

INT-2159

1.3

CEPAL (2159)

v. 3



## **BELIZE**

# **COUNTRY REPORT ON THE IMPLEMENTATION OF THE PROGRAMME OF ACTION ADOPTED AT THE INTERNATIONAL CONFERENCE ON POPULATION AND DEVELOPMENT IN CAIRO**

**ECLAC Meeting  
May 11 & 16, 1998  
Oranjestad, ARUBA**

Presented by:  
Elizabeth Arnold  
Population Policy Planner  
Population Unit  
Ministry of Human Resources, Women's Affairs and Youth Development

## *Introduction*

Belize's efforts to build awareness and address population issues during the 1990's have been phenomenal. Previous to this, the general feeling about population issues was that they concern mainly reproductive health/birth control issues. Earlier attempts to adopt a population policy were ignored by the two successive administrations of the 1980's. The first draft policy which was prepared in 1986 became just another document that was shelved, mainly because of the perceived problems with the fertility component of the policy. Nevertheless, as Belize prepared for its participation in the International Conference on Population and Development (ICPD), a series of awareness activities, including the preparation of a country report, was conducted to highlight the major population issues facing Belize and the links between population and development. The major issues highlighted in the report and discussed at the awareness workshops include the high rate of fertility, especially teenage fertility, international migration and HIV/AIDS. The results of these activities reenforced the need for a population policy for Belize. The Prime Minister, the Rt. Hon. Manuel Esquivel, in the Foreword of the Country Report stated that there '... is an urgent need for an overall, comprehensive Population Policy...' and that his Government is supportive of such efforts. This point was reiterated by the Hon. Faith Babb, Minister of State in the Ministry of Human Resources, Women's Affairs and Youth Development, in her presentation to the Plenary of the ICPD.

Belize was duly represented at the ICPD and subsequent regional meetings. The awareness campaign continued after ICPD with workshops at the district level while, the Hon. Minister Babb lobbied at Cabinet for the establishment of a Population Unit and the formulation of population policy for Belize. Two years after ICPD, the Government of Belize established the Population Unit in the Ministry of Human Resources.

*A. Integration of population matters in the development process*

The initial mandate of the Unit is to coordinate the formulation of a population policy FOR Belize and the integration of population variables in development plans and programmes. The Population Policy Sub-committee was later established and has the responsibility to:

- Review reports from the Population Unit
- Make policy recommendation to the NCFC on population issues
- Encourage consistency between the population development and sectoral policies
- Make recommendation to the NCFC on the implementation and monitoring of the National Population Policy.

So far, the Population Unit has undertaken a study on International Migration and its impact on Belize, and a set of population projections (1990-2015) to be use as background information for the development of the population policy. A draft policy document has also been prepared and reviewed with the assistance of a UNFPA/CST advisor from Chile and a Specialist in Population Policies and Development Strategies of the Population Division of the United Nations. It is expected that by August this year the Population Policy would be adopted by Cabinet.

The Population Unit is represented on several committees to ensure the integration of population variables in development plans and programmes. Some of these include the National Human Development Advisory Committee (NHDAC), the National Women's Task Force (NWTF), and the Social Indicator's Committee (SIC). The NHDAC is a multi-sectoral committee with representatives of various government, non-government and international organizations. Its main task is to provide guidance in the development and the

implementation of a national poverty elimination strategy and action plan. This advisory committee has just completed a series of district level consultations which are supportive to the National Consultation to develop the strategy and the plan. The NWTF is also developing a National Plan of Action on Women while the SIC has just completed the first ever Social Indicators Report for Belize. This report comprises key social indicators including population variables by sex and at the national, district, and urban/rural levels. It will be updated and published on an yearly basis. Population variables have also been incorporated in other projects including the Social Investment Fund, the Basic Needs Trust Funds and the Sustainable Human Develop project.

Even though efforts are made to incorporate population variables in plans and projects, not as much efforts is placed in assessing the impact of public policies and development strategies on socio-demographic trends. Nevertheless, the awareness level has increased especially in the areas of education, health and the environment and the Government of Belize has recognized the need to assess these impacts. The first such initiative is ESTAP, a project established in 1997 that was designed as a parallel to the upgrading of the Southern Highway. The Southern highway leads to the Toledo district, the most southern and the most depressed district in the country. This district has the highest fertility and infant mortality rates and the lowest literacy rate compared to the other districts. Economic activities are limited to subsistence farming and rice production. ESTAP works with the communities along this highway to ensure that the social and environmental aspect of development is taken into consideration and that the communities will benefit from the upgrading of the highway. This is a new area of work for Belize and the cadre of local technical persons is also limited. There is need for training but, such efforts must be more rigorously promoted.

## ***B. Gender Equity and the Empowerment of Women***

Five critical areas of the Beijing Plan of Action were identified as priority for Belize. These include power and decision making, education, health, domestic violence and poverty and unemployment. The National Women's Taskforce has begun preliminary work on the draft national plan for the empowerment of women. The section of power and decision making calls for increase participation of women in the Cabinet and National Assembly, in executive offices within the party structure, in senior management positions in the public and private sector and in the political reform process.

Women's participation in the political process has been limited to party politics, mainly campaigning and canvassing . At no point in our history, has more than one woman been elected to the House of Representative or served on the Cabinet. Nevertheless, women have become more involved in running for public office as Belize prepares for a general election this year.

Efforts have been made to produce gender sensitive data as well as to develop policies and programmes from a gender perspective. The Department of Women's Affairs (DWA), in collaboration with the Ministry of Health is presently developing a Gender Management System in the Health Sector with the goal to 'ensure the integration of gender into all government policies, programmes and activities which will impact on health. The GMS will be incorporated into other social sectors.

Belize was one of the first countries to sign the Convention of the Elimination of all forms of Discrimination Against Women. Since then, Belize has sought legal reforms and enacted the Domestic Violence Act and the Sexual Harassment Act. Much more public education

on these laws is requires for them be more effective. The DWA has been restructured recently and the new structure will allow for more public education.

There has not been any significant differences or changes in respect of male and female enrollment rates at the primary level and secondary levels. However more females than males are enrolled at the tertiary level. The vocational training programmes have encourage females to enroll and now, there has been an increase of females trained in skills that were traditionally for males only.

A minimum wage was established in 1992 which set minimum wage for three set of workers. The wage for domestic workers, mainly women, was the lowest compared to that for manual workers and shop keepers. Women and men earn the same pay for the same type of job. However, efforts to incorporate women in key decision making positions and influence have been limited.

The Government service allowed maternity leave with full pay for only six of the twelve weeks or half pay for the full twelve weeks. Many women opted for the full pay for sixs week and returned to work after only six week. In many cases the time was too short but they could not afford to sty home longer with reduced salaries. The government has taken this into consideration and has included a revision on maternity leave in the General Order, a guide which governs public offers. The revised version allows eight weeks maternity leave with full pay. It also allows for the first time, paternity leave of one week. These actions and plans have and will bring about progress for women, as well as for the family.

### *C. Health Productive Rights, Social Equity and Family Welfare.*

The National Health Plan 1996-2000 was adopted by Cabinet in 1997. This health plan is based on the life cycle and gender approach to the provision of health services. It also recognizes that 'providing access to health care is an inter sectoral undertaking and that the health services themselves can not improve health conditions which depend heavily on other social and economic programmes. Furthermore, it is guided by the overriding principle ensuring all citizens 'access to the best possible health care, regardless of ethnic origin, religion, socio economic level, or jurisdictional or geographic area of residence.

One of the national goals outlined in the Plan is, 'to ensure survival and healthy development of children and adolescents. This calls for the reduction of IMR by 33%, reduction in malnutrition by 20% and the reduction of hospitalization for delivery and abortion among women 15-19, each by 10%. Another goal is 'to improve the health well being and development of all men and women in such a way that health disparities between social groups are reduced. Some of the indicators for this goal call for 90% of the women and men in the reproductive age to have access to information and services to prevent pregnancies that are too early, too closely spaced, too late or too many. It also indicates a 65% contraceptive prevalence, 90% with access to information and services to prevent STDs and HIV/AIDS, less than four TFR, maternal mortality ratio reduced by 50% and domestic violence cases reported and managed by an inter sectoral approach.

The National Health Plan has established five age groups in the life cycle and identified the needs, problems and priority of each group. The main problems associated with the 15-19 and the 20-49 age groups are obstetrics causes, abortion and STDs and HIV/AIDS. The need



for reproductive health services is identified for both groups and is recognized as the highest priority for the 10-19 age group and second highest for the 20-49 age group. Two of the expected results and indicators for the adolescents and early adulthood include 100% of adolescents using the health services, receiving information/counselling/services to prevent unwanted pregnancies and STDs and HIV/AIDS and, 100% of health facilities providing family planning services.

This is the first time that a comprehensive plan on reproductive health is included in any government plans. This reflects the Government of Belize commitment in addressing reproductive health issues as a part of comprehensive health care. In order to carry out this Plan effectively, the Ministry of Health (MOH) has initiated the Health Sector Reform. A unit was established to develop health policy reform and to reorganize and decentralize the services of the ministry.

Efforts in implementing the Plan has already begun. PAHO on behalf of the Ministry of Health has submitted a project to UNFPA for strengthening integrated family planning services in Belize. The long term objective of this project is, 'to have developed institutional capacity to provide comprehensive reproductive health services within the framework of the Belize National Health Plan 1996-2000.' This will be initiated in the Cayo district.

There is only one NGO, the Belize Family Life Association, which addresses reproductive health issues. Its services reach all the urban centres in the country and some rural areas have access. Furthermore, the scope of its services has expanded. The BFLA works closely with the MOH and the Population Unit.

#### *D. International Migration*

There was an influx of Central American refugees to Belize during the 1980s. This was a result of the civil strife in the neighbouring countries. The influx has contributed to phenomenal demographic and social changes on Belize's small population. There was a shift to a more rural than urban population and a change in the ethnic composition. The majority of the migrants settled in the rural areas, adding significantly to that population and were mainly Mestizo. The overall literacy rate among the migrants was lower than that of the native population, and fertility and infant mortality rates were higher. These conditions have created additional burden on the limited available resources, especially in the education and health sectors.

Peace in the region has reduce the number of refugee. However, economic migrants continue to come in the 1990s. Added to this group of economic migrants form Central America is a new wave of East Asians. They settle mainly in the urban areas and are of higher socio economic status than the Central American migrants as well as the native population. The UNHCR has reduced its activities and is expected to close its operations in Belize by the end of this year. Government will need to find alternative measures.

Belizeans continue to emigrate, mainly to the USA. Return migration have resulted in an increase of gang violence and drugs related crime. An initiative to address he issues of gang violence was adopted two years ago and has already show positive changes.

## *CONCLUSION*

The preparation and adoption of a the population policy is timely as Belize prepares for national election and the start of a new government administration this year. The implementation of such a policy at the beginning of a new term could have its advantages. The Population Unit in collaboration with the Population Policy Subcommittee with be developing the Population Policy Implementation Plan under the new administration later this year.

**Plano Regional Latino Americano e do Caribe  
sobre População e Desenvolvimento  
Acompanhamento da Implementação do Plano de  
Ação do Cairo**

*Cy*

**SAÚDE, DIREITOS REPRODUTIVOS, EQUIDADE  
SOCIAL E BEM ESTAR DA FAMÍLIA - BRASIL**

**Texto elaborado por Dra. Lucimar  
Rodrigues Coser Cannon, integrante  
da CNPD - Comissão Nacional de  
População e Desenvolvimento**

## SAÚDE, DIREITOS REPRODUTIVOS, EQUIDADE SOCIAL E BEM ESTAR DA FAMÍLIA - BRASIL

No Brasil o risco reprodutivo, encontrado pela PNDS-96, foi de 44,5% de todas as gestações (nascimentos de mulheres <18 anos, >=35 anos, com 4 filhos ou mais ou com espaçamento entre gestações menor de 24 meses), tendo sido associado à deficiências na oferta de assistência à saúde da mulher. A situação da mulher das zonas rurais é agravada pelo fato de que além de apresentarem um risco reprodutivo mais elevado (59,1%), têm menor acesso aos serviços.

A taxa de mortalidade materna é, certamente um indicador síntese das condições de vida e saúde das mulheres. No Brasil, ainda que não se tenha conhecimento da magnitude do problema em todas as regiões, analisando o número de óbitos maternos declarados entre 1980 e 1990, verificou-se uma queda aproximada de 30%.

Em 1995, o MS registrou uma taxa de mortalidade materna de 59,25 óbitos/100 mil NV. Acredita-se, no entanto, que para cada óbito materno acontecem 2,5 que não foram identificados. Assim, em 1995, a taxa estaria em torno de 148 mortes/100 mil NV.

Apesar de a maioria dos partos ocorrerem em hospitais, observa-se variações regionais, entre Estados e entre as regiões do mesmo Estado, sendo que as taxas de mortalidade materna mais baixas encontradas no Brasil são no mínimo 8 vezes mais altas do que aquelas aceitas internacionalmente como morte inevitável. Esta situação reflete a necessidade de uma atenção mais acurada para o que acontece no interior e no exterior das maternidades.

### Assistência ao parto

Os procedimentos ligados à gestação e ao parto representam a maior parte dos gastos com internação no SUS. Nos últimos cinco anos, 91,5% dos partos ocorreram em unidade hospitalar e 78,2% das mulheres de zona rural deram à luz em hospitais, mostrando um incremento de 13,4% quando comparado aos valores de 1986. Todavia aproximadamente 32% dos nascimentos ocorreram por cesarianas, uma cifra inaceitável. A cesariana é um procedimento capaz de evitar um óbito materno ou fetal quando indicada corretamente, mas representa um risco, para quem poderia ter um parto normal. Os dados do SUS mostram que a taxa de mortalidade em mulheres que se submeteram à cesariana é três vezes maior do que a daquelas que deram à luz por parto normal ou que tiveram um abortamento.

Acredita-se que a indicação cirúrgica para o parto, tem se relacionado com a oportunidade de realizar a laqueadura tubária, uma vez que 4 em cada 5 esterilizações foram realizadas durante esta intervenção cirúrgica. Em 1996, 71% delas foram realizadas em hospitais públicos.

## Assistência Obstétrica Hospitalar no SUS: frequência e custos de partos normais, domiciliares, cesarianas, 1994-1997

R\$1,00

Ano	Total Parto	Custo	Tipos de Partos					
			Normal		Cirúrgico		Domiciliar	
			Nº	Custo	Nº	Custo	Nº	Valor
1994 *	2.852.834	433.944.663	1.928.426	241.716.152	924.808	192.228.511	26.703	214.446
1995	2.821.511	459.007.755	1.906.037	255.315.582	915.474	203.692.173	55.292	448.443
1996	2.743.141	421.137.624	1.858.359	235.396.740	884.782	185.740.883	67.077	449.362
1997	2.285.586	357.260.874	1.553.234	202.101.426	732.326	156.712.678	-	-

\* Referente ao segundo semestre

Fonte: SIH/DATASUS/SE/MS

### Assistência ao pré-natal

O quadro abaixo demonstra um significativo aumento da cobertura de assistência pré-natal no âmbito da rede do SUS.

#### Cobertura da Assistência Pré-Natal, SUS, 1994-97.

Ano	Número de Consultas	% de Crescimento	Dispêndio Financeiro (R\$1,00)
1994	1.796.488*		5.119.998*
1995	2.809.895	56,4	8.055.997
1996	3.495.039	24,4	9.995.811
1997	4.246.367	21,5	12.144.609

\* valor estimado

Fonte: DATASUS/SE/MS

Este resultado confirmado pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde - PNDS (1996) demonstrou um crescimento de 16% no atendimento à gestante na última década. Em 1996, o pré-natal atingiu 86% de cobertura, 66% das mulheres realizaram a primeira consulta no primeiro trimestre da gravidez, 8% compareceram a mais de 7 consultas e cerca de 45% recebeu a segunda dose de vacina anti-tetânica. No entanto, apenas 51% teve acesso ao cartão da gestante. Depreende-se que o acréscimo observado deve-se ao acesso universal oferecido pelo SUS, às ações do na rede de serviços público se à maior oferta de informações.

### Assistência ao Planejamento Familiar

A prevalência do uso dos métodos anticoncepcionais para o grupo de mulheres em idade fértil é de 76,7%, destacando-se a predominância da esterilização feminina (52,2%), seguida pelo uso da pílula (26,9%).

Observa-se ainda, que a esterilização vem ocorrendo em mulheres cada vez mais jovens, elevando o número de complicações e arrependimentos. Em 1996, das mulheres esterilizadas 21% optou por este método permanente com menos de 25 anos.

A Pesquisa em Demografia e Saúde - DHS/1996, mostrou que 99,9% das mulheres unidas que tinham conhecimento de algum método contraceptivo e 76,7% usavam algum tipo de método. A prevalência apresentada no quadro abaixo, aponta para necessidade de uma oferta ampla de métodos.



**Métodos Anticonceptivos mais Utilizados pelas Mulheres Unidas, por Regiões Brasileiras, São Paulo e Rio de Janeiro, 1996, Valores Percentuais**

Regiões	Esterilização		Pílula	Condom	DIU
	Mulheres	Homens			
Norte	51,3	0,4	11,1	2,3	0,1
Nordeste	43,9	0,6	12,7	3,0	1,0
Centro-Oeste	59,5	1,5	16,1	2,3	1,0
Sudeste	38,8	3,9	21,8	4,3	13,0
Sul	29,0	2,6	34,1	4,9	1,4
São Paulo	33,6	6,1	21,4	6,9	1,4
Rio de Janeiro	46,3	0,8	22,5	4,7	0,6

DHS/ Pesquisa em Demografia e Saúde - 1996.

Em 1996, a demanda por anticoncepção entre mulheres não unidas foi de 26%, sendo 14% para limitar o número de filhos e 12% para espaçar os nascimentos. Esta demanda cresce à medida que a idade da mulher aumenta até 44 anos, sendo maior na área urbana que na rural. A demanda satisfeita é de 91% porque 23% dessas mulheres estavam usando algum tipo método. A demanda insatisfeita foi da ordem de 2%, tanto para espaçar ou limitar o número de filhos. Entre as unidas, o uso era de 77% (63% para limitar o número de filhos e 14% para espaçá-los). A demanda total era de 86% com uma satisfação de 91,5% (DHS, 1996)

**Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS**

O Brasil foi um dos primeiros países a notificar casos de AIDS, no início da década de 80. Atualmente, com cerca de 130.000 casos de AIDS acumulados de 1980 a março de 1998, correspondendo a uma taxa de incidência acumulada de 86,3 por cem mil habitantes, situa-se em números absolutos como sendo o segundo país com maior contingente de casos de aids. Contudo, no que tange a sua incidência relativa ocupa um posto, no ranking mundial, entre o 40º e 50º.

Observa-se um aumento no número de mulheres infectadas, que chega à relação de 1 mulher para cada 3 homens portadores do HIV. Estratégias conjuntas definidas pelas áreas de Saúde da Mulher, Criança e do Adolescente e de DST/AIDS, estão sendo implementadas para o enfrentamento desta problemática.

A primeira ocorrência de transmissão perinatal registrada no País data de 1985. Desde então, a frequência desta categoria vem aumentando ano a ano, perfazendo 2,9% do total de pacientes diagnosticados em 1994. Entre os casos pediátricos, a transmissão perinatal, que correspondia a cerca de 25,0% no período 84-87, atinge cerca de 90% dos casos diagnosticados em 1994.

O câncer de colo do útero representa 43,2% do total de casos de neoplasias malignas entre mulheres. A taxa bruta de mortalidade estimada para 1998 é de 9,2/100 mil mulheres. A incidência deste câncer, deve-se à baixa cobertura dos exames preventivos, hoje estimada em 8 a 10% da população acima de 20 anos, não obstante a Organização Mundial de Saúde ter estabelecido uma cobertura de 85% para produzir impacto epidemiológico.

Em 1996, foram realizados pelo SUS, 5,8 milhões de exames de colpocitologia no País, cerca de 100 exames para cada mil mulheres de 15 anos ou mais.

## **ALCANCE DO PROGRAMAS DE SAÚDE REPRODUTIVA**

### **Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher - PAISM**

Em 1983, respondendo aos justos anseios da Sociedade, particularmente, à reivindicação do Movimento de Mulheres, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher - PAISM, , até hoje, um dos mais expressivos avanços na área de políticas públicas de saúde. Tanto isto é verdade, as estratégias e linhas de ação do PAISM, muitos anos depois, são suficientes para cumprir os compromissos internacionais assumidos pelo Governo Brasileiro na Cúpula da Infância, na Cúpula das Américas, no Compromisso de Nariño e na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo. O modelo assistencial do Programa inclui a integralidade e a equidade da assistência, permite a eficiente aplicação dos recursos públicos e visa fortalecer a saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo vital.

No entanto, as ações desenvolvidas restringiram-se, principalmente ao campo da saúde reprodutiva, embora a proposta do PAISM fosse um modelo de atenção integral. Hoje busca-se ampliar o fortalecimento da atenção à mulher no ciclo reprodutivo, mas, também a solução de "velhos problemas", assimilando a perspectiva de gênero no *pool* de estratégias de ações que visam à:

- redução da violência sexual e doméstica
- redução da violência institucional
- promoção da saúde mental
- implementação de um programa direcionado à saúde da mulher trabalhadora
- atenção à saúde ao contingente de mulheres na fase do climatério e na menopausa

São exemplos de atuais ações prioritárias do PAISM:

## **a) Estudo da Epidemiologia da Cesárea nas Américas**

Objetiva analisar todas as indicações de cesariana de uma amostra de 103 maternidades brasileiras, através de acompanhamento de acompanhamento sistemático. Esta iniciativa resulta da parceria entre o MS e o Centro Latino Americano de Perinatologia da OPAS/MS.

## **b) Campanha PARTO NORMAL É NATURAL**

Visa promover o parto normal no País e está sendo realizada pelo Conselho federal de Medicina em parceria com o MS.

## **c) Plano Nacional de Redução da Mortalidade Materna.**

Objetiva conhecer a real magnitude da mortalidade e suas condições determinantes, bem como definir estratégias de controle, considerando as necessidades e condições de cada região, Estado ou Município.

## **d) Projeto Maternidade Segura.**

É uma estratégia de acreditação de maternidades, com vistas a promover a melhoria da qualidade da atenção ginecológica e obstétrica, para atingir efetividade na assistência prestada pela rede de serviços do SUS, com redução da morbi-mortalidade materna e perinatal. Mobiliza profissionais da área de atenção à saúde da mulher, especificamente da saúde reprodutiva para a adoção de um conjunto mínimo de critérios e procedimentos técnicos que garantam a qualidade da assistência ao pré-natal, parto, ao puerpério e ao planejamento familiar. Atualmente, 141 instituições em 15 Estados estão sendo preparadas e acompanhadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde para serem acreditadas como Maternidades Seguras. Em 1998, 143 maternidades terão sido outorgadas com o selo de qualidade do Programa

## **e) Assistência ao Puerpério**

Na medida em que os Municípios brasileiros habilitarem-se a gestores plenos da atenção básica à saúde de sua população e, conseqüentemente, receberem o PISO DE ATENÇÃO BÁSICA - PAB, a assistência básica à mulher, no pós-parto, deverá ser alvo de significativo impacto. Isto se associa à extensão de implantação dos Programas Saúde da Família - PSF e de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, que permitirá o acompanhamento das puérperas na sua comunidade, ou no domicílio.

## **Programa Nacional de DST/AIDS**

A assistência adequada às DSTs representa um instrumento fundamental para o controle da epidemia de AIDS, uma vez que as mesmas aumentam significativamente a transmissão do HIV. Hoje, cerca de 700 unidades de saúde, em todo o País, possuem profissionais treinados para o diagnóstico e tratamento correto das DST na rede básica, respeitando os preceitos do Sistema Único de Saúde de integralidade, universalidade, regionalização e hierarquização.

A comprovação da eficácia do AZT na redução da transmissão do HIV da mãe para o filho, fez com que o Ministério da Saúde incluísse a prevenção da transmissão vertical como um de seus principais objetivos. Para alcançá-la, várias ações têm sido implementadas. Entre estas encontram-se a recomendação do oferecimento do teste anti-HIV a todas as gestantes, ampliação da capacidade da rede laboratorial para realização dos testes, treinamento de equipes de saúde para aconselhamento pré e pós teste anti-HIV e para o manejo adequado da gestante infectada pelo HIV disponibilização de AZT à gestante e ao recém-nascido e disponibilização de alternativas ao aleitamento materno (leite materno pasteurizado e leite artificial).

O tratamento anti-retroviral para infecção pelo HIV, está sendo disponibilizado no sistema público de saúde, desde o início da década de 90. A utilização da terapia combinada, a partir do final de 1996 a semelhança do que vêm ocorrendo em outros países, tem resultado em significativos benefícios para os pacientes e para o Sistema de Saúde. Nos últimos meses tem se registrado nos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro uma diminuição importante dos óbitos causados pela aids, redução que já alcança 56% em São Paulo e 21% no Rio de Janeiro. No que se refere as internações, tem se verificado uma diminuição da demanda por internações convencionais. No estado de São Paulo, em alguns serviços de referência esta redução já atinge 40%. Já se registra também uma diminuição na frequência de certas infecções oportunistas, levando a uma redução de 40% no consumo de medicamentos específicos. Até finais de março de 1998, 55,5 mil pacientes estavam recebendo medicamentos antiretrovirais, providos pelo Ministério da Saúde.

A Coordenação Nacional de DST/AIDS do MS trabalha integrada com a Coordenação de Saúde da Mulher, Adolescente e Criança para atingir eficácia no seu trabalho. Todas as ações são descentralizadas, ficando no nível central a responsabilidade de estabelecer diretrizes e estratégias e avaliar o impacto da implementação da política de prevenção e controle dessas doenças.

## **Assistência ao Planejamento Familiar**

A assistência ao Planejamento Familiar é oferecida à mulheres e homens em idade reprodutiva, pela rede de serviços do SUS. As diretrizes e estratégias e avaliação de resultado das ações de âmbito nacional são responsabilidade da Coordenação do PAISM do Ministério da Saúde.

A promulgação da Lei do Planejamento Familiar que regulamenta o Parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal e que trata da esterilização tubária e da vasectomia, estabeleceu que o Ministério da Saúde iniciasse o processo de elaboração da Norma Técnica sobre a anticoncepção cirúrgica no País. A expectativa dessa decisão é a desvinculação da laqueadura tubária durante o parto cirúrgico, reduzindo a vergonhosa taxa de partos cesarianas, além de contribuir para o acesso às informações de qualidade sobre o assunto.

**Programa Nacional de Rastreamento do Câncer do Colo Uterino - Viva Mulher**

Em 1996, tendo em vista o quadro epidemiológico vigente, e as resoluções da Conferência Mundial das Mulheres ocorrida na China em 1995, o INCA/MS em parceria com o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, decidiu desenvolver um Programa Nacional de Rastreamento do Câncer do Colo Uterino, conhecido **Viva Mulher**, visando aumentar a cobertura de mulheres na faixa etária de 35 a 49 anos de idade e posterior às demais, definindo, inclusive, um intervalo de tempo adequado entre as coletas dos esfregaços para todas as unidades de saúde do SUS.

Entre todas as ações desenvolvidas para a implantação do programa, destaca-se o treinamento para profissionais que deverão coletar o material - esfregaço - para o exame de Papanicolau, com a finalidade de ampliar a frequência de amostras satisfatórias.

Em relação à distribuição da frequência dos diagnósticos citopatológicos positivos, encontrados na amostra do **VIVA MULHER**, até 4 de novembro de 1997, observava-se o seguinte quadro, que confirma a necessidade da busca ativa das mulheres nessa faixa etária:

**Programa "Viva mulher": percentual de lesões dos diagnósticos citopatológicos positivos, 1997**

Regiões Metropolitanas	Lesões de Baixo Grau (%)	Lesões de Alto Grau (%)	Carcinoma Invasivo (%)
Belém	57,80	31,90	10,30
Brasília	77,50	17,80	4,70
Curitiba	83,20	16,70	0,10
Recife	83,00	14,00	3,00
Rio de Janeiro	84,80	13,90	1,30

Fonte: INCA/MS

**Câncer de Mama**

O Instituto Nacional do Câncer - INCA/MS estratégias para o enfrentamento do câncer de mama no Brasil. Estas estratégias visam, inicialmente, à orientação de 500 mil mulheres e a capacitação de 100 mil profissionais de saúde.

Com relação aos exames de alta complexidade realizados na rede do SUS, no quadriênio 94 - 97, observa-se:

### Mamografias Realizadas na Rede SUS, 1994 - 1997

Ano	Número de exames	Dispêndio Financeiro (R\$ 1,00)
1994	455.610	9.269.766
1995	589.729	12.010.982
1996	681.411	13.880.953
1997	809.745	16.494.505

Fonte: INCA/MS

O projeto REFORSUS, financiado pelo BIRD e BID, visa à recuperação, e reequipamento da rede física do SUS, que entre outras ações, estuda a alocação tecnológica para o controle do câncer de mama e financia projetos para torná-la efetiva e mais abrangente.

### SAÚDE REPRODUTIVA: EQUIDADE SOCIAL E ESTRATÉGIAS DE PARTICIPAÇÃO

#### Projeto Redução da Mortalidade na Infância - PRMI

O Projeto Redução da Mortalidade na Infância - PRMI, implantado em 1995, cujo objetivo, até 1989, é reduzir a mortalidade infantil em 50%, ou seja 46 óbitos por 1.000 nascidos vivos - registrada no início da década de 90, tem obtido resultados significativos. Este projeto integra o Programa Comunidade Solidária e focaliza suas ações em cinco áreas específicas - Saneamento Básico, Assistência à Saúde Materno-Infantil, Combate a Carências Nutricionais, Imunizações e Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e abrange 1.356 municípios, onde o risco de crianças adoecerem e morrerem é comprovadamente maior.

Pesquisas que utilizam dados do Sistema de Internações Hospitalares do SUS revelam que nos 914 municípios integrantes do PRMI registrou-se uma acentuada queda de óbitos em crianças menores de 5 anos. Entre janeiro de 1995 e junho de 1997, observou-se uma redução do número de óbitos de 10,4% ao ano, significando que aproximadamente 6.400 crianças deixaram de morrer no período. As internações no mesmo período reduziram-se em 121.200 crianças, o que representou uma economia da ordem de R\$19 milhões, indicando melhoria na qualidade de vida naqueles municípios.

O MS investiu mais de meio bilhão de reais em programas para a redução da mortalidade na infância, que associados à estabilidade econômica, e à convergência de ações de combate à miséria do PCS, a vários investimentos

sociais do setor público e à crescente participação da sociedade em atividades de caráter social, mantêm a tendência de queda da mortalidade infantil.

### **Programa Comunidade Solidária**

Este programa foi criado para atuar estrategicamente, como agência multisetorial, para canalizar recursos e ações para áreas de prioridade do Governo Brasileiro. Este Programa estabeleceu uma agenda básica de trabalho para coordenar 16 programas da área social - PRMI, Alimentação, Apoio ao Ensino Fundamental e Pré-Escolar, Habitação e Saneamento, Geração de Ocupação e Renda, Educação Profissional e Fortalecimento da Agricultura Familiar - que estão sob a responsabilidade dos Ministérios da Saúde, Educação e Desportos, Agricultura e Abastecimento, Trabalho e Planejamento e Orçamento. Os resultados positivos do Programa Comunidade Solidária decorrem da eficiência na atuação, promoção e integração das ações da agenda básica. Promove atividades especiais voltadas para 1.368 Municípios, considerados bolsões de pobreza do País, entre os quais estão incluídos o do PRMI

A análise do perfil epidemiológico, a identificação dos riscos e os investimentos no atendimento básico em saúde tem contribuído para a mudança gradual do modelo assistencial no Brasil. Dessa forma, o Governo Brasileiro pretende fortalecer a gestão municipal do SUS, elevar o padrão de saúde e bem estar da população e estimular a participação da comunidade na definição e acompanhamento da implantação das políticas para o setor. Até o final de 1998 serão transferidos recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de 700 Municípios elevados à condição de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, os quais ao receberem os recursos globais, deverão passar a gerir seu próprio Sistema, considerando as necessidades de saúde da sua população residente. Este fato deverá beneficiar, aproximadamente, 65 milhões de pessoas.

