contacto sexual desprotegido (es decir, sin uso de condón); y que por ello, está afectando cada vez más a mujeres y a personas jóvenes que no disponen de la educación, información y herramientas necesarias (como el condón) para proteger su salud.

Es importante mencionar que las poblaciones jóvenes generalmente estamos invisibilizadas en los acuerdos y tratados internacionales; y lastimosamente esta misma situación se ha repetido en los ODM. Una de las razones para que hayamos sido olvidados en los acuerdos internacionales, es que no se ha propiciado la presencia de jóvenes activistas dentro de las conferencias internacionales, siendo, en la mayoría de veces y de casos, solo personas adultas quienes han sido parte de las delegaciones oficiales. Para nosotros, jóvenes activistas, muchas veces sin empleo o con empleos precarios se nos hace imposible costearnos un viaje a las conferencias internacionales, sin embargo, debería ser una prioridad para nuestros gobiernos incluir gente joven en sus delegaciones oficiales, ya que nosotros y nosotras tenemos mucho que aportar a las discusiones, además de incluir otra perspectiva.

Además, no se pueden alcanzar los ODM si no se incluye a la gente joven, tanto en la creación e implementación de políticas públicas dedicadas a su cumplimiento desde una perspectiva juvenil, así como en la inclusión activa y participativa de los y las jóvenes en el proceso de toma de decisiones, control y monitoreo.

Es necesario que haya una perspectiva tanto de género como juvenil en todos y cada uno de los ODM. Por eso, el presente esfuerzo de FCI y la YCSRR de facilitar el acceso a información sobre salud sexual y reproductiva en relación a los ODM, es un paso importante para abrir el proceso de los ODM a las y los jóvenes latinoamericanos. Estamos seguros y seguras que a este esfuerzo se sumarán otras organizaciones de la sociedad civil en general y de los Estados, para que la gente joven sea no sólo receptora, sino también agente protagonista del desarrollo de políticas públicas de salud que afectan directamente sus vidas. Creemos trascendental además que los y las jóvenes nos convirtamos en actores principales, y que empecemos a formar parte en los procesos de toma de decisiones que afectarán nuestra vida, tanto a nivel nacional, como regional e internacional. Para ello, es necesario, tal como lo veremos en el último capítulo, empezar a entrenarnos en advocacy o incidencia política. Debemos tener y manejar las herramientas necesarias que nos permitirán exigir a nuestros gobiernos la implementación de agendas destinadas a la gente joven, ya que la juventud de América Latina y el Caribe tiene mucho que aportar en la construcción de un mundo más justo y solidario; tenemos muchas ganas de trabajar por nuestros países y por toda la región, tenemos ideas, energía y estamos dispuestos a proponer soluciones.

A continuación, recogemos algunas de las recomendaciones de los y las jóvenes de Latinoamérica y el Caribe, realizadas en el Encuentro Juvenil Latinoamericano sobre ODM-Brasil, 2005¹³:

“Nosotros, las y los participantes de la Cumbre de Liderazgo Juvenil de América Latina y el Caribe, reunidos en Belo Horizonte, Brasil; sin distinción de raza, etnia, género, orientación sexual, idioma, religión, opinión política, nacionalidad u origen social, consideramos que las mayores potencialidades para alcanzar los ODMs se encuentran en el accionar conjunto de los Estados, la Sociedad Civil incluyendo el sector privado, y la Comunidad Internacional, prioritariamente en lo siguiente:

Promover la salud como bienestar físico, mental y social, garantizando acceso a agua potable, saneamiento básico y servicios de salud, especialmente a salud sexual y reproductiva, respetando derechos de libertad,

13 Extracto del informe Encuentro Juvenil Latinoamericano sobre ODM-Brasil 2005. Si quieres acceder al informe completo, por favor visita la página web: www.patch.tigblog.org

confidencialidad, autonomía e integralidad de las y los adolescentes y jóvenes. Promover políticas de salud preventivas y asegurar asistencia integral a las personas que viven con VIH y SIDA, otras enfermedades epidémicas y aquellas que afectan particularmente a determinados grupos étnicos.

Garantizar la igualdad entre los sexos y la autonomía de las mujeres en todas las dimensiones de la vida, respetando las especificidades de los diferentes grupos étnicos, raciales, generacionales y de diversa orientación sexual, como forma de asegurar los derechos humanos, entre ellos los derechos sexuales y reproductivos, el derecho a una vida libre de violencia, el derecho a tomar decisiones sobre su cuerpo, el derecho a la equidad salarial y el derecho a participar en la vida económica de sus países”.

Una buena noticia es que los gobiernos Iberoamericanos han reconocido la importancia de garantizar los derechos de las personas jóvenes, y por tanto, se comprometieron a trabajar a favor de la juventud, a través de la adopción e implementación de medidas que nos permitan afrontar los nuevos retos de este siglo.

Diecisiete países suscribieron en Badajoz la **Convención Iberoamericana de Derechos de la Juventud**, el primer texto de carácter internacional nacido para proteger el desarrollo y las oportunidades de quienes tienen entre 14 y 25 años, unos 120 millones de personas en la región iberoamericana.

Los países firmantes, cuyos parlamentos deberán ahora ratificar el acuerdo, son además de España y Portugal: Bolivia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

El 1 de marzo del 2008, la Convención ha entrado en vigencia puesto que cinco países (número necesario para que entrara en vigor el documento) lo ratificaron: España, Honduras, República Dominicana, Ecuador y Costa Rica.

La Convención Iberoamericana de Derechos de la Juventud consta de 44 artículos que recogen desde principios generales, como el derecho a la vida, a la justicia o a la libertad de expresión, hasta garantías más concretas, como el derecho a la vivienda, a la educación sexual o a la objeción de conciencia ante el servicio militar.

En octubre de 2008, se celebrará la **Reunión Iberoamericana sobre Juventud y Desarrollo** en El Salvador, que servirá de motivación a otros países para ratificar la convención.

Más información sobre la convención en www.oij.org

¿Por qué se establecieron sólo estos ocho objetivos y no otros?

La definición de estos objetivos y metas, toma como punto de partida los acuerdos y consensos ya asumidos globalmente a lo largo de la década de los años 90 en distintas conferencias gubernamentales internacionales. Por ejemplo, la *Cumbre de la Tierra* (Río de Janeiro, 1992); la *Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos* (Viena, 1993); la *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* (El Cairo, 1994); la *Cumbre sobre el Desarrollo Social* (celebrada en Copenhague en 1995); la *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer* (Beijing, 1995); entre otras.

Desde su establecimiento en el año 2000, y hasta el 2015, los ODM representan la agenda máxima en el campo del desarrollo internacional. Es por ello que los gobiernos de los países donantes, agencias multilaterales de cooperación para el desarrollo, fundaciones públicas y privadas, y otros organismos clave para la financiación de los procesos de desarrollo, están ajustando con los ODM sus programas y prioridades de Ayuda al Desarrollo (AD), asumiendo así su co-responsabilidad en el alcance de los ODM. En este sentido, los ODM demandan a todos los gobiernos nacionales (ya sean donantes o receptores) que tanto sus políticas públicas como la asignación de presupuestos nacionales tomen en cuenta y respondan a los ocho ODM a los cuales se han comprometido.

¿Todos los acuerdos internacionales se incluyeron por igual en los ODM?

A pesar de su aporte e importancia para lograr la reducción de la pobreza y el respeto universal a los derechos humanos, los distintos consensos internacionales logrados a lo largo de los años 90 no fueron incluidos inicialmente con igual peso en los ODM.

A continuación veremos como fueron incluidos los acuerdos definidos en la **Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo**, el Programa de Acción que surgió de ésta, y las subsecuentes ratificaciones regionales a los 5 y 10 años de su establecimiento.

La Conferencia del Cairo y la salud sexual y reproductiva en los ODM

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 (también conocida como la Conferencia de El Cairo o CIPD) se acordó internacionalmente que asegurar el **acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva** es un **derecho humano** que debe ser protegido y promovido por los Estados hasta lograr su pleno respeto y ejercicio.

Asegurar el derecho al **acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva** supone que los Estados garantizan que **todas las personas** (hombres y mujeres, jóvenes y adultos) **tienen derecho** a recibir:

1. Información, consejería y servicios e insumos de anticoncepción (**o planificación familiar**), incluida la anticoncepción de emergencia.
2. Servicios de **salud materna** de calidad (atención prenatal, parto y posparto; y atención obstétrica de emergencia).
3. **Servicios de interrupción del embarazo (aborto)** y de atención post-aborto seguros y accesibles, dentro de lo legalmente permitido en cada país.
4. Prevención, tratamiento y atención de las **infecciones de transmisión sexual (ITS)**, incluido el VIH.
5. **Educación** integral e información sobre sexualidad.

Además de ser un derecho, a partir de la Conferencia de El Cairo se ha aceptado internacionalmente la evidencia que muestra que garantizar acceso a estos servicios de salud sexual y reproductiva contribuye, de manera significativa, a **reducir la pobreza**; a **mejorar la calidad de vida de las personas**, de sus familias y comunidades; a **garantizar la plena inclusión de las mujeres** en todos los ámbitos, públicos o privados; a **frenar la desigualdad entre hombres y mujeres**; y a construir **sociedades más equitativas y justas**.

Gozar de una buena salud sexual y reproductiva nos permite

- Estar mejor preparados e informados para protegernos de ITS, incluido el VIH.
- Poder alcanzar un pleno desarrollo físico, mental y emocional.
- Tomar y ejercer decisiones saludables, voluntarias, libres y seguras para nosotros mismos y para las personas que nos rodean.
- Ejercer una vida sexual saludable y placentera.