Na luta para inverter a tendência "hospitalocêntrica" do modelo assistencial, observou-se que entre os 5.507 Municípios brasileiros, 3.860 (70%), onde vivem 118 milhões de pessoas (75% da população), recebiam menos de R\$10,00 *per capita*/ano para proverem atenção básica aos seus cidadãos. Neste ano, implantou-se o Piso da Atenção Básica - PAB, determinado pela Norma Operacional Básica/1996 do Ministério da Saúde. Dessa forma, os Municípios passam a receber incentivo financeiro para a oferta dos serviços de assistência, desde que atendam aos requisitos definidos pelo Ministério da Saúde. O valor do Piso *per capita* varia de R\$10,00 (mínimo) a R\$18,00 no máximo, constituindo-se em instrumento de promoção da equidade no setor. A meta a ser atingida até o final de 1998 - 3.300 dos 5.507 Municípios contemplados pelo PAB - já foi ultrapassada. Hoje, 3.400 Municípios assumiram a gestão e a execução dos serviços básicos de saúde. Além, da assistência ambulatorial à saúde reprodutiva, estão incluídas, também, a atenção domiciliar e comunitária no financiamento advindo do PAB. Este fato, caracteriza um avanço jamais oblido pelo processo de descentralização e de fortalecimento dos serviços locais de saúde.

Paralelamente, a construção de parcerias tem resultado na formação de consórcios intermunicipais que ampliam a oferta de serviços à população, eliminando a duplicidade de ações, promovendo, então, a eficiência no setor. Existem hoje no País 109 consórcios que atendem cerca de 22,6 milhões de pessoas. Estes consórcios compartilham serviços especializados e tecnologias de alto custo. A extensão e consolidação desta iniciativa, contribuirá, certamente, para ampliar a oferta e a qualidade da assistência ao câncer ginecológico e de mama em todo País.

O Sistema Nacional de Saúde - SUS, oferece atendimento universal com serviços de saúde de qualidade comparável aos melhores do mundo atual. No entanto sempre atendeu a uma demanda espontânea. Então, a constatação de contingentes da população não têm acesso aos serviços, motivou o Governo a criar programas de medicina comunitária, que eram quase inexistentes no País, até 1992. Assim, dois programas prioritários - Programa de Agentes Comunitários de Saúde, PACS, e Programa de Saúde da Família, PSF - foram desenvolvidos como estratégias para o aprimoramento e a consolidação do SUS, a partir da reorientação da atenção básica de saúde que busca a identificação das necessidades de saúde das comunidades, cuja clientela prioritária é constituída de mulheres - em especial as gestantes, crianças, adolescentes e idosos. A definição de uma porta de entrada para o atendimento, orientando a demanda e permitindo acesso maior e facilitado aos serviços do SUS, a partir da comunidade onde vive o usuário, são alguns dos resultados esperados desses Programas.

#### **Programa Saúde da Família - PSF**

O Programa Saúde da Família - PSF desenvolve ações à parte do núcleo familiar, no seio da comunidade, com equipes formadas por médicos, enfermeiros, auxiliares e agentes comunitários. Cada equipe cuida da saúde de 1.000 famílias, realizando ações educativas, de imunização e outras mais, inerentes à assistência básica. O PSF é sempre integrado a uma unidade básica de saúde, que por sua vez assegura a referência do paciente na rede SUS, facilitando e ampliando o acesso aos serviços de saúde. Hoje, 1.472 equipes do Programa atendem a 6,6 milhões de pessoas, 1,47 milhão de famílias, em 567 Municípios. Em 1997, foi quase dobrado o número de equipes do PSF, no intuito de a meta atingir o número de 3.500 equipes até o final de 1988.

#### **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**

Ao final de 1997, o PACS contava com 54.734 agentes comunitários de saúde trabalhando em 40% dos municípios brasileiros. Estes promotores da saúde são selecionados na própria comunidade, e a seguir, capacitados a transmitir informações básicas de saúde, realizando ações de valorização da família e da comunidade e participando ativamente no processo de prevenção de doenças e de promoção da saúde. Assim, 9,1 milhões de famílias em 2.199 Municípios recebem visitas mensais dos Agentes.



O PACS atua na comunidade agentes de saúde recrutados na própria comunidade, com o objetivo de valorizar a família e a comunidade e fomentar a participação ativa na prevenção de doenças e na promoção da saúde. Cada agente de comunitário de saúde atende em média 167 famílias, cerca de 750 pessoas, transmitindo informações e sendo vigilante em relação aos riscos locais para a saúde, motivando a população a cuidar da própria saúde. As atribuições do agente comunitário de saúde incluem:

- cadastrar as famílias sob seus cuidados, visitando-as, no mínimo, uma vez por mês;
- pesar e medir mensalmente as crianças com menos de 2 anos;
- verificar a vigência do cartão de imunização;
- incentivar o aleitamento materno;
- orientar as famílias sobre a terapia de reidratação oral, a prevenção e cuidados em relação a doenças como cólera, dengue e malária;
- prover orientação sobre métodos de planejamento familiar e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS;
- prover assistência domiciliar aos doentes em tratamento no Centro de Saúde;
- identificar gestantes e encaminhá-las para acompanhamento pré-natal;
- estar atento para problemas que afetem o meio ambiente, como coleta de lixo, serviços de água e esgoto, e outros.

A meta do Governo é chegar ao final de 1998 com 3.500 equipes do PSF, trabalhando em 700 Municípios, atendendo uma população de 15,8 milhões de indivíduos, enquanto que o PACS deverá contar com 100 mil ACS, em 3.000 Municípios atendendo 75 milhões de pessoas.

### **Conselhos de Saúde**

O processo de descentralização do SUS exige de Estados e Municípios a implantação e funcionamento de Conselhos de Saúde, para que possam auferir repasses financeiros do Ministério da Saúde.

O MS, para cumprir a meta de implantação e fortalecimento dos Conselhos, desenvolveu uma campanha nacional, enfatizando as vantagens dos mesmos para as prefeituras, a importância da participação da comunidade, e o seu papel na definição de prioridades e fiscalização da correta aplicação do dinheiro público. Os filmes foram veiculados em alternância de inserções, sempre em horário nobre, garantindo excelente exposição das mensagens.

O Ministério da Saúde tem convênio firmado com o Banco do Brasil, com vistas à promoção conjunta de ações que objetivem consolidar o processo de habilitação de estados e municípios às novas condições de gestão. Nestes convênios existe uma cláusula que visa o estímulo à criação e instituição dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, por intermédio das Superintendências, Agências e Postos de Serviços do Banco. Está sendo fornecido, mensalmente, aos Conselhos de Saúde, os demonstrativos da

movimentação financeira das contas dos respectivos Fundos de Saúde, bem como demonstrativos discriminados dos créditos ocorridos.

### Transparência da gestão

As informações dos recursos originários da CPMF têm seus dados disponibilizados ao público, via INTERNET, na *homepage* do Ministério da Saúde no endereço - <http://www.saude.gov.br/cpmf.htm> - e atualizados de 10 em 10 dias. Tais informações referem-se a: arrecadação; transferência para o Ministério da Saúde - MS - e utilização; saídas do MS por itens - acumulado no ano e; extrato - acumulado no ano.

Pagamento	Valor (R\$ 1,00)
Pag. de Dívida ao Fundo de Amparo ao Trabalhador	909.117.570,66
Total com Assistência Ambulatorial e Hospitalar	5.475.982.823,17
Programa de Combate ao Aedes aegypti	63.950.191,57
Aquisição de Medicamentos	86.782.596,82
Programa "Leite é Saúde"	7.654.239,22
Programas Diversos	1.240.000,00
<b>Total</b>	<b>6.632.352.112,54</b>

A Homepage do MS dispõe de vários links que colocam à disposição do usuário não apenas informações gerenciais mas epidemiológicas e as relativas ao funcionamento do Conselho Nacional de Saúde.

### Disque Saúde

Este é um serviço de atendimento telefônico gratuito através da linha 0800-61-1997, que oferece à população brasileira informações gerais e esclarecimentos sobre os procedimentos mais adequados diante da existência de doenças emergentes, reemergentes e preservação dos direitos humanos.

O serviço funciona de segunda a sexta-feira, das 8 às 20 horas, com atendimento *on line* - interativo. No período noturno, sábados, domingos e feriados, uma unidade de resposta automática - URA - em funcionamento 24 horas por dia, estará esclarecendo automaticamente sobre as doenças e ações relacionadas à saúde.

Uma equipe de 72 atendentes e seis monitores, todos de nível universitário, foi devidamente treinada para prestar atendimento telefônico em doenças e ações relacionadas à saúde, de maneira a satisfazer as necessidades de informação de cada cidadão, garantindo seu anonimato.

O Disque Saúde consolidou um banco de dados com a finalidade de facilitar a compreensão da história natural das doenças e suas conseqüências clínicas, que permite a identificação e a orientação dos procedimentos mais adequados ao controle das infecções e a defesa dos direitos humanos, preservando os direitos de cidadania da população brasileira.

As áreas específicas atendidas pelo Disque Saúde até 31/12/97 são: AIDS, DST, drogas, sarampo, dengue, cólera, doenças cardiovasculares, tuberculose, hanseníase, câncer, transplante e doação de órgãos, Conselhos de Saúde e informações de Políticas de Saúde.

De 18/08/97 (início do Programa) a 31/12/97 o Disque Saúde recebeu 292.569 ligações. E, com atendimento receptivo de interação com os atendentes ou operadores de telemarketing, compreendendo informações técnicas e de serviços registrados no sistema, foram 178.863 ligações.

Regiões	Ligações	%
Norte	4.303	2,4
Nordeste	42.915	24,0
C-Oeste	12.132	6,8
Sudeste	58.386	32,6
Sul	11.469	6,4
Não Fornecidas	49.658	27,8
<b>Total</b>	<b>178.863</b>	<b>100</b>

A tabela abaixo mostra o número de ligações solicitando informações técnicas sobre os diversos segmentos, no período de 18/8/97 a 31/12/97.

Segmento	Ligações	%
AIDS	10.900	7,4
Câncer	757	0,5
Cólera	1.442	1,0
Conselhos de Saúde	3.707	2,5
Dengue	1.948	1,3
Doenças Cardiovasculares	8.952	6,1
DST	8.495	5,8
Geral	4.310	2,9
Hanseníase	2.233	1,5
HIV	90.233	61,6
Sarampo	1.613	1,1
Transplante de Órgãos	10.208	7,0
Tuberculose	1.604	1,1
<b>Total de Ligações</b>	<b>146.402</b>	<b>100</b>

O serviço possui um sistema de banco de dados onde é possível obter outros tipos de indicadores como:

**Distribuição por sexo:**

Masculino = 50,3%

Feminino = 49,7%

**Distribuição por estado civil:**

Solteiro = 66,3%

Casado = 6,9%

Viúvo = 0,2%

Divorciado = 0,6%

Amigado = 0,2%

Não fornecido = 25,7%

**Distribuição por grau de instrução**

Analfabeto = 0,2%

1º Grau = 55,9%

2º Grau = 14,9%

Superior = 3,2%

Não fornecido = 25,7%

**Distribuição por faixa etária**

3 - 9 anos = 1,7%

10 - 15 anos = 37,3%

16 - 19 anos = 17,6%

20 - 39 anos = 14,0%

40 - acima = 2,5%

Não informado = 26,8%

### **Canal Saúde**

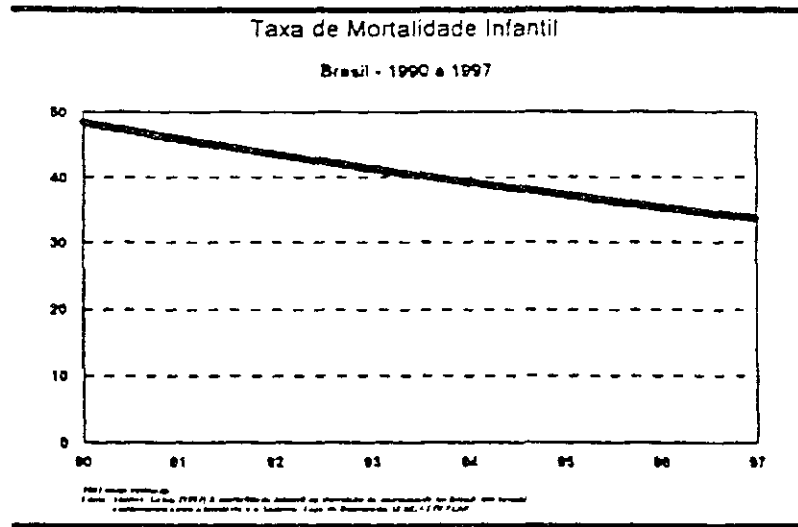
A Fundação Oswaldo Cruz vem desenvolvendo o Projeto Canal Saúde destinado a veicular, pela televisão, informações de interesse para os profissionais da área de saúde e para a população em geral.

O Canal Saúde está no ar desde 12 de dezembro de 1994 diariamente, de segunda a sexta-feira, sem nenhuma interrupção, por mais de 1.100 horas, contribuindo para o conhecimento, debate e aprofundamento dos principais temas de interesse para as áreas da Saúde e da Ciência e Tecnologia em Saúde.

Foram mais de 1.000 programas levados ao ar pelo canal executivo da EMBRATEL, mais de 200 programas veiculados pelo AMAZON SAT e mais de 100 programas de debates e entrevistas apresentados pela rede brasileira de TVs Educativas (mais de 800 emissoras e retransmissoras) lideradas pela TVE-RJ da Fundação Roquette Pinto. Para compor esta programação, além do material produzido pelo próprio Canal Saúde, foram utilizados os vídeos da Vídeo Distribuidora da FIOCRUZ, do Departamento de Comunicação em Saúde/CICT - FIOCRUZ.

**PROGRESSO NAS METAS ACORDADAS**

Em 1990, na reunião da Cúpula Mundial em Favor da Infância, o Brasil comprometeu-se a reduzir em um terço a mortalidade infantil até o ano 2.000. Na oportunidade, os registros indicavam 48,4 óbitos de crianças menores de um ano para cada mil nascidas vivas (NV). Hoje, a mortalidade infantil registra 33,7/1.000 NV (Simões, 1997), o que significa que a meta para o ano 2000 será atingida, e 14% dessa redução, aproximadamente 50% da meta proposta para a década, ocorreu entre o início de 1995 até o final de 1997.



É importante citar que a melhoria das estatísticas vitais do País, advinda da redução da subnotificação de nascimentos e óbitos está a caminho. A partir de março de 1998, quando entra em vigor a Lei N.º 9534 de dezembro de 1997, o Registro de Nascimento e de Óbito será gratuito para todos os brasileiros.

**Programa Nacional de Imunização - PNI**

Quanto ao controle das doenças preveníveis pela imunização, as campanhas nacionais têm atingido as metas previstas. Em 1997, as duas campanhas cumpriram, 100% da meta para a vacinação contra a Poliomielite, contribuindo efetivamente para a manutenção da situação em que nenhum caso dessa doença foi registrado no País desde 1989.

Difteria, Coqueluche, Meningite Tuberculosa e Tétano Acidental, neonatais, estão em vias de serem eliminadas. Com Difteria e Meningite Tuberculosa apresentando taxa de incidência anual 0 e Coqueluche e Tétano Acidental com respectivamente 0,4 e 0,19/100.000 habitantes. O Sarampo que registrava em 1990 uma taxa de incidência anual de 40/100.000, passou, em 1997, a registrar 11,4/100.000 hab.

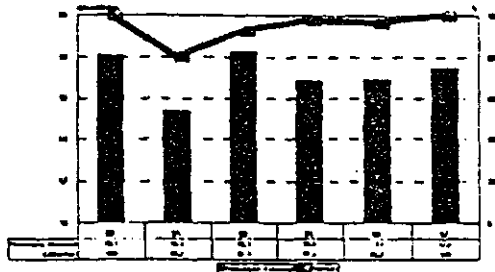
Em 1996, iniciou-se a vigilância epidemiológica da Rubéola inclusive da congênita, com oferta concomitante da vacina tríplice viral - Rubéola, Caxumba

e Sarampo, que passa, gradativamente, a integrar o Programa Nacional de Imunizações.

Ao Programa de Imunização foi introduzida uma nova sistemática para a aquisição de vacinas. As compras passaram a ser efetuadas pelo fundo rotatório da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, que é composto por 17 países das Américas. Salienta-se que com a entrada do Brasil, possibilitou a queda nos preços internacionais das vacinas, bem como o término aos embargos judiciais e os conseqüentes atrasos na compra e distribuição dos produtos.

Campanhas Nacionais de Vacinação contra Poliomielite, 1ª Etapa

Brasil - 1980 a 1997



Campanhas Nacionais de Vacinação contra Poliomielite, 2ª Etapa

Brasil - 1980 a 1997



## Programa de Combate à Desnutrição

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, realizada em 1996, revelou que houve queda dos índices da desnutrição infantil. Ainda assim, ações específicas e enérgicas são necessárias para assistir às crianças menores de um ano, em especial na região Nordeste, onde os índices estão acima da média nacional.

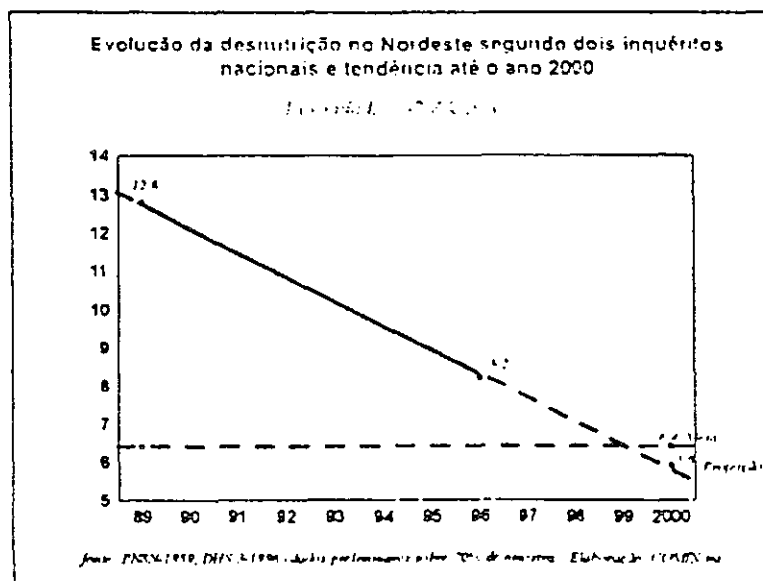
A adequada alimentação infantil implica na oferta exclusiva de leite materno nos primeiros 4 a 6 meses de vida e ingestão de leite materno complementado por outros alimentos a partir desta idade até os dois primeiros anos de vida. Vários estudos realizados no País têm demonstrado, que apesar do início da amamentação ser uma prática na maior parte do mundo, a amamentação por tempo prolongado é mais rara, assim como a oferta exclusiva do leite materno nos primeiros meses de vida. Todavia, inquéritos anteriores a 1996 revelavam a tendência à ampliação do período de amamentação. Considerando a frequência de crianças amamentadas nas diferentes idades, estima-se que a duração média da amamentação no País, elevou-se de 2,4 para 5,5 meses entre os inquéritos realizados em 1975 e 1989. O mesmo método aplicado aos dados coletados pela Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde-PNDS/96, estima em 7 meses a duração média da amamentação no País.

Como estratégia central para a melhoria do aleitamento materno exclusivo, foi idealizada e implantada a iniciativa "Hospital Amigo da Criança", que acreditou 94 hospitais até o final de 1997, os quais já promoveram mudanças nas rotinas, nas ações facilitadoras da prática da amamentação, na educação e no

apoio às gestantes e puérperas, fazendo jus ao selo de qualidade conferido pelo Ministério da Saúde e UNICEF.

A PNDS/96 revelou, também, a redução dos índices de desnutrição infantil. Não obstante todas essas medidas, ações específicas e enérgicas são necessárias para assistir às crianças menores de 1 ano, em especial na região Nordeste, onde o índice está acima da média nacional.

O Programa de Combate à Desnutrição do Ministério da Saúde continua buscando fortalecer a promoção da recuperação nutricional de crianças desnutridas, de contatos e de gestantes com ganho de peso insuficiente, além de outros indivíduos desnutridos na comunidade. Em 1997, Foram firmados convênios com 1.097 municípios, propiciando o atendimento de cerca de 1,6 milhão de pessoas. Em 1998, o Programa deverá contemplar a totalidade dos Municípios habilitados como gestores plenos da atenção básica em saúde, que passam a receber um valor *per capita*, por repasse direto do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde, para o combate à desnutrição.



### Referência Bibliográfica

- 1- Cardoso, Fernando Henrique - Mensagem ao Congresso Nacional, Brasília, 1998
- 2- Secretaria de Projetos Especiais de Saúde, Coordenação de Materno Infantil - Metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância - Avaliação de meia década 1990-1995, Ministério da Saúde, Brasil, 1997.
- 3- Secretaria Executiva - Coordenação Geral de Planejamento - Relatório de Acompanhamento das Ações e metas Prioritárias do Ministério da Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, 1998.

**Plano Regional Latino Americano e do Caribe  
sobre População e Desenvolvimento  
Acompanhamento da Implementação do Plano de  
Ação do Cairo**

**NORMAS JURÍDICAS QUE ASSEGURAM  
DIREITOS ÀS MULHERES, APROVADAS NO PERÍODO  
PÓS-CONSTITUIÇÃO**



## NORMAS JURÍDICAS QUE ASSEGURAM DIREITOS ÀS MULHERES, APROVADAS NO PERÍODO PÓS-CONSTITUIÇÃO

1. Lei nº 8.009/90 - 29/03/90 - Dispõe sobre a impenhorabilidade do bem de família.
2. Lei nº 8.212/91 - 24/07/91 - Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio e dá outras providências (Assegura, entre outros direitos às beneficiárias da Previdência Social, o pagamento do salário-maternidade).
3. Lei nº 8.213/91 - 24/07/91 - Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências (Regulamenta, entre outros, direitos constitucionais das mulheres, como a aposentadoria diferenciada e o salário-maternidade).
4. Lei nº 8.408/92 - 13/02/92 - Dá nova redação aos dispositivos da Lei n. 6.515, de 26 de dezembro de 1977 (Estabelece o prazo para a separação judicial e determina que a mulher, ao separar-se, volte a usar o nome de solteira, a menos que a alteração do nome acarrete sérios prejuízos.)
5. Lei nº 8.560/92 - 29/12/92 - Regula a investigação de paternidade dos filhos havidos fora do casamento e dá outras providências (Regulamenta a forma de reconhecimento dos filhos havidos fora do casamento; de registro de nascimento de menor apenas pela mãe e sobre a ação de investigação de paternidade, nesses casos).
6. Lei nº 8.629/93 - 25/02/93 - Dispõe sobre a regulamentação de dispositivos constitucionais relativos à Reforma Agrária, previstos no Capítulo III, Título VII, da Constituição Federal (O art. 19 assegura que o título de domínio e a concessão de uso serão conferidos ao homem ou à mulher, ou a ambos, independentemente de estado civil, com preferência aos chefes de família numerosa)
7. Decreto Legislativo nº 26/94, de 23/06/94 - Determina a suspensão das reservas interpostas pelo governo brasileiro à assinatura da *Convenção pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher*.
8. Lei nº 8.861/94, de 25/03/94 - Dá nova redação aos arts. 387 e 392 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), altera os arts. 12 e 25 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, e os arts. 39, 71, 73 e 106 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, todos pertinentes à licença-maternidade. (Garante a licença-gestante às trabalhadoras urbanas, rurais e domésticas e o salário-maternidade às pequenas produtoras rurais e às trabalhadoras avulsas. Veto presidencial ao artigo 1º, que alterava a CLT. limitou a licença-gestante à previdência social).
9. Lei nº 8.921/94, de 25/07/94 - Dá nova redação ao inciso II do art. 131, da Consolidação das Leis do Trabalho. (Retirada a expressão *aborto não criminoso*, ficando apenas *aborto*, como um dos motivos para justificar a ausência ao trabalho da mulher trabalhadora).
10. Lei nº 8.930/94, de 06/09/94 - Dá nova redação ao art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do art. 5º, inciso XLIII, da Constituição Federal, e determina outras providências. (Inclui o estupro entre os crimes hediondos, considerados inafiançáveis, nos termos da Constituição Federal).
11. Lei nº 8.952/94, de 13/12/94 - Altera o Código de Processo Civil sobre o processo de conhecimento e processo cautelar. (Regulamenta a participação dos cônjuges na proposição de ações que versem sobre direitos reais imobiliários - necessidade ou não da participação).
12. Lei nº 8.971/94, de 29/12/94 - Regula o direito dos companheiros a alimentos e à sucessão. (Desde que comprovada a convivência há mais de 5 anos ou a existência de filhos).
13. Lei nº 8.974/95 - 05/01/95 - Regulamenta os incisos II e V do § 1º do art. 225 da Constituição Federal, estabelece normas para o uso das técnicas de engenharia genética e liberação no meio ambiente de organismos geneticamente modificados, autorizando o Poder Executivo a criar, no âmbito da Presidência da República, a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança e dá outras providências (Estabelece normas para o uso das técnicas de engenharia genética (inclusive fertilização *in vitro* e "barriga de aluguel") e liberação no meio-ambiente de

- organismos geneticamente modificados (OGM), autorizando o Poder Executivo a criar, no âmbito da Presidência da República, a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança).
14. Decreto Legislativo nº 107/95, de 01/09/95 - Aprova o texto da *Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher* assinada em Belém do Pará em 09 de junho de 1994.
  15. Lei nº 8.978/95, de 09/01/95 - Dispõe sobre a construção de creches e estabelecimentos de pré-escolas. (Os conjuntos residenciais financiados pelo Sistema Financeiro de Habitação deverão, prioritariamente, contemplar a construção de creches e pré-escolas).
  16. Lei nº 9.029/95, de 13/04/95 - Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da Relação Jurídica de Trabalho. (A proibição inclui "exigência de teste, exame, perícia, laudo, atestado, declaração ou qualquer outro procedimento relativo à esterilização ou estado de gravidez; indução ou instigamento à esterilização, controle de maternidade, etc. e determina penas).
  17. Lei nº 9.046/95, de 18/05/95 - Acrescenta parágrafos ao art. 83 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 - Lei de Execução Penal. (Determina que os estabelecimentos penais destinados a mulheres sejam dotados de berçários, onde as condenadas possam amamentar seus filhos).
  18. Lei nº 9.100/95, de 02/10/95 - Estabelece normas para a realização das eleições municipais de 3 outubro de 1996, e dá outras providências. (O § 3º do art. 11 estabelece a cota mínima de 20% das vagas de cada partido ou coligação para a candidatura de mulheres).
  19. Lei nº 9.263/96, de 02/01/96 - Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.
  20. Lei nº 9.278/96, de 10/05/96 - Regula o § 3º do art. 226 da Constituição Federal (Regulamenta o § 3º do artigo 226 da Constituição Federal, que considerada como entidade familiar a união estável. (Vetados os artigos 3º, 4º e 6º, que possibilitariam os conviventes a registrarem contrato, regulamentando seus direitos e deveres).
  21. Lei nº 9.281/96 - 05/06/96 - Revoga os parágrafos únicos dos arts. 213 e 214 do Decreto-Lei nº 2.848, de dezembro de 1940 - Código Penal (Ficam revogados os parágrafos únicos dos artigos 213 e 214 do Decreto Lei 2848, de 07/12/ de 1940 - Código Penal, que haviam diminuído a pena para crimes praticados contra pessoa não maior de 14 anos)
  22. Lei nº 9.394/97, de 20/12/96 - Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. (Dispõe sobre creches ou entidades equivalentes para crianças de até três anos de idade e pré-escolas para as crianças de quatro a seis anos de idade).
  23. Lei nº 9.455/97, de 07/04/97 - Define os crimes de tortura e dá outras providências (Define os crimes de tortura e dá outras providências. (Definido o constrangimento a alguém com uso de violência e causando sofrimento físico ou mental. Obrigando a pessoa a declarar confessar ou prestar informação para investigação inquérito policial, administrativo ou processo judicial, ou aplicação de castigo pessoal, prevendo reclusão de 02 (dois) a 05 (cinco) anos e multa, aumentando em um terço se o agente for servidor público ou exercer função pública).
  24. Lei nº 9.520 - 27/11/97 - Revoga dispositivos do Decreto Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal, referentes ao exercício do direito de queixa da mulher. (Dispõe sobre o exercício do direito de queixa pela mulher.)

**GOBIERNO DE LA REPUBLICA  
DE EL SALVADOR  
SECRETARIA NACIONAL DE LA FAMILIA**

**INFORME NACIONAL SOBRE POBLACION  
Y  
DESARROLLO DE EL SALVADOR.**

**SAN SALVADOR, EL SALVADOR / JUNIO - 1998.**

## INTRODUCCION.

“ El Estado adoptará Políticas de Población con el fin de asegurar el mayor bienestar a los habitantes de la República.” Art. 118. Constitución de la República de El Salvador, 1983.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), llevada a cabo en El Cairo en 1994, centró la atención mundial en la salud sexual y de la reproducción y los derechos sexuales y de procreación, así como en cuestiones de género y estimuló la adopción generalizada de medidas para poner en práctica las recomendaciones de la CIPD.

Los Países con el aporte de las conferencias de El Cairo y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, (Beining en 1995), han iniciado diversas acciones para implementar el enfoque de la CIPD.

Algunos informes de las Oficinas del UNFPA en los países mencionan que éstos han efectuado numerosas revisiones de Políticas de Población y Desarrollo y cambios Institucionales pertinentes, Reformas Jurídicas y Constitucionales a fin de proteger mejor los derechos de la mujer y promover la igualdad de género y han establecido medidas para fortalecer y reorganizar los servicios de salud a fin de reducir la mortalidad derivada de la maternidad y abordar un conjunto integral de problemas de salud de la reproducción.

Aunque muchos países en desarrollo han logrado importantes adelantos en la implementación del Programa de Acción de la CIPD, en muchos otros la escasez de fondos y de personal capacitado está obstaculizando los esfuerzos por mejorar los Programas de Planificación de la Familia y de Salud de la Reproducción (Estado de la Población Mundial 1997).

El Salvador participó de la tercera Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo Egipto, la cual se desarrolló alrededor de temas que generaban mucha tensión a nivel mundial en ese momento, tales como: la salud reproductiva, el aborto, los derechos de la mujer, la familia, los derechos de los migrantes y las responsabilidades de Gobiernos y ONGs.

Entre los más importantes resultados de la CIPD está el hecho de discutir y ratificar la relevancia de tener presente en los análisis sobre desarrollo socio-económico, que las variables demográficas y sus tendencias no pueden ser consideradas separadas de éste. En el caso salvadoreño, se puede afirmar que con la Política Nacional de Población y de las acciones que de ella se derivan, la consideración mencionada es parte de la agenda del Gobierno actual al atender la importancia de la relación entre Población y Desarrollo.

Las acciones generales que se planteó la CIPD se pueden describir de la manera siguiente:

1. Habilitación de la mujer...
2. Salud reproductiva...
3. Calidad de vida y estabilización de la población...
4. Colaboración y cooperación...

La Política Nacional de Población de El Salvador forma parte del Plan de Desarrollo Social y constituye un elemento fundamental de la Plataforma para el Desarrollo Nacional, en la cual está empeñado el actual Gobierno.

A partir de 1994, el Programa de Acción de la CIPD ha sido una fuente de orientación para la formulación e implementación de políticas y normas nacionales en materia de población y desarrollo, derechos sexuales y reproductivos y salud reproductiva; todo lo anterior basado en un enfoque de equidad de género.

En esta oportunidad, al participar en las actividades regionales para evaluar los avances en la ejecución del Programa de Acción aprobado por la CIPD, el Gobierno Salvadoreño presenta este documento que intenta exponer de manera sucinta los alcances logrados en materia de población y desarrollo, registrados en El Salvador durante el período 1994 - 1998.

## **II. SITUACION SOCIO-DEMOGRAFICA DE EL SALVADOR.**

Entre 1950 y 1971 se realizaron en El Salvador tres censos de población y vivienda, que constituyeron la base de información para evaluar la situación demográfica y social del país y los cambios producidos en ese período.

Los conflictos internos vividos en el país desde mediados de la década de los 70 hasta 1992, cuando se firmaron los acuerdos de paz, ocasionaron un brusco cambio en su dinámica demográfica. Durante ese período se registró una contracción de la fecundidad general, debido en parte a que se incrementó la mortalidad masculina, se acrecentó la migración hacia el exterior, la ruptura familiar y la situación de incertidumbre. Asimismo, la migración del campo a la ciudad mostró un notorio incremento.

La realización del censo de 1992 constituyó un salto cualitativo importante, porque sus resultados permiten caracterizar al país de los años 90s. Dicho censo correlacionado con las encuestas nacionales posibilitó establecer un balance de los cambios ocurridos y, dio paso a las proyecciones en el corto y largo plazo.

Este estudio señala que El Salvador tendría una población de 5,909,000 habitantes en el año 1997, registrando una tasa de crecimiento de 2.1% anual,

lo que significa un incremento de cerca de 121,000 personas con respecto al año anterior.

Se proyecta que El Salvador tendría una población de 6,276,000 personas en el año 2,000. Se espera que la tasa de crecimiento de la población empezaría a disminuir al iniciarse el nuevo siglo, hasta llegar a una tasa de 1.1% anual en el año 2,025. momento en el cual el país alcanzaría los 9 millones 62 mil habitantes.

La demografía salvadoreña presenta un índice de masculinidad de 94.4% siendo la población femenina un 51% de la población total. Esto representó para 1997, un total de 116,000 mujeres más que hombres.

La población salvadoreña es predominantemente joven, la mitad de la población no supera los 20 años y por cada 100 personas de edad productiva (para fines económicos de 10 a 64 años ) existen 31 que dependen de ellas. Esto se debe a la alta tasa de fecundidad que prevalece en el país. Se espera de acuerdo a las proyecciones de población que esa tasa de dependencia disminuya para el año 2,025 al 49%.

Se proyecta que la fecundidad irá en descenso, aunque en menor escala que en los años precedentes. Se estima que en 1997 la mujer salvadoreña acumularía un promedio de 3.2 hijos durante toda su vida fértil, cifra que es considerada alta en el ámbito internacional. Lo cual se refleja en la ocurrencia de 166,000 nacimientos esperados para el año anterior.

Uno de los problemas sociales relacionados con la fecundidad es la prevalencia de una gran cantidad de madres muy jóvenes, encontrándose que casi la quinta parte de todos los nacimientos que ocurren en el país son a mujeres menores de 20 años.

La tasa global de fecundidad se reducirá muy lentamente en los años próximos, proyectándose de 3.0 hijos por mujer en el año 2,000 y se esperan que descienda a 2.1 en el año 2,025. Cabe mencionar que esta reducción ocasionará sólo una ligera disminución en la cantidad de nacimientos, los que sumarían 156,000 en el año 2,025.

Existen marcadas diferencias en los riesgos de muerte entre hombres y mujeres. La expectativa de vida es 6 años menor en los hombres con relación a las mujeres. La violencia afecta más a los primeros. En 1997, las mujeres tendrían una esperanza de vida al nacer de 72 años, en tanto que en los hombres sería de 66 años.

Se estimó que para 1997 ocurrirían 36,000 defunciones en todo el país,

entre las cuales la sexta parte estaría constituida por menores de 1 año. La mortalidad infantil sería de 35 por cada mil nacidos vivos.

El estudio realizado muestra que entre 1990 y 1995 el saldo migratorio negativo en el país se habría reducido a 57,000, equivalente a casi la cuarta parte de lo que fue entre 1985 y 1990. Se proyecta que la tendencia de descenso continuará, esperándose una pérdida neta de 38,000 personas entre los años de 1995 al 2,000 (DIGESTYC: Dirección General de Estadística y Censos Proyección de la Población de El Salvador, 1995).

### **III. INTEGRACION DE LOS ASPECTOS DE POBLACION EN EL PROCESO DE DESARROLLO.**

“La familia es la base fundamental de la Sociedad y tendrá la protección del Estado, quien dictará la legislación necesaria y creará los organismos y servicios apropiados para su integración, bienestar y desarrollo social, cultural y económico.” Art. 32. Constitución de la República de El Salvador, 1983.

En El Salvador se han desarrollado actividades de población en el marco de una política de población desde 1974. En ese año el Gobierno formuló la primera “Política Integral de Población”, que orientó las actividades de población del país hasta 1988.

La nueva “Política Nacional de Población” pretende enfrentar el problema socio-demográfico del país y, lo hace a partir de las nuevas teorías de población que conciben dicho problema en estrecha vinculación con el desarrollo.

Su ejecución, entonces, deberá impulsarse con acciones intersectoriales en las cuales la misma población tenga una participación activa, con aplicación de enfoques integrales y con mecanismos claros de coordinación y concertación.

Esta Política comprende medidas básicas por desarrollar en 6 campos prioritarios, los cuales son: a) población y salud, b) población y familia, c) población y fuerza de trabajo, d) distribuciones espaciales y migraciones, e) educación, información y comunicación en población y, d) población y medio ambiente. Cada uno de estos campos implica medidas y estrategias para la efectiva operatividad de la Política en cuestión.

La actual Política Nacional de Población, se enmarca dentro del Plan de Desarrollo Económico y Social de El Salvador, el cual contiene entre sus finalidades esenciales lograr un crecimiento económico sostenido en el tiempo, mejorando con ello la calidad de vida de la población, específicamente de los grupos pobres y en extrema pobreza.

En tal sentido, la Política en mención se combina estructuralmente para complementar el Plan de Desarrollo en forma integral. Por lo tanto, se basa en los principios de los derechos individuales del ser humano, como sujeto y beneficiario del proceso de desarrollo (Comisión Nacional de Población CONAPO, Política Nacional de Población 1993).

#### **A. Importancia otorgada por el Gobierno a los Temas de Población y desarrollo.**

El Gobierno de la República de El Salvador ejecuta actualmente su Plan de Desarrollo Económico y Social 1994 - 1999, de carácter eminentemente humanista y cuyos principios coinciden en su mayoría con los establecidos en el Programa de Acción de la III conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.

La visión de largo plazo que plantea dicho Plan de Desarrollo, concibe a l Salvador como un "país de oportunidades" con equidad, movilidad social y libertad para progresar. Esto significa cumplir con los objetivos nacionales, en los cuales se encuentran inmersos los temas de población.

El Gobierno salvadoreño asigna particular importancia al análisis y búsqueda de soluciones a los problemas poblacionales, teniendo como base la libertad y las tradiciones ético-culturales del país; a fin de armonizar las variables demográficas con las de tipo económico-sociales, con el propósito de promover el desarrollo integral de la nación con una visión equitativa, de género, y ambientalmente sostenible.

En cuanto a la dinámica de población, el gobierno ha impulsado un Plan Nacional de Salud Reproductiva con énfasis en la atención en todos los componentes de la salud reproductiva, incluyendo la el aumento de la prevalencia del uso de la metodología anticonceptiva para la planificación familiar. Asimismo centra en la prevención de la muerte materna, la disminución del aborto, la prevención del cancer ginecológico, la prevención de las enfermedades sexualmente transmitidas incluyendo el VIH/SIDA. Asimismo la aprobación de "normas" de atención a los adolescentes y la incorporación de "programas de salud" que toman en cuenta las necesidades de las mujeres, tienen el apoyo institucional pertinente para mejorar su calidad y eficiencia con el tiempo.

La migración y la distribución espacial han sido retomadas por la gestión del Gobierno, mediante una serie de acciones de carácter socio-económico que impulsan el desarrollo local en el país. Instituciones como el Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local y las disposiciones legales del Presupuesto de la Nación que asignan recursos a los niveles locales, han incluido dentro de sus criterios de asignación presupuestaria variables socio'emográficas, como son: mortalidad infantil, analfabetismo, pobreza y otras.



El uso de las variables demográficas ha facilitado la interacción de las áreas de gestión de Plán Nacional de Desarrollo. Por tal razón, el desarrollo económico y el social son concebidos como “dos caras de la misma moneda”, pues se concibe el crecimiento económico generado por medio de una mejor competitividad, apoyado y sostenido mediante la inversión en las personas y en los servicios sociales. Ambos niveles contribuyen a promover mejores condiciones de equidad y movilidad social para incrementar el bienestar y la calidad de vida.

El medio ambiente y el desarrollo territorial cuyo principal objetivo es lograr la protección ecológica y de los recursos naturales, así como un equilibrio poblacional se ha impulsado decididamente; pues se reconoce que esta área de gestión le brinda la integralidad al proceso de desarrollo nacional, a la vez que le permite ser sostenible y sustentable en el tiempo.

#### **B. Institucionalización de la incorporación de las variables de población y desarrollo.**

Institucionalizar la generación y actualización de variables socio-demográficas ha sido un gran aporte para la gestión pública. A partir de los resultados obtenidos del V Censo de Población y IV Censo de Vivienda en 1992, han proliferado las investigaciones sobre diversas temáticas centradas en la población y el desarrollo. La Encuesta de Hogares y Propósitos múltiples es un instrumento periódico que recoge información económica, social y demográfica que se vuelve útil y pertinente para promover el tema. La Encuesta de Salud Familiar es otro instrumento de recolección de data socio-demográfica, con énfasis en algunos aspectos de sexualidad, fecundidad y planificación familiar y, que promueve los temas relacionados a la salud sexual y reproductiva.

Estas fuentes de información que se mencionan y los resultados de investigaciones realizadas, han incorporado los temas de población y desarrollo en la formulación de políticas y en la ejecución de programas y proyectos.

De esta manera, los informes programáticos del Banco Central de Reserva incluyen un apartado estadístico sobre población, los presupuestos para los gobiernos municipales se asignan según criterios demográficos. La Política Nacional de la Mujer incorpora indicadores sociales, demográficos y de género para su ejecución y seguimiento.

Así mismo, en el marco de la modernización del Estado se considera indispensable dotar a las administraciones municipales con los elementos necesarios, para que se tomen en cuenta dentro del proceso de

municipalización las variables demográficas en la planificación del desarrollo local.

En relación a los procesos de capacitación para técnicos nacionales orientados a la generación, actualización y empleo de las variables socio-demográficas, éstos se han centrado en el personal perteneciente a las Instituciones productoras de información. Sin embargo, el empleo de estas variables es demandado por todas las Instituciones que realizan alguna gestión en el ámbito socio-económico, ya sea público o privado.

### **C. Efectos de las Políticas Públicas y las Estrategias de Desarrollo sobre las Tendencias demográficas.**

En la década de los 90's se han implantado transformaciones integrales en el sector social, las cuales se armonizan con las reformas económicas del país. La política para modernizar y mejorar la eficiencia de las Instituciones públicas implica que las instituciones del sector social adopten un papel más normativo, estimulando al sector privado y la participación ciudadana en la ejecución de los programas, para mejorar su calidad y eficiencia y preservar al medio ambiente.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social sigue avanzando en la prestación de servicios de planificación familiar integrados en el Plan Nacional de Salud Reproductiva, cuya unidad implementadora es la Dirección de atención a la persona, con el departamento de Salud Reproductiva. Estos servicios se brindan en todos los establecimientos locales del país. La ejecución del Programa Escuela Saludable ( una estrategia para la creación de polos de desarrollo) focalizado a la población escolar de las áreas rural y urbano-marginal, es un claro ejemplo de identificación y localización de grupos vulnerables. El Programa de Desarrollo Humano Sostenible a nivel local y focalizado en 4 departamentos del país, constituye otro ejemplo de priorización de población vulnerable que se atiende.

En tal sentido, el Gobierno salvadoreño ha promovido la inclusión de proyectos que promuevan la vinculación entre la dinámica demográfica y los planes de desarrollo socio-económicos, utilizando la información disponible sobre población en la elaboración de programas y proyectos de desarrollo y, analizando el impacto que éstos puedan generar sobre las variables demográficas. Además, desencadenando todo un proceso de sensibilización sobre la relación Población-Desarrollo, entre los sectores del más alto nivel en la toma de decisiones y de otros niveles y sectores.

### **D. Efectos de las tendencias socio-demográficas y estrategias de desarrollo.**

La estructura de la población de El Salvador joven, con un porcentaje importante de niños, lo que implica mayor esfuerzo del Gobierno para satisfacer las crecientes demandas de esta población en salud, vivienda, educación y empleo.

Aún cuando la tendencia de la fecundidad descendiera de su nivel mediante mejoras sustanciales en la educación, la salud y la participación de la mujer en las actividades económicas, se mantendría una proporción importante de niños demandantes de bienes y servicios, a pesar de que la estructura de la población sería menos joven. El grupo de personas de 64 años y más también experimentará un aumento, ameritándose la planificación oportuna de programas destinados a esa edad.

El Gobierno de El Salvador ha iniciado acciones de acuerdo a los postulados de la Política Nacional de Población, entre las cuales se destacan las siguientes:

1. Fortalecer a la Comisión Nacional de Población.
2. Incorporación de las variables de población en actividades de planificación y programación.
3. Sostener el derecho básico de todas las parejas de decidir libre y responsablemente, el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos, así como disponer de la información veraz y completa y de los medios que les permitan el pleno ejercicio de ese derecho.
4. Fortalecer la unidad familiar.
5. Reducir los embarazos no planificados y los abortos, especialmente en las adolescentes; así mismo, la reducción de la mortalidad infantil.
6. Apoyo a una estrategia racional de distribución espacial de población, que contemple la conservación del medio ambiente y de los recursos naturales.
7. Apoyo a un programa destinado a cambiar patrones culturales que atentan contra la dignidad de la mujer.

Las acciones descritas permitirán contribuir en el mediano y largo plazo, a la modificación de las variables de población en pro de crear condiciones demográficas que armonicen con las demás variables del desarrollo.

#### **E. Políticas de población.**

Con la reestructuración del Estado y la adopción de un Plan de desarrollo

rollo Económico y Social basado en el desarrollo humano sostenible, el contenido de la Política de Población se vuelve parte implícita de los diferentes aspectos que incluyen las distintas áreas del Plán Nacional de Desarrollo.

Así tenemos, que el área de Educación en población ha sido incorporada dentro de la currícula escolar y forma parte de los programas de capacitación de los maestros. La Salud Reproductiva ha sido incorporada en la Política Nacional de Salud mediante la adopción de un Plán de Acción en Salud Reproductiva.

Aunque no existe explícitamente un mecanismo de seguimiento de la Política de Población, la Secretaría Nacional de la Familia en coordinación con el Ministerio de Relaciones Exteriores han realizado esfuerzos para la presentación de informes de seguimiento, de las recomendaciones del Plán de Acción de la CIPD y del Plán de Acción Regional sobre Población y Desarrollo. También, como un esfuerzo de apoyo a grupos de población específicos, el Gobierno de la República a través de la Secretaría Nacional de la Familia, desarrolla un proyecto de salud sexual y reproductiva para adolescentes en 2 departamentos del país; los principales resultados que se esperan de esta iniciativa son la incorporación de miles de jóvenes que conocerán aspectos sobre la salud sexual y reproductiva y, la consecuente adopción de acciones responsables en su comportamiento sexual y medidas de salud pública que les permitan ser atendidos de acuerdo a sus necesidades.

Uno de los desafíos importantes que representan el crecimiento y la redistribución de la población, es el de suplir las demandas de la misma por servicios, tales como: educación, salud, vivienda y empleo. Estas demandas no son homogéneas, pues dependen de la dinámica poblacional del pasado y del futuro, afectando de manera diferente a los diversos sectores. Las demandas varían también de acuerdo a la distribución espacial, siendo diferentes por área rural y urbana y afectadas fuertemente por la migración entre estas 2 áreas. Las acciones con respecto a la fecundidad que se adopten en el presente, tendrán por consiguiente efecto sólo 6 años después sobre la demanda educacional y 15 años más tarde sobre el mercado laboral. En el plazo mediano y largo, el tipo de política que se adopte en el momento presente, afectará grandemente el volumen y las características de la demanda por los servicios sociales.

#### **IV. EQUIDAD DE GENERO Y HABILITACION DE LA MUJER.**

La educación de las niñas y de las mujeres es la clave para mejorar su condición social y, reviste una importancia crítica para el proceso de desarrollo nacional. El empoderamiento de la mujer mediante la educación, el acceso al empleo, la atención de la salud y los cambios en los sistemas jurí-

dicos, figuran entre las metas del Programa de Acción aprobado por la CIPD. Lograr que la matrícula sea universal en la escuela primaria antes del año 2015, refleja la magnitud de la tarea.

En la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en septiembre de 1995, también se exhorta a lograr hacia el año 2015 un acceso universal a servicios de calidad en atención de la salud y reducción de la mortalidad materna; a compartir las responsabilidades entre hombres y mujeres en cuestiones relativas al comportamiento sexual y de procreación; dar a la mujer acceso a la tierra, al crédito y al empleo; a establecer la vigencia de derechos personales y políticos; y a impartir educación a las niñas y a las adolescentes, como acción fundamental para la potenciación de la mujer.

En dicha Plataforma también se plantean cuestiones fundamentales consideradas en la CIPD, relativas a la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la niña; la eliminación de todos los obstáculos que se oponen a la mujer en todas las formas de la adopción de decisiones y en todas las estructuras de poder.

#### **A. Equidad de género y participación socio-política.**

El Plan de Gobierno en el área social para el Quinquenio 1994-1999, fundamentado en los principios de igualdad de oportunidades, equidad y movilidad social, plantea firmemente el compromiso de favorecer la situación de los llamados "sectores vulnerables". Específicamente en lo relacionado con la mujer el Plan definió 2 metas básicas: la creación del Instituto Salvadoreño para el desarrollo de la Mujer y la formulación de la Política Nacional de la Mujer.

El Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU) a iniciativa del Organismo Ejecutivo, fué creado por Decreto Legislativo No. 644 de febrero de 1996. La Política Nacional de la Mujer (PNM) plantea como objetivo: mejorar la condición y elevar la posición de la mujer salvadoreña para lograr que su participación en el desarrollo nacional, tenga lugar con igualdad de oportunidades respecto de los hombres y promueva la corresponsabilidad entre los géneros.

La PNM se constituye con 10 áreas de acción, que en su conjunto tienen al logro del objetivo propuesto, éstas son: legislación, educación, salud, trabajo, participación política y ciudadana, familia, violencia, agricultura, medio ambiente y cultura y comunicaciones.

En el área de participación política y ciudadana se establecen mecanismos para lograr, una mayor participación de la mujer en programas dirigidos a la

promoción de sus derechos ciudadanos y, reformas al Código Electoral en relación a establecer mecanismos y procedimientos tendientes a garantizar la participación igualitaria, de hombres y mujeres en los puestos de elección para cargos públicos.

En este momento los porcentajes de la participación de la mujer en instancias de decisión política, se presentan así: 8% como alcaldesas, 17% como diputadas y 34% como mujeres incorporadas a partidos políticos. El Organó Ejecutivo cuenta con 1 representación femenina a nivel ministerial ( de un total de 12 ) y, 3 a nivel de viceministerios ( de un total de 14 ).

El Salvador ha ratificado la mayoría de Convenios Internacionales y ha sido signatario de Conferencias Mundiales, referentes a la sustentación jurídica del principio de igualdad entre hombres y mujeres. Así mismo, la Constitución Política de la República plantea en su Art. 3 que: "Todas las personas son iguales ante la ley. Para el goce de los derechos civiles no podrán establecerse restricciones que se basen en diferencias de nacionalidad, raza, sexo o religión".

En lo que respecta a instrumentos jurídicos, se ha observado avances en materia de normativa familiar con la vigencia del Código de Familia (1994), de la Ley contra la Violencia Intrafamiliar (1996) y de la Ley Procesal de Familia (1994).

En lo referente a lo social, la PNM contempla acciones tendientes a elevar el acceso de las mujeres y niñas a los servicios básicos de educación y salud.

En el área de la educación, se han realizado estudios sobre los intereses de las mujeres en cuanto a la educación formal y no formal, los que han dado como resultado propuestas para la adecuación del Sistema Educativo a las necesidades y roles específicos de las mujeres.

En el área de la salud es importante mencionar el Plán Nacional de Salud Reproductiva vigente desde 1997, el cual garantiza el acceso gratuito a los programas de atención al embarazo, prenatal, parto, toma de citología y prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Pese a la voluntad política y a la creación de mecanismos institucionales para la aplicabilidad de las medidas mencionadas, aún persisten limitaciones de tipo socio-cultural en la población usuaria.

## **B. Políticas públicas, incluidas las de población y género.**

La PNM contempla 2 tipos de acciones que se desarrollan simultáneamente para mejorar la condición y la posición de la mujer salvadoreña: unas de carácter inmediato dirigidas hacia la mujer como grupo beneficiario y hacia la población en general para eliminar la discriminación y, otras de mediano plazo tendientes a la institucionalización de la perspectiva de género en las políticas, programas y proyectos de los organismos del sector público.

El ISDEMU, en su calidad de rector de la PNM ha establecido un sistema de seguimiento de ésta, basado en 2 aspectos fundamentales: la evaluación del desempeño institucional en el cumplimiento de las acciones diseñadas en la PNM y, la evaluación de impacto de los objetivos de la PNM según indicadores sociales de igualdad entre géneros.

Como propio de la Política de Salud que dirige el Ministerio de Salud, se han establecido mecanismos de cooperación entre la red de salud pública y los organismos no gubernamentales, que trabajan en el campo de la salud y de la niñez, de salud reproductiva y planificación de la familia.

El Plan Nacional de Salud 1994-1999, plantea que las intervenciones que se ejecutan inciden en acelerar el ritmo de descenso de la mortalidad infantil y las tasas de mortalidad materna, con acciones multisectoriales y focalizadas a territorios en riesgo. El accionar está orientado a fortalecer los Sistemas Locales de Salud (SILOS), que se comportan como formas descentralizadas de salud en las diferentes áreas geográficas del país. El perfil de la atención de salud refleja que se debe continuar manteniendo en prioridad a la mujer y a la niñez e incorporar a los grupos de adolescentes y de la tercera edad. La atención a la mujer se centra en la etapa reproductiva con una mejor planificación de sus embarazos, parto y puerperio y, la detección oportuna del cáncer de cérvix y mamas. Para las adolescentes el énfasis se hará en la prevención del embarazo precoz y no planificado.

La educación sexual es otra intervención importante para darle seguimiento y se llevará a efecto en coordinación con otras Instituciones del Estado y Organizaciones de la sociedad civil organizada con interés en el tema. La educación sexual tiene enfoque integral, priorizando a los(as) adolescentes a fin de disminuir el embarazo precoz y la incidencia de complicaciones por embarazos no planificados.

## **C. Superación de las inequidades de género y habilitación de la mujer.**

Los sectores en los cuales se observa diferencias significativas según género, son: el laboral, el familiar y de la violencia.

En el aspecto laboral, la población en edad de trabajar está compuesta por un 63% de mujeres y un 37% de hombres; sin embargo, la situación se revierte en lo que se refiere a población económicamente activa. Al interior de los sectores de la economía, la población empleada está distribuida de la siguiente manera, entre mujeres y hombres: 10% y 90% en la agricultura, 49% y 51% en la industria, 56% y 44% en el comercio y 63% y 37% en servicios respectivamente. Se observa, entonces, que en los sectores de mayor concentración de población empleada, la mujer se encuentra mayoritariamente en los sectores de el comercio y los servicios (Encuesta de Hogares, 19965).

En cuanto a la población económicamente inactiva se reporta un 63% de mujeres y un 37% de hombres. Entre las razones de inactividad adquiere especial relevancia el hecho de que el 99% de mujeres que no tienen empleo, es por causa de los quehaceres domésticos.

En cuanto al aspecto de remuneración, se observa que en todas las categorías ocupacionales el monto del salario de las mujeres, representa un 73% del salario percibido por la población masculina y por la misma actividad laboral.

En el ámbito familiar, las mujeres representan un 29% de las jefaturas de hogares. En la categoría de hogares desintegrados, el 77% están bajo la jefatura femenina; lo que implica que son las que soportan la carga económica de manutención de la familia y, por tanto asumen la toma de decisiones en el hogar. Esta situación es agudizada por la irresponsabilidad paterna.

Con relación a la violencia intrafamiliar, los casos están concentrados en un 91% en las mujeres, especialmente el grupo etáreo entre 15 - 40 años.

Entre las medidas jurídicas vigentes están: el Código de Familia, la Ley Procesal de Familia y la Ley contra la Violencia Intrafamiliar. Adicionalmente la PNM incluye reformas al Código de Trabajo, Ley del Servicio Civil, Ley del Régimen de Centros Penales, Código electoral, Ley de Pensiones y Jubilaciones y Ley Orgánica del Ministerio Público. Estas reformas están orientadas a la eliminación de disposiciones discriminatorias hacia la mujer, mediante la armonización de las leyes con los convenios internacionales ratificados. En general, la PNM está orientada a garantizar la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.

Actualmente el ISDEMU impulsa el proceso de diseño de indicadores para medir las desigualdades entre géneros. Este esfuerzo se ha iniciado en coordinación con Instituciones encargadas de producir estadísticas.



Un factor que ha contribuido de forma positiva en la consecución del avance de las mujeres salvadoreñas, ha sido la cooperación internacional, la voluntad política y el apoyo dado por las organizaciones no gubernamentales.

#### **D. Promoción del papel de la mujer en el desarrollo y equidad de género.**

El Plan Decenal Educativo que actualmente desarrolla el Ministerio de Educación, se propone mejorar la equidad educativa y la democratización de la educación a través de la ampliación de los servicios educativos. Este Plan tiene como base fundamental la implementación de los valores desde la perspectiva de género.

La Reforma Educativa busca equilibrar y democratizar la educación en El Salvador, facilitando el acceso de niñas y mujeres al sistema educativo para lograr desde la escuela la igualdad social y eliminar los estereotipos que dificultan la participación efectiva de la mujer en la sociedad.

Uno de los avances significativos es la revisión y la introducción de la perspectiva de género desde la currícula y sus instrumentos, como textos escolares y programas de estudio. Este proceso ha sido acompañado de capacitación al personal docente en la temática de género.

En el año de 1997, con la introducción de la desagregación por género de los indicadores de acceso escolar, se reporta un 51% de matrícula masculina y un 49% de matrícula femenina.

La tasa de analfabetismo tiende a reducirse en los últimos años, gracias al impulso de los programas de educación de adultos y el incremento de la matrícula escolar. Actualmente se reporta: 22.4% en las mujeres y 16.9% en los hombres.

En relación al reconocimiento y la valoración del trabajo femenino, la PNM incluye acciones tendientes a fortalecer el desempeño institucional y los mecanismos de control, que aseguren el fiel cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Constitución de la República, Código de Trabajo y demás leyes que otorgan derechos y obligaciones a la mujer en materia laboral.

Entre las acciones en materia laboral se encuentran la verificación, por parte del Ministerio de Trabajo, de "reglamentos internos laborales" para asegurar que su formulación no presente contenidos discriminatorios hacia la mujer.

#### **E. Educación, equidad de género y habilitación de la mujer.**

Aspecto importante de la actual Reforma Educativa son: los Programas de revisión de textos escolares, revisión de la curricula nacional, revisión de programas de estudio y guías didácticas.

En los Programas de Estudios Sociales, Ciencias, Salud y Medio Ambiente, se ha incorporado la perspectiva de género como un eje transversal. El Programa de Escuela de Padres y Madres, hace énfasis en la corresponsabilidad entre los géneros al interior de la familia, la escuela y la comunidad.

Los Consejos Directivos Escolares permiten a la administración de los Centros educativos, incorporar a padres, madres y escolares en la toma de decisiones.

#### **F. Los hombres y la equidad de género.**

Actualmente, a través de la Secretaría Nacional de la Familia en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y las Municipalidades, se desarrollan programas de educación sexual y reproductiva dirigidos a grupos mixtos de adolescentes, para que éstos se conviertan en agentes multiplicadores de la experiencia.

El ISDEMU realiza educación sostenida hacia los hombres sobre la equidad y las responsabilidades compartidas en el hogar y la salud reproductiva.

#### **G. Adolescencia, educación sexual y equidad de género.**

Específicamente se hace referencia al Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva para el adolescente, cuyos objetivos son: prevenir el embarazo de adolescentes, prevenir las enfermedades de transmisión sexual y elevar la autoestima. Desarrollado por la Secretaría Nacional de la Familia con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas ( FNUAP ).

2000

9

-



HAITI

# Population et développement en Haïti



Présentation d'HAÏTI à la XXVII Session de la CEPALC  
ARUBA 11-16 Mai 1998

Suite aux recommandations de la CONFÉRENCE INTERNATIONALE sur la POPULATION et le DÉVELOPPEMENT (Le Caire 5- 13 septembre 1994), Haïti s'est lancée dans une dynamique de recherche de partenariat entre pouvoirs publics et groupes organisés de la société civile.

Cette démarche se traduit par une synergie d'efforts en matière de :

- définition de stratégies d'intervention;
- articulation de politiques en matière de démographie et de développement humain.

Une telle démarche vise à influencer simultanément les indicateurs de santé, les indicateurs socio-démographiques et les indicateurs socio-économiques jusqu'ici révélateurs de conditions déplorables de vie.

Dans cette perspective, les actions suivantes ont été entreprises:

- a- Reflexions, études et réunions de sensibilisation (plaidoyers) initiées par la CONHADE (Coalition nationale pour le développement humain) dont les interventions facilitent la concertation entre, d'une part, tout un réseau d'ONG et autres associations et, d'autre part, ce réseau et les pouvoirs publics (central et locaux). La concertation s'étend également au Parlement ainsi qu'aux groupes de base au sein de la société civile.  
Les plaidoyers représentent autant d'occasions d'échanger des données et de préciser conjointement des lignes d'action.
- b- Elaboration de documents en matière de population et de santé reproductive.
- c- Avec l'appui du FNUAP, le Ministère de l'éducation nationale est en train de mettre en place un programme de formation en santé reproductive, programme qui sera exécuté par le Secrétariat d'État à l'alphabétisation qui travaille déjà à la formation de 1600 moniteurs.
- d- En matière d'équité, on mentionnera les efforts du Ministère à la condition féminine et aux droits de la femme qui effectue actuellement une révision de toutes les lois concernant les femmes haïtiennes.
- e- Toujours en matière d'équité et dans une large perspective de transformation de l'État, le gouvernement a initié un processus de réforme agraire dont les objectifs s'articulent avec ceux de la décentralisation en cours et avec la recherche de conditions favorables à la promotion de micro-entreprises (avec accès des femmes et de groupes sociaux démunis au crédit à l'investissement).  
Dans le cadre de la réforme agraire, outre les objectifs d'augmentation de la productivité agricole et de diversification des activités productives, des actions spécifiques sont entreprises en vue de promouvoir le droit des femmes à la propriété (38% des bénéficiaires des premières 6000 parcelles distribuées sont des femmes).

Bien qu'encore insuffisantes, les actions entreprises s'inscrivent dans une démarche qu'Haïti se propose de poursuivre en vue d'améliorer sa situation tout en apportant sa contribution au processus de développement et d'intégration régionale.

Aruba, le 13 mai 1998



HAITI

SECRETARERIE D'ETAT DE LA POPULATION



Symposium National sur la  
Population et le Développement Humain

11 Juillet 1995

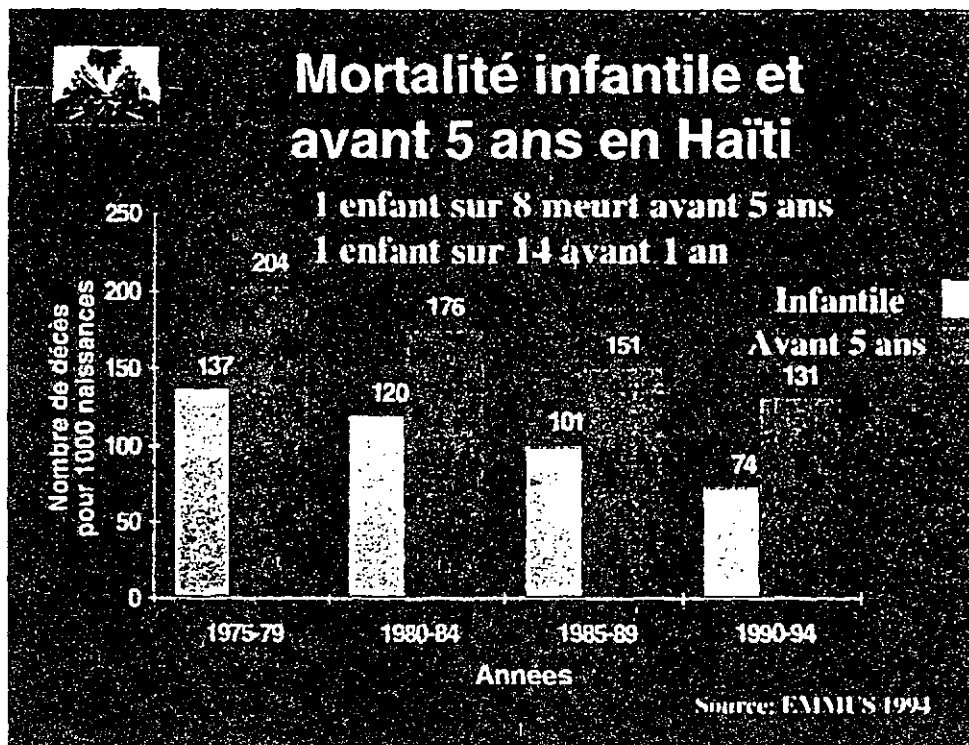


Haïti a traversé ces dernières années une crise économique et sociale profonde qui a affecté tous les Haïtiens.

Toutefois, ce passé douloureux n'a pas empêché la poursuite de certaines évolutions, certaines amorcées depuis de nombreuses décennies, les unes favorables, les autres défavorables, à l'amélioration de la qualité de la vie de la population.