A pesar de ello, como podemos observar al revisar los ocho ODM, el **acceso universal a la salud sexual y reproductiva no se incluyó inicialmente en los ODM**, y sólo algunos de sus componentes, concretamente la salud materna y el combate al VIH y SIDA, se consideraron (de forma parcial y fragmentada) y fueron incluidos dentro de algunos objetivos, como el ODM 5 y el ODM 6 (y en ciertos indicadores referentes al VIH y SIDA¹⁴). **Otros componentes esenciales para lograr el acceso a la salud sexual y reproductiva**, y para alcanzar los ODM, **no fueron incluidos inicialmente** en este esquema. Sin embargo, como vimos anteriormente, **en el 2007 se incorporó una nueva meta específica sobre salud sexual y reproductiva**; y pese a que esto representa un avance significativo, vale la pena aclarar que no es suficiente, pues los ODM no han tomado en cuenta los siguientes puntos:

- El **acceso a información, a consejería y a una gama amplia de métodos modernos de anticoncepción**, (incluida la anticoncepción de emergencia) para toda la población. A pesar de que en muchos países son fundamentales para lograr una reducción significativa de la pobreza, estos puntos no fueron incluidos dentro de los ocho ODM o sus metas respectivas (con la sola excepción del condón).
- En este sentido, es necesario que los ODM reconozcan que no se puede hablar de reducción de la pobreza si las mujeres, sobretudo las adolescentes, continúan en desigualdad frente a los hombres. Si una joven es forzada a una maternidad temprana, sus oportunidades laborales, escolares y de

14 Indicador 19: *Uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos*. Fuente: PNUD, *Metas e indicadores ODM*. www.undp.org/spanish/mdg/goallist.shtml (visitada el 15 de febrero de 2007).

auto-crecimiento se ven claramente reducidas; más aún si se trata de una mujer con escasos recursos económicos. Por tanto, **las mujeres jóvenes debemos disponer de los medios para tomar decisiones libres sobre nuestros cuerpos, y poder ejercer una sexualidad sana, placentera y libre de violencia**. Esto permitirá que tengamos mayor control sobre nuestros cuerpos, incrementando así la posibilidad de participar en condiciones de igualdad dentro de nuestras sociedades.

- Los ODM tampoco incluyeron **las tasas de abortos inseguros** dentro de las primeras causas de muerte materna. El aborto inseguro es una de las principales disparidades e injusticias que enfrentamos las mujeres, ya que nos vemos injustamente forzadas a poner en peligro nuestra salud y nuestra vida. Los abortos inseguros, o clandestinos o en condición de riesgo causan el 17%¹⁵ de las muertes maternas en América Latina y el Caribe. A pesar de ello, y de los avances en materia de legislación, normas sanitarias y el despliegue de medios que garantizan el acceso seguro y oportuno a servicios de terminación del embarazo en los casos en que es legal, las tasas de abortos inseguros no se mencionan ni dentro del ODM 3 (sobre la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer) ni en el ODM 5 (sobre salud materna).
- Igualmente, el acceso a **información y educación en sexualidad**, sobretudo para la gente joven y adolescentes no fue tomado como indicador del objetivo sobre escolarización primaria universal, a pesar de que el embarazo no planificado es una causa importante de deserción escolar entre las jóvenes. Tampoco se incorporó el acceso a educación integral en sexualidad (basada en información científica e integral, y no en la promoción exclusiva de la abstinencia) entre las metas e indicadores del ODM 6 sobre VIH.
- Los ODM deberían, además, añadir indicadores específicos sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de jóvenes, y de otros grupos poblacionales minoritarios o excluidos como indígenas, afrodescendientes, migrantes, personas refugiadas y aquellas viviendo en medio de un conflicto armado.

¿Por qué, en un inicio, no se dio más peso a la salud sexual y reproductiva en los ODM?

Esta inclusión parcial y fragmentada del objetivo de garantizar acceso universal a la salud sexual y reproductiva se explica por múltiples razones. En primer lugar, debemos tener en cuenta que los ODM sintetizan un acuerdo político internacional y que en este sentido no deja de ser un acuerdo de mínimos generales, en el cual los aspectos de desarrollo sobre los que no había un consenso absoluto entre todos los países firmantes, quedaron fuera. Es decir que en la mayoría de convenios y tratados internacionales, las declaraciones finales se logran por consenso; lo que significa que todos los países deben estar de acuerdo en su terminología y contenido; para ello hay largas y exhaustivas negociaciones hasta que finalmente se llega a un acuerdo general. Por tanto, en este tipo de negociaciones la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) a veces quedan excluidos ya que generan polémica y desacuerdo entre los países. La *Declaración del Milenio* no fue la excepción.

Por otro lado, el concepto de salud sexual y reproductiva se compone de múltiples elementos (salud materna, educación en sexualidad, prevención de ITS, etc.), cuya gestión recae en distintas áreas sectoriales de las políticas públicas (salud, educación, planificación, etc.) de cada país. A pesar de los esfuerzos realizados por las agencias de la ONU y múltiples ONG, en el año 2000 no se consiguió una inclusión efectiva de este concepto en el esquema (más rígido) de los ODM, pensado para el logro de resultados medibles, y orientado – en materia de salud - a la reducción de enfermedades, en lugar de a la promoción de la prevención (que resulta más difícil de medir).

A pesar de la exclusión de la educación sexual dentro de los ODM, actualmente **la Convención Iberoamericana por los Derechos de los y las Jóvenes**, en su artículo 23 inciso 2 establece:

“La educación sexual se impartirá en todos los niveles educativos y fomentará una conducta responsable en el ejercicio de la sexualidad, orientada a su plena aceptación e identidad, así como, a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, el VIH y SIDA, los embarazos no deseados y el abuso o violencia sexual”.

En el artículo 23, inciso 4, la Convención declara lo siguiente:

“Los Estados parte, adoptarán e implementarán políticas de educación sexual, estableciendo planes y programas que aseguren la información, y el pleno y responsable ejercicio de este derecho”.

Fuente: www.oij.org/

15 Organización Mundial de la Salud (OMS), *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associate Mortality in 2000*, 4th Edition. (Ginebra: WHO, 2004). Disponible en: www.who.int/reproductive-health/publications/unsafe_abortion_estimates_04/estimates.pdf

Los temas relativos a la sexualidad y a la reproducción humana son siempre delicados y sensibles a distintas interpretaciones, según los contextos culturales desde los que se manejan. Nuestras sexualidades, y todo lo que afecta a nuestra salud alrededor de ella, constituyen temas fácilmente manipulables y polarizantes; este “estigma” los aleja de las mesas de diálogo político y social, no sólo nacionales sino internacionales. Algunas problemáticas que son necesarias abordar al hablar de salud sexual y reproductiva, incomodan a ciertos sectores, y a grupos conservadores que se niegan a dialogar sobre ellos desde una perspectiva de derechos humanos universales.

Es el caso de la salud sexual y reproductiva de las personas jóvenes, tema que necesariamente nos remite a hablar de su sexualidad. O el de los servicios seguros para la terminación del embarazo en circunstancias en que es legal. En Latinoamérica se registran las tasas más altas de aborto en condiciones de riesgo (29 abortos inseguros por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años)¹⁶. A consecuencia de ello, cada año 3.700 mujeres mueren en la región¹⁷. A pesar de constituir un grave problema de salud pública, abordar el tema del aborto clandestino e inseguro, pone en la mesa el inútil, estéril y controversial debate “a favor” o “en contra” del aborto. Ninguna mujer desea someterse a un aborto, y si se sigue recurriendo a esta práctica, es por falta de información sobre como prevenir un embarazo, falta de métodos anticonceptivos y, sobre todo, por la falta de control que las mujeres tienen sobre sus propios cuerpos, especialmente cuando viven en situaciones de abuso y explotación.

A través de los ODM se espera conseguir y demostrar cambios y mejoras rápidos. Los cambios de comportamiento sociales e individuales, relativos a la salud sexual y reproductiva son complejos de generar y difíciles de sostener y medir en el corto plazo. A más de programas y políticas pro-activas que protejan y promuevan la salud y los derechos sexuales y reproductivos de toda la ciudadanía (por ejemplo facilitar el acceso al condón para la prevención del embarazo no planificado y del VIH), se requiere de una transformación cultural progresiva dentro de cada sociedad (siguiendo con el mismo ejemplo, asumir a nivel colectivo el derecho y la responsabilidad de toda persona de utilizar siempre y de forma correcta el condón). Los ODM se definieron en plazos de tiempo demasiados cortos para medir y demostrar que se están alcanzando metas en materia de salud sexual y reproductiva.

Por estas y otras razones, en el año 2001, en el momento de articular la *Declaración del Milenio* en objetivos medibles y concretos, el objetivo de garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva no fue incorporado dentro de los ODM.

Para conocer más sobre este tema, ver la publicación “Opciones públicas, decisiones privadas: los ODM y la SSR”, en <http://www.familycareintl.org/es/resources/publications/42>



Sin embargo, desde la revisión quinquenal de los ODM en el 2005, se han producido una serie de cambios en el esquema de medición de los mismos, que incorporan la promoción de la salud reproductiva en las metas e indicadores de los ODM. Más adelante les mostraremos las nuevas metas y los nuevos indicadores.



16 OMS, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associate Mortality* in 2000.

17 Ipas y Family Care International. *Mejorar el acceso al aborto sin riesgos. Guía para garantizar servicios de calidad. Paquete de presentación de abogacía*, 1ª edición, Nueva York, FCI e Ipas, 2005.

En la *Cumbre Mundial 2005*, celebrada en el 59º período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, los Estados Miembros de la ONU presentaron sus informes de avances hacia cada uno de los ocho ODM. Así mismo, en el marco de la Reunión Plenaria de Alto Nivel, los y las jefes de Estado presentes reafirmaron su compromiso con la implementación de políticas orientadas a lograr los ODM.

Los informes regionales de avance hacia los ODM y los informes elaborados por los países de América Latina y el Caribe, se pueden encontrar en la página web de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL): www.eclac.cl/publicaciones o www.eclac.cl/mdg/

Durante esta reunión, también llamada *Cumbre ODM+5*, se analizaron y reconsideraron las **estrategias** para el alcance de los ODM, antes del año 2015.

Reconociendo la escasa inclusión del objetivo general definido en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (lograr el acceso universal a la salud reproductiva), el documento final de la *Cumbre Mundial 2005* incluyó la **recomendación y el compromiso político de todos los Estados participantes** de insertar este objetivo en las estrategias nacionales definidas para alcanzar los ocho ODM.

Para que este avance fuera posible, contribuyeron una multitud de ONG, incluyendo organizaciones de gente joven, que trabajaron en alianza para incidir en el proceso de redacción y aprobación de este documento político. La asistencia técnica de organismos como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) fue significativa durante este proceso. Entre todos, logramos que en esta oportunidad:

- se reconocieran los vínculos entre cada uno de los ODM y el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, y
- se incluyera explícitamente la necesidad de incorporar estrategias de acceso universal a la salud sexual y reproductiva en los Planes de Desarrollo Nacionales, para alcanzar los ODM.