Il reste hélas que la vaste majorité des Haïtiens continue de vivre dans la pauvreté, et que certains sont acculés à l'extrême pauvreté.

La dynamique sociale et démographique actuellement à l'oeuvre en Haïti, constitue pour les années à venir un formidable défi à l'éradication de l'extrême pauvreté, à la réduction des inégalités, et à l'approfondissement de la démocratie. Ce défi doit être relevé si l'on veut atteindre les objectifs d'un développement économique et social, qui soit aussi un développement humain, durable et équitable.



La mortalité n'a cessé de reculer en Haïti tout au long du 20<sup>ème</sup> siècle, grâce aux progrès de la médecine, au développement des institutions de santé, et à l'adoption de certaines règles d'hygiène par la population.

Cette évolution qui a surtout profité aux enfants s'est poursuivie au cours des 20 dernières années.

Ainsi, à la fin des années 1970 un enfant sur 5 mourrait avant d'atteindre son 5<sup>ème</sup> anniversaire, et un enfant sur 7 mourrait avant d'atteindre son 1<sup>er</sup> anniversaire

On estime aujourd'hui qu'un enfant sur 8 meurt avant d'atteindre son 5<sup>ème</sup> anniversaire, et un enfant sur 14 meurt avant d'atteindre son 1<sup>er</sup> anniversaire.

En dépit de ces progrès, la mortalité générale et celle des enfants reste encore beaucoup trop élevé en Haïti, et les efforts pour la réduire encore davantage doivent être fermement poursuivis.



## **La mortalité maternelle en Haïti**

- ◆ **Chaque année plus de 1200 femmes meurent des suites d'une grossesse ou d'un accouchement.**
- ◆ **25 à 40% de ces décès pourraient être évités par un meilleur espacement des naissances.**

Source: DPNOMIS 1994.

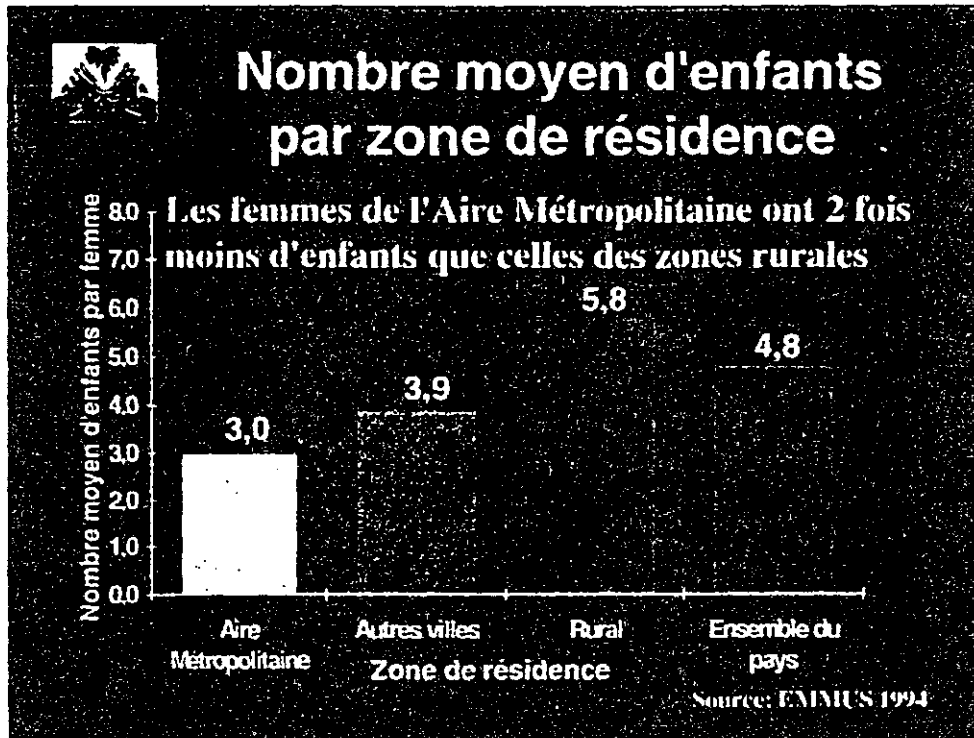
Non seulement les chances de survie des enfants haïtiens sont encore faibles, mais aussi dans beaucoup de familles trop de femmes meurent toujours des suites d'accouchements.

Souvent, par manque d'information et de possibilités d'accès à des soins et services de qualité concernant la santé de la mère et de l'enfant, la procréation est plus subie que décidée librement par les femmes.

Les grossesses correspondantes sont généralement des grossesses dites à risques, c'est à dire des grossesses trop précoces ou trop tardives, ou encore des grossesses de rang élevé ou trop rapprochées. Un meilleur espacement des grossesses en diminuant l'importance des risques permettrait de réduire de manière substantielle le nombre de décès maternels.

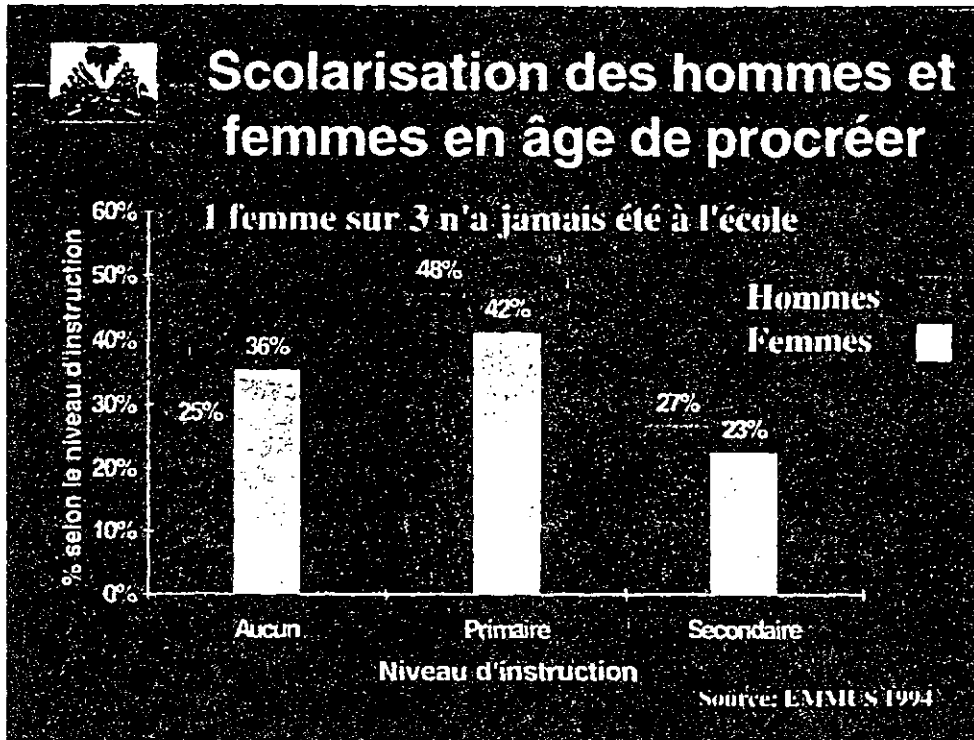
Ceci est particulièrement vrai parmi les femmes qui vivent en milieu rural et qui n'ont pas été à l'école.

L'inégalité sociale se traduit aussi par une mortalité et une fécondité plus élevée dans les couches les moins favorisées.



Les nombres moyens d'enfants très différents observés par zone de résidence illustrent bien cette inégalité.

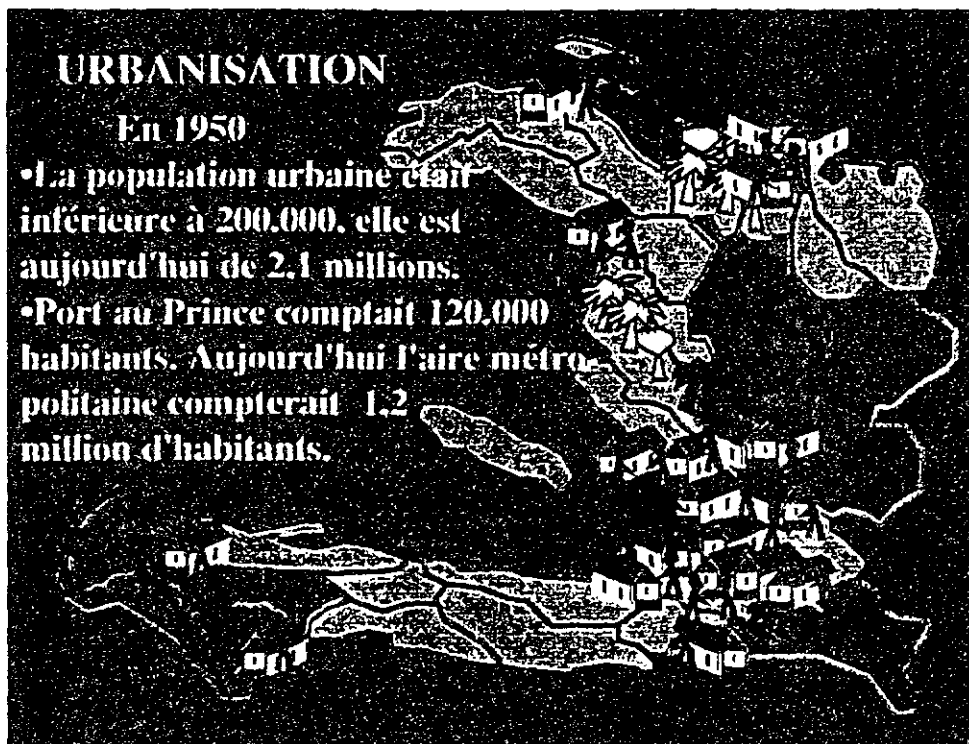
Alors que dans l'Aire Métropolitaine le nombre moyen d'enfants par femme est de 3, en zone rurale il est le double, c'est à dire que la fécondité continue à y être aussi élevée que par le passé, sans que cela soit toujours librement choisi.



L'inégalité d'accès à l'éducation a aussi une dimension "hommes-femmes." Ainsi les femmes de 15-49 ans sont moins nombreuses à avoir été à l'école que leurs homologues hommes, et souvent conjoints, de 15 à 59 ans.

Une telle situation d'iniquité, empêche les femmes de participer autant que les hommes, sans aucune discrimination, à toutes les activités économiques, sociales et politiques du pays.

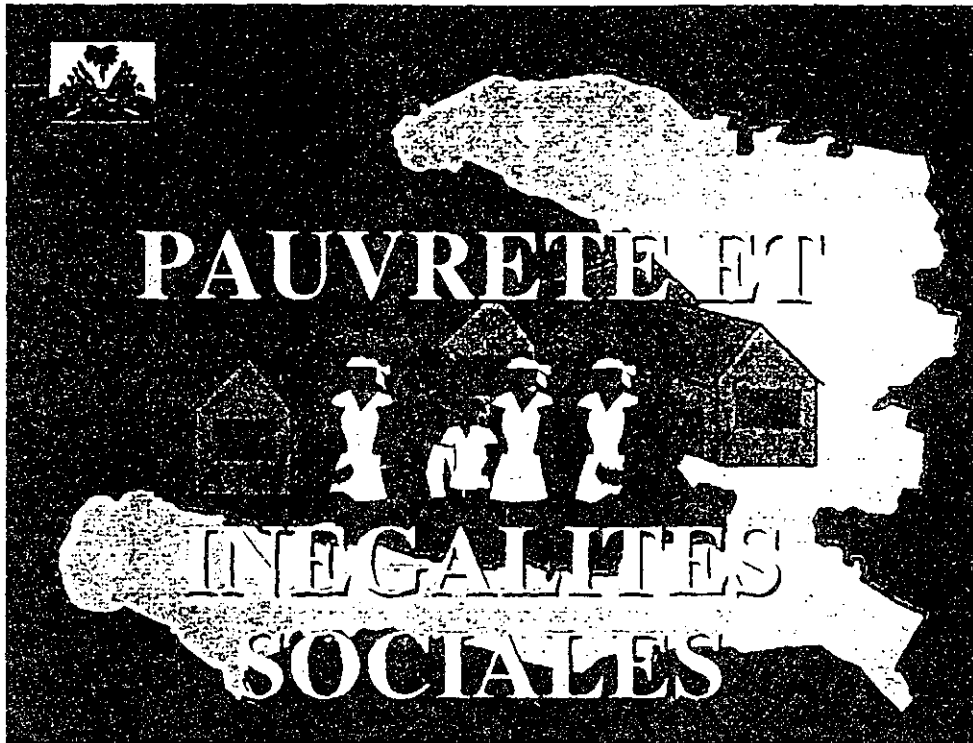
Au niveau de l'unité familiale, la moindre éducation des femmes est un obstacle à un partenariat effectif et sincère entre l'homme et la femme dans toutes les décisions concernant le ménage, les enfants et la procréation.



Ces inégalités sociales et leur prolongement démographique, se sont traduits historiquement par une pression croissante sur la terre entraînant une réduction des parcelles cultivées, puis une baisse de la productivité agricole, accompagnée de déforestation et d'une dégradation de l'environnement compromettant l'avenir.

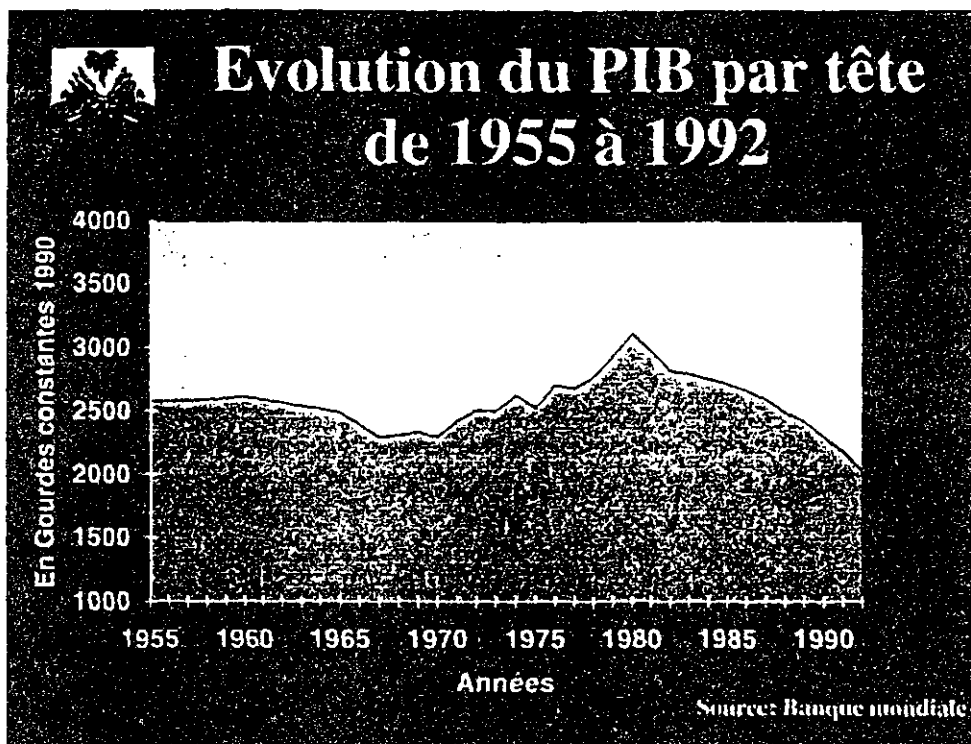
Ainsi la quasi totalité des bassins versants du pays ont été déboisés, entraînant de graves problèmes d'érosion.

L'apparition puis l'aggravation de la pauvreté extrême en milieu rural a nourri une forte migration vers les villes non préparées à cet afflux, d'où la prolifération des bidonvilles et l'apparition de la misère urbaine.



A cause de la persistance des profondes inégalités héritées du passé, la vaste majorité des Haïtiens continue de vivre dans la pauvreté et beaucoup sont acculés à l'extrême pauvreté.

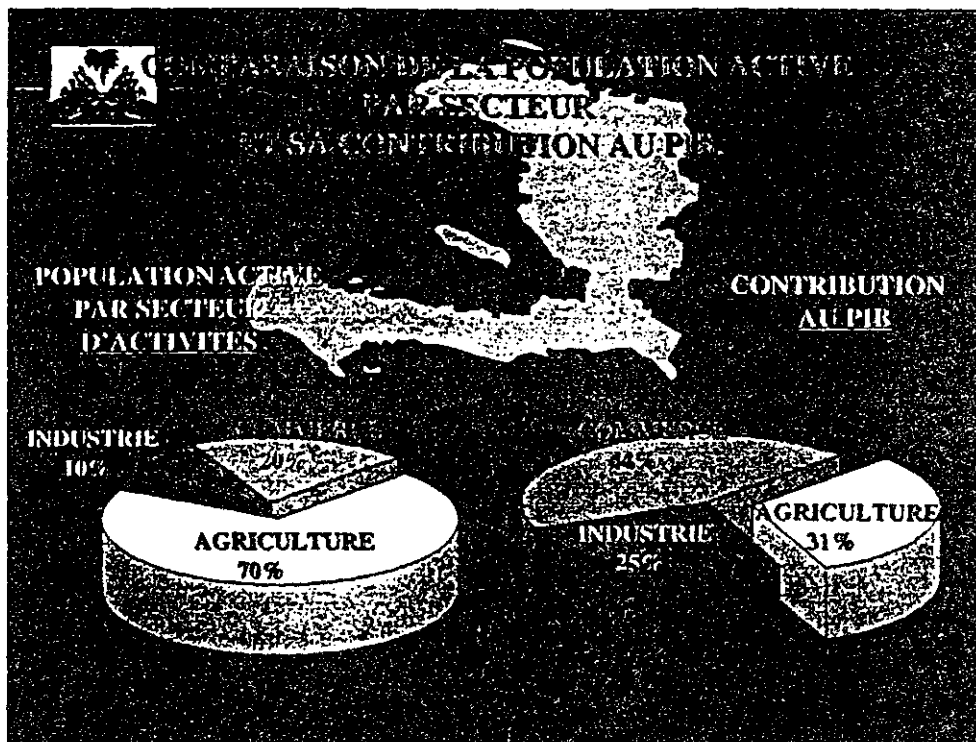
La stratégie de développement humain pour Haïti, qui reste à définir, doit accorder la priorité absolue à l'éradication de cette pauvreté extrême. Elle doit également, grâce entre autres, à l'amélioration de la santé et du niveau d'instruction de la population, créer les conditions d'une croissance économique durable, créatrice d'emplois productifs, et soucieuse de la préservation de l'environnement.



Au cours des 40 dernières années la richesse produite chaque année dans le pays (Produit Intérieur Brut ou PIB) n'a augmenté que très modestement.

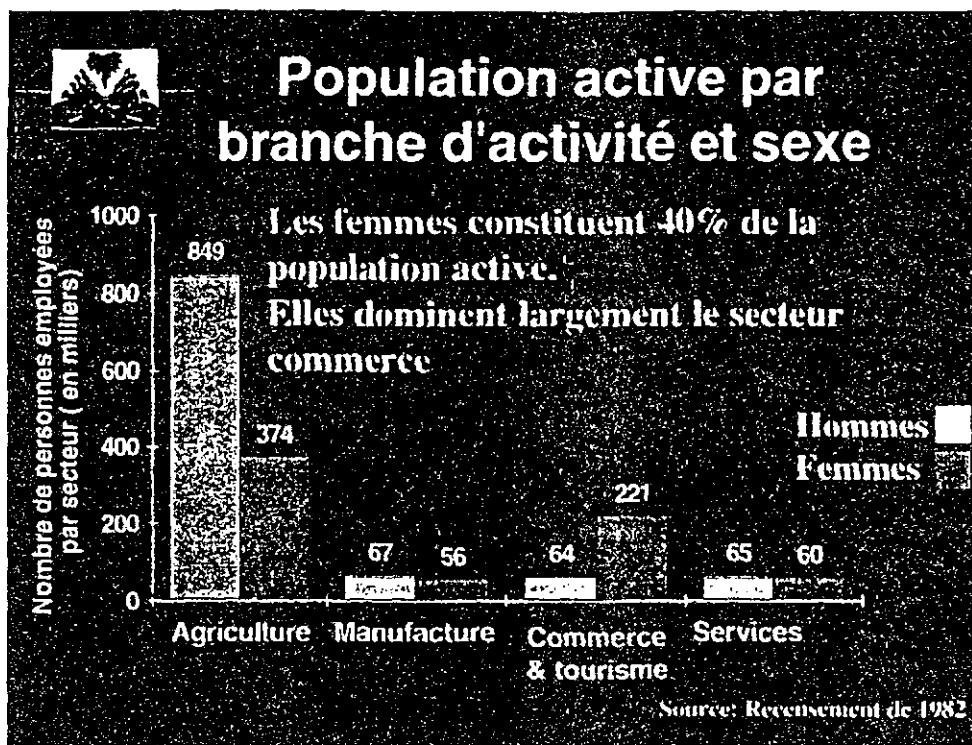
Comme au cours de la même période, la population a quasiment doublé, cette croissance modeste a été en quelque sorte absorbée par la croissance démographique.

Ainsi, le PIB par tête est resté pendant longtemps aux alentours de 2500/3000 gourdes par an. Puis à partir du début des années 1980, les troubles qui ont affecté le pays se sont traduits par une détérioration de la situation économique, une dévaluation de la monnaie nationale, et en conséquence une baisse globale du niveau de vie de la population.



L'économie haïtienne reste dominée par un secteur agricole important qui occupe la majorité de la population active (des deux tiers à près de 80% selon les estimations).

L'agriculture en Haïti est cependant un secteur à productivité faible puisqu'il ne contribuerait qu'à peine au tiers du Produit intérieur brut du pays. Selon les mêmes estimations le secteur tertiaire est celui, parmi les trois grands secteurs classiques, dont la contribution au Produit intérieur brut est la plus importante. Mais il faut noter qu'il s'agit d'un secteur hétérogène. Il comprend à la fois: petit et gros commerces, services domestiques, transports et communications, services publics, banques. Et, à l'intérieur du tertiaire coexiste un groupe important d'activités dites "informelles" à côté d'activités relevant de l'économie "organisée".



Les femmes haïtiennes contribuent de manière importante à l'activité économique du pays.

Elles constituaient en effet 40% de la population active, telle que celle-ci a été mesurée à l'occasion du recensement de la population de 1982, c'est à dire sans prendre en compte les femmes se consacrant exclusivement aux tâches ménagères.

Si les femmes occupées dans le secteur agricole sont en gros deux fois moins nombreuses que les hommes travaillant dans ce secteur, elles dominent largement le secteur "commerce et tourisme", où elles sont trois fois et demi plus nombreuses que les hommes.





La faiblesse du revenu global moyen du pays se combine avec une répartition très inégale des ressources.

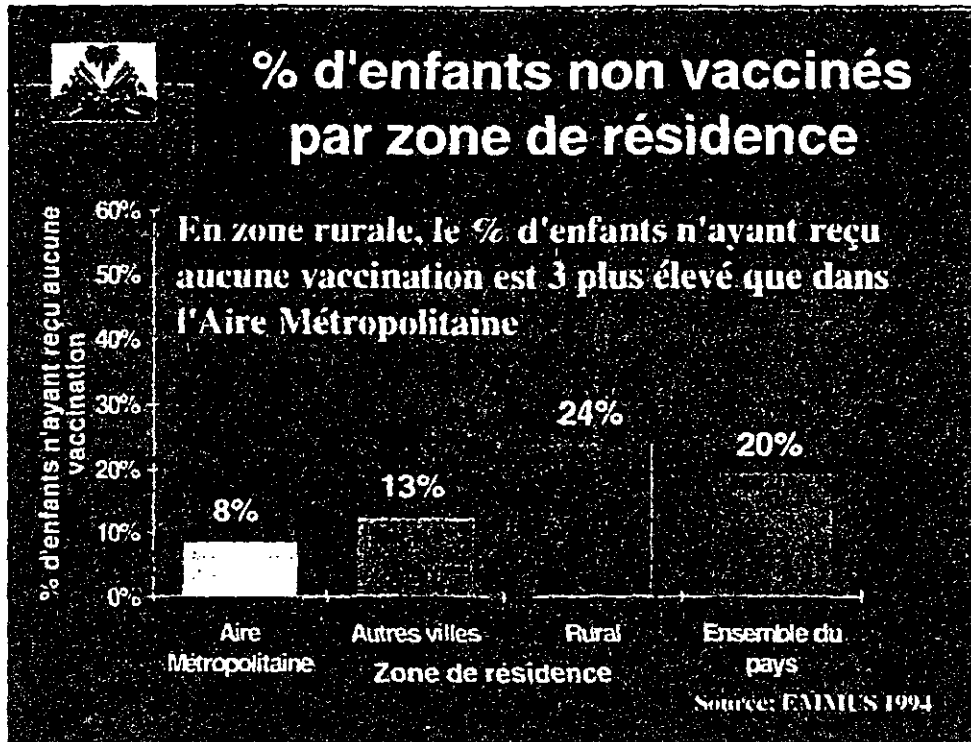
Ainsi:

- 4% de la population disposent de 66% des ressources,
- 16% disposent de 14% des ressources,
- 70% ne disposent que de 20% seulement des ressources,
- et enfin 10% ne disposent pratiquement d'aucune ressource et survivent tant bien que mal.



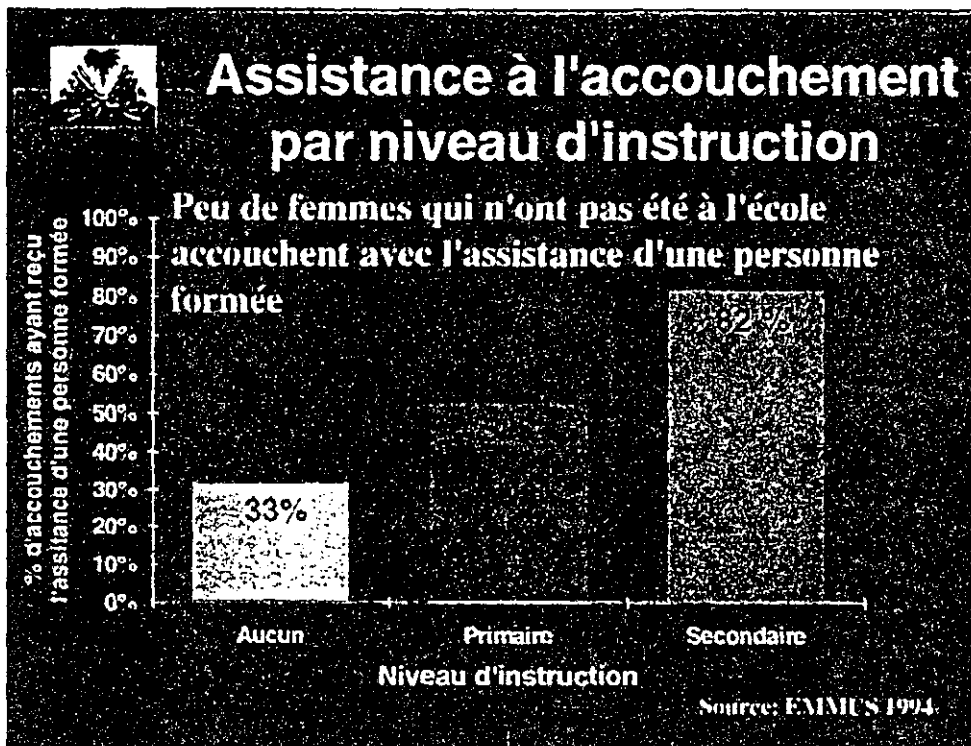
Appliquée à un revenu annuel moyen par tête de 3000 gourdes, cette répartition suggère en terme de ressources quotidiennes et mensuelles par famille de 5 personnes les chiffres suivants:

- 4% des familles disposeraient en moyenne d'environ 700 gourdes par jour, soit 21000 gourdes par mois,
- 16% des familles disposeraient en moyenne d'environ 35 gourdes par jour, soit 1050 gourdes par mois,
- 70% des familles disposeraient en moyenne d'environ 10 gourdes par jour, soit 300 gourdes par mois.



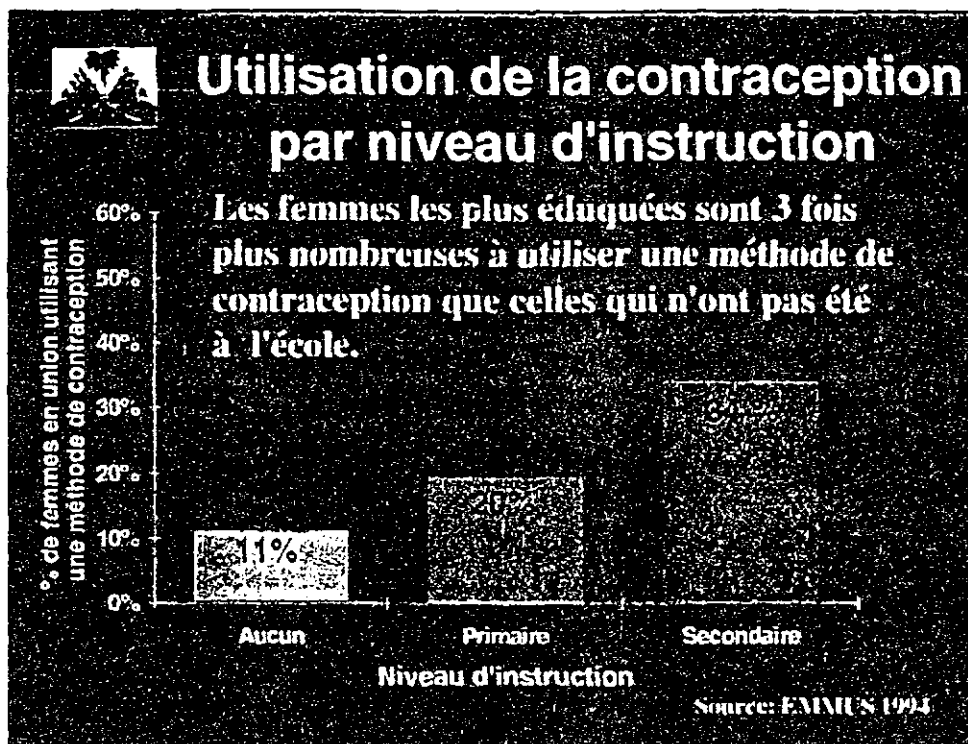
Cette inégalité des revenus se double comme on l'a déjà souligné, de multiples formes d'inégalités sociales selon la zone de résidence, le niveau d'instruction: inégalité dans l'accès à des soins et services de qualité, dans le libre choix des décisions qui affectent la vie quotidienne et future de soi-même et de ses proches, etc...

Ainsi, concernant la vaccination des enfants, en zone rurale près d'un enfant sur 4 ne reçoit aucune vaccination, alors que parmi les enfants de l'Aire Métropolitaine seulement 8% des enfants sont dans cette situation.



Concernant les conditions d'accouchement, la grande majorité des mères ayant reçu une instruction secondaire ont bénéficié de l'assistance d'une personne formée: médecin, infirmière, auxiliaire ou matrone formée, lors de leur dernier accouchement.

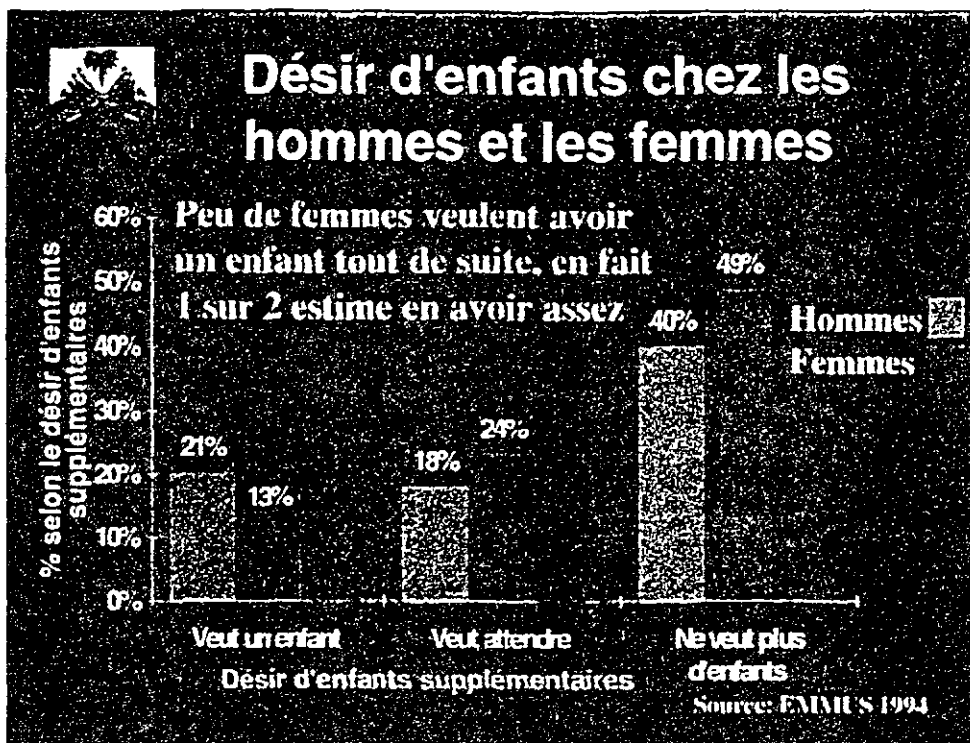
Par contre, parmi les mères n'ayant pas été à l'école, une mère sur trois seulement a pu bénéficier de l'assistance d'une personne formée et compétente lors de son accouchement.



Les femmes les plus éduquées sont aussi celles qui ont la possibilité de choisir le moment où elles veulent avoir un enfant et le nombre total d'enfants qu'elles auront.

Ainsi, parmi les femmes ayant reçu une instruction secondaire, une sur trois utilise une méthode de contraception afin justement d'avoir les enfants qu'elles veulent au moment où elles les veulent.

Parmi les femmes n'ayant pas été à l'école, à peine plus d'une sur 10 utilise une méthode de contraception, et a donc réellement la possibilité d'avoir les enfants qu'elle veut au moment où elle le veut.

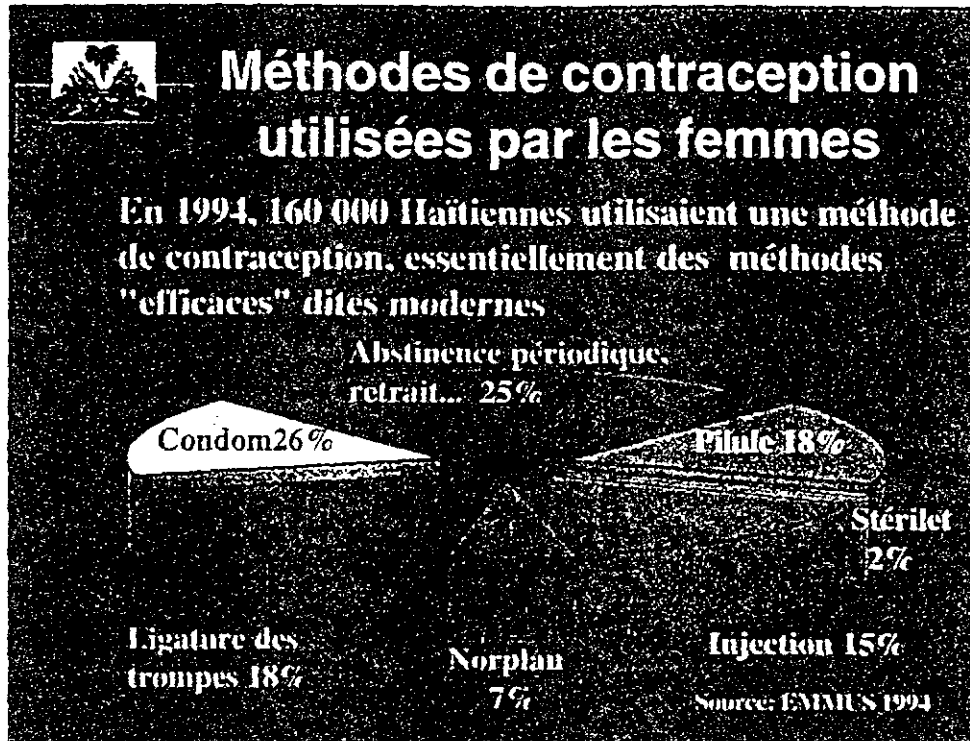


En fait, dans l'ensemble du pays à peine plus d'une femme sur 10 veut avoir un enfant tout de suite. Une femme sur quatre préfère attendre un peu, mais surtout une femme sur deux déclare ne plus vouloir d'enfants, essentiellement parce qu'elle a en déjà assez.

Pourtant en Haïti, seulement une femme en union sur cinq (18%) utilise une méthode de contraception en raison de l'inaccessibilité des services.

Les hommes sont un peu plus nombreux: 21%, que les femmes a vouloir des enfants tout de suite, ou plutôt à vouloir que leur conjointe ait un enfant pour eux. Une meilleure communication dans le couple pourrait bien sûr réduire cet écart.

Mais, comme les femmes, la grande majorité des hommes soit veut attendre un peu avant d'avoir un enfant soit n'en veut plus.

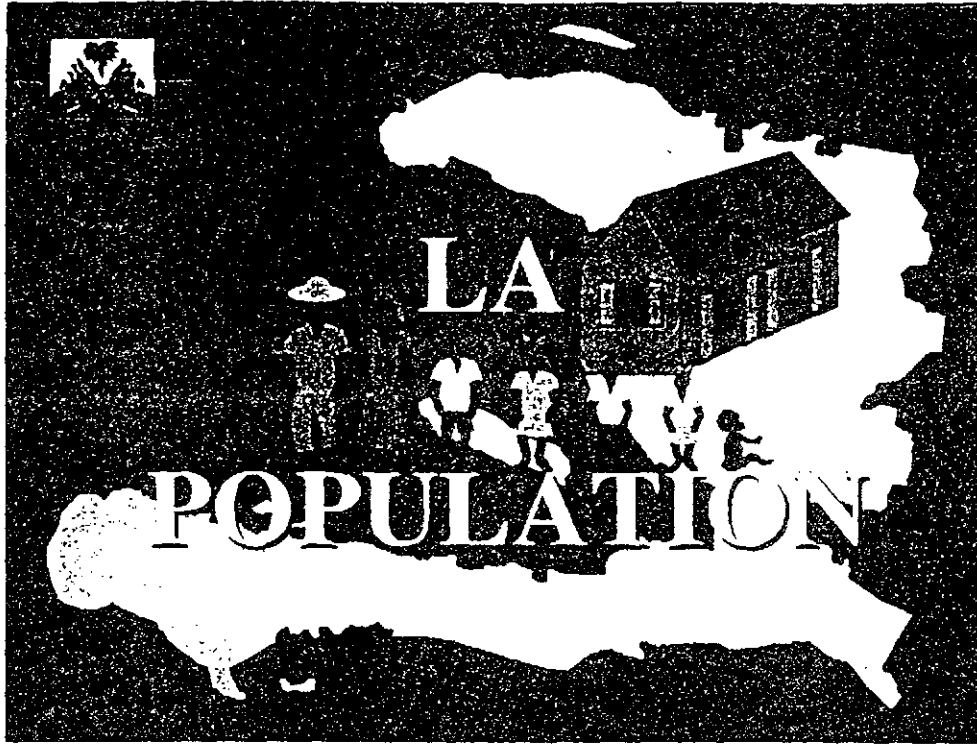


En 1994, on estimait qu'il y avait en Haïti environ 900.000 femmes en âge de procréer -ou âgées de 15 à 49 ans- et en union -mariées, placées ou ayant un partenaire régulier- c'est à dire susceptibles d'être enceintes.

Parmi celles-ci 160.000 utilisaient une méthode quelconque de contraception pour éviter une grossesse non désirée. Ce chiffre important souligne la volonté de milliers d'Haïtiennes de pouvoir décider de leur procréation, même si la proportion d'utilisatrices d'une méthode parmi les femmes en union reste modeste.

La répartition entre les diverses méthodes de contraception utilisées souligne aussi la détermination de ces femmes à éviter des grossesses non désirées. Les trois quarts d'entre elles utilisent en effet des méthodes réputées efficaces dites "modernes".

Par ailleurs, le souhait de ne pas avoir d'enfants supplémentaires s'est traduit par le choix d'une méthode "définitive": la ligature des trompes, par près de 30.000 femmes, soit 18% des utilisatrices.

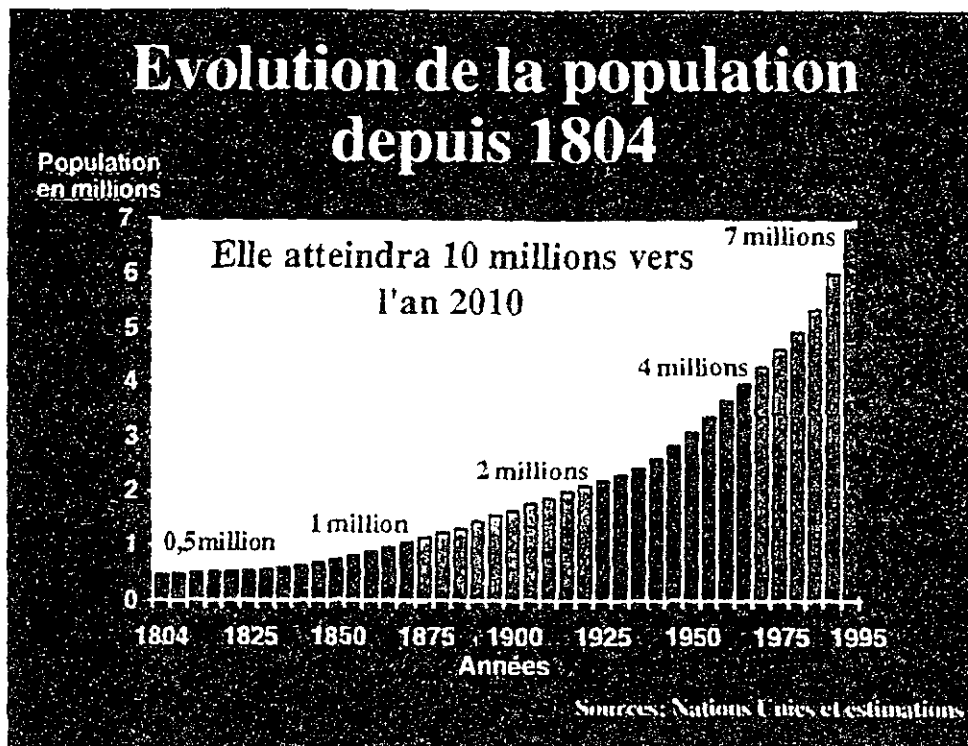


La stratégie globale de développement humain à adopter pour Haïti doit aussi rechercher le meilleur équilibre possible entre population et ressources, de telle sorte que puisse être garanti à tous l'accès aux éléments essentiels de la qualité de la vie que sont une alimentation suffisante et équilibrée, l'accès aux soins de santé et à l'éducation, un toit décent, un cadre de vie agréable, c'est à dire non pollué et non dégradé, etc.

Elle doit s'assurer que les femmes puissent, autant que les hommes, participer, à toutes les activités économiques, sociales et politiques du pays.

Enfin, cette stratégie globale de développement humain doit viser à responsabiliser l'ensemble de la population de telle sorte que chacun puisse prendre une part active aux décisions, événements et processus qui affectent sa vie quotidienne et future, celle de ses proches, et la vie des générations à venir.

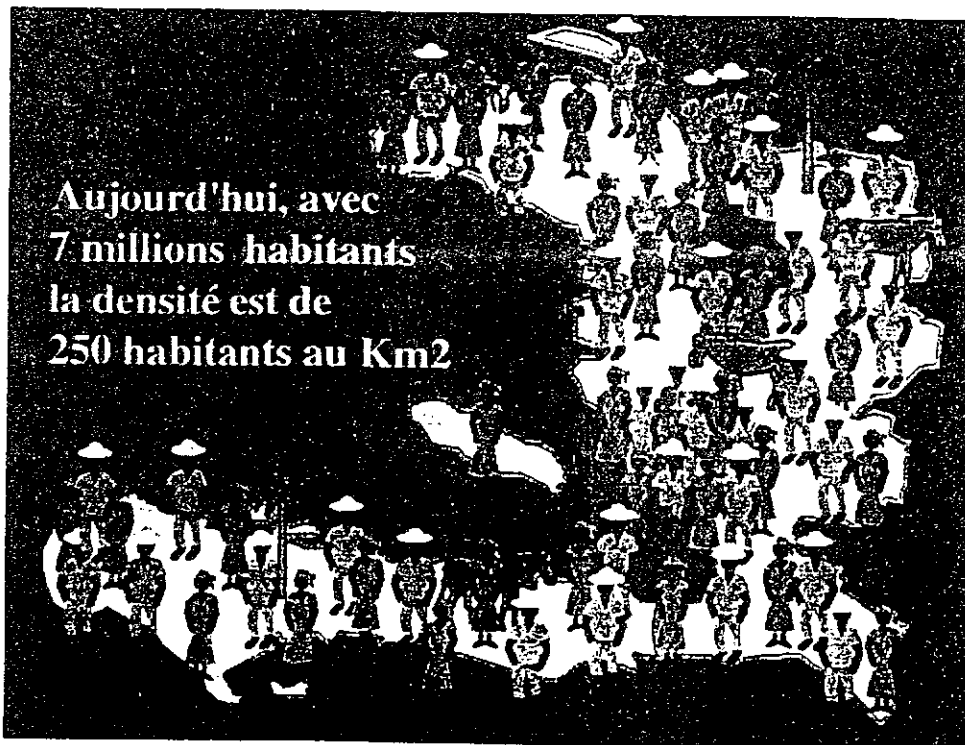
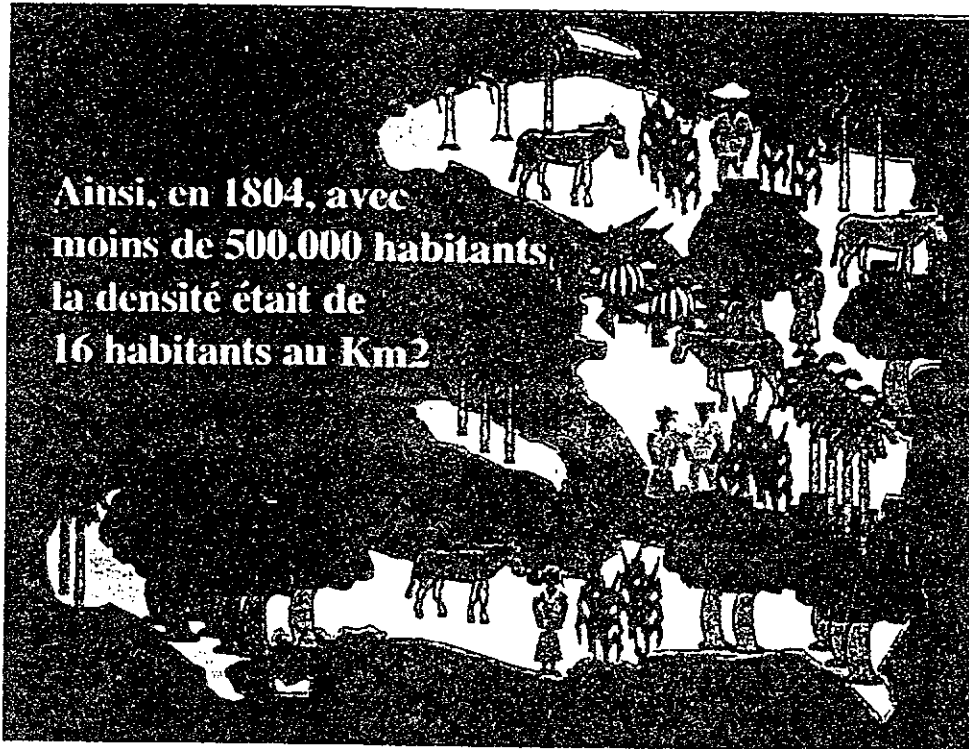


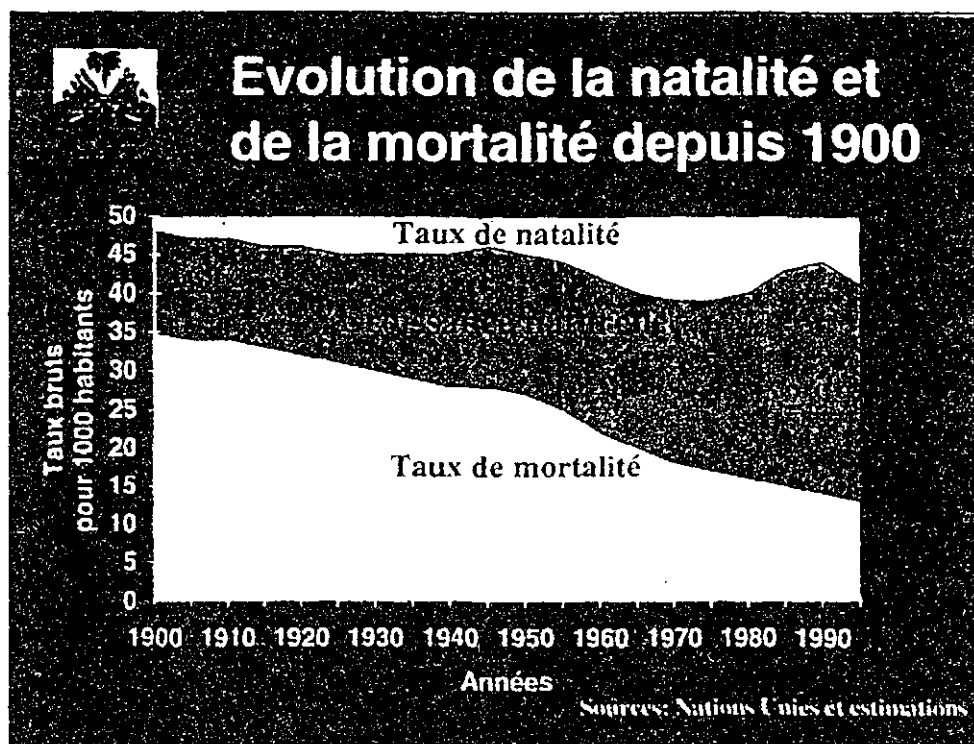


La dimension historique et démographique dans le processus de développement humain a une importance particulière dans le cas d'Haïti.

Au moment de l'indépendance en 1804, la population du pays était de près de 500.000 habitants. Depuis, la population haïtienne a été multipliée par 14. Elle a atteint 1 million vers 1870, puis 2 millions vers 1920, puis 4 millions vers 1965, elle atteindra vraisemblablement 8 millions vers 2005, doublant tous les 40-50 ans.

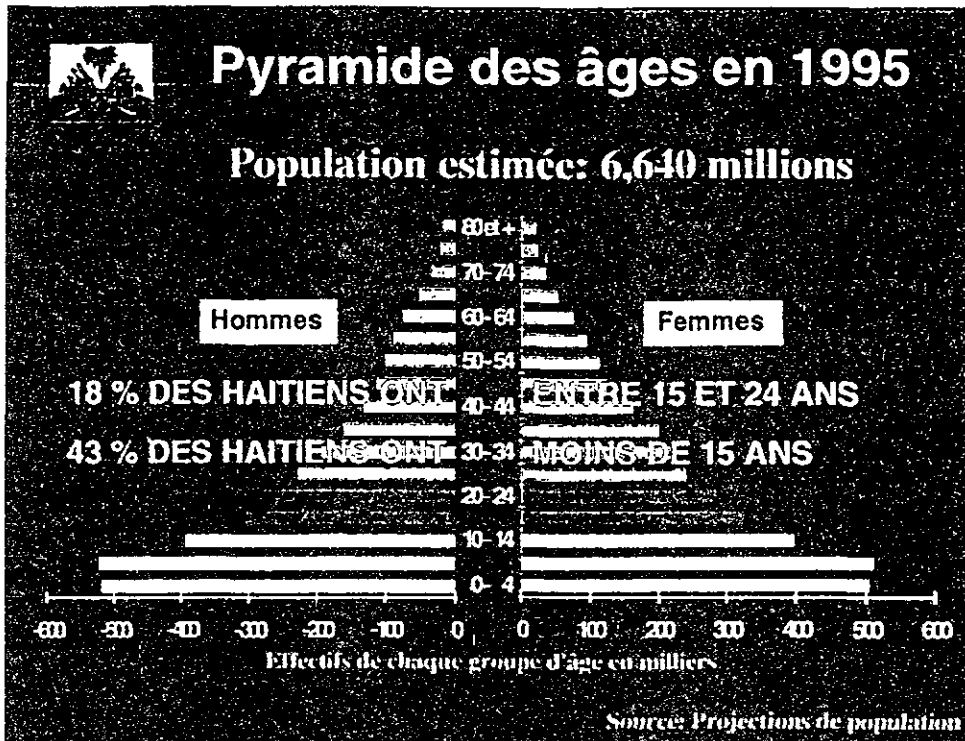
Ainsi, alors qu'en 1804, la densité globale de la population était de 16 habitants par kilomètre carré, elle est aujourd'hui de 250 habitants par kilomètre carré. En fait, comme environ un tiers seulement du territoire est propre à la culture, la densité par kilomètre carré de terre cultivable est pratiquement 3 fois plus élevée.





La croissance rapide de la population haïtienne est le résultat d'une diminution sensible de la mortalité, malgré les efforts importants qui restent à accomplir dans ce domaine, face à une natalité qui est restée relativement élevée.

Au cours du 20<sup>ème</sup> siècle, les niveaux de mortalité en Haïti ont été divisés par 3, le taux brut de mortalité passant de 36 pour 1000 habitants à 13 pour 1000 habitants actuellement. En comparaison, les niveaux de natalité ont peu varié puisqu'ils sont restés supérieurs à 40 pour 1000 habitants au cours de la même période. En conséquence la croissance dite naturelle de la population s'est accélérée passant de 1,3% au début du siècle à presque 3% aujourd'hui.

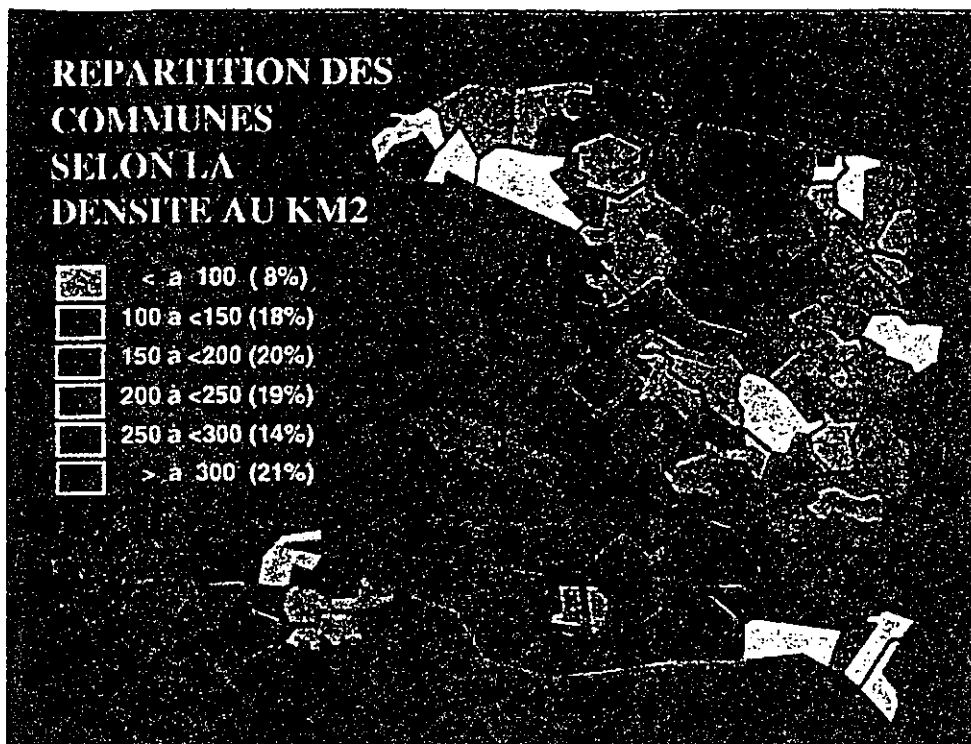


La diminution de la mortalité ayant surtout bénéficié aux enfants, leur permettant de résister plus nombreux que par le passé aux diverses maladies infantiles, le maintien d'une natalité relativement élevée a entraîné un rajeunissement considérable de la population.

La structure par âge de la population haïtienne telle qu'on peut l'estimer en 1995 est le reflet de cette évolution.

Ainsi en 1995, on estime que pas loin d'un Haïtien sur deux (43%) a moins de 15 ans, et que près d'un Haïtien sur cinq (18%) a entre 15 et 24 ans, âge d'entrée dans la vie adulte et en particulier sur le marché du travail.

A ce sujet on peut estimer aujourd'hui qu'en gros 100 000 jeunes Haïtiens entrent chaque année sur le marché du travail, et que parmi ceux-ci quelques 20 000 réussissent à quitter le pays vers des pays jugés plus prometteurs en termes d'emploi et de promotion sociale.



La croissance rapide de la population haïtienne s'est aussi traduite par une augmentation importante de la densité démographique dans certaines communes.

Ainsi dans le Département du Nord, et à cheval sur les Départements de l'Ouest et du Sud-Est, on trouve deux groupes importants de communes contiguës avec des densités supérieures à 250 et même 300 habitants au kilomètre carré.

Trois groupes de communes moins étendus enregistrent des densités similaires dans les Départements de l'Artibonite, du Sud et de la Grand'Anse.



Quelles hypothèses peut-on faire pour le futur?

Au plan démographique, la population future d'Haïti dépend:

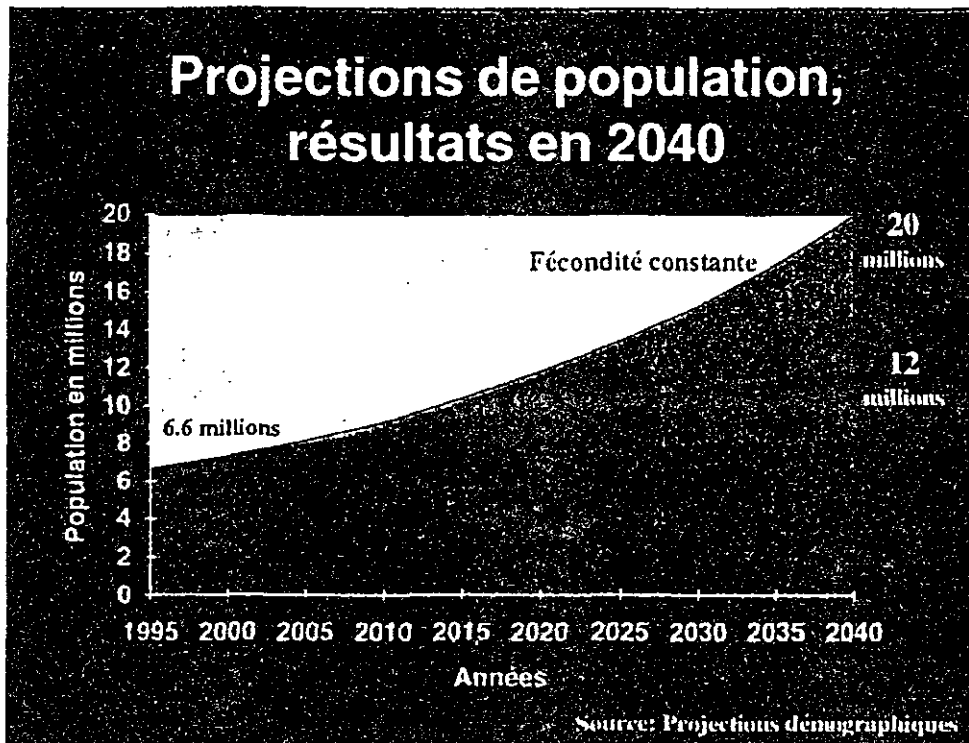
- 1) de sa taille actuelle,
- 2) de la diminution de la mortalité,
- 3) de l'évolution de la fécondité,
- 4) de l'ampleur des migrations.

Pour la mortalité on a supposé qu'elle continuerait à diminuer et que l'espérance de vie à la naissance passerait de 57 ans en 1995, à 59 ans en 2000, 66 ans en 2020, et 70 ans en 2040.

Pour la fécondité, on a supposé:

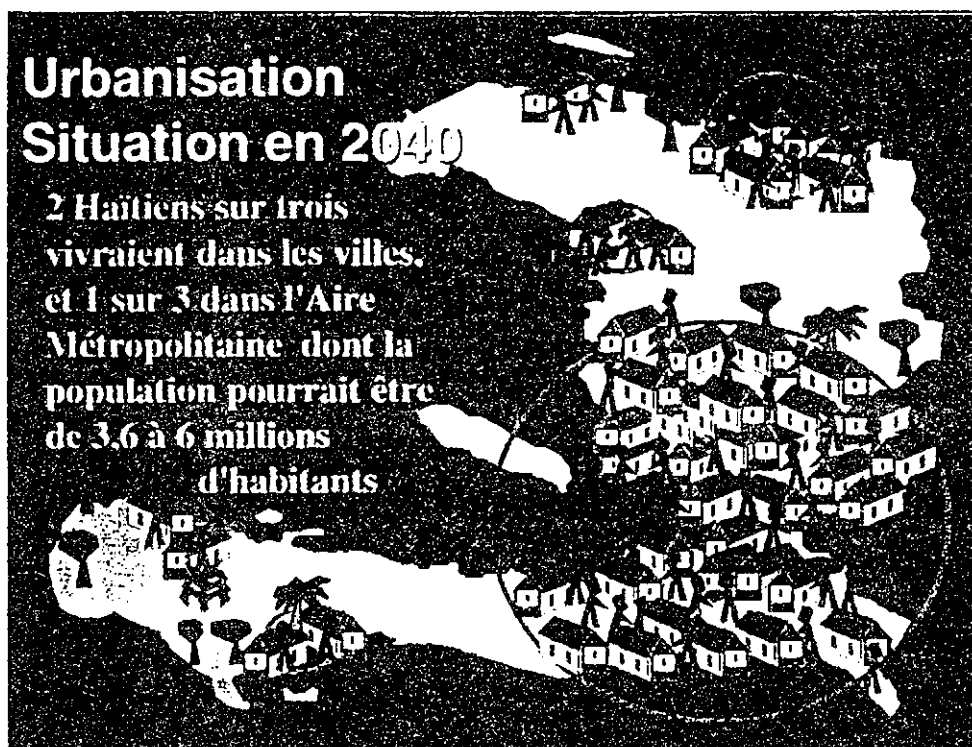
- 1ère hypothèse: qu'elle resterait constante à 5 enfants par femme, hypothèse peu probable mais utile pour la comparer à la seconde hypothèse,
- 2ème hypothèse: qu'elle décroisse progressivement pour atteindre 4,3 enfants en 2000, 3, 2 enfants en 2010 et 2,1 enfants en 2025.

Pour la migration internationale, on a supposé que 20.000 Haïtiens continuerons à quitter le pays chaque année.



Avec ces hypothèses:

- Si la fécondité restait constante, la population d'Haïti passerait, en dépit de l'émigration nette chaque année de 20 000 Haïtiens, de près de 7 millions à près de 20 millions en 2040 soit 3 fois plus qu'aujourd'hui
  - Par contre, sous l'hypothèse fécondité décroissante, la population d'Haïti n'atteindrait que 12 millions en 2040, soit quand même presque le double de la population actuelle, mais 8 millions de moins que dans l'hypothèse précédente.
- Il s'agit d'une différence majeure puisqu'elle représente plus que la population actuelle du pays.