El Documento Final de la *Cumbre Mundial 2005* recoge este y otros compromisos nacionales importantes de conocer y divulgar entre la ciudadanía. A través de un conocimiento más extenso de lo acordado por los Estados en el Documento Final, la gente joven sabrá qué exigir exactamente a sus gobiernos.

Extractos del Documento Final de la Cumbre 2005¹⁸

“Nosotros, los Jefes de Estado y de Gobierno, nos hemos reunido en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York del 14 al 16 de septiembre de 2005 (...) nos comprometemos a: (...)

Lograr el acceso universal a la salud reproductiva para el 2015, según lo estipulado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, e integrar ese objetivo en las estrategias encaminadas a alcanzar los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio, y orientados a reducir la mortalidad materna, mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil, promover la igualdad entre los géneros, luchar contra el VIH y SIDA y erradicar la pobreza.”

Párrafos 11 y 57(g)

Además de este compromiso, otros párrafos del Documento Final señalan, de manera precisa, la importancia de tomar en cuenta los vínculos entre la salud sexual y salud reproductiva (SSR) con respecto a los otros ODM, al momento de establecer políticas y programas nacionales para su logro:

Para ver el texto completo del Documento Final de la Cumbre Mundial 2005, visitar la página web: <http://www.un.org/spanish/summit2005>

18 <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N05/487/63/PDF/N0548763.pdf.OpenElement>

Además de este compromiso, otros párrafos del Documento Final señalan, de manera precisa, la importancia de tomar en cuenta los vínculos entre la salud sexual y salud reproductiva (SSR) con respecto a los otros ODM, al momento de establecer políticas y programas nacionales para su logro:

Objetivo 3: SSR para la igualdad de género

- “Asegurar la igualdad de acceso a la salud reproductiva, para lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer”.

Párrafo ¶ 58(c)

Objetivo 6: SSR y prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual

- “Incrementar compromisos y recursos para combatir el VIH y SIDA”.

Párrafo ¶ 57(c)

- “Aumentar la capacidad de adultos y jóvenes para protegerse del riesgo de infección por el VIH”.

Párrafo ¶ 57(b)

Otros párrafos del documento, señalan la importancia estratégica de **incrementar la inversión en el sector salud**:

- “Incrementar las inversiones, (...) para mejorar los sistemas de salud (...) a fin de que haya suficiente personal sanitario, así como la infraestructura, los sistemas de gestión y los suministros de salud necesarios para que se puedan alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio relativos a la salud a más tardar en 2015”.

Párrafo ¶ 57(a)

- “Elaborar y aplicar un conjunto de medidas de prevención del VIH, así como de tratamiento y atención de las personas infectadas, con el fin de alcanzar en la mayor medida posible el objetivo del acceso universal al tratamiento de todos los necesitados para 2010, mediante, entre otras cosas, el aumento de los recursos, y luchar por la eliminación de los estigmas y de la discriminación, el aumento del acceso a medicamentos de bajo costo y la reducción de la vulnerabilidad de las personas afectadas por el VIH y SIDA y otros problemas de salud(...)”

Párrafo ¶ 57(a)

- “Habida cuenta de la necesidad de acelerar inmediatamente los progresos en (...)lograr los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, decidimos estudiar y ejecutar con carácter urgente iniciativas dirigidas por los países, (...) que prometan mejoras inmediatas y duraderas en la vida de las personas (...). A ese respecto, tomaremos medidas como (...) la eliminación de los derechos cobrados a los usuarios por los servicios de enseñanza primaria y, cuando proceda, de salud.”

Párrafo ¶ 35

Por último, todos los países se comprometieron a definir e **implementar estrategias de desarrollo** para traducir estos compromisos en acciones, y se comprometieron a **promover la participación** de las organizaciones de la sociedad civil en la implementación de medidas:

- “Adoptar, para 2006, y aplicar estrategias nacionales amplias de desarrollo para alcanzar los objetivos y metas de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los objetivos de desarrollo del Milenio”

Párrafo ¶ 22 (a)

- “Acogemos (...) las contribuciones positivas del sector privado y la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, en la promoción y ejecución de los programas de desarrollo y de derechos humanos y subrayamos la importancia de que sigan colaborando con los gobiernos, las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales en esas esferas fundamentales”

Párrafo ¶ 172



Cambios y avances en metas e indicadores

El octubre de 2006 la Asamblea General de la ONU recibió y *tomó nota* del informe del Secretario General de la ONU. Este informe da seguimiento a los compromisos y consensos alcanzados en la Cumbre Mundial 2005 y propone la creación e inserción de **cuatro nuevas metas**, para medir de manera más eficaz los avances hacia distintos ODM. Estas nuevas metas son:

Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.

- Nueva meta: *Empleo pleno y digno para mujeres y personas jóvenes para 2015*

Objetivo 5. Mejorar la salud materna.

- Nueva meta: *Acceso universal a salud reproductiva*

Objetivo 6. Combatir el VIH y SIDA, la malaria y otras enfermedades.

- Nueva meta: *Acceso universal al tratamiento contra el VIH y SIDA*

Objetivo 7. Asegurar la sostenibilidad del medio ambiente.

- Nueva meta: *Reducir el daño al planeta, para el 2010*

En base a esta propuesta de la Secretaría General de las Naciones Unidas, el *Grupo Intergubernamental de Expertos y Expertas sobre Indicadores* trabajó en la definición de **indicadores** para monitorear el alcance de estas nuevas metas.

Necesidad insatisfecha de planificación familiar (o de anticoncepción): número de mujeres que desearían evitar un embarazo y sin embargo no utilizan ningún método anticonceptivo, o de planificación familiar.

En base a esta propuesta de la Secretaría General de las Naciones Unidas, el *Grupo Intergubernamental de Expertos y Expertas sobre Indicadores* (IAEG, por sus siglas en inglés) trabajó en la definición de **indicadores** para monitorear el alcance de estas nuevas metas.

En lo relativo a la meta de **lograr acceso universal a salud reproductiva**, el IAEG propuso¹⁹:

- I. Agregar un indicador nuevo relativo a la **necesidad insatisfecha de planificación familiar** (o anticoncepción);
- II. Agregar un nuevo indicador sobre la proporción de la **fecundidad adolescente** (de 15 a 19 años) de la tasa total de fecundidad;
- III. Cambiar la ubicación del indicador 19 relativo a la **tasa de uso de anticonceptivos** (definido inicialmente para medir avances hacia la Meta 7²⁰ del ODM 6), y ubicarlo como indicador de la meta de *lograr, para el 2015, acceso universal a salud reproductiva*.
- IV. Agregar un indicador sobre la tasa de cobertura de control prenatal.

En base a estas recomendaciones, **en octubre de 2007 la Secretaría General de las Naciones Unidas presentó el nuevo marco de seguimiento a los ODM**, con las nuevas metas y sus correspondientes indicadores, reformulado siguiendo las recomendaciones de este Grupo Interagencial. El reporte agrega que cuando corresponda, los indicadores deberán ser desglosados por sexo y por zonas urbanas y rurales²¹.

19 Esta recomendación, emitida en marzo de 2007, está al momento pendiente de la aprobación del Consejo Económico y Social de la ONU (ECOSOC), en junio 2007.

20 Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH y SIDA.

21 http://www.eclac.cl/MDG/noticias/noticias/7/30377/A621e_marcodeseguimientoODM.pdf Pag. 71 – Consultado el 28 de marzo de 2008.

A continuación les mostramos los cambios que se propusieron para otros ODM. Puedes verlo en mayor detalle en los servicios de información de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (www.eclac.org/mdg/ind_of_es.html)

Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre

■ Nueva meta

Lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos, incluidos las mujeres y los jóvenes

■ Nuevos indicadores

Tasa de crecimiento del producto interno bruto por persona empleada

Tasa de población ocupada

Proporción de la población ocupada con ingresos inferiores a 1 dólar por día según la PPA

Proporción de la población ocupada total que trabaja por cuenta propia o en un negocio familiar

Objetivo 6. Combatir el VIH y SIDA, la malaria y otras enfermedades

■ Nueva meta

Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH y SIDA de todas las personas que lo necesiten