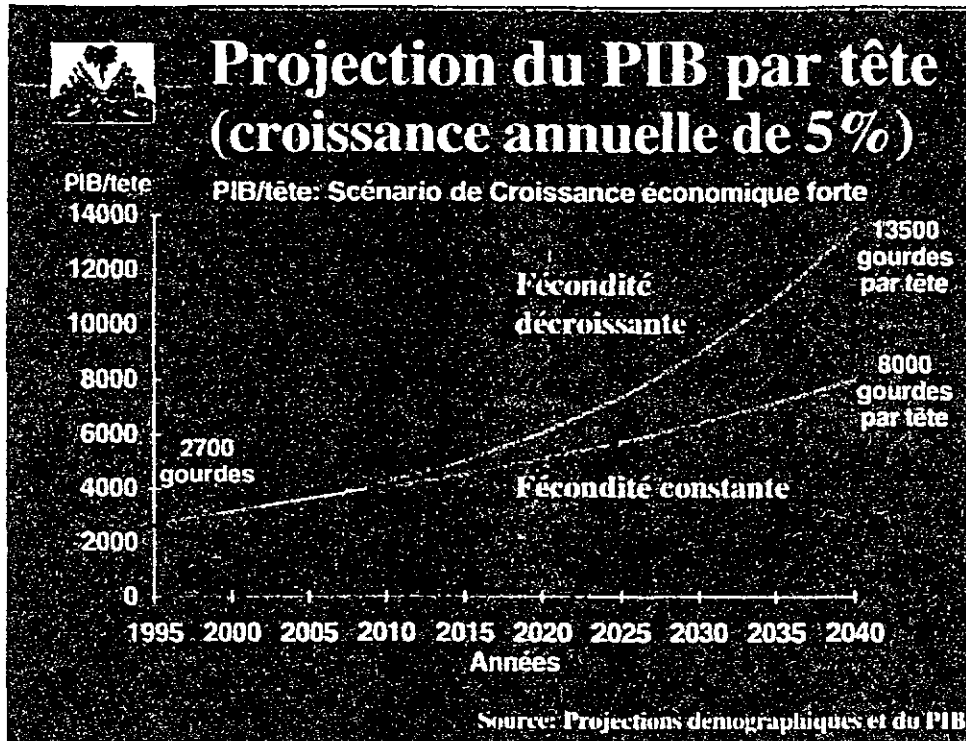
Concernant la population urbaine, on a repris les hypothèses des projections des Nations Unies, à savoir:

- la proportion de la population vivant dans toutes les villes du pays passerait de 32% en 1995 à 64% en 2040. Un Haïtien sur trois seulement résiderait alors en zone rurale.
- la proportion de la population de l'Aire Métropolitaine dans la population totale passerait de 18% en 1995 à 30% en 2040, ce qui suppose une certaine déconcentration de l'urbanisation, c'est à dire une augmentation plus rapide de la population vivant dans les villes secondaires au détriment de l'Aire Métropolitaine.

Avec ces hypothèses:

- la population vivant dans toutes les villes du pays passerait de 2,1 millions à 12,7 millions en 2040 sous l'hypothèse fécondité constante, et à 7,5 millions sous l'hypothèse fécondité décroissante (entre 6 et 3,6 fois plus qu'en 1995),
- la population de l'Aire Métropolitaine passerait de 1,2 million à 6 millions en 2040 sous l'hypothèse fécondité constante, et à 3,6 millions sous l'hypothèse fécondité décroissante (entre 5 et 3 fois plus qu'en 1995).





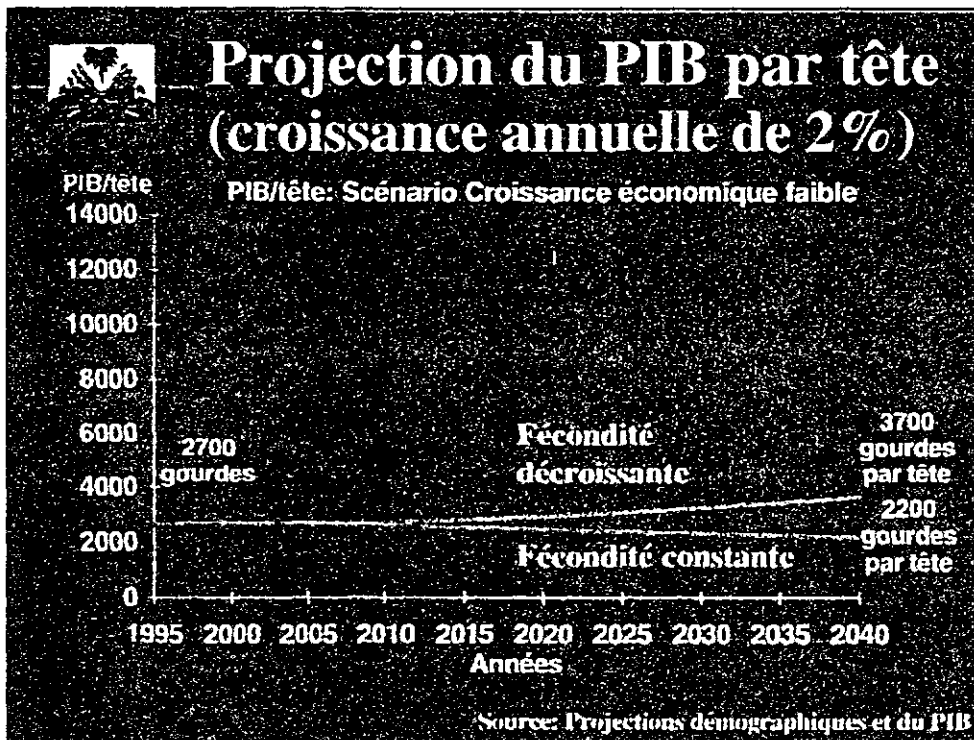
La croissance économique future d'Haïti dépend de nombreux facteurs, à la fois internes et externes.

On a fait d'abord l'hypothèse d'une croissance économique relativement forte de 5% par an.

Combinés avec les projections de population les résultats obtenus suggèrent que le PIB par tête pourrait passer:

- d'un peu moins de 3000 gourdes en 1995 (estimation) à 8000 gourdes en 2040 sous l'hypothèse fécondité constante, soit près de 3 fois plus qu'aujourd'hui.
- d'un peu moins de 3000 gourdes en 1995 à 13500 gourdes en 2040 sous l'hypothèse fécondité décroissante, soit 5 fois plus qu'aujourd'hui.

La différence entre les deux hypothèses: 5500 gourdes représente pratiquement le double du PIB par tête actuel estimé. Elle indique les gains qu'on peut attendre, sous certaines conditions, d'un ralentissement de la croissance démographique.



On a fait ensuite l'hypothèse d'une croissance économique relativement faible de 2% par an.

Combinés avec les projections de population les résultats obtenus suggèrent que le PIB par tête pourrait passer:

- de 2700 gourdes en 1995 (estimation) à 2200 gourdes en 2040 sous l'hypothèse fécondité constante, c'est à dire diminuer de 20%. Ce résultat s'explique aisément. La croissance démographique continuant à être supérieure à 2% par an sous l'hypothèse fécondité constante, et ce en dépit de la poursuite de l'émigration, une croissance économique annuelle de 2% est insuffisante pour permettre une augmentation du PIB par tête.
- de 2700 gourdes en 1995 (estimation) à 3700 gourdes en 2040 sous l'hypothèse fécondité décroissante, c'est à dire augmenter de 40%. Dans ce cas, la réduction de la croissance démographique au dessous de 2% permet une augmentation modeste du PIB par tête.

Il est clair que seule une forte croissance économique permettra une augmentation du PIB par tête. Cependant, la persistance d'une forte croissance démographique peut sérieusement réduire les bénéfices attendus de la croissance.



L'élaboration, l'adoption puis la mise en oeuvre d'une stratégie globale de développement humain en Haïti, est en mesure de contribuer de manière majeure à l'éradication de l'extrême pauvreté, à la réduction des inégalités, et à l'approfondissement de la démocratie tant politique que sociale dans le pays.

La démocratie sociale ne saurait cependant s'enfermer dans le seul champ social. Elle doit s'appuyer pour réussir sur une économie en croissance rapide, c'est à dire compétitive, ouverte sur l'extérieur et permettant grâce à la décentralisation, à chaque région de maximiser ses potentialités de développement.

Ceci serait facilité par une maîtrise tant de la dynamique démographique globale que de la distribution spatiale de la population, objectifs premiers d'une politique de population à adopter.



## Pour une politique de population

- ◆ Toute politique de population doit s'intégrer dans une stratégie globale de développement humain. Dans le contexte haïtien, cette politique pourrait inclure parmi ses objectifs:
- ◆ 1) la création des conditions propres au libre exercice par tous, et spécialement par les secteurs traditionnellement tenus en marge du développement, de leurs droits de décider de leur procréation, ce qui contribuera à la réduction de la fécondité non désirée,
- ◆ 2) une réduction importante de la croissance de la population rurale, pour faciliter l'éradication de l'extrême pauvreté paysanne et l'arrêt de la dégradation des ressources naturelles, et la déconcentration du processus d'urbanisation, dont l'accélération est inéluctable,
- ◆ 3) une maîtrise des migrations internationales et l'intégration des Haïtiens de l'étranger dans le processus de développement national.

Une telle politique de population doit être respectueuse des caractéristiques économiques, sociales, démographiques et culturelles spécifiques à Haïti.

Elle ne doit pas restée isolée, et doit être en mesure d'apporter une contribution majeure à l'éradication de la pauvreté extrême qui reste l'objectif prioritaire à court et à moyen terme de toute stratégie de développement humain en Haïti.

Une telle politique de population doit être la politique de tous. Elle doit recevoir le support de toutes les forces politiques et de toutes les forces vives du pays, condition indispensable à la légitimation de la politique de population et à sa pérennité. Son implantation et son succès requièrent en effet la participation active de tous les secteurs de la société: le secteur public, le secteur privé, les ONG et la société civile, avec l'appui de la communauté internationale.

Qu'il s'agisse de la procréation, de la migration interne ou de la migration internationale, la politique à mettre en oeuvre doit être basée sur le respect absolu de la liberté de chacun de faire ses choix, de manière responsable, en toute connaissance de cause.



Divers ministères ont déjà des responsabilités dans le domaine du développement humain et de la population.

Plusieurs options devraient être examinées afin d'assurer une coordination intersectorielle efficace et de mobilisation des ressources, pour faire le lien entre les objectifs à long terme concernant le développement humain et la population dans le cadre de la stratégie générale de développement du pays. Parmi ces options, la création d'un Ministère du Développement Humain et de la Population devrait être prise en compte.

La mobilisation de l'ensemble de forces vives du pays et de tous les Haïtiens, avec le support de la communauté internationale doit permettre de relever les nombreux défis auquel est confrontés le pays, et en particulier l'éradication de l'extrême pauvreté.

## GLOSSAIRE

Age de procréer, ou vie "féconde" des femmes : entre 15 et 49 ans (définition conventionnelle, car certaines grossesses peuvent survenir avant 15 ans).

Croissance naturelle de la population: différence entre les naissances et les décès par année pour 1000 habitants (ou encore différence entre les taux bruts de natalité et de mortalité).

Croissance démographique: augmentation annuelle de la population résultant des naissances, des décès, et du nombre d'immigrants et d'émigrants (ou encore somme de la croissance naturelle et de la migration nette).

Densité démographique: nombre d'habitants par kilomètre carré.

Espérance de vie à la naissance: nombre moyen d'années que vivrait un groupe de nouveau-nés s'il était soumis aux taux de mortalité par âge enregistrés au cours d'une année ou d'une période donnée.

Fécondité de remplacement ou Taux de remplacement de la population: série de taux de fécondité et de mortalité permettant tout juste à la population de se reproduire sans augmentation ni diminution, en l'absence de migrations. Ceci correspond pour des espérances de vie à la naissance supérieures à 60 ans, à un indice synthétique de fécondité d'environ 2,1 enfant.

Femmes en union: ensemble des femmes mariées, en concubinage, ou ayant un partenaire régulier.

Indice synthétique de fécondité: nombre moyen d'enfants qu'aurait un groupe de femmes si pendant toute leur vie féconde elles avaient les taux de fécondité enregistrés au cours d'une année ou d'une période donnée.

Migration nette: différence entre l'émigration et l'immigration. On parle d'Émigration nette lorsque l'émigration est plus importante que l'immigration.

Taux de fécondité par âge: nombre annuel de naissances pour 1000 femmes d'un âge ou d'un groupe d'âge donné.

Taux brut de mortalité: nombre de décès par année pour 1000 habitants.

Taux de mortalité par âge: nombre annuel de décès pour 1000 personnes d'un âge ou d'un groupe d'âge donné.

Taux de mortalité infantile: nombre annuel de décès d'enfants de moins de un an pour 1000 naissances.

Taux de mortalité juvénile: nombre annuel de décès d'enfants de un an à moins de cinq ans pour 1000 enfants.

Taux de mortalité infanto-juvénile: nombre annuel de décès d'enfants de la naissance à moins de cinq ans pour 1000 naissances.

Taux de mortalité maternelle: nombre annuel de décès de mères imputables à la grossesse, l'accouchement ou les suites d'accouchement pour 100 000 naissances

Taux brut de natalité: nombre de naissances par année pour 1000 habitants.

Hypothèse ou scénario démographique: projection dans le futur de divers niveaux de mortalité, fécondité, et migration nette destinée à illustrer l'évolution future de la population avec la combinaison de niveaux retenus.



---

**VISION GLOBALE POUR L'ÉLABORATION  
D'UN PROGRAMME HAÏTIEN DE POPULATION  
ET DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION**

---

**GROUPE DE SUPPORT EN POPULATION  
ET SANTÉ DE LA REPRODUCTION**

---

OCTOBRE 1997



## CONTEXTE

**H**aïti vit une situation paradoxale sur le plan démographique. L'indice de fécondité est passé de 6.3 en 1987 à 4.8 en 1994. Le taux de fécondité désirée entre 1991 et 1994 était de trois (3). Ces faits témoignent du désir des individus d'avoir moins d'enfants alors que la population continue à croître à un taux élevé de l'ordre de 2.1%. Parallèlement une grande partie des Haïtiens n'ont pas un accès réel aux services de santé reproductive pour la pratique contraceptive régulière. Cette croissance continue de la population compromet les investissements pour le développement économique et social du pays, et handicape les efforts pour répondre aux besoins de la société.

### OBJECTIF FONDAMENTAL POUR FAIRE FACE À CETTE SITUATION:

**AIDER CHAQUE INDIVIDU À AVOIR LA FECONDITÉ DÉSIRÉE  
(2 À 3 ENFANTS)**

### OBSTACLES:

#### SUR LE PLAN: POPULATION ET DÉVELOPPEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE DU PAYS

- ❖ Les décideurs ne perçoivent pas encore l'interrelation qui existe entre la croissance démographique, la santé reproductive de l'individu, la dégradation de l'environnement, la faillite de l'éducation, et les problèmes socio-économiques. Par voie de conséquence il n'y a pas une Politique Nationale de Population axée sur l'individu. Les variables démographiques ne sont pas prises en compte dans la planification pour un développement durable du pays. La croissance démographique continue, augmente la pression sur les services et les ressources, pression non compensée par une croissance économique équivalente.
- ❖ Les objectifs de croissance économique du gouvernement définis en août 94 à 4.0 n'ont pas été atteints en 1995. Cependant, même en envisageant un scénario optimiste de croissance économique à 5%, les projections de PIB par tête jusqu'à l'année 2010 seraient radicalement différentes selon qu'il s'agisse d'une fécondité constante ou d'une fécondité décroissante. A noter que même avec une fécondité décroissante le nombre absolu de pauvres restera constant, avec davantage de pauvres vivant en milieu urbain.
- ❖ Les mesures agressives et accélérées pour aider l'individu à atteindre sa fécondité désirée ne suffisent pas, pour avoir une influence sur le nombre croissant d'Haïtiens atteignant chaque année l'âge de la procréation jusqu'en l'an 2012: étant donnée que la vie féconde est supposée commencer à l'âge de 15 ans, tous les Haïtiens âgés aujourd'hui de 0 à 14 ans - qui constituent presque la moitié de la population, à peu près de 3,5 millions actuellement, entreront en âge de procréer tout au long des prochaines quinze (15) années.

- ❖ Une réduction de la fécondité chez cette nouvelle génération n'apportera pas une réduction des besoins en services: ce groupe est plus nombreux que le groupe actuel de 15 à 29 ans qu'il va remplacer, ce qui signifie que, chaque année, il y aura une population croissante au début de leur vie féconde qui cherchera à limiter la taille de leur famille à 2 ou 3 enfants au cours d'une période fertile pouvant aller jusqu'à 35 ans.
- ❖ Le maintien du taux actuel de croissance impose une pression énorme sur l'environnement. Déjà 35% des communes ont une densité de population qui dépasse la moyenne nationale (250 hab/km<sup>2</sup>) avec des pics de l'ordre de 40.000 hab/km<sup>2</sup> à Cité Soleil et 27.000 hab/km<sup>2</sup> dans la commune de Port-au-Prince. La couverture forestière depuis 1990 est estimée à 1.5% à cause du déboisement intensif. Les pertes en terre arable pendant les saisons pluvieuses sont estimées à 2ha/24hres.
- ❖ La population urbaine totale de 12% en 1950 est passée à 33% en 1996. Si cette tendance ne change pas, elle sera aux alentours de 55% en 2010, avec des conséquences désastreuses sur le tissu urbain. Port-au-Prince abritera alors 70% de cette population urbaine.

#### **SUR LE PLAN: DISPONIBILITÉ DE SERVICES**

- ❖ L'efficacité du système de santé est mal connu. C'est un système éclaté entre secteurs public, mixte et privé caractérisé par une répartition spatiale inégale et inéquitable des institutions et des ressources, avec une couverture limitée. Ce système véhicule, une approche conceptuelle de la santé reproductive exclusivement liée à la santé de la mère et de l'enfant et développée sur un fond de monopole du secteur sanitaire
- ❖ Selon les statistiques officielles, 60% de la population a accès aux services mais en pratique seulement 25% de la population ont effectivement accès aux services de PF, (ISPF 1994). 78% des établissements sanitaires n'offrent aucun service d'assistance à l'accouchement et seulement huit (8) institutions spécialisées concentrées dans l'aire métropolitaine offrent plus de trois (3) méthodes modernes de contraception
- ❖ Les services actuels, y compris l'information et l'éducation, ne répondent pas en général aux besoins différenciés de la population, surtout aux besoins des jeunes. Les jeunes adultes de 12 à 24 ans constituent le tiers de la population. Leur niveau de développement, la fécondité désirée, leur comportement sexuel, et leurs besoins en santé diffèrent des autres groupes d'âge et varient à l'intérieur de ce même groupe. Il n'existe pas une politique et une prise en charge systématique et organisée à l'échelle nationale.

#### **SUR LE PLAN: DEMANDE DE SERVICES**

Près de trois (3) femmes en union sur quatre (4) expérimentent le désir de limiter ou espacer leurs naissances. 40% des hommes et 49% des femmes ne veulent plus d'enfants (EMMUS II, 1994).

- ❖ Les femmes Haïtiennes en dépit de leur participation appréciable dans la vie économique et sociale du pays ont un taux de mortalité élevé, et un bas niveau d'éducation par rapport aux hommes. Elles ne bénéficient pas d'une base légale et de mesures de protection suffisantes pour se défendre efficacement. 29% des femmes interrogées par l'enquête du CHREPROF 1996 avouent ne pas avoir consenti à leurs premiers rapports sexuels et 70% avouent avoir été victime d'une forme quelconque de violence. La situation des fillettes, leur désertion scolaire, leurs grossesses précoces, et leur entrée en "domesticité" n'offrent pas la possibilité d'influencer de façon déterminante le statut de la femme.
- ❖ L'absence de mesures de protection des femmes en général, des mineures en particulier, favorise l'irresponsabilité paternelle et augmente la charge sociale de la femme qui subit des situations de violence (sexuel et physique) entretenues par la société haïtienne.

#### **SUR LE PLAN: INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE**

- ❖ La participation de la communauté traditionnellement est perçue comme appendice des autorités centrales, et des activités communautaires sont souvent créées par le niveau central et parachutées à la périphérie.

#### **OPPORTUNITÉS**

- ❖ un désir exprimé par les Haïtiens d'avoir 2 à 3 enfants même dans la situation difficile d'aujourd'hui et en absence d'une promotion agressive du concept de "la petite famille".
- ❖ Intérêt manifesté par le gouvernement actuel pour la SR et une intention déclarée de désigner un Haut Responsable des Affaires de Population.
- ❖ Un besoin exprimé parmi quelques décideurs au niveau central et périphérique pour l'analyse et l'utilisation des données pour la prise de décisions.
- ❖ Pas d'opposition organisée contre la promotion de la planification familiale.
- ❖ Société civile prête à jouer son rôle dans le régime politique actuel et avec un désir évident de développer un partenariat efficace entre les différents secteurs de l'environnement, de l'éducation, du développement rural, des femmes, de la santé.
- ❖ Des leaders naturels et d'autres sources influentes comme le secteur religieux qui pourraient être mobilisés en faveur d'une paternité responsable.
- ❖ Infrastructure (institutions, ressources humaines et financières) multisectorielle disponible qui pourrait être améliorée avec un plan stratégique et opérationnel tenant compte d'une part de l'environnement, les forces et les faiblesses du système, des besoins réels de la population et d'autre part d'une approche d'organisation des ressources disponibles dans d'autres secteurs touchés par l'absence d'une politique de population et de développement humain.

- ❖ Une population très jeune qui pourrait être mieux préparée pour une sexualité responsable et sans risque, capable d'atteindre ses objectifs reproductifs avec les services, l'éducation et l'information adaptés à leurs besoins.
- ❖ Reconnaissance croissante de la femme Haïtienne comme partenaire dans le développement économique et social du pays, l'intérêt parmi les femmes en général pour améliorer leur statut.
- ❖ Un taux appréciable de filles qui entrent dans le système scolaire pourrait y être maintenu par des mesures de soutien financier, d'assistance sociale, et de sensibilisation.
- ❖ Quelques communautés ont déjà démontré leur capacité à faire face aux besoins de leur population.

### MENACES:

- ❖ Manque de constance dans les choix stratégiques chez les décideurs nationaux et les bailleurs.
- ❖ Flux financier constant à garantir sur une période suffisamment longue (15 ans) pour produire un impact sur les changements de comportement en matière de reproduction. Toute réduction du flux financier entraînerait :
  - ✦ Diminution du nombre d'utilisateurs potentiels des services de planification familiale
  - ✦ Augmentation du nombre de grossesses non désirées
  - ✦ Augmentation du nombre d'avortements
  - ✦ Augmentation du nombre de la population
  - ✦ Augmentation mortalité, morbidité maternelle
  - ✦ Augmentation de la mortalité juvénile-infantile
  - ✦ Augmentation dans la transmission des MST/SIDA
- ❖ Absence de coordination entre agences de financement/bureaux de gestion, gouvernement et utilisateurs.
- ❖ Changements intempestifs de politique tant de la part du Gouvernement que des agences de financement.

## PROPOSITION DU PROGRAMME:

### L'ACCESSIBILITÉ UNIVERSALLE ET L'UTILISATION EFFECTIVE DES SERVICES DE SANTÉ REPRODUCTIVE

#### BUTS:

**OBTENIR ET MAINTENIR L'ENGAGEMENT DES AUTORITÉS À TOUS LES NIVEAUX POUR JOUER LEUR RÔLE DANS LE DÉVELOPPEMENT HUMAIN DURABLE.**

**Justification:** une approche multisectorielle et cohérente pour un développement humain durable, l'identification des priorités, la permanence des efforts, une allocation équitable de ressources, et leur utilisation effective exigent un leadership, des politiques officiels et une direction consistante.

**RENDRE DISPONIBLE DES SERVICES DE QUALITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ REPRODUCTIVE, QUI RÉPONDENT AUX BESOINS DE LA POPULATION AVEC UNE ATTENTION SPÉCIALE POUR LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES (10 À 24 ANS).**

**Justification:** l'acceptabilité et l'utilisation effective des services dépendent de la qualité, l'accessibilité géographique, économique, culturelle, et institutionnelle, et la situation individuelle. Par rapport aux jeunes, la prise en compte de leurs besoins de même que les conditions de satisfaction de ces besoins sont différents de ceux des adultes.

**AMÉLIORER LA SITUATION DES FEMMES EN LES HABILITANT À PRENDRE EN CHARGE LEUR SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET À PARTICIPER PLUS ACTIVEMENT DANS L'ÉCONOMIE; LES AIDER À RESTER À L'ÉCOLE; ET À ACTUALISER LE CADRE JURIDIQUE QU' INFLUE SUR L'HABILITATION DE LA FEMME.**

**Justification:** l'utilisation effective des services en S.R. est associé avec le niveau d'éducation et avec le statut économique. Elle peut être handicapée pour des raisons légales et culturelles, vu que les femmes continuent d'être dépendantes en matière de négociation sexuelle et sont défavorisées sur le plan juridique.

**RESPONSABILISER LES CITOYENS AU NIVEAU DE LEURS COMMUNAUTÉS À IDENTIFIER ET À SATISFAIRE LEURS BESOINS EN DÉVELOPPEMENT HUMAIN.**

**Justification:** il n'y aura pas de pérennité des services sans une vraie responsabilisation et la participation de la communauté.

BUT	STRATEGIES	ACTIONS NECESSAIRES	RESULTATS ESPERES
<p>Obtenir et maintenir l'engagement des autorités à tous les niveaux pour jouer leur rôle dans le développement humain durable.</p>	<p>A. Habilitier la société civile à jouer le rôle, de susciter et maintenir la volonté politique pour un développement cohérent touchant la santé, l'éducation, l'environnement, l'économie, l'intégration politique et sociale.</p> <p>B. Accroître la capacité des instances publiques pour la prise de décision en matière de population en relation avec des stratégies de développement intégré.</p>	<p>(1) Habilitier les groupements et des ONGs représentant tous les secteurs (éducation, femmes environnement,) à développer des activités de plaidoyer.</p> <p>(2) Mettre en place des activités en communication - développés d'une manière collaborative - avec des messages spécifiquement dirigés vers des audiences sélectionnées.</p> <p>(1) Augmenter les capacités de recherche, d'analyse, de création et de dissémination des informations sur les problèmes de population, de développement durable et concernant le genre qui soient adaptées aux besoins du pays.</p> <p>(2) Elargir la base technique et technologique des compétences nationales.</p> <p>(3) Fournir une assistance en matière de formulation et d'exécution des politiques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Mise en place par l'exécutif d'une structure de haut niveau dotée de cadres compétents, de moyens suffisants.</li> <li>♦ Mise en place d'un système national d'information, qui accorde une place importante au suivi des données relatives à la population.</li> <li>♦ Introduction de la question de la population parmi les priorités du Gouvernement.</li> <li>♦ Prévision dans le budget national de ressources suffisantes pour la promotion de la santé reproductive.</li> </ul>

BUT	STRATEGIES	ACTIONS NECESSAIRES	RESULTATS ESPERES
<p>Rendre disponibles des services de qualité en matière de santé reproductive qui répondent aux besoins de la population avec une attention spéciale pour les adolescents et les jeunes (10 à 24 ans).</p>	<p>A. Etendre les services institutionnels de santé de la reproduction en général, de contraception en particulier, dans le cadre du paquet minimal de services basé sur des éléments essentiels de qualité et sur une gestion efficace qui tient compte du rapport coût-efficacité.</p> <p>B. Diversifier les filières et canaux de distribution de contraceptifs modernes.</p>	<p>(1) Mettre en place les services à partir d'un plan pratique opérationnel décentralisé - national, unique en fonction des forces et faiblesses, de la fonctionnalité actuelle du système, reflétant les besoins/ perceptions des clients.</p> <p>(2) Assurer la qualité des services par le biais de la gestion stratégique, décentralisée qui intègre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les composantes de SR avec des normes et procédures, adaptés aux besoins des jeunes et des couples, un personnel compétent.</li> <li>♦ l'accès continu à une gamme de méthodes contraceptives.</li> </ul> <p>(1) Accroître le marketing social et la vente commerciale des produits contrac. et d'autres produits de la Santé Reproductive.</p> <p>(2) Etendre la distribution à base communautaire, les structures de distrib/vente de contraceptifs au niveau.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Augmentation de 18 à 40% de la prévalence de la contraception et une amélioration du niveau global de santé de la mère.</li> <li>♦ Impact positif sur le système global de prestation de soins et de gestion.</li> <li>♦ Disponibilité accrue des services de santé de la reproduction dans les institutions publiques et privées philanthropiques et d'une gamme plus étendue de méthodes contraceptives modernes.</li> <li>♦ Accessibilité accrue : Méthodes à la portée de l'individu à partir de toutes les opportunités qu'offre les différents projets, programmes et toutes autres activités propices à la distribution/vente de contraceptifs.</li> <li>♦ La population demande et trouve l'information nécessaire pour mieux prendre en charge sa santé reproductive.</li> </ul>

BUT	STRATEGIES	ACTIONS NECESSAIRES	RESULTATS ESPERES
	<p>C. Développer l'IEC pour stimuler la demande de services et pro-mouvoir des modèles de comportement.</p>	<p>communautaire et dans les lieux de travail et d'autres activités.</p> <p>(3) Offrir des programmes spécifiquement orientés vers les jeunes avec des éléments qui répondent à leurs besoins.</p> <p>(1) Intégrer les activités de l'IEC dans tous les canaux de communication avec des messages développés en fonction de la perception et du profil des clients.</p> <p>(2) Introduire dans le curriculum et les manuels scolaires - et dans les centres d'alphabétisation un matériel avec des objectifs et des contenus en matière de population, de SR/MST/SIDA, et de la vie familiale.</p>	<p>✦ Les jeunes seront préparés à assumer une sexualité responsable et sans risque.</p> <p>✦ Normes, standards et procédures mise à jour, diffusés et appliqués.</p>



BUT	STRATEGIES	ACTIONS NÉCESSAIRES	RESULTATS ESPERES
Renforcer la capacité des femmes à prendre en charge leur santé sexuelle et reproductive.	<p>A. Diriger des efforts directement vers les femmes et les hommes.</p> <p>II. Sensibiliser la population sur la condition de la femme, l'approche "genre", et les facteurs qui entraînent son habilitation.</p>	<p>(1) Accroître la participation des associations féminines dans la planification, la mise en place, et la promotion des services de SR.</p> <p>(2) Offrir des services et des informations en SR qui facilitent la prise de décision par les couples et les jeunes.</p> <p>(3) Aider les organismes publics et privés à jouer leur rôle en faveur des femmes.</p> <p>(4) Améliorer le cadre juridique en faveur de la femme et la famille.</p> <p>(5) Mettre en place des mécanismes pour combattre la désertion scolaire chez les filles.</p> <p>(6) Développer des programmes dirigés spécifiquement vers les hommes.</p> <p>(7) Entreprendre de recherches et documenter des informations existantes.</p> <p>(8) Faire une dissémination systématique au public cible et organiser des débats.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Augmentation du taux net de scolarisation des fillettes, de 48% à 60% en deux (2) ans.</li> <li>♦ Maintien des filles dans l'ensemble du système scolaire à un taux équivalent à celui des garçons.</li> <li>♦ 50000 bourses offertes par an à des fillettes.</li> <li>♦ Renforcement de l'enveloppe globale et allègement des mécanismes pour l'octroi de crédits à l'investissement aux femmes.</li> <li>♦ Législation pour la protection des mineurs.</li> <li>♦ Législation sur la paternité responsable.</li> <li>♦ Femmes habilitées à négocier et à gérer leurs relations sexuelles.</li> <li>♦ Développent de relations égalitaires entre hommes et femmes sur le plan économique social sexuel.</li> </ul>

REPUBLICA DOMINICANA

INFORME NACIONAL

SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN  
CIPD+5

COMISIÓN NACIONAL DE SEGUIMIENTO A  
LOS ACUERDOS DE EL CAIRO

OFICINA DE SEGUIMIENTO DE LAS CUMBRES MUNDIALES

SANTO DOMINGO, R.D.  
JULIO DE 1998



# PRESENTACION

Casi la totalidad de los países del mundo reconocen el gran aporte de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, al plantear la necesidad de integrar las políticas de población a las políticas de desarrollo, a fin de armonizar las tendencias demográficas con el desarrollo económico y social de los países.

La República Dominicana, para cumplir con los compromisos asumidos en el marco de esta Conferencia, está haciendo los esfuerzos necesarios para poner efectivamente en marcha un amplio programa dirigido a instrumentar la política nacional de población, dentro del Plan Nacional de Desarrollo Social, para el logro progresivo de metas de calidad en todos los órdenes y esferas de la vida nacional.

Reconociendo al *ser humano* como eje del desarrollo, el Gobierno que preside el Honorable Dr. Leonel Fernández Reyna, le confiere una gran atención a los procesos demográficos y sus implicaciones económicas, sociales y culturales, en el entendido de que la política de población sólo puede ser eficaz si se concibe como un elemento integrante de la política social, y ésta, a su vez, como parte esencial de la política nacional de desarrollo.

Por lo antes expuesto, el Gobierno Dominicano está trabajando para establecer un conjunto integrado de medidas y disposiciones destinadas a influir decididamente en el tamaño, la distribución y la composición de la población.

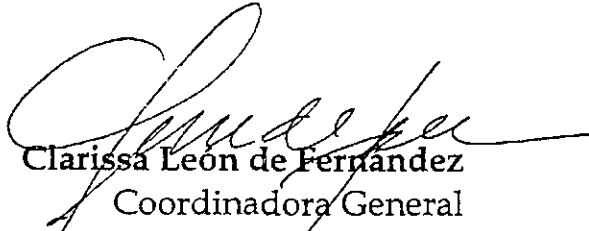
Entre estas medidas se trabaja en la mejoría de la calidad de vida de la población, mediante programas que propician un crecimiento sostenido de los niveles de satisfacción de las necesidades básicas, en las áreas de educación, salud, seguridad social, empleo, vivienda y medio ambiente; se incluyen programas dirigidos especialmente a enfrentar y resolver los problemas asociados a las condiciones de la familia, en especial de la mujer, la niñez, la adolescencia, los envejecientes y los discapacitados.