■ Nuevo indicador

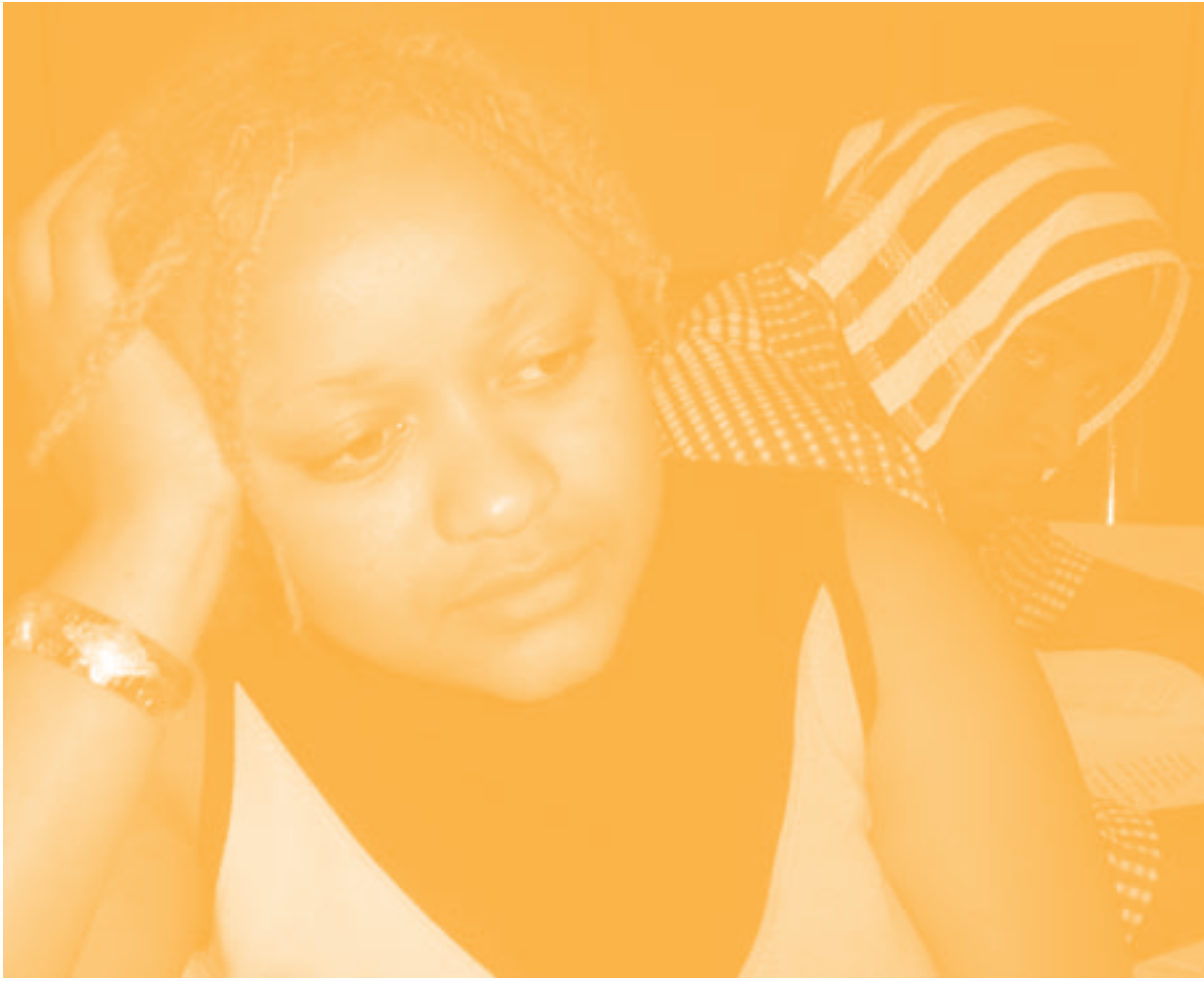
Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales

Una nueva meta con nuevos indicadores también fue incluida en el **Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente**. Así mismo, algunos indicadores fueron reformulados y otros eliminados.

La inclusión de metas concretas y de nuevos indicadores para su monitoreo, nos da nuevas y mayores oportunidades para exigir y vigilar la adecuada protección y el cumplimiento de aspectos relativos a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos los ciudadanos y ciudadanas latinoamericanos y caribeños; sea cual sea nuestra pertenencia étnica, edad, religión, orientación sexual, estatus socioeconómico o conyugal, grado de escolaridad, etc.

Ahora la sociedad civil y los y las jóvenes, podemos dar seguimiento a las definiciones de indicadores finales a nivel nacional; por esto es importante concretar mecanismos válidos y realistas que nos permitan medir el acceso a la salud reproductiva, así como al resto de los nuevos indicadores.

La **salud sexual y reproductiva está estrictamente vinculada a todos y cada uno de los ODM**, resultando en un componente necesario en toda estrategia de desarrollo nacional. Más allá de que se haya creado una meta específica para la salud reproductiva, creemos importante, mostrarles cómo se vincula una buena condición de salud sexual y reproductiva, con la construcción de sociedades más justas y equitativas en América Latina y el Caribe. En las próximas páginas realizamos un análisis de cómo el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, contribuye a lograr los ODM (del 1 al 6).



ODM 1

Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Las malas condiciones de salud sexual y reproductiva repercuten de manera negativa en el bienestar (incluyendo el bienestar económico) de las personas, las familias, y las comunidades, disminuyendo la capacidad de los individuos de aportar de forma activa y productiva en la sociedad y en la fuerza de trabajo nacional.

La **maternidad temprana**, por ejemplo, contribuye a mantener el ciclo de pobreza, ya que al interrumpir de forma temprana la escolarización de las niñas y adolescentes, limita sus oportunidades de empleo. La mayoría de veces, una niña o adolescente que es forzada a una maternidad temprana, se ve obligada a abandonar sus estudios para dedicarse al cuidado de sus hijos e hijas. Por tanto, sus posibilidades de empleo se ven reducidas significativamente, lo que provoca que las mujeres tengan empleos más precarios (sub-empleos, empleos mal remunerados) agudizando así la feminización de la pobreza.

En muchos colegios de Latinoamérica y el Caribe, católicos y laicos, públicos y privados, las jóvenes son expulsadas por estar embarazadas, y pese a que esto representa una violación a sus derechos, hasta ahora poco o nada han hecho los gobiernos para evitar que esta situación se repita.

La **planificación familiar y la anticoncepción** permiten que las personas puedan controlar y regular el crecimiento de su familia. Al tener control sobre nuestra fecundidad, podemos decidir el número de hijos e hijas que deseamos y que **estamos en la capacidad de sustentar**; es decir, que podemos alimentar, cuidar, educar y escolarizar. Cuando las personas no disponen de **información y educación sobre cómo cuidar su salud sexual y reproductiva**, son escasas o nulas las posibilidades de **identificar las oportunidades** encaminadas hacia la auto-realización de un proyecto de vida que responde a deseos e intereses personales. Por tanto, tener el número de hijos que una familia puede sostener, en el momento en que pueda dedicar su atención y recursos a ellos es fundamental para el bienestar de los hijos e hijas, de la madre y de su familia en conjunto.

El acceso a anticonceptivos y a servicios de consejería amigables y con enfoque juvenil permite que las y los jóvenes tengamos la información y herramientas que necesitamos para poder ejercer nuestra sexualidad de manera saludable, libre y placentera.

“(…) la mayor diferencia entre las familias de más ingresos y las familias empobrecidas no está en el tamaño de familia deseado o considerado ideal, sino en la capacidad de cada una de ellas de implementar sus preferencias reproductivas”.

Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2006. *Opciones públicas, decisiones privadas: la salud sexual y reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Pág. 8

Los hijos e hijas que ocupan un alto lugar en el orden de nacimiento, cuya madre es adolescente (en particular menor de 18 años), o cuyo nacimiento se encuentra poco distanciado del anterior, tienen mayor probabilidad de una muerte temprana, incluso una vez considerados los factores socioeconómicos. Este problema se agudiza si es que la madre no cuenta con los recursos económicos necesarios que le permitan sustentar a su hijo o hija. Todos estos factores de riesgo son más frecuentes en contextos de fecundidad elevada, de escaso acceso a servicios de planificación familiar, y en contextos de violencia permanente hacia las mujeres. Por tanto, avanzar en la ampliación de la cobertura de atención de la salud sexual y reproductiva, incluida la anticoncepción, y la anticoncepción de emergencia, no solo contribuye al logro de los acuerdos establecidos en el Plan de Acción aprobado en El Cairo, sino que responde directamente al logro del ODM 1: *Erradicar la pobreza extrema*²².

Además, es necesario que el ODM 1 tome en cuenta la creciente feminización de la pobreza, pues no se puede erradicar la pobreza extrema si es que las mujeres no tenemos igualdad de oportunidades frente a los hombres. Si una mujer no puede decidir sobre su cuerpo y su sexualidad; si es víctima de violencias y abusos contra ella y su familia; si es mal remunerada o explotada; si es forzada a abandonar sus estudios o trabajo por estar embarazada... no se podrá erradicar la pobreza. Por eso, es necesario que se dé seguimiento a indicadores específicos que analicen la situación de las mujeres, y que los gobiernos den especial atención a las mujeres dentro de la lucha por poner fin a la pobreza.

22 Para conocer más sobre estos planteamientos, referirse a “Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una mirada desde Latinoamérica y el Caribe”. Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe (CEPAL) 2005. Pagina 149.

ODM 2

Lograr la educación primaria universal

Para alcanzar el ODM relativo a la educación, es necesario tener en cuenta la relación que existe entre la educación primaria y la salud sexual y reproductiva, sobre todo de las **personas adolescentes y jóvenes**.

Honduras es el país que registra la mayor tasa de analfabetismo en mujeres en toda la región, con un 8,8%, seguido de El Salvador con 4,2%

Fuente: CEPAL, Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 2006

La **educación de la mujer** es un factor clave para la salud de sus hijos e hijas, y para la reducción de la mortalidad infantil. Un mayor grado de escolarización de las mujeres trae aparejada una disminución de los riesgos de mortalidad materna y un mayor control sobre la fertilidad.

El **embarazo adolescente** es una causa grave de **deserción escolar**. Si no se discute y se toman medidas sobre el acceso de las personas jóvenes a educación e información científica y amigable sobre sexualidad, que nos permita tomar decisiones sanas, libres, informadas y responsables, las mujeres jóvenes seguirán abandonando sus estudios. Por tanto, el ODM 2 no podrá alcanzarse plenamente.

En casi todos los países de la región, la maternidad adolescente ha aumentado significativamente, siendo Honduras el país que registra el incremento más rápido, seguido de Panamá y Brasil. México se ubica en el último lugar, con una tendencia al descenso.

Fuente: procesamiento especial de bases de microdatos censales

Hay que mencionar que todos los ODM van de la mano, es decir, que no se puede alcanzar el uno sin trabajar en los otros siete, por eso, al hablar de escolarización y educación primaria universal, se tiene necesariamente que tomar en cuenta los otros ODM.

Al iniciarse el siglo XXI, nueve de cada 10 niños y niñas latinoamericanos tenían acceso a la educación primaria.

Uno de los principales desafíos para avanzar decididamente hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el cumplimiento de las metas al año 2015, es evitar que los niños abandonen la escuela antes del término del ciclo básico y disminuir significativamente la deserción en el ciclo medio.

Deserción escolar, un obstáculo para el logro de los Objetivos del Desarrollo del Milenio 2002.

La **educación formal** representa un punto importante de acceso a diversos contenidos educativos sobre salud sexual y reproductiva, y en muchos casos, el sistema educativo formal es el único espacio en el que los y las jóvenes pueden obtener este tipo de información. La educación sexual integral, precisa, libre de tabúes y prejuicios y sensible a las diferencias de género y culturales, puede proporcionar las **habilidades, herramientas y conocimientos** necesarios para que los y las jóvenes tomen decisiones saludables sobre su sexualidad, y de esta manera no sólo evitar embarazos no planificados sino además la propagación de infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido el VIH. Sin embargo, este tipo de educación suele estar ausente en los programas de estudios, o se encuentra limitada a una educación biologicista o a programas basados exclusivamente en la promoción de la abstinencia sexual. Los esfuerzos que a nivel de país se realicen para lograr la educación primaria universal, pueden ser optimizados si se combinan con una **reforma curricular** que incluya una educación en sexualidad amigable, científica y con perspectiva juvenil.