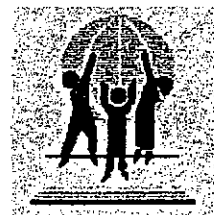
Dentro de los programas citados, se han enfatizados los orientados a la salud sexual y reproductiva, particularmente a la salud materno-infantil; las iniciativas tendientes a influir sobre la distribución espacial de la población; las medidas encaminadas a aumentar la inversión en recursos humanos y a preservar las condiciones ambientales adecuadas.

Todo el contenido y la orientación de la política de población apuntan hacia una clara perspectiva de género que sitúa a la mujer en posición de igualdad real con el hombre en la lucha común por la eliminación de la pobreza, la creación de fuentes de trabajo y la integración social, como objetivos esenciales del desarrollo.

También se han priorizado los planes y programas de desarrollo regionales, asegurando un mejor uso de los recursos y estableciendo mecanismos de coordinación, seguimiento y sustentabilidad. Los resultados serán aún mayores promoviendo la participación ciudadana en la solución de los problemas.

Para hacer realidad todas estas propuestas, se ha integrado la Comisión Nacional de Seguimiento a los Acuerdos de El Cairo, que ha sido responsable de la elaboración del presente informe y que prepara la participación del país para la reunión de Cairo+5. Esta Comisión está integrada por instituciones gubernamentales y no gubernamentales y coordinada por la Oficina de Seguimiento a las Cumbres Mundiales, adscrita a la Presidencia de la República, y cuenta con el apoyo técnico y financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

  
Clarissa León de Fernández  
Coordinadora General  
Oficina Cumbres Mundiales



# TABLA DE CONTENIDO

<b>I.</b>	<b>CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO DE LA REPÚBLICA DOMINICANA</b> -----	<b>1</b>
1.1	EVOLUCIÓN DE LA ECONOMÍA -----	1
1.2	VARIABLES MACROECONÓMICAS -----	2
1.3	AJUSTES ESTRUCTURALES -----	3
1.4	EVOLUCIÓN DE LA POBREZA -----	4
1.5	SITUACIÓN ACTUAL DE LA POBREZA EN LA REPUBLICA DOMINICANA -----	4
1.6	IMPACTO EN EL GASTO SOCIAL -----	7
<b>II.</b>	<b>INTEGRACIÓN DE LOS ASUNTOS SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO</b> -----	<b>9</b>
2.1	IMPORTANCIA QUE EL GOBIERNO OTORGA A LOS TEMAS DE POBLACIÓN -----	9
2.2	INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA INCORPORACIÓN DE LAS VARIABLES DE POBLACIÓN EN EL DESARROLLO.-----	9
2.3	EFFECTOS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y LAS ESTRATEGIAS DE DESARROLLO SOBRE LAS TENDENCIAS SOCIODEMOGRÁFICAS -----	11
2.4	POLÍTICAS DE POBLACIÓN -----	15
<b>III.</b>	<b>EQUIDAD DE GÉNERO Y HABILITACIÓN DE LA MUJER</b> -----	<b>20</b>
3.1	EQUIDAD DE GÉNERO Y PARTICIPACIÓN SOCIO-POLÍTICA -----	20
3.2	LAS ORGANIZACIONES DE MUJERES -----	26
3.3	POLÍTICAS PÚBLICAS, INCLUIDAS LAS DE POBLACIÓN-----	28
3.4	SUPERACIÓN DE LAS INEQUIDADES DE GÉNERO Y HABILITACIÓN DE LA MUJER -----	31
3.6	EDUCACIÓN, EQUIDAD DE GÉNERO Y HABILITACIÓN DE LA MUJER -----	35
3.6	LOS HOMBRES Y LA EQUIDAD DE GÉNERO -----	39
3.7	ADOLESCENCIA, EDUCACIÓN SEXUAL Y EQUIDAD DE GÉNERO-----	44
<b>IV</b>	<b>SALUD, DERECHOS REPRODUCTIVOS, EQUIDAD SOCIAL Y BIENESTAR DE LA FAMILIA</b> -----	<b>47</b>
4.1	ALCANCES DE LOS PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA -----	47
4.2	SALUD REPRODUCTIVA: ESTRATEGIA DE PARTICIPACIÓN -----	51
4.3	PROGRESO EN EL LOGRO DE LAS METAS ACORDADAS-----	56
4.4	RIESGOS EN SALUD REPRODUCTIVA -----	61
4.5	DEMANDA INSATISFECHA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR-----	64
4.6	DERECHOS Y SALUD REPRODUCTIVA -----	65
4.7	SALUD REPRODUCTIVA Y BIENESTAR FAMILIAR -----	66
<b>V.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b> -----	<b>69</b>

## I. Contexto Sociodemográfico De La República Dominicana

Ubicada en la Subregión del Caribe, la República Dominicana, es la segunda isla en tamaño de las Antillas Mayores, ocupa las dos terceras partes de la Isla Española, la cual comparte con Haití con una extensión de 48,442.23 km. Cuadrados. La división político-administrativa del país abarca 29 provincias agrupadas en tres Regiones (Norte, Sureste y Suroeste), 7 subregiones, y la Capital del país, Santo Domingo de Guzmán, ubicada en el Distrito Nacional.

### 1.1 *Evolución de la Economía*

En la década de los 70, la economía dominicana experimentó importantes transformaciones, evolucionando de una economía agrícola tradicional a una economía mixta con preponderancia de los sectores de servicios, turismo e industrial.

Hasta mediados de la década de los 70 la economía dominicana giraba alrededor de los productos tradicionales de exportación: azúcar, café, cacao y tabaco. El azúcar representaba el 44% del valor de las exportaciones y la industria azucarera absorbía aproximadamente el 70% del empleo industrial y más del 45% de la tasa de ocupación total de la población económicamente activa.

Pueden identificarse tres períodos claramente diferenciados en la evolución económica dominicana:

#### **Período de Crecimiento Concentrado (1968-1977)**

Caracterizado por una prominencia de una política de importaciones, en correspondencia con una época de abundancia relativa de divisas, provenientes de la exportación de crudo de azúcar y productos agrícolas tradicionales, lo que permitió financiar las importaciones de materias primas y bienes de capital.

#### **Período de la Depresión Inducida (1978-1981)**

La caída de la demanda externa tuvo como respuesta inicial un aumento de gasto público, financiado mediante el endeudamiento interno (1978-1980) y externo (1978-1981), la deuda externa global aumentó de US\$1,375.80 millones en 1978, a US\$2,549.10 millones en 1981. La producción agropecuaria e industrial se estancó y la balanza comercial se deterioró progresivamente.

### **Período de Depresión Industrial (1982-1990)**

La moneda nacional se devaluó. El promedio anual de la tasa de cambio con respecto al dólar pasó de ser 1.46 en 1982 a 2.91, en 1986 y a 12.5 en el año 1990. Se crearon nuevos impuestos para financiar el gasto público. Actualmente la tasa oficial de cambio es de 15.33 pesos dominicanos por un dólar americano.

El salario real disminuyó notablemente mientras el costo de los alimentos se elevó significativamente llegando a alcanzar en el 1990 la tasa de inflación más elevada en los últimos 40 años, 100.6%.

A partir del año 1991 se aplica una política restrictiva del consumo, la inversión y el medio circulante, lo que ha permitido detener el crecimiento de la inflación, manteniendo una tendencia decreciente en el período hasta situarla en 3.5% en 1996.

## **1.2 Variables Macroeconómicas**

### **Producto Bruto Interno (PBI) Período 1981-1990**

Durante el período 1981-1990, el PBI dominicano a precios del año 1970, alcanzó una tasa promedio del incremento anual de 1.5%, registrando la tasa más alta en 1987 con 7.87% y su mayor depresión en 1990 con una tasa negativa de -4.80% con relación al 1989.

En los años en que el país ha firmado acuerdos con el Fondo Monetario Internacional, el PBI ha alcanzado niveles mínimos de crecimiento, o ha presentado un decrecimiento moderado, como se puede ver en e años 1984, con un incremento mínimo de 0.27% y en 1985 con una tasa negativa de 2.6% en términos Percápita real, el PBI registró un decrecimiento de 6.74 durante el período 1981-1990.

Los sectores productivos más dinámicos del PBI, en el período 1985-1989, como la construcción, el comercio, los hoteles, restaurantes y otros servicios, fueron activados fundamentalmente por las grandes inversiones realizadas por el Gobierno Central.

En el período 1985-1990 la deuda externa del país creció a una tasa geométrica de 2.5% anual. Para el año 1990 la deuda global alcanzó US\$4,312.9 millones; el crecimiento se debió fundamentalmente a los atrasos en los compromisos de pagos internacionales. El pago de estos servicios disminuyó en 47.9% con relación al año 1987.

De 1991 a 1995 el PBI dominicano a precio de 1970 creció a una tasa de 1.22% y en términos Percápita Real tuvo un crecimiento de 1.13%.

En junio de 1997 el PBI Alcanzó un crecimiento de 6.9%, superando con 0.5 puntos la tasa de crecimiento registrada el año anterior. En este resultado incidió el dinamismo de sectores de comunicación, (16.6%), construcción (16.1%), electricidad y agua (11%), hoteles y restaurantes (9.5%), transporte (8.1%), comercio (7.9%) y manufacturas (5.8).

La tasa de inflación acumulada creció a un 4.36% de enero a junio de 1997. Mientras que la tasa anual de inflación (junio 96 a junio 97) fue de 7.52%.

### 1.3 *Ajustes Estructurales*

En el año 1983, el Gobierno de la República Dominicana se vio inducido a establecer políticas de ajuste para corregir las distorsiones internas de la economía, orientadas fundamentalmente a estabilizar el comportamiento de las variables macroeconómicas, tales como el crecimiento y la estructura del PBI, balanza de pago, gasto e inversiones del Gobierno.

En el año 1990 se retomaron las aplicaciones de las medidas de ajustes estructurales por el FMI, que en parte se habían descontinuado desde 1986. Como consecuencia de las medidas de ajuste se redujo la inversión pública. Lo que implicó una disminución real en los recursos destinados a los servicios sociales, tales como: salud, educación, agua potable y saneamiento. La inversión pública sufrió una caída de un 19.5% entre los años 1989 y 1990. Lo que produjo un mayor empobrecimiento de los sectores de ingresos medios y bajos causado por los efectos de la crisis económica, expresada en:

- Aumento de las tasas de desempleo abierto y de subempleo.
- Disminución de la tasa de empleo.
- Deterioro de los servicios públicos de salud y de educación.
- Caída del PBI y del Salario Real Per Cápita.
- Incremento de la inflación, llegando la tasa a 100.6% en 1990.
- Devaluación monetaria.
- Quiebra de los pequeños/as productores/as agropecuarios/as proveedores/as de alimentos en el mercado local.
- Quiebras de sectores de micro y pequeños/as empresarios/as.



#### 1.4 *Evolución de la Pobreza*

La generación del estado de pobreza tiene factores estructurales, como la distribución desigual de la riqueza y la crisis estructural económica del país; pero existen además condiciones coyunturales internas y externas que han incrementado y agravado su extensión.

De acuerdo a estimaciones de la Oficina Nacional de Planificación (ONAPLAN), en 1996, aproximadamente el 56% de los hogares dominicanos, viven en condiciones de pobreza y el 19% se encuentra en situación de pobreza extrema. El número de personas en condiciones de pobreza extrema sería de 1,619,399.

Los indicadores económicos y sociales señalan que en el último período se registra una fuerte tendencia al aumento de las desigualdades y falta de equidad, proceso que tiene su expresión directa en las condiciones de vida y de salud de la población dominicana.

Geográficamente, la mayor cantidad de pobres se concentra en las subregiones de Enriquillo, El Valle, Valdesia y Cibao Occidental.

El comportamiento de algunos indicadores como, el estado nutricional de los menores de 5 años, documenta la desventaja relativa de estas zonas del país, observándose que la proporción de niños/as desnutridos/as, en el grupo de provincias con peores condiciones de vida (Independencia, Samaná y Bahoruco y Elias Piña), es de 22.6% (por talla/edad) y de 36.2% (por peso/edad), 2.9 y 3.2 veces mayor que en el Distrito Nacional, respectivamente.

#### 1.5 *Situación Actual de la Pobreza en la República Dominicana*

La Cumbre Mundial de Desarrollo Social asumió la erradicación de la pobreza como un imperativo ético, social, político y económico de la humanidad frente a un fenómeno que afecta a más de mil millones de personas en el mundo y cobra especial importancia para la región Latinoamericana y Caribeña.

La República Dominicana no escapa a esa realidad. Por el contrario, los estudios y estimaciones realizadas hasta la fecha señalan niveles persistentes de deterioro en el bienestar de la población. Más aún, si se toma en cuenta la perspectiva asumida en la Cumbre Social al plantear el estrecho vínculo

existente entre la pobreza y la falta de control sobre los recursos: tierra, habilidades, conocimientos, capital y relaciones sociales.

En efecto, la década de los 80 estuvo marcada por un fuerte proceso involutivo que se refleja en el crecimiento sostenido del número de personas afectadas por la pobreza. Según datos del Banco Central de la república Dominicana, ésta pasó de constituir cerca de la mitad de la población en 1984 (47.3%) a representar cerca de 6 de cada 10 dominicanos y dominicanas en 1989 (57.3%).

El incremento de la pobreza, también ha implicado un empeoramiento relativo mayor de la población en condiciones de indigencia, dado que pasó de un 16% a un 30% en el referido período.

Los estudios realizados ponen de relieve diferencias significativas dependiendo de que el análisis se asuma por la vía del ingreso o por vía de las necesidades básicas insatisfechas. Sin embargo estas diferencias, más que expresar una contradicción irreconciliable, parecen aportar elementos complementarios para una interpretación objetiva de la evolución de la pobreza.

El cruce de los resultados obtenidos en las mediciones de la pobreza, vía estos dos enfoques, permiten evidenciar que, si bien la política económica del Estado a finales de los 80 en el área de provisión de servicios y viviendas contribuyó a reducir los pobres cuantificados por el método de Necesidades Básicas Insatisfechas, los efectos internos que generó esta política en lo referente al ingreso fueron de tal magnitud que los grupos pobres se vieron afectados por el incremento de la inflación y la consecuente reducción de los ingresos reales (Gómez citada en Ramírez, 1993).

El clímax del proceso de deterioro se verificó en el 1990 pasando por una espiral inflacionaria que tuvo como resultado una tasa anual acumulada del 100% y repercutió, por tanto, en la disminución del poder adquisitivo de la mayor parte de los/as dominicanos/as.

Sin embargo, no existe consenso acerca de la magnitud de las implicaciones de los desequilibrios acontecidos. Mientras unos asumen que los cambios tuvieron como resultado una ampliación acelerada de la incidencia de la pobreza hasta llegar a afectar al 70% de la población en 1991, otros estudios no llegan a asumir más del 30% de incidencia (24.48% en 1986, 27.40% en 1989 y 29.75% en 1992).

En fechas aún más recientes la pobreza parece haber disminuido en función de la recuperación relativa que ha experimentado la economía a partir de 1991. Las estimaciones rondan, por un lado, entre un 30 a un 50% de incidencia en la población en su conjunto, y por el otro, se habla de cerca de un 55-60% de personas afectadas.

Este panorama parece apuntar, de todas maneras, a la disminución de la pobreza absoluta o cantidad de pobres con respecto al total de personas. Pero los indicadores sociales reflejan que se ha agudizado la pobreza relativa. En ese sentido, se destaca que el 20% más rico de la población pasó al recibir cerca del 60% del ingreso en 1994.

En cualquiera de las perspectivas que se quiere asumir, resalta la complejidad inherente del fenómeno "pobreza", su estrecha relación con el carácter excluyente de la estrategia del desarrollo seguida en el país en los años 80 y a principio de los 90, así como la forma asimétrica en el índice los sectores de la población, en especial, las desigualdades que se sigue generando entre ambos sexos, entre la zona rural y urbana y las desventajas relativas entre regiones y subregiones del país.

En este contexto, el proceso de modernización, entendido así inclusivamente como desarrollo tecnológico, no interpreta de manera adecuada la gravedad del problema de la exclusión social, económica, política y cultural de amplios sectores de la población. Los cambios tecnológicos han traído una serie de mejoras para nuestra sociedad pero, una de sus repercusiones más negativas han sido su tendencia a marginar, discriminar y excluir sectores de la sociedad impidiendo un desarrollo humano y sostenible.

El nuevo gobierno, establecido el 16 de Agosto de 1996, ha establecido como primera prioridad de su gestión la superación de la pobreza como condición necesaria para que el país pueda un proceso de desarrollo sostenible. Con este fin, es imprescindible desagregar la problemática pobreza, considerando los indicadores y tipologías siguientes:

Cuantificación de la pobreza y tipificación de los hogares: combinando en método de la línea de Pobreza (LP) con el método de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Para establecer el impacto diferenciado que han tenido los cambios acontecidos en la economía en las condiciones de vida de la población.

Por ejemplo, en la zona rural predomina la pobreza por necesidades básicas insatisfechas con un 63.9% frente a un 15.3% en zona urbana. Las subregiones más afectadas son El Valle y Enriquillo, en la región suroeste y, en menor

medida, Cibao Occidental, Cibao Oriental, en las región Cibao y Valdesia sin el Distrito Nacional.

Estratificación de los hogares por grado de satisfacción de necesidades básicas: Un grupo de instituciones encabezada por la OPS/OMS, analizó la pobreza existente en el país sobre la base de tres tipos: hogares con necesidades medianamente satisfechas (42.4% de los hogares urbanos y 31.7% de los rurales); hogares con necesidades mayormente insatisfechas (63.9% en zona rural y 15.3% en la urbana) y hogares con necesidades básicas satisfechas (42.3% urbana y 4.3% rural).

En República Dominicana no se cuenta con estadísticas globales y actualizadas sobre la incidencia del fenómeno por sexos aunque la mayor parte de los economistas estiman que, efectivamente, los ajustes económicos han implicado un mayor deterioro en la situación de las mujeres.

Ejemplo de ello es la sustancial diferencia entre las proporciones de desempleo por género: los datos de la ENDESA 91 colocan la tasa masculina en un 11.8% y la femenina en 46.7%, mientras que en 1996 las tasas se sitúan en 10.2% y 28.7% respectivamente (Encuesta de Fuerza de Trabajo, Banco Central).

Otro de los datos que acerca de manera indirecta a la crudeza de las diferencias genéricas de la pobreza, es lo relativo al salario. El 65% de las mujeres ocupadas devengaba un salario menor a RD\$1,200 mensuales; limitación matizada por el hecho de estar trabajando mayormente en el sector informal de la economía y en ocupaciones de menor ingreso y calidad del empleo.

## **1.6 Impacto en el Gasto Social**

La política de restricción a la inversión pública impuesta por los ajustes económicos bajo acuerdo con el FMI originó una caída drástica en el gasto social del gobierno. El monto de los recursos destinados a la educación básica descende de un 13.7%, del gasto público en 1985 a 6.6% en 1989 y un 8.2% en 1994.

De igual manera el gasto de salud se reduce en un 22.7% entre 1985 y 1989, representando el 7.5% y el 5.8% del total del presupuesto nacional ejecutado en estos años respectivamente la reducción del gasto social del gobierno repercutió en un deterioro de la calidad de la educación pública y de la cobertura y la calidad de los servicios de salud de la población.

La migración interna hacia los centros urbanos con mayor posibilidad de vida, promovida por el deterioro de las condiciones de vida de los sectores de ingresos medios y bajos, ha operado como agravante en el proceso de disminución de los servicios de salud, educación, energía, vivienda y saneamiento, así como el agravamiento del desorden urbano en la ciudad capital, Santo Domingo, y otros centros urbanos de atracción como Santiago y San Pedro de Macorís.

También se agravó la situación de la vivienda; los proyectos desarrollados no lograron cubrir ni mínimamente el déficit habitacional acumulado y menos satisfacer la demanda de vivienda por la integración de nuevos hogares. La inversión pública en este sector se redujo de un 29.1% entre 1985 y 1989 y en un 64.7% entre el 89 y el 1994.

En síntesis, el impacto social de la política de ajuste se traduce en crecimiento de la pobreza absoluta y relativa de amplios sectores de la población y el incremento del desempleo con un peso relativo superior en las mujeres. La pobreza, el desempleo y la falta de equidad social y de género constituyen la principal amenaza a la integración social y a la democracia en nuestro país.

En los último años la economía dominicana evidencia una notable recuperación. Sostiene un ritmo creciente con disminución del desempleo. Registra una tasa de desempleo global de 15.9%, 9.5 para hombres y 28.7% para mujeres.

Además, en los dos últimos años se ha incrementado el gasto social, priorizando los renglones de educación, con un incremento de 44.2%, salud (30.1%), asistencia social (58.8%) y vivienda con un incremento (300%). En total el gasto social creció en un 30% en 1997 respecto al 1996 y en un 15% del 97 al 98.

## II. Integración de los Asuntos Sobre la Población y el Desarrollo

### 2.1 *Importancia que el Gobierno Otorga a los Temas de Población*

En las políticas globales de desarrollo, adoptadas en 1996 por el Gobierno Dominicano, se asumen las variables población y medio ambiente como variables estratégicas para el desarrollo sostenible. En este sentido, se confiere atención especial a los procesos demográficos en el contexto de los cambios económicos, sociales, políticos y culturales que promueven el conjunto de políticas, medidas y disposiciones contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo Social (PNDS).

La Política Global de Desarrollo persigue maximizar las potencialidades de desarrollo mediante una estrategia de acción dirigida al establecimiento de los equilibrios necesarios entre recursos económicos, recursos naturales y la satisfacción de las necesidades materiales, sociales y culturales de la población (PNDS, página 176, acápite 6.1.1.3).

Ahora bien, en el nivel de la ejecución de los programas y proyectos, aún persisten factores de carácter institucional, económico y cultural que limitan la ejecución de estas políticas. Entre estos, hay que superar la debilidad institucional en el monitoreo, para posibilitar la articulación de las cuestiones de población, medio ambiente y recursos naturales, como ejes transversales en los planes, programas y proyectos nacionales, sectoriales y locales.

### 2.2 *Institucionalización de la Incorporación de las Variables de Población en el Desarrollo.*

El Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA), se creó mediante el Decreto Número 2091 del 14 de febrero de 1968, como organismo rector de la investigación, planificación, coordinación y promoción de los aspectos vinculados a la población y el desarrollo.

Actualmente se ha iniciado un proceso de readecuación de la misión institucional del CONAPOFA, en el marco de la reforma al sistema de salud y el proceso general de Reforma y Modernización del Estado. De acuerdo a los lineamientos de su Plan Estratégico 1997-2001, CONAPOFA, centra su atención en los aspectos fundamentales de políticas de población, en los temas: población, familia y desarrollo; salud, salud sexual y reproductiva; información, educación y comunicación; promoción de apoyos y fortalecimiento institucional.

El CONAPOFA, desde su creación hasta estos momentos (en transición hacia su fortalecimiento como rector en materia de población) ha operado principalmente como servidor de servicios de planificación familiar y de atención en salud reproductiva, lo que ha limitado su desarrollo en materia de investigación y política de población.

En este año, 1998, se inició el proceso de traspaso de los servicios que ofrece el CONAPOFA, en materia de planificación nacional y salud sexual y reproductiva, a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), a fin de concentrar su atención en la investigación, planificación, coordinación y promoción de la política nacional de población, tal y como lo establece su Plan Estratégico 1997-2001.

El Consejo Directivo de CONAPOFA está integrado por: la Secretaría de Estado de Agricultura, Secretaría de Estado de Educación y Cultura, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, Secretaría de Estado de Trabajo, Secretariado Técnico de la Presidencia, Departamento Materno Infantil -SESPAS-, Dirección General de Promoción de la Juventud, Dirección General de Promoción de la Mujer y la Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia, esta última organismo no gubernamental, especializado en servicios de planificación familiar y salud reproductiva.

El Plan Nacional de Desarrollo Social (ONAPLAN 1996) precisa los objetivos y las metas a lograr, en materia de población, en el marco de la aplicación de las estrategias globales de desarrollo previstas en dicho Plan. El mismo establece las políticas, líneas de acción y medidas específicas en materia de: Población, Integración Social, Empleo, Compensación social, Gasto Público, Salud, Alimentación, Nutrición, Planificación Familiar, Agua, Saneamiento Básico, Medio Ambiente, Educación, Educación Física y Deportes, Recreación, Seguridad Social, Migración, Vivienda y los grupos de población en situación de riesgo, como lo son: la mujer, menores en circunstancias Especialmente Dificiles, los Migrantes, los Envejecientes y los Discapacitados/as.

Siendo limitada oferta de recursos humanos especializados en materia de población, el Plan Estratégico '97-2001 plantea medidas para promover la formación y especialización de recursos humanos en esta materia, en ese contexto se enmarca la Maestría en Población y Desarrollo que está impartiendo la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).

### 2.3 *Efectos de las Políticas Públicas y las Estrategias de Desarrollo sobre las Tendencias Sociodemográficas*

Según estimaciones realizadas a partir del censo de 1993, la población estimada para 1997 es de 7.777,904, el 56% en la zona urbana y el 41% en la zona rural. La proporción por sexo presenta un 51.3% de mujeres y 48.7% de hombres.

Las principales variables Sociodemográficas han modificado su tendencia en dos últimas décadas en la República Dominicana. El ritmo de crecimiento de la población se redujo de 2.9% entre 1970 y 1981 a 2.3% entre 1981 y 1991 (censos nacionales 1970 y 1981 y ENDESA-91), la tasa global de fecundidad disminuyó de 3.7 hijos/as por mujer, en el período 1983-1985 (ENDESA-86) a 3.2 hijos/as por mujer en el período 1993-1996 (ENDESA-96) y la tasa bruta de mortalidad se redujo de 6.79% en el período 1980-85 a 5.54% en el período 1990-95 (CELADE, Boletín informativo No. 54, 1994).

De igual manera la tasa de mortalidad infantil (0-5 años) disminuyó de 94.47 por 1000 nacidos vivos, aproximadamente, en el período 1976-81 a 57.45 por 1000 nacidos vivos, aproximadamente, en el período 1991-96 (ENF-75, ENF-80, DSH-86 y ENDESA-96).

La reducción en el ritmo de crecimiento de la población y de la tasa de fecundidad ha determinado cambios en la estructura por edad de la población. Proyecciones confirmadas por la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA-96) reportan una mayor concentración en las edades centrales de 15-64 años con un 58.7%, 35.7% entre 0-14 y solo 5.6% de 65 y más.

Los movimientos migratorios internos han modificado paulatinamente su comportamiento y su ritmo. En las décadas de los 60 y 70 estos movimientos fueron predominantemente del tipo rural-urbano. En 1991 la movilidad territorial predominante era la urbana-urbana, con un 44% de los flujos migratorios internos, seguido por la rural-urbana con un 25%. Dentro de este flujo, las mujeres son las que más migran.

La emigración de dominicanos/as al extranjero, en flujos significativos, es un fenómeno de las últimas tres décadas y fundamentalmente a partir de 1980. Para 1991 en el 17% de los hogares dominicanos (11% de los rurales y 21% de los urbanos), o sea aproximadamente en uno de cada seis hogares, registró miembros actuales o anteriores que han vivido o viven actualmente fuera del territorio nacional.



Esta modificación de la tendencia de los indicadores demográficos tiene su transición en el contexto de los cambios operado en la estructura de la economía dominicana y del creciente deterioro de las condiciones de vida de la población a partir de la década de los 80. Hasta mediados de los años 70 nuestra economía era principalmente agrícola, giraba alrededor de los productos tradicionales de exportación (azúcar, café y cacao). La industria azucarera absorbía aproximadamente el 70% del empleo industrial y empleaba a más del 45% de la población económicamente activa.

En los 80 se transforma en una economía principalmente de servicios con predominio del turismo y las zonas francas de exportación. En este proceso el descalabro de la producción agropecuaria y de la industria nacional expulsa grandes contingentes de trabajadores a las calles, llegando la tasa de desempleo abierto a 12.0 % para hombres y 46,7 % para mujeres en 1991.

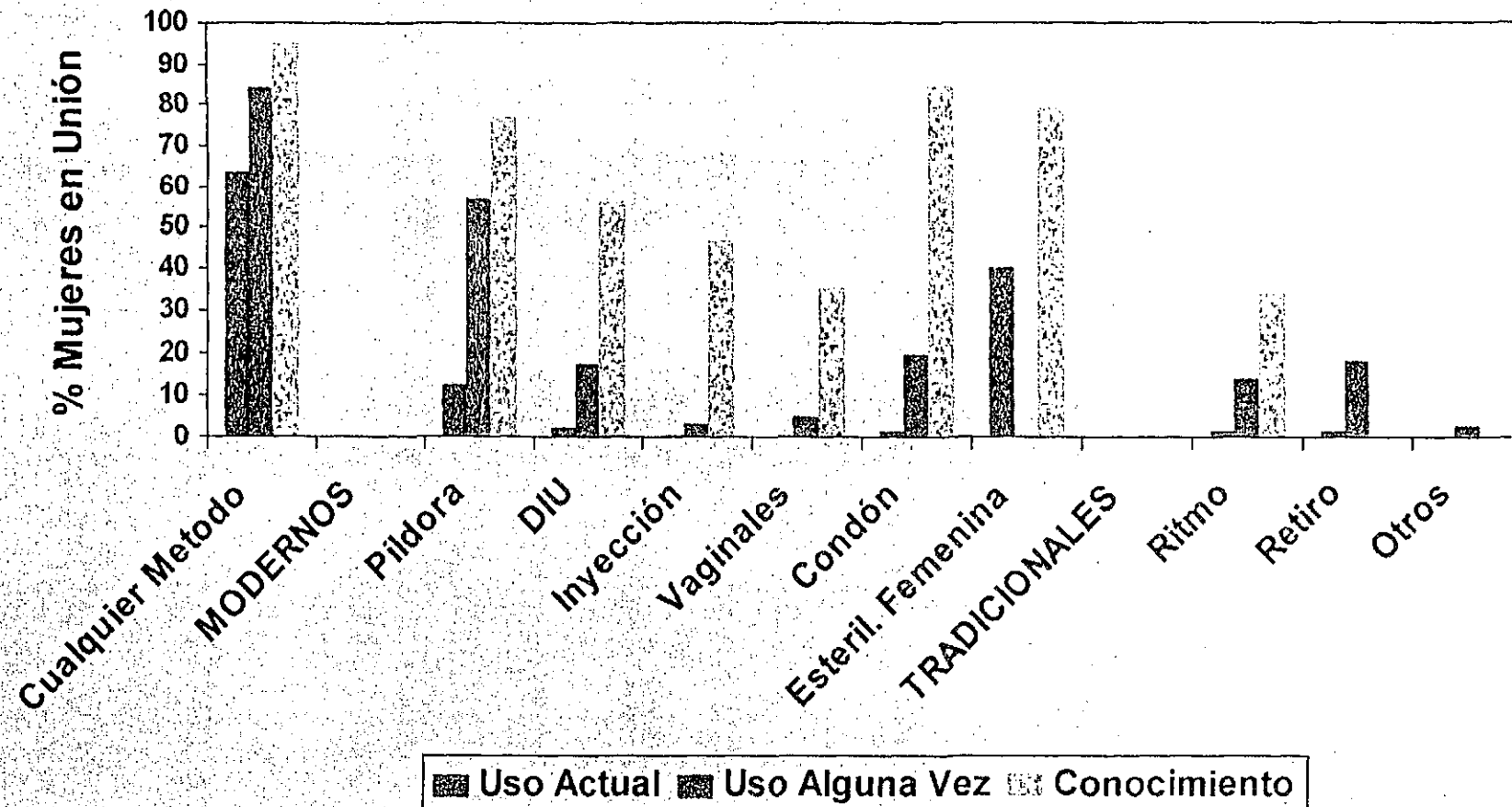
Aunque, en este contexto se impone la política de ajustes estructurales que restringe el gasto social del gobierno, la política de expansión de los servicios públicos de educación, de salud y saneamiento (agua potable, letrinización) iniciada en los años 70, ha incidido en la modificación de la tendencia de la fecundidad y la mortalidad.

El incremento de los niveles de escolaridad de la población (encabezado por las mujeres en todos los niveles educativos); el acelerado proceso de urbanización (generado por la creciente migración interna), la incorporación masiva de las mujeres al mercado laboral y la masificación de la promoción y la oferta de servicios de planificación familiar han incidido en la modificación del comportamiento reproductivo de las mujeres.