La **educación de calidad de las niñas, niños y adolescentes** tiene efectos beneficiosos al largo plazo para ellas y ellos, para sus familias (actuales y futuras) y para la sociedad en conjunto. Las mujeres que cuentan con la oportunidad de completar por lo menos la educación primaria, tienen mayor participación en las decisiones que afectan su propia vida sexual y reproductiva; mayor probabilidad de poder negociar condiciones de sexo seguro; decidir cuándo y con quién casarse (se observa una postergación del matrimonio), o el uso de métodos anticonceptivos. Las niñas y mujeres que han recibido una educación adecuada poseen una mayor autoestima y tienden a ser más respetadas, lo que a su vez les protege de verse sometidas a situaciones de violencia.

Hay una clara relación entre el grado de logro escolar y el tamaño de las familias: las hijas mayores, de familias más numerosas, y de sectores rurales o urbano-marginales, a menudo dejan sus estudios por falta de recursos y porque deben contribuir con las responsabilidades del hogar (por ejemplo, cuidando a los menores o mayores de la casa o trabajando para aportar en el sostenimiento de su hogar).

En Bolivia, Brasil, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Venezuela, entre el 40% y más del 70% de los niños y niñas dejan de asistir a la escuela antes de completar el ciclo primario. En Chile, Colombia, México, Panamá, Perú y Uruguay, en cambio, entre el 50% y el 60% del abandono escolar se produce en el transcurso de la secundaria, y, con excepción de Chile, en todos ellos la deserción se concentra más en el comienzo que en el final del ciclo. En Argentina, Costa Rica, Ecuador, Honduras y Paraguay, más de la mitad y hasta el 60% de los que abandonan la escuela lo hacen al finalizar el ciclo primario.

Sin embargo, los esfuerzos para evitar la deserción escolar a fin de que los jóvenes de hoy puedan alcanzar mayores niveles de educación y unos ingresos laborales futuros más altos que les permitan mantener a sus familias fuera de la pobreza, no rendirán plenamente sus frutos si las políticas educativas (cuyos efectos potenciales sobre el bienestar y la equidad son a largo plazo) no van acompañadas de una dinámica de generación de empleos de calidad y de una adecuada protección social que permitan absorber productivamente las mayores calificaciones ofrecidas.

Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura
La deserción escolar en América Latina: un tema prioritario para la agenda regional
División de Desarrollo Social de la CEPAL.
Diciembre 2002.

- A su vez, el nivel de instrucción de las madres y padres, marca una diferencia crítica en el aumento de escolarización de las niñas.
- Al no incorporar la educación en sexualidad en las escuelas, se pierde la oportunidad de formar generaciones de jóvenes más preparados para cuidar y proteger su salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Dentro del ODM 2, además de incorporar la educación sexual amigable en el currículo, propiciando incluso la educación entre padres, es necesario añadir que la educación primaria universal debe ser gratuita para todos y todas.



ODM 3

Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer

“La pobreza tiene rostro de mujer. La prosperidad y la paz mundiales sólo se alcanzarán una vez que todos los y las habitantes del planeta tengan la capacidad para poner orden a sus propias vidas y llevar sustento para sí y sus familias. Las sociedades donde las mujeres gozan de mayor igualdad tienen muchas más posibilidades de alcanzar los Objetivos del Milenio para 2015.

Cada Objetivo individual está directamente relacionado con los derechos de la mujer, y las sociedades donde las mujeres no gozan de los mismos derechos que los hombres jamás podrán alcanzar el desarrollo de manera sostenible”.

El matrimonio y el **embarazo a edades tempranas** restringen las oportunidades educativas y laborales de las mujeres jóvenes. Cuando las mujeres tienen acceso a servicios de información y a métodos de planificación familiar, cuentan con más herramientas para decidir, junto a su pareja, el momento oportuno para tener hijos, tomando en cuenta sus necesidades educativas y laborales y sus proyectos individuales de vida.

- Dos tercios de los habitantes analfabetos del planeta son mujeres.
- La tasa de empleo femenina equivale a dos tercios de la tasa de empleo masculina.
- Las mujeres sólo ocupaban 15% de los escaños en los parlamentos nacionales en 2003.
- Las mujeres representan la mitad de los 40 millones de personas que viven con el VIH en el mundo, y debido a su vulnerabilidad en muchas sociedades, la cifra va en aumento.

Campana del Milenio: Voces contra la pobreza

La discriminación contra las mujeres está muy arraigada en determinadas sociedades, hasta el punto de no percibirse como un problema, sino como un hecho natural, la subordinación al hombre, el tener menores derechos y salario e, incluso, el maltrato físico. Las mujeres tienen unas tasas más elevadas de analfabetismo y abandono escolar (el 57% del total de niños sin escolarizar son niñas), debido a que el cuidado de la casa, la familia y los niños son tareas asignadas exclusivamente a la mujer. Una mujer no escolarizada tiene más posibilidades de vivir en la pobreza, de tener un número más elevado de partos, morir en uno de ellos o perder a sus hijos por complicaciones en el embarazo, en el parto o por enfermedades.

El nivel de ingresos y el grado de escolarización de las mujeres repercuten en su salud sexual y reproductiva, y viceversa. Las mujeres que viven en condiciones de pobreza o que poseen un bajo nivel educativo tienen menos **posibilidades de conocer, acceder y usar correctamente métodos anticonceptivos** y por lo tanto, mayores posibilidades de experimentar embarazos no planificados.

Son más vulnerables a las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH, y tienen mayores probabilidades de sufrir situaciones de violencia física y sexual.

- La capacidad de las mujeres de tomar decisiones libres respecto a sus vidas reproductivas, y de disponer de información, servicios e insumos para hacerlo, tiene un efecto drástico en sus posibilidades educativas, de empleo y de participación en la vida política, social y cultural de sus países.

La **violencia contra la mujer** es uno de los mayores desafíos para lograr la equidad de género. La violencia es un factor que **impide** a las mujeres **gozar y ejercer su autonomía**. Por ello es necesario reforzar las leyes referentes a la violencia intrafamiliar y contra la mujer, y asignar mayores recursos financieros, sanitarios, policiales y judiciales que garanticen su pleno cumplimiento. Pero además, es importante capacitar a los profesionales de la salud para que traten de forma integral a una mujer que ha sido víctima de violación, dándole toda la ayuda y soporte necesarios, y tratándola con respeto.

- La **violencia sexual** contra la mujer es una violación a los derechos humanos más fundamentales, y debe ser prevenida y penada. El Estado tiene el deber de contribuir a rehabilitar la salud física (incluidas la salud sexual y reproductiva) y emocional de la mujer que ha sufrido un abuso sexual y para ello, debe brindar:

Acceso inmediato a **anticoncepción de emergencia** para evitar el embarazo después de la violación.

Acceso inmediato a **profilaxis post-expositiva** de ITS, incluido el VIH, para evitar la transmisión del VIH en los días inmediatamente posteriores a un asalto sexual.

Los exámenes que se le hacen a una mujer que ha sido violada, deben ser realizados por un profesional capacitado, garantizando **un total respeto hacia la mujer**.

Apoyo emocional, legal, judicial y social a la mujer afectada y a su familia.

Acceso a servicios de aborto legal, seguros y gratuitos para las mujeres que han sufrido una violación.

La violencia contra las mujeres, en sus distintas manifestaciones, refleja la discriminación y sometimiento de que son objeto en la mayor parte de las sociedades, donde se percibe una “naturalización” de este fenómeno. La región latinoamericana y caribeña no es la excepción. Pese a sus graves efectos para la vida y salud de las víctimas y sus familias, la violencia con sesgo de género no ha sido enfrentada con decisión por los organismos públicos en términos de prevención, sanción y reparación, lo que da cuenta de una brecha entre el ordenamiento jurídico internacional y lo que se ha concretado a través de legislaciones y normativas nacionales. En este contexto, la violación sexual, que puede afectar a mujeres de todas las edades y condiciones sociales, es la mayor expresión de poder y control puesto que más allá de la significación sexual, se trata de un acto de sometimiento de la voluntad y cuerpo de la víctima por medio de la fuerza y/o la coerción, afectando la dignidad y los más elementales derechos humanos.²⁴

En América Latina, la violencia sexual contra las mujeres es uno de los problemas más graves de salud pública y derechos humanos. Estudios de la OPS/OMS muestran que más del 36% de las chicas y el 29% de chicos han sufrido abuso sexual infantil.

Hay que recordar que los tipos de violencia pueden ser físicos y psicológicos, por tanto, es necesario que de igual manera se de atención a las mujeres que sufren de violencia psicológica contra ellas y sus hijos e hijas.

Una significativa proporción de mujeres jóvenes latinoamericanas y caribeñas dijo que su primer contacto sexual se produjo contra su voluntad; y una tercera parte de las adolescentes ha sufrido una iniciación sexual forzada.

Según estos mismos datos, en algunos países de la región, una de cada cuatro mujeres casadas declaró haber sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja. A esto se suma el tráfico de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, otro factor que contribuye a la propagación del VIH²⁵.

Todos y todas debemos entender que si no se alcanza la equidad entre hombres y mujeres, y si no existe un verdadero empoderamiento de las mujeres, que nos permita tomar decisiones autónomas y libres sobre nuestras vidas, no se podrá cumplir con ninguno de los ODM, pues ésta es una condición fundamental para que se reduzca la pobreza, se alcance la educación primaria universal, se reduzca el contagio de VIH y la mortalidad infantil, y se mejore la salud materna.

Invertir en el mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres, es invertir en la humanidad.

24 Aborto legal por violación. Reclamo desde los derechos humanos de las mujeres. Boletín Mujer Saludable, Año IV, No. 1, febrero 2005. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC

25 <http://www.lacasadecancun.com/violenciasexual.htm>

La salud sexual y reproductiva de las madres está directamente ligada a la salud de sus hijos e hijas. Muchas de las intervenciones más efectivas para mejorar la salud materna también resultan adecuadas para reducir la mortalidad en recién nacidos: la atención prenatal, la atención del parto y post parto por personal calificado, una alimentación adecuada y el acceso a medicinas esenciales, son medidas que pueden **salvar la vida de los recién nacidos y de sus madres**.

La mayoría de las muertes que ocurren entre el primer mes y los cinco años de vida son causadas por enfermedades prevenibles y tratables: la diarrea, la neumonía, la malaria y el sarampión. La mortalidad infantil podría reducirse de manera significativa si se abordan las desigualdades sociales y económicas entre poblaciones rurales y urbanas, y si se asegura el **acceso universal** a los **servicios básicos de salud**, incluyendo servicios adecuados de salud sexual y reproductiva.

En América Latina y el Caribe, los gobiernos y los organismos de cooperación internacional han realizado grandes esfuerzos para la reducción de la mortalidad materna e infantil, pero los resultados no han sido coherentes con lo esfuerzos desplegados; por ésta razón se han replanteado nuevas metas. En la 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en el 2002, dando seguimiento a los acuerdos establecidos por los países se establecieron Metas del Milenio para la Región de Las Américas, para ser alcanzadas en el año 2015. Junto con la reducción de la pobreza los países asumieron el compromiso de disminuir la mortalidad materna, en un 75%, y la infantil, en un 66%, respecto de los niveles de 1990.

OPS República Dominicana
www.ops.org.do

Las madres con mayor grado de **escolarización** tienen más habilidades para cuidar adecuadamente la salud de sus hijos e hijas en sus propios hogares, y pueden identificar más fácilmente cuando sus hijos e hijas necesitan atención médica. Cuando las mujeres poseen un nivel de educación adecuado y disponen de la información y los métodos necesarios para **espaciar los nacimientos** y tener el número de hijos que desean, se logra disminuir el riesgo de mortalidad materna e infantil.

La **educación** y la **fecundidad de las madres**, son factores determinantes para la supervivencia de los recién nacidos:

- Hay una relación directa positiva entre el mayor **uso de métodos anticonceptivos** modernos y la disminución de la mortalidad infantil.
- Los y las recién nacidos de **adolescentes madres** tienen la mitad de posibilidades de sobrevivir en su primer año de vida que los de mujeres de entre 20 y 39 años de edad²⁶.

26 Opciones públicas, decisiones privadas. Los ODM y la SSR. Proyecto del Milenio, 2006

La salud materna está vinculada al grado de respeto y protección otorgado a la salud y los derechos y sexuales y reproductivos. Haití es el país que registra la razón de mortalidad materna más alta de toda América: 630 mujeres fallecieron por cada 100.000 nacidos vivos en el año 2006²⁷. El riesgo aumenta con la falta de autonomía de la mujer, la falta de educación y de recursos económicos, así como con la desnutrición y las pesadas cargas de trabajo físico durante el embarazo.

En Latinoamérica, las adolescentes representan entre 10 y 24% de las muertes maternas.

Alrededor de 23.000 mujeres mueren cada año en América Latina y el Caribe por causas relacionadas con el embarazo o el parto. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), *“la mortalidad materna representa un grave problema de salud pública, sus causas son evitables y es la máxima expresión de injusticia social, ya que es en los países de menor desarrollo económico donde existen las cifras más altas de muertes maternas y son las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir por embarazo, parto o puerperio”*²⁸.

Las mujeres adolescentes presentan condiciones de mayor vulnerabilidad que las mujeres adultas que se embarazan. A este respecto, se ha encontrado que las adolescentes de entre 10 y 14 años tienen un riesgo de morir por causas del embarazo y parto 5 veces mayor que el de mujeres de 20 a 24 años. Además de las cuestiones biológicas se suman otros aspectos como los relacionados con los contextos sociales en los que estos embarazos suceden (dentro de relaciones poco estables o en relaciones violentas).

La mayoría de las muertes maternas podrían evitarse mediante la mejora de la capacidad resolutoria de los servicios de salud materna; con el debido control prenatal; brindando atención calificada durante embarazo, el parto y el posparto; y garantizando el acceso rápido y oportuno a cuidados obstétricos de emergencia.

En la mayoría de los países de la región, las tasas de uso de anticonceptivos se sitúan entre el 45% y el 70% y en Bolivia, Guatemala y Haití se observan valores muy inferiores. Sólo Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba y Puerto Rico registran tasas de uso que superan el 75%. (CEPAL 2005)

La OPS afirma que para una mujer nacida en América Latina o el Caribe, las probabilidades de morir por complicaciones del embarazo son 27 veces mayores que para una mujer nacida en Estados Unidos; la terrible paradoja es que la mayoría de las causas que llevan a todas estas muertes son tratables y hasta prevenibles.²⁹

La prevención de los embarazos no planificados constituye un factor importante para evitar muertes maternas. Por ello debe ampliarse el acceso a información y a métodos de planificación familiar para las personas jóvenes. La combinación de métodos para jóvenes debe necesariamente incluir la anticoncepción de emergencia, para que la mujer pueda evitar el embarazo (especialmente en casos de abuso sexual o de imposibilidad de negociar el uso del condón).

No se puede dejar de mencionar que la segunda causa de mortalidad materna en la región es provocada por los abortos inseguros; por tanto, para frenar los índices alarmantes de mortalidad materna, es necesario que las mujeres, especialmente las mujeres jóvenes tengan acceso a servicios de aborto legales y seguros.

29 Texto tomado de la página web: www.comminit.com

Algunos datos de salud materna:

- Alrededor de 23.000 mujeres mueren cada año en América Latina y el Caribe por causas relacionadas con el embarazo (OPS-2002).
- Según la OPS, la mortalidad materna representa un grave problema de salud pública, sus causas son evitables y es la máxima expresión de injusticia social, ya que es en los países de menor desarrollo económico donde existen las cifras más altas de muertes maternas y son las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir durante el embarazo, parto o posparto.
- En cuanto a la mortalidad materna, la región no está en vías de alcanzar los ODM. La proporción de muertes maternas por nacidos vivos se estancó en los últimos 10 años y el número de madres que mueren cada año es preocupante. (OPS 2006)
- Las altas tasas de mortalidad materna en América Latina se deben en parte a la falta de acceso a servicios, en parte a la pobreza, y en parte a la habitual carencia de facultades para tomar decisiones en su familia. (Andrew Morrison, "Promesa y riesgo en América Latina y el Caribe" - Febrero de 2005- Banco Mundial).
- En América Latina, se ha calculado la tasa de mortalidad materna en casi 200 casos por cada 100.000 nacidos vivos durante el año 2000. Si bien la cifra es menor que la de regiones como África subsahariana o Asia meridional, todavía es mucho más alta que en otras regiones. (Andrew Morrison, "Promesa y riesgo en América Latina y el Caribe" - Febrero de 2005- Banco Mundial)
- Muchos países en la región deberán esforzarse en extremo para cumplir con los ODM y su cláusula de reducir la mortalidad materna...". (Banco Mundial)



ODM 6

Combatir el VIH, el SIDA, la malaria, y otras enfermedades

La falta de coordinación y coherencia entre políticas, programas y servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención a las personas afectadas por el VIH y SIDA, y aquellos destinados a atender la salud sexual y reproductiva, reduce los esfuerzos para generar respuestas efectivas para ambos temas.

Aunque los patrones del VIH están cambiando en algunos países de América Latina y el Caribe, la epidemia en el conjunto de la región permanece estable. En el 2006, las nuevas infecciones por VIH totalizaban unas 140.000 personas (entre 100.000 y 410.000), y 65.000 personas (entre 51.000 y 84.000) han fallecido por SIDA.

La propagación de la epidemia del VIH en América Central y el Caribe, es compleja y está creciendo de manera alarmante, registrando las tasas más elevadas en la región. El Caribe es la segunda región del mundo más afectada por el VIH (430.000 personas en el 2004). Sin embargo, Honduras es el país que tiene el índice más alto de jóvenes (entre 15 y 39 años), viviendo con el VIH, seguido de El Salvador.

Fuente: Seguimiento de las Metas de CIPD. Indicadores seleccionados, América Latina y El Caribe. UNFPA, Estado de la Población Mundial 2006

Las dos terceras partes de los 1,7 millones (de 1,3 a 2,5 millones) de personas que se estima que viven con el VIH en América Latina, habitan en los cuatro países más grandes de la región: **Argentina, Brasil, Colombia y México**. Sin embargo, la prevalencia estimada del VIH es máxima en los países más pequeños de América Central, donde en 2005 fue ligeramente inferior al 1% en **El Salvador, Guatemala y Panamá**; el 1,5% en **Honduras** y hasta el 2,5% en **Belice** (ONUSIDA, 2006).

“Se ha empezado a observar un cambio del patrón de infección de la enfermedad, que afecta cada vez más a las mujeres en todos los países de la región, lo que se traduce en un aumento de la proporción del total de infectados que representan, y en consecuencia, en un incremento de la transmisión perinatal³⁰. Además, la epidemia está afectando con mayor frecuencia a la población joven y adolescente, haciendo más complejo el fenómeno porque los y las jóvenes tienen en general un acceso limitado a los servicios de educación y salud sexual y reproductiva y en muchos países se ponen trabas que impiden realizar campañas de prevención de alto impacto”³¹.

El VIH y SIDA es un gran problema en algunos países, como en determinados países del Caribe, en Honduras y en algunas zonas de Brasil. Es una cuestión que afecta a la mujer, pero que también está ligada a otros asuntos relativos a las desigualdades entre los sexos. Por ejemplo, está estrechamente relacionado con la salud sexual y reproductiva y también con la violencia contra la mujer”.

Andrew Morrison, “Promesa y riesgo en América Latina y el Caribe”. Febrero de 2005, Banco Mundial

La inequidad de género también está presente en el proceso de infección. Nuestra cultura latinoamericana machista impide que las mujeres tomen decisiones sexuales y reproductivas autónomas e informadas, volviéndolas más vulnerables a contraer la enfermedad y a sufrir violencias en torno a su cuerpos. Por otra parte, en la mayoría de países de América Latina y el Caribe, el uso del condón aún es limitado, lo que aumenta las probabilidades de infección si se mantienen conductas de riesgo en los hombres, provocando que las mujeres tengan pocas posibilidades de poner en práctica medidas de prevención que las proteja de infecciones³².

Si se quiere combatir la propagación del VIH y SIDA, es fundamental que paralelamente se combatan las inequidades e injusticias en torno a las mujeres, ya que, el acceso a educación, servicios de salud (incluyendo salud sexual y reproductiva), el acceso al mercado laboral y a información, son factores que contribuyen a que las mujeres logren un verdadero empoderamiento que les permita tomar decisiones libres sobre su vida, incluyendo su vida sexual y reproductiva.

En la lucha contra el VIH, también es necesario que los gobiernos den especial atención a la población joven, y que seamos considerados como un sector prioritario dentro de las políticas y programas nacionales de prevención y tratamiento.

30 Transmisión del VIH de la madre al hijo durante o después del embarazo.

31 *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una mirada desde Latinoamérica y el Caribe*. Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe (CEPAL) 2005. Pagina 279.

32 Ibid.

¿Qué podemos hacer para transformar estos compromisos políticos en realidad?

Advocacy³³ y los ODM

Como ya hemos mencionado en los capítulos anteriores a través de cifras y ejemplos concretos, **es prioritario y urgente que se alcancen los ocho ODM**, para que así todas las personas podamos tener una mejor calidad de vida. Nosotros y nosotras, los y las jóvenes, jugamos un papel primordial en la exigencia del cumplimiento de estos objetivos por parte de nuestros gobiernos y representantes.

Advocacy o incidencia política

Es un proceso de participación en la toma de decisiones que afectan nuestras vidas. (...) Es el proceso de:

- Identificar un problema.
- Desarrollar posibles soluciones.
- Dirigir la atención de tomadores/as de decisiones hacia un problema determinado e impulsar que tomen una solución.
- Construir apoyo para el alcance de logros y cambios deseados.

En este sentido, debemos conocer, no sólo los indicadores de los ODM que nos afectan directamente, sino también los derechos para la gente joven que ya están estipulados y garantizados en nuestros países, para de esta manera tener una base y un mecanismo de acción que nos permita seguir luchando para alcanzar el resto de derechos.

A modo de ejemplo de un proceso de *advocacy* o de incidencia política, a continuación desarrollaremos los puntos más importantes del mismo, haciendo énfasis en los derechos de nosotras, las y los jóvenes, y los ODM en Latinoamérica y el Caribe. Es importante resaltar que existen muchos modelos de *advocacy*; el que mostramos aquí no es el único ni pretende serlo; cada proceso es dinámico, y el modelo que mejor se utiliza en algún país puede ser diferente del que se adecua más a otro. Esperamos que este ejemplo de algunas herramientas que sirvan para desarrollar el modelos propios de incidencia política.

Pasos de un proceso de Advocacy

- | | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| ■ Asunto o tema. | ■ Construcción de apoyo político. |
| ■ Metas y objetivos. | ■ Recaudación de fondos. |
| ■ Público objetivo. | ■ Implementación. |
| ■ Desarrollo de mensajes. | ■ Monitoreo y evaluación. |
| ■ Canales de comunicación. | |

³³ *Advocacy* proviene del idioma inglés. En muchas ocasiones se emplean los términos castellanos *abogacía*, *incidencia política*, *cabildeo*, *promoción* o *defensa* para referirse a este concepto.

Identificar un problema

El primer paso para empezar cualquier proceso de incidencia política es identificar claramente cuál es el problema que queremos tratar. Muchas veces podemos tener algunas nociones de la problemática, como por ejemplo: la necesidad de que los gobiernos incluyan a las personas jóvenes en el control y monitoreo de los ODM.

Sin embargo, es preciso investigar a fondo la situación y comprenderla en su totalidad para poder proponer soluciones.

La mayoría de los países latinoamericanos cuentan con un Ministerio, Secretaría, Oficina de Juventud, así como con oficinas regionales de UNFPA, UNICEF y otros organismos que trabajan en programas dedicados a jóvenes. Es por estos medios por donde debemos empezar a informarnos:

- ¿Qué datos estadísticos existen? (cuántas personas jóvenes viven actualmente en tu país y en la región)

- ¿En que áreas temáticas trabajan los organismos institucionales encargados de la juventud?

- ¿A qué áreas relacionadas con los y las jóvenes dan mayor prioridad nuestros gobiernos? (acceso a servicios e información de salud sexual y reproductiva, salud, educación, empleo, etc.) ¿Cómo y dónde podemos obtener estos servicios? ¿Quién nos podrá ayudar a conseguirlos?

- ¿Existe alguna ley de juventud en el país?

- ¿Qué proyectos relacionados a temas de juventud existen actualmente y cuáles han sido los resultados de proyectos anteriores?

- ¿Qué proyectos o programas gubernamentales están implementándose, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de la gente joven?

- ¿Cuáles han sido sus resultados?

- ¿Existe alguna área(s) crítica(s) relacionada con la juventud en las que tu país debería trabajar?

- ¿Qué logros ha obtenido tu país para alcanzar los ODM?

- ¿Qué está haciendo tu gobierno en lo referente a los ODM y su relación con los y las jóvenes?

- ¿Cuáles son las instituciones a cargo de velar para que los y las jóvenes reciban una adecuada educación en materia de sexualidad?

- ¿Existe un currículo para incluir estos temas en la enseñanza pública? ¿A partir de qué curso?

- ¿El Ministerio de Salud tiene algún programa de salud sexual y reproductiva específico para jóvenes? ¿Involucran a los y las jóvenes en el diseño, implementación y/o monitoreo de estos programas?

Con esta información, estaremos dando nuestro primer paso en el proceso de advocacy. Recuerda que si no existe una identificación clara y precisa del problema, todos los demás pasos serán inútiles.

Ejemplo de identificación de un problema y sus causas

- **Problema identificado:** Aumento de mujeres jóvenes que mueren por abortos mal practicados en Ecuador.

- **Causas:** Penalización del aborto; falta de acceso a anticonceptivos (incluyendo anticoncepción de emergencia o post-coital); escasa o nula educación sexual, sobretudo en jóvenes; falta de servicios de salud sexual y reproductiva amigables y con perspectiva juvenil y de género; tabú para hablar sobre sexualidad; aumento del índice de violencia doméstica y de mujeres violadas.

Es importante que durante este proceso, decidamos cómo vamos a trabajar y con quién: lo recomendable es hacerlo de manera coordinada entre todos aquellos/as jóvenes abiertos/as y dispuestos/as a colaborar. A cualquier proceso le es más fácil alcanzar sus metas y objetivos siempre y cuando todos sus miembros estén organizados.

Existen varias organizaciones regionales e internacionales de jóvenes y/o que trabajan con perspectiva juvenil con las que nos podemos aliar para construir un proceso efectivo de advocacy, algunas de ellas son:

- **Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights** (www.youthcoalition.org)

- **Advocates for Youth** (www.advocatesforyouth.org)

- **Global Youth Coalition on HIV and AIDS** (www.youthaidscoalition.org)

- **Youth Incentives** (www.youthincentives.org)

- **Jóvenes Ciudadanas** (www.jovenesciudadanas.org)

- **Redlac** (www.redlac.org)

- **CHOICE** (www.choiceforyouth.org)

- **YouAct** (www.youact.org)

- **Family Care International** (www.familycareintl.org)

El proceso de obtención de información lo llevaremos a cabo durante toda la campaña de *advocacy*, ya que siempre iremos encontrando nuevos datos que alimentarán nuestro plan y nos servirán para seguir adelante. Parte importante del proceso de adquirir información, es el desarrollo de un **mapa político** donde ubicaremos nuestros aliados; los indecisos o neutrales y nuestros opositores o quienes podrían ser un obstáculo en nuestra campaña. Es bueno aclarar que no sólo estamos hablando de personas, sino también de oficinas del gobierno y de organizaciones de la sociedad civil. El *mapa político* se realiza para identificar aliados y opositores potenciales, tanto a nivel nacional y local, como regional e internacional. Una posible estrategia para ganar apoyos es convencer a los sectores indecisos, y que éstos se suman a la defensa de nuestra causa.

Debido a que cada realidad es diferente y a que cada dinámica social tiene sus propias características, dejamos este ejercicio en sus manos sin darles ejemplos. Les sugerimos, no obstante, que cuando construyan su *mapa político*, dado que este va modificándose con el tiempo y por nuestro accionar, lo revisen y actualicen periódicamente.

Proponer una solución

Las decisiones de nuestros gobiernos, departamentos nacionales, o locales, afectan nuestras vidas; pero criticar lo negativo de su desempeño sin ofrecer solución, no tiene mayor impacto y beneficio, ni es una forma constructiva de aportar a nuestra comunidad o país.

Si quieres obtener más información sobre los ODM y sobre el trabajo de advocacy de la Youth Coalition, te recomendamos leer la publicación. *Aprendiendo a hablar de los ODM* en www.youthcoalition.org

Cuando desarrollamos soluciones debemos ser realistas, simples y concretos, sobretudo al momento de establecer un cronograma de tiempos y actividades. Lo que suele suceder es que a veces queremos hacer muchas cosas que en la práctica no podemos porque no contamos con los recursos necesarios para ello. Por eso... no te olvides! Es importante ser realista y ver lo que efectivamente vamos a poder cumplir.

Por otro lado, pocos/as jóvenes tienen la información y los recursos que les permitan desarrollar alternativas a las políticas implementadas por sus gobiernos (debido, entre otras cosas, a las escasas oportunidades de educación superior que nos ofrecen). Es aquí donde **no debemos dudar en solicitar ayuda a aquellas personas adultas que comprenden la perspectiva juvenil y simpatizan con ella.**

Ejemplo: Al dirigirnos al gobierno o a los medios de comunicación, podemos crear mensajes que contengan propuestas como la que sigue a continuación :

- **Política:** Incorporar información científica sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la educación y los programas de salud, incluyendo esos programas que se ocupan del cuidado postnatal y aquellos que apuntan a los educadores y los proveedores de cuidados médicos.

- **Por qué:** La evidencia comprueba que una educación sexual y reproductiva no prejuiciosa es un punto crítico para permitir a las niñas, adolescentes y mujeres jóvenes decisiones informadas con respecto a sus cuerpos y sus vidas. La información acerca de la salud sexual y reproductiva debe ser incorporada en todos los materiales educativos con el objeto de reducir los estigmas y tabúes que rodean la discusión sobre estos tópicos y para reconocer que este es un componente integral de vida.

- **Meta:** Para 2015, todos los servicios de salud y las escuelas, incluyendo las instituciones postsecundarias, deben diseminar información institucionalizada amistosa hacia las personas jóvenes y educación sexual y reproductiva.

- **Indicadores:** % de escuelas primarias y secundarias con educación sexual en sus programas. % de mujeres embarazadas que reciben información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos cuando acceden a servicios de cuidados médicos.

Extraído de *Aprendiendo a hablar de los ODM*
Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights, 2005. Pág. 15

Hay muchas organizaciones que trabajan en los indicadores de los ODM, y por tanto ya tienen preparadas propuestas de soluciones locales y nacionales para el cumplimiento de estos objetivos. Es recomendable comunicarnos con ellas para aliarnos y no duplicar trabajos ni esfuerzos, ya que seguro nos podrán ayudar.

Dirigir la atención de los tomadores/as de decisión hacia un problema determinado e impulsarles a que tomen acción

Esta sección se refiere al **plan de acción** de *advocacy*, el cual consta de las siguientes partes:

- Delimitar la **población objetivo** o *target*: a quién va a ir dirigido nuestro mensaje de *advocacy*

- Crear un **mensaje** (qué vamos a decir)

- Diseñar la **estrategia** /actividad que vamos a implementar para que nuestro mensaje sea entendido y para que llegue a nuestra audiencia

- **Repartir responsabilidades** dentro del grupo de trabajo (designar personas responsables)

- Definir un **periodo de tiempo** (cuánto tiempo necesitaré para desarrollar e implementar mi plan de *advocacy*)

- Definir los **resultados esperados** (qué quiero lograr con la campaña)

- Definir un **plan de monitoreo y evaluación** (cómo será el monitoreo, y cada qué tiempo)

- **Documentar** el proceso de incidencia política (registro completo, desde el inicio, de todo el proceso).

Cada paso debe ser realizado con mucho cuidado para que, una vez concluido el plan en el papel, se pueda poner en práctica fácilmente. A veces en la práctica estos pasos no se realizan en el orden inicialmente acordado. No obstante, debemos ser flexibles, adaptarnos al contexto y adecuar nuestro plan a nuestra realidad, teniendo en cuenta la coyuntura política y los recursos con los que contamos para llevar a cabo el plan.

De todas las secciones que contiene un plan de *advocacy*, hemos considerado desarrollar la sección relativa al mensaje, ya que la manera y el medio empleado para su difusión son determinantes para lograr cambios. A veces nos dan sólo pocos minutos para expresarnos en algún medio de prensa o para hablar con parlamentarios/as u otros agentes del gobierno. Por tanto, debemos aprovechar el poco tiempo disponible para transmitir nuestro mensaje, lo que queremos decir a la sociedad, o lo que queremos lograr del parlamentario/a o agente de gobierno, de forma clara, coherente y precisa. Es importante aprender y desarrollar el siguiente esquema:

Mensaje de advocacy de un minuto (elementos necesarios)

$$\begin{array}{r} 1 \text{ postura} + \\ 1 \text{ evidencia} + \\ 1 \text{ ejemplo} + \\ \hline 1 \text{ acción deseada} \\ \hline = 1 \text{ mensaje de un minuto} \end{array}$$

Postura: Nuestra perspectiva y posición sobre la situación que nos moviliza.

Evidencia: En qué nos basamos, exposición de nuestra realidad. (Cifras y estadísticas recopiladas que sustentan nuestra postura)

Ejemplo: Casos concretos sobre la implicación que tiene este problema en nosotros, los y las jóvenes o en una persona en concreto.

Acción deseada: Qué estamos solicitando.

Ejemplo:

■ **Problema:** aumento de mujeres jóvenes que mueren por abortos inseguros en Ecuador.

■ **Mensaje de un minuto:**

Cada vez aumenta la cifra de mujeres jóvenes que mueren en Ecuador. Actualmente se calcula que 1.000 mujeres jóvenes entre los 14 a 28 años de edad fallecen por abortos mal practicados, siendo las mujeres de escasos recursos económicos las más afectadas.

Penalizar el aborto no soluciona este problema sino que - por el contrario- condena a las mujeres a la muerte. Este es el caso de Rosita Maldonado, una niña de 16 años de la provincia de Imbabura que fue violada por su hermano mayor, no tuvo acceso a anticoncepción de emergencia, y quedó embarazada. Desesperada, decidió interrumpir su embarazo tomando cloro, lo que le provocó la muerte en pocos minutos.

Si no despenalizamos el aborto, miles de mujeres, al igual que Rosita, seguirán muriendo; es más, cientos están muriendo ahora mismo.

Recuerda que mientras más **sencillo, claro y conciso** sea el mensaje, mejor llegará a tu audiencia.

Construcción de apoyo para el alcance de logros y cambios deseados

Los seres humanos somos diversos y distintos en nuestras realidades, experiencias, vivencias. Aunque en cada sociedad todos y todas nos vemos afectadas (en mayor o menor medida) por las mismas circunstancias. Por tanto, en una campaña de *advocacy* es importante lograr que lo que decimos y proponemos sea comprendido por otras personas, incluyendo nuestros pares. Aliarnos con personas adultas es de igual manera útil, siempre y cuando no perdamos el protagonismo y nuestros puntos de vista sean respetados y tomados en consideración al momento de las acciones. Las alianzas pueden crearse con personas específicas, organizaciones sociales, instituciones educativas, medios de prensa, etc.

Pueden organizar un panel-debate sobre la relación entre los ODMs y la población joven de tu país.

El objetivo sería conversar acerca de cómo el tema de juventud ha sido y está siendo tratado en el contexto de los ODM por parte del gobierno. Debemos asegurar que en la discusión las voces de los jóvenes no sólo sean escuchadas sino también respetadas y tomadas en cuenta.

El moderador debería ser una persona joven. Para construir alianzas, sería conveniente invitar a una o dos personas adultas que expongan su perspectiva y a líderes jóvenes con los que no hemos establecidos alianzas pero que apoyan la causa. Debemos recordar que existen muchas organizaciones de jóvenes y/o de adultos que trabajan en diferentes temas, y que mientras más diverso sea el apoyo que tengamos, más fuerza tendrá nuestro mensaje.

Los consensos establecidos en el panel-debate podrían ser formulados en un documento, y este podría ser enviado a la oficina de gobierno encargada de los ODMs y a otras organizaciones de la sociedad civil, con la firma de los/as participantes, para que el documento tenga más fuerza y legitimidad.

Los ODM son un desafío para los gobiernos, y es nuestra responsabilidad velar porque los compromisos asumidos sean tomados con seriedad, y porque nuestros temas sean considerados dentro de las agendas de acción de cada gobierno.

Acciones conjuntas en América Latina y el Caribe

Si bien la realidad social de cada país es distinta, nosotros los y las latinoamericanos y caribeños compartimos muchas semejanzas: nuestra región es joven y está afectada por la pobreza, la inequidad y la falta de medios para redistribuir la riqueza que tiene nuestro continente. Y, sobre todo, nos caracterizamos por ser solidarios, porque no tememos expresarnos, y por poseer una fuerte capacidad de movilización. Además contamos con estructuras e instituciones democráticas cada vez más sólidas en nuestros países y a nivel regional.

Pese a que vayamos a realizar un trabajo local, es necesario unificar y/o fortalecer nuestras iniciativas mediante acciones regionales. Para ello, pueden contactar a las organizaciones que citamos anteriormente y así iniciar un trabajo conjunto que vaya más allá de sus países. Generalmente las acciones locales y/o nacionales tienen mayor impacto y repercusión en los gobiernos, cuando las mismas cuentan con apoyo regional e internacional.

Además, los países de América Latina cuentan desde 2005 con la **Convención Iberoamericana por los Derechos de los y las Jóvenes**, que cubre y articula una amplia gama de derechos, incluidos nuestros derechos a la salud, a la vida, a la educación, al empleo digno, y por supuesto, a una buena salud reproductiva. Existe en la actualidad una campaña para impulsar la ratificación de la mencionada convención, para que más países reconozcan esta herramienta legal para reclamar y exigir el respeto de nuestros derechos en forma regional. Para mayor información ver www.oij.org. Igual de importante que exigir el cumplimiento de los ODM, es averiguar cuál es la situación gubernamental con respecto a esta convención regional e intentar combinar ambas acciones.

En nuestro trabajo de advocacy o incidencia política para lograr el pleno reconocimiento, respeto y garantía de los derechos sexuales y reproductivos de la gente joven, y para lograr el total cumplimiento de los ODM, podemos ayudarnos de otros tratados, declaraciones y convenios regionales e internacionales.

Aquí te facilitamos un link para que estés al día de las próximas conferencias y cumbres gubernamentales que te pueden resultar útiles: <http://www.un.org/spanish/conferences/eventos.shtml>

Reuniones futuras:

■ 2008: Juventud y Desarrollo – El Salvador

■ 2009: CIPD+15

■ 2010: ODM+10

■ 2010: Beijing+15

El proceso de advocacy tanto por los ODM como por la *Convención Iberoamericana por los Derechos de los y las Jóvenes* es distinto y exige estrategias diferentes. No pretendemos crear una fórmula mágica que funcione en cada realidad, pero sí facilitarles ideas y/o conceptos que pueden ayudarlos/as a incidir activamente en los procesos mencionados, y en otros procesos políticos.

No olviden que de nosotros y nosotras, los y las jóvenes de América Latina y el Caribe, depende en gran parte la construcción de la sociedad y el mundo que queremos. Somos una fuerza vital capaz de potenciar grandes transformaciones; sólo falta tener el convencimiento, tomar las riendas y empezar a proponer soluciones y acciones que nos lleven hacia la construcción de un mundo más justo, solidario y equitativo para todos y todas.

Si este documento de manera directa o indirecta, les ayuda a participar significativamente en sus países y/o a nivel regional, nosotros y nosotras estaremos contentos de recibir sus comentarios y/o sugerencias a admin@youthcoalition.org