Según la ENDESA-1996 el 96.2% de las mujeres de 15-49 años de edad conoce correctamente uno o más métodos modernos, el 85.7% lo había usado alguna vez y el 65.2% usa un método actualmente. (Ver Gráficos I y II)

Al cruzar los datos de movilidad reciente con variables como: la escolaridad, ocupación, edad y sexo, las mujeres encabezan todas las proporciones, confirmando que, la mujer es la mayor migrante interna. Esto podría estar relacionado al hecho de la posición de discriminación y falta de oportunidades en que vive la mujer rural (con limitado acceso a la tierra y al crédito) y la urbana marginal fundamentalmente.

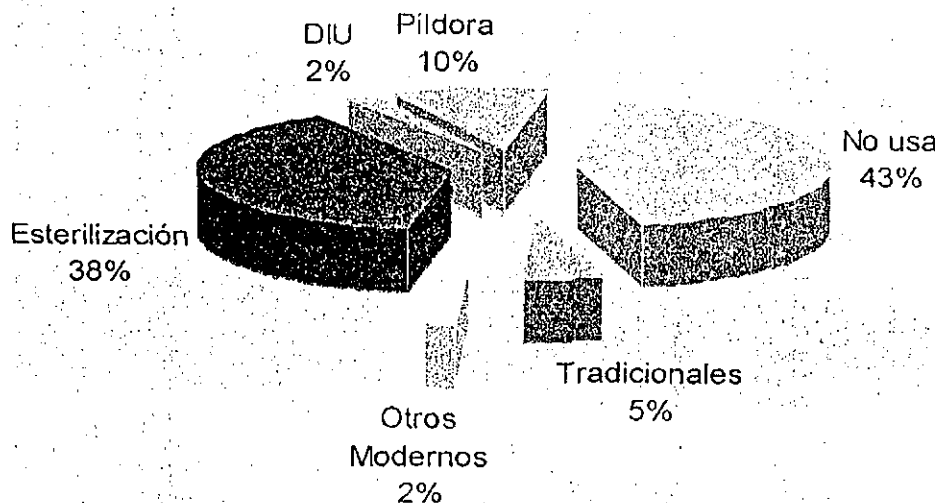
# GRAFICO I: REPÚBLICA DOMINICANA, CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR



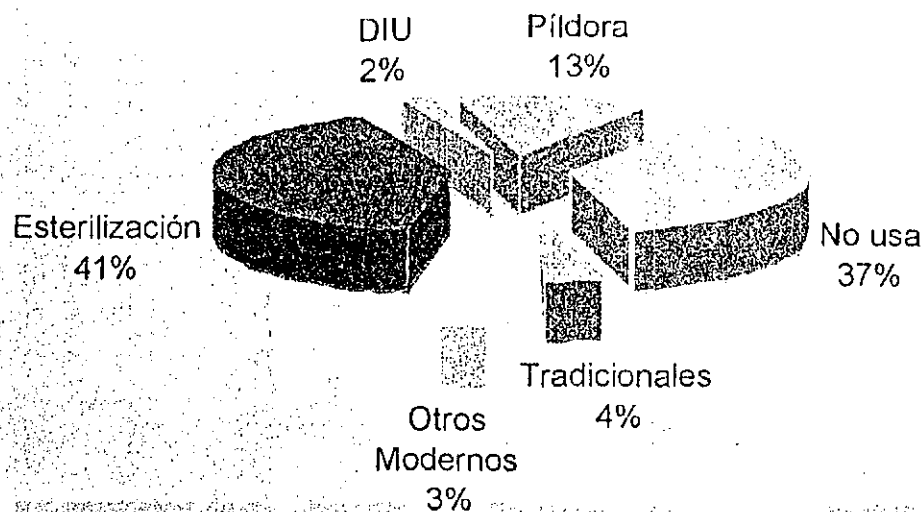
FUENTE: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud, 1996

# GRAFICO 11: REPÚBLICA DOMINICANA, PREVALENCIA DE METODOS ANTICONCEPTIVOS ENTRE LAS MUJERES EN UNION, 1991 Y 1996

ENDESA 91



ENDESA 96



FUENTE: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud, 1996

Dado que las razones principales de la migración de las mujeres (igual que los hombres) son básicamente económicas (empleo y mejores ingresos), la movilidad de las mujeres se ha concentrado hacia unas 6 provincias del país, específicamente en aquellas donde se han establecidos grandes parques de

zonas francas industriales de exportación y grandes complejos turísticos (San Pedro de Macorís, Romana, La Altagracia, Santiago, Puerto Plata, San Cristóbal y Santo Domingo).

Un estudio reciente estima que al menos unos 700 mil dominicanos/as han emigrado en las últimas tres décadas, la mayor parte de ellos a partir de 1980 y sobre todo desde 1985 hacia Estados Unidos y Europa, lo que se atribuye al agravamiento de la crisis social y económica en años recientes.

En lo que respecta a la inmigración procedente de Haití, los datos estimados existentes continúan siendo muy deficientes y más bien especulativos, señalándose frecuentemente cifras que oscilan entre 500 mil y un millón, no obstante, se carece de fuentes de información (censo, registro o encuesta) que apoyen estas estimaciones.

Las tendencias recientes en materia de migraciones internas y distribución espacial de la población se resumen en:

- a) Una alta movilidad territorial. El 3.4% de la población ha cambiado de localidad de residencia por lo menos una vez en su vida, y el 9% ha emigrado en el quinquenio 1986-1991.
- b) Un promedio de cien mil migrantes internos por año.
- c) Predominio de los movimientos urbanos-urbanos, aunque la migración rural-urbana se mantiene alta.
- d) Preeminencia del Distrito Nacional como centro de atracción para el resto del país.

## 2.4 *Políticas de población*

En la República Dominicana no se ha implementado una política de población propiamente dicha, por lo tanto las acciones desarrolladas se limitan a la diseminación de información, de medios y conductas encaminadas a reducir la fecundidad.

El Gobierno ha iniciado cambios institucionales en la Secretaría de Salud Pública y el Consejo Nacional de Población y Familia para ampliar la cobertura, mejorar la calidad y eficientizar la prestación de servicios de salud

sexual y reproductiva en las instituciones publicas. De igual manera se han formulado lineamientos de política de población, en Plan de Desarrollo Social, el Dialogo Nacional y el Plan Estratégico de CONAPOFA 1997-2001. Está dadas las condiciones para adoptar una política nacional de población.

En los últimos tres años, se han realizados varios espacios de debate y análisis sobre temas, tales como: población y desarrollo, políticas públicas y alternativas de desarrollo. Los eventos más relevantes, en materia de evaluación de la situación sociodemográfica de la población y propuestas de política de población fueron:

- a) El Seminario sobre Problemas de Población en la República Dominicana, realizado entre mayo\junio de 1995, en el cual se debatieron temas tales como: población y medio ambiente; condición de la mujer; población y nutrición; población y salud; migración externa e interna y política de población y estrategia de desarrollo, aportando recomendaciones concretas para la formulación de una política nacional de población.
- b) El Proyecto de Promoción de Políticas Públicas Sociales, que ejecuta el Centro Universitario de Estudios Políticos y Sociales de la PUCMM, con auspicio del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), realizó un proceso de consulta con diferentes sectores de la sociedad dominicana. En este espacio de concertación se formularon propuestas concertadas de políticas, programas y líneas de acción para enfrentar los males que implica la pobreza crítica en diez temas prioritarios.

Las Jornadas de Concertación, contaron contó con el co-auspicio de la Oficina Nacional de Planificación (ONAPLAN) y el Secretariado Técnico de la Presidencia. Dicho proceso culminó en de febrero de 1997, con el **Foro Nacional de Políticas Públicas Sociales** que sancionó el documento de propuestas guía para el diseño y ejecución de políticas y programas de desarrollo.

- c) El "Diálogo Nacional", organizado por el Gobierno, como una actividad del Proceso de Reformas y Modernización del Estado, en el cual se dieron los diferentes sectores de la sociedad civil e instituciones gubernamentales y no gubernamentales (ONG) que de una manera u otra influyen en el desarrollo de políticas y programas de población y desarrollo en nuestro país. Este proceso se realizó entre los meses de febrero y marzo de 1998,

con una cobertura nacional que partió del nivel local al regional y del nivel regional a la plenaria nacional.

Las propuestas de políticas públicas emanadas de este proceso, entre ellas recomendaciones de política de población, dieron lugar a la formulación del Plan de Acción para la Reducción de la Pobreza "Programa Comunidad Digna" dirigido a mejorar las condiciones de vida y a promover el desarrollo integral de la población en situación de pobreza. Con prioridad en los grupos más vulnerables: mujeres jefas de hogar, población envejeciente, discapacitados/as, jóvenes y menores en circunstancias especialmente difíciles.

El Gobierno Dominicano, con una inversión de 2,000 millones de pesos aproximadamente, inicia en el segundo semestre de este año 1998, la ejecución el Plan de Acción para la Reducción de la Pobreza "Programa Comunidad Digna" focalizado hacia las localidades con mayor concentración de pobreza absoluta y relativa. Dicho plan articula la seis grandes programas:

- a) **El Programa de Alimentación con tres subprogramas:**
  - "Alimento para Todos", mediante la venta de productos subsidiados.
  - Desayuno Escolar con las modalidades: Alimentación Escolar Fronteriza, Alimentación Escolar Urbano/Marginal y el Programa de Transferencia de Fondos.
  - Comedores Económicos: Comedores Productores y Comedores Distribuidores.
  
- b) **Programa de Apoyo a la Generación de Ingreso con los subprogramas siguientes:**
  - Cooperativa de Producción para Mujeres en un enfoque integral de los componentes de: capacitación, asistencia técnica, comercialización y financiamiento.
  - Fondo de Financiamiento para la Micro empresa ofrece préstamo blando al sector informal.
  - Talleres Comunitarios de Capacitación: capacitación en áreas técnicas para jóvenes y capacitación para la gestión de la micro empresa.
  
- c) **Programa de Saneamiento Básico y Vivienda**
  - Saneamiento Básico: acondicionamiento de cañadas y cloacas, agua potable, reparación de calles y caminos vecinales, drenaje

sanitario y protección ambiental y mejoramiento del medio ambiente como ejes transversales.

- Vivienda: mejoramiento de vivienda y fondo rotatorio

**d) Programa de Salud Básica**

- Atención Integral en Salud: atención materno infantil, control de enfermedades, mejoramientos de locales, municipio saludable.
- Boticas Populares para la venta de medicamentos a precios subsidiados
- Educación en Salud: prevención de embarazo precoz, salud comunitaria, difusión de materiales educativos.

**e) Programa de Atención Especial a Grupos Vulnerables de la Población:**

- Estancias Infantiles Diurnas con los servicios de educación inicial, salud preventiva y alimentación.
- Estancias Diurnas para Envejecientes con servicios de alimentación, servicios de salud integral y recreación.
- Atención a Niñas/os en situación de vulnerabilidad con servicios de recuperación escolar, orientación psicosocial y capacitación para el trabajo.
- Apoyo a Hogares en Situación de Vulnerabilidad mediante bonos para la compra de alimentos.
- Apoyo a Mujeres jefas de Hogar en situación de extrema vulnerabilidad: bonos para la compra de alimentos y subsidio.

**f) Programa de Educación**

- Educación Básica para Personas Adultas: alfabetización con prioridad en la población económicamente activa.
- Educación Integral para niños/as de menos de 5 años
- Capacitación en Gestión Comunitaria: organización y participación comunitaria, educación comunitaria e integración social.

En materia de salud, el gobierno dominicano, con mira a cumplir con los compromisos asumidos por el país para el logro de las metas de la CIPD, ha establecido un conjunto de estrategias entre las que se destacan: el Plan de Movilización Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil, las del Programa de Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETS), la Estrategia Nacional de IEC en Salud Sexual y Reproductiva del Grupo Nacional de Estrategias de Información, Educación y Comunicación en Salud Reproductiva, la creación del Departamento de Atención Integral del Adolescente para ofrecer servicios de salud sexual y

reproductiva a este estrato de la población y las del Programa de Educación Sexual Integral y Familiar (PESIF), de la Secretaría de Estado de Educación y Cultura (SEEC).

Entre los principales indicadores y metas figuran:

- Reducir la Tasa de Mortalidad Infantil hasta 25 por mil nacidos vivos en el año 2,000, mediante la reducción del 60% de las muertes esperadas por EDA, el 30% de las muertes esperadas por IRA, el 30% de las muertes esperadas por deficiencias nutricionales y el 10% de las producidas por afecciones originadas en el período perinatal.
- Reducir la Tasa de Mortalidad Materna hasta 80 por 100,000 nacidos vivos en el año 2,000, mediante la reducción del 45% de la toxemia, 30% de otras causas directas, 25% de las complicaciones del puerperio, 20% de las causas obstétricas indirectas, 15% de las hemorragias y 10% de los abortos.
- Mayor prevalencia de uso de métodos anticonceptivos al 60% de las mujeres en edad fértil y al 40% de las usuarias que utilizan métodos reversibles modernos.
- Mantener la cobertura de atención institucional al parto superior al 95% de los embarazos y las coberturas de vacunaciones básicas por encima del 90% en los menores de un año y por encima del 95% de las embarazadas de todo el país.
- Por lo menos el 80% de los episodios diarreicos en menores de un año recibirán rehidratación oral.
- Otros indicadores se refieren al aumento de la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta el cuarto mes a un 40% de los menores de un año, auditar el 80% de las muertes de los menores de un año y el 90% de las muertes maternas, establecer Comités de Vigilancia para reducir la mortalidad materna e infantil en cada una de las Direcciones Provinciales de Salud (30 Direcciones) y en cada uno de los establecimientos de salud (hospitales, subcentros, clínicas urbanas y clínicas rurales), establecer programas de salud escolar en cada una de las escuelas primarias del país.

Los principales mecanismos de vigilancia y medición del adelanto hacia el logro de las metas cuantitativas de la CIPD establecido por el Gobierno, en el área de la salud, figuran: la creación de las unidades de vigilancia epidemiológica, la notificación obligatoria y por la vía más rápida de toda muerte infantil y de mujer entre 10 y 50 años antes de las 48 horas, los



reportes mensuales de defunciones infantiles y maternas, el fortalecimiento de las unidades de investigación, la creación de los comités institucionales, la acreditación a hospitales que mantengan niveles satisfactorios de atención materno infantil y la consolidación del sistema de información y vigilancia epidemiológica, entre otros.

### III. Equidad de Género y Habilitación de la Mujer

#### 3.1 *Equidad de género y participación socio-política*

Constitucionalmente la mujer adquiere su condición de ciudadana, al igual que el hombre, al cumplir sus 18 años de edad y aquellas que sean o hubieren sido casadas aunque no hayan cumplido esa edad, En su artículo 13, sobre los derechos de los ciudadanos, la Constitución, garantiza la igualdad entre hombres y mujeres para elegir y ser elegidos/as en los diferentes cargos de conducción del Estado. No obstante, en la práctica el ejercicio de estos derechos no se da en igualdad de condiciones.

La participación de la mujer como electora se ha incrementado paulatinamente desde la época de los 70, llegando a superar la participación de los hombres en los 3 últimos periodos electorales. Según datos de la FLACSO en "Mujeres Dominicanas en Cifras", en las elecciones de 1986 la participación fue de 47.8%, en la de 1990 de un 52.0% y de 57.0% en 1994 y 1998.

##### 3.1.1 Participación de la mujer en los puestos electivos del Poder Legislativo

Si bien la mujer constituye un volumen importante en la decisión de elegir los candidatos para ejercer el poder, la participación de éstas ha sido poco significativa en las candidaturas para los puestos congresionales y municipales, incluyendo el hecho de que los partidos con mayor probabilidad electoral nunca han nominado mujeres para cargo de Presidente. Sólo en 1996 fue nominada una mujer a la vicepresidencia. La mayor participación de mujeres como candidatas se da en los puestos de menor jerarquía, tales como regidoras y suplentes de regidores, y en menor medida, como diputadas, senadores y sindicadas.

En el Año 1997 fue aprobada en la modificación de la Ley Electoral una cuota de 25% de mujeres en los puestos electivos congresionales y municipales. Sin embargo apenas sólo fueron elegidas 24 diputadas de 149

que componen la llamada Cámara Baja, 2 senadoras de 30 para un porcentaje de 14.4% de mujeres en puestos congresionales.

La participación de la mujer en el Poder Legislativo es minoritaria con relación a la participación del hombre. Tampoco el aumento en el número de representantes de la Cámara Baja (por incremento en la población), se ha traducido en un incremento de la mujer en el congreso. (Ver Gráfico III)

CUADRO I:  
MUJERES EN EL PODER LEGISLATIVO EN LA REPUBLICA DOMINICANA: 1986-1998

Años	Cámara de Diputados/as			Cámara de Senadores/as		
	Hombre	Mujer	% Mujer	Hombre	Mujer	%Mujer
1986	111	9	7.5	29	1	3.3
1990	106	14	11.7	30	0	0.0
1994	109	11	8.6	29	1	3.3
1998	124	24	16.1	28	2	6.6

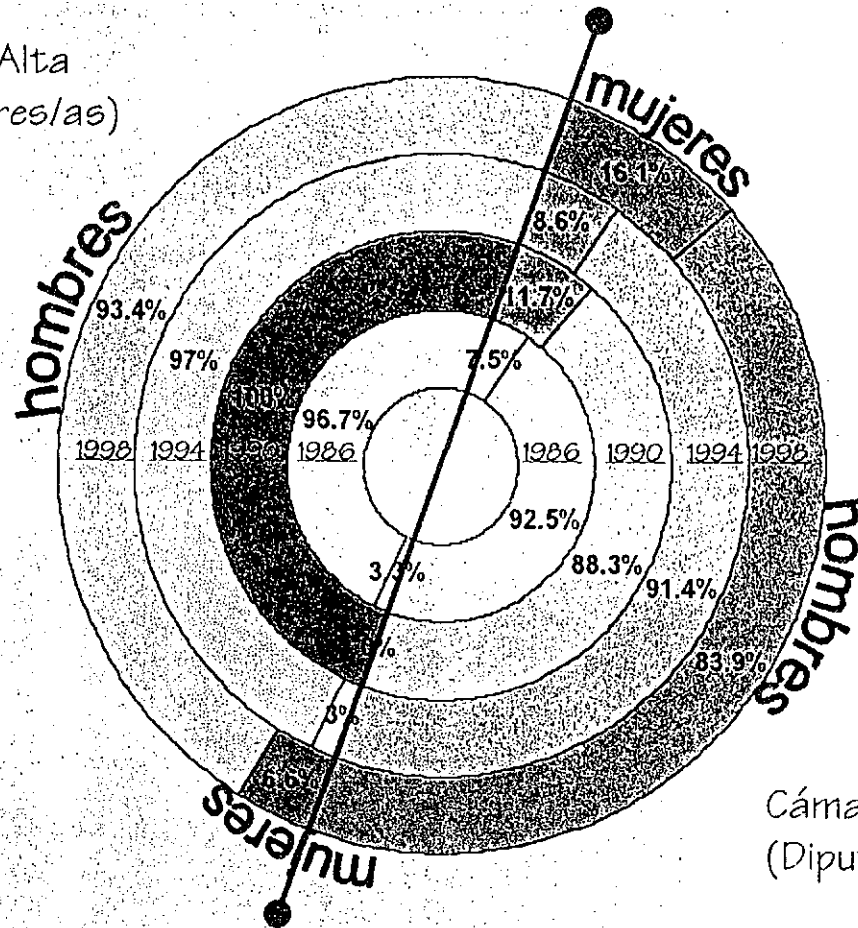
Elaborado por: Sonia Díaz, con Estadísticas de la Junta Central Electoral.

No obstante, la participación minoritaria de las mujeres en el Congreso, estas juegan un rol activo y propositivo que contribuye a la transformación de la situación y la posición de la mujer, en especial, en lo relativo a la modificación de las leyes discriminatorias, anteponiendo en muchas ocasiones sus diferencias partidarias en aras de hacer alianza y concertaciones en favor de la mujer. Sin embargo los partidos siguen cerrándoles el paso a las mujeres, lo que se evidenció en el incumplimiento de la cuota del 25%.

La Dirección General de Promoción de la Mujer, ONG y grupos de mujeres han llevado a cabo un trabajo con las mujeres de partidos en aspectos de género y en su formación política así como mediante campañas de sensibilización dirigida a los partidos para que se establezca una mayor cuota de participación para las mujeres.

GRÁFICO III:  
 REPÚBLICA DOMINICANA,  
 PARTICIPACIÓN DE LAS MUJERES EN EL CONGRESO NACIONAL

Cámara Alta  
 (Senadores/as)



Cámara Baja  
 (Diputados/as)

FUENTE: Junta Central Electoral, 1998

### 3.1.2 Participación de la mujer en el poder judicial

La participación de la mujer en el Poder Judicial ha mejorado en los últimos años, en el año 1997, por primera vez en la historia de la justicia dominicana, se integraron juezas a la Suprema Corte de Justicia, máxima autoridad en materia de justicia. Actualmente hay 5 juezas de 16 jueces. En las Cortes de Apelaciones el 30.6% son mujeres, en Juzgados de Primera Instancia el 35.4% y en Juzgados de Paz el 36.6%.

Aunque no se cuenta con estadística actualizadas, las informaciones que circulan del proceso de evaluación y nombramiento de jueces/zas, que está realizando la Suprema, indican que la tendencia marca un incremento de mujeres en la Corte de Apelación y en los diferentes juzgados.

CUADRO II  
REPUBLICA DOMINICANA: PARTICIPACION FEMENINA EN EL PODER JUDICIAL

<i>Cargos</i>	<i>Ambos Sexos</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% de Mujeres</i>
Suprema Corte de Justicia (1998)	16	5	31.25
Corte de Apelación	75	23	30.70
Tribunal de Tierra	46	24	52.20
Juzgados de Primera Instancia	79	28	35.40
Juzgados de Instrucción	39	13	33.33
Juzgados de paz	205	75	36.60
<b>Total</b>	<b>460</b>	<b>168</b>	<b>36.52</b>

Fuente: Suprema Corte de Justicia, Departamento de Estadísticas Judiciales, 1993; citado por FLACSO: Mujeres Latinoamericanas en Cifras/República Dominicana.

### 3.1.3 Participación de la mujer en los puestos electivos de los gobiernos locales

Aunque hay una activa participación de las mujeres en la actividad local a través de las organizaciones sociales y comunitarias y de los partidos políticos, su participación en los puestos electivos municipales sigue siendo minoritaria. Tampoco en este nivel se cumplió la cuota del 25% de mujeres, vigente a partir de las elecciones de mayo de 1998. (Ver Gráfico IV)

El comportamiento de la presencia de la mujer en los gobiernos municipales o locales, presenta características muy similares a las evidenciadas en las cámaras legislativas, caracterizándose por la participación reducida en las

sindicaturas y mayor en las regidurías. De hecho bajó el número de mujeres síndicas de 6 en el periodo 1994-98, a 2 en 1998-2002.

CUADRO III  
REPUBLICA DOMINICANA: PARTICIPACION DE LA MUJER EN LOS PUESTOS ELECTIVOS MUNICIPALES 1990-1998

Año	Síndicas		Regidoras		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
1990	5	4.9	64	10.2	69	9.5
1994	6	5.6	95	14.7	48	13.2
1998	2	1.7	182	24.1	182	20.9

Fuente: Perfil de las Mujeres en el Gobierno Municipal, Cruz Consuelo, CIPAF, Santo Domingo, 1996.

### 3.1.4 Participación de la mujer en la Administración del Estado

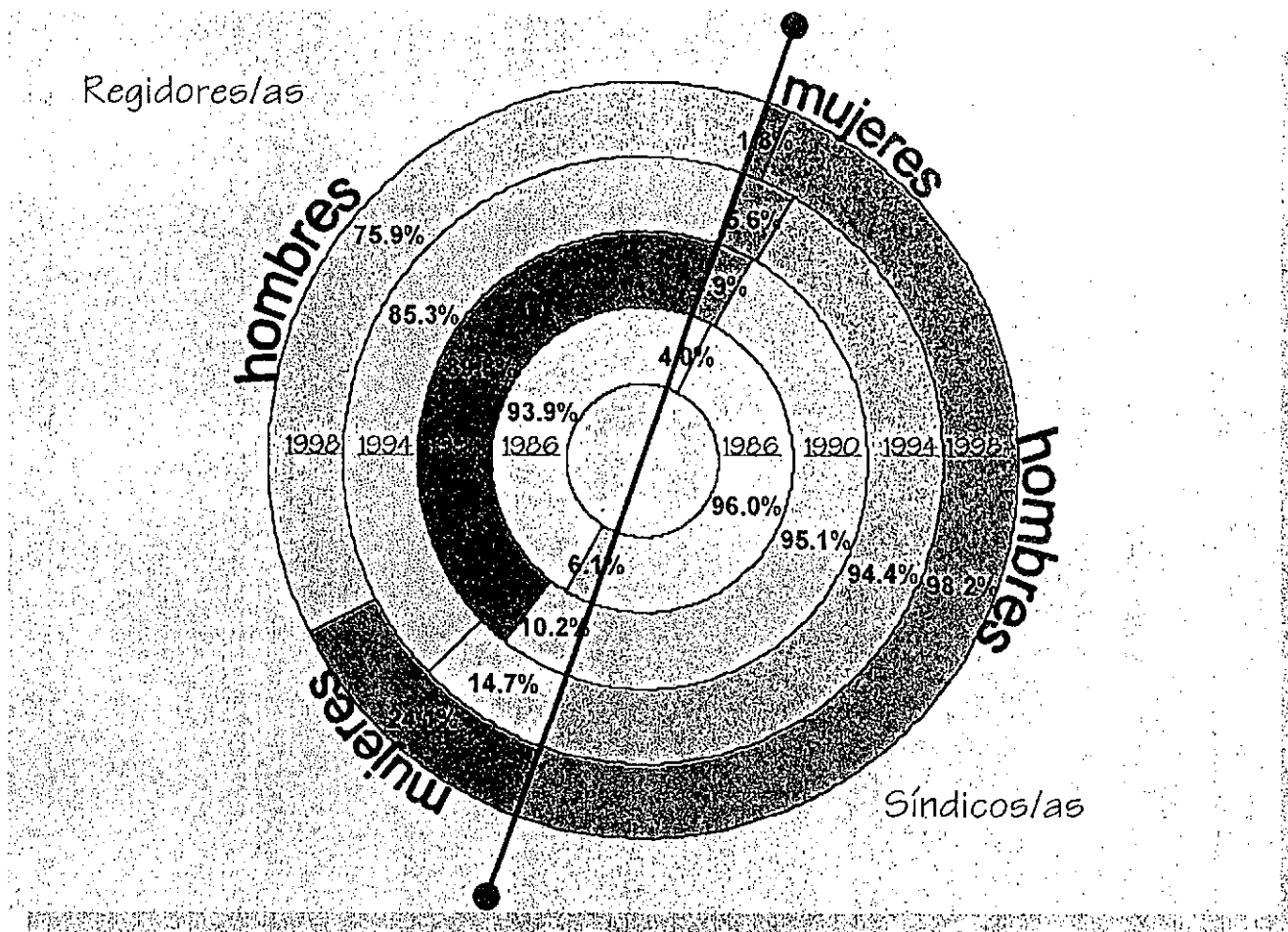
La participación de la mujer en la administración del Estado ha representado un incremento muy significativo, principalmente en los puestos medios como direcciones y subdirecciones generales, jefaturas de departamentos, secciones y divisiones. En los cargos ejecutivos superiores la participación no se corresponde con los niveles de avance que hemos logrado en estos planos.

CUADRO IV  
REPUBLICA DOMINICANA: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA PRESENCIA DE LA MUJER EN LOS CARGOS EJECUTIVOS PRINCIPALES DEL ESTADO, 1982-1994

Cargos	Años						
	1982	1986	1990	1991	1992	1993	1994
Secretaría de Estado	17.6	29.4	13.3	11.8	17.6	17.6	11.8
Subsecretaría de Estado	11.8	23.5	41.7	17.6	29.4	29.4	35.3
Directora General	40.0	20.0	30.0	40.0	40.0	40.0	60.0

Fuente: Oficina Nacional de Administración y Personal (ONAP), 1994

GRAFICO IV:  
 REPUBLICA DOMINICANA  
 PARTICIPACION DE MUJERES EN LOS GOBIERNOS MUNICIPALES



FUENTE: Junta Central Electoral, 1998

### 3.1.5 Participación de la mujer en partidos políticos y otras instancias de poder

Para las elecciones de 1990, por primera vez en la historia electoral del país, al igual que las del 1994, la casi totalidad de los partidos presentaron programas de gobierno donde el tema mujer ocupaba un lugar relativamente importante. Sin embargo, no se ha reflejado en las candidaturas presentadas por los partidos, tal y como se ha indicado antes.

En la actualidad, la presencia femenina en los partidos políticos acusa la misma estructura que en otros ámbitos: a medida que asciende la escala de dirección del partido, disminuye la proporción de mujeres.

En la actividad sindical, a pesar de que este sector muestra en su conjunto un relativo bajo perfil de operaciones, la mujer ha aumentado paulatinamente su participación. Esta participación siempre se ha dado en puestos de menor jerarquía tales como vocales y encargadas de finanzas. Pocas mujeres ocupan los cargos de secretarías generales de los sindicatos.

Dentro de los gremios profesionales, también la participación de las mujeres es muy escasa a niveles de dirección aún en aquellos gremios cuya militancia es fundamentalmente femenina, como en el caso de la Asociación Dominicana de Profesores (ADP).

Para 1991 dos de los gremios más importantes, la Asociación Médica Dominicana y el Colegio Dominicano de Ingenieros, Arquitectos y Agrimensores, tenían dos mujeres en sus respectivas secretarías generales. La mayor participación de las mujeres en gremios profesionales se observa en la Asociación Dominicana de Abogados (ADOMA) con un 37.5% de abogadas en su directiva.

## 3.2 *Las Organizaciones de Mujeres*

Las organizaciones de mujeres se caracterizan por haberse mantenido a la vanguardia en la lucha y defensa de la situación de la mujer. Han hecho los principales aportes en términos de teoría y reflexión sobre la condición femenina. Su trabajo trasciende el marco institucional en pos de una militancia de género en favor de la construcción de un movimiento feminista y de mujeres, diverso y plural.

Aunque en un inicio hacían un trabajo bastante general, estas se han ido especializando cada día más y aportando a la construcción y el conocimiento de la realidad de la mujer en el sector específico que trabajan. Existen organizaciones especializadas en asistencia legal, violencia, investigación, salud, comunicación, cuestiones de etnia, etc.

Estas organizaciones han mantenido una presencia significativa en la celebración de coyunturas especiales como: el Día Internacional de la Mujer, Día Internacional Contra la Violencia, Día Internacional de Acción en Favor de la Salud de la Mujer y otras acciones y demandas que se llevan a cabo dentro del movimiento de mujeres.

Han jugado un papel clave en la formación de organizaciones de base de mujeres tanto urbanas como rurales y en el apoyo educativo a las mismas, garantizando la reflexión de género en su interior. También en el apoyo a programa de formación en género que llevan a cabo las ONG.

Han agotado innumerables esfuerzos por mantener la unidad y la articulación dentro del movimiento de mujeres. Fruto de esos esfuerzos se han creado diversas redes y coordinaciones dentro de las que cabe destacar, el papel desempeñado la Coordinadora de ONG del Area de la Mujer, iniciativa que en un primer momento estuvo impulsada por la Dirección General de Promoción de la Mujer.

### **3.2.1 Organizaciones de Base de Mujeres**

Estas organizaciones han sido las que más han crecido y las que mantienen un perfil más uniforme. El mayor desarrollo de estas ha estado centrado en el campo aunque a partir la década de los 80 se da un crecimiento acelerado de mujeres de base a nivel a urbano. Este proceso se corresponde con el desarrollo del movimiento urbano popular en dicho período y con el deterioro de los niveles de vida de la población dominicana.

El auge de las organizaciones campesinas de mujeres se debe al rol desempeñado por instancias gubernamentales durante las décadas de los 60 y 70 a través del desarrollo de diversos programas asistenciales en las comunidades, en los cuales había una alta participación de mujeres. A esta etapa, corresponde la organización de base rural más frecuente entre las mujeres: Centros y Clubes de Madres.

Por otro lado, las ONG también concentraban su trabajo en las zonas rurales siendo el campesinado su base de acción y las mujeres eran el sector que tenía una respuesta más favorable hacia la organización.



El trabajo que se desarrollaba con este sector estaba referido fundamentalmente al desarrollo de la organización campesina de mujeres, impulsó a algunas demandas de tipo comunitario y al desarrollo de proyectos productivos. El impacto positivo de estos proyectos ha ido mejorando la calidad de la alimentación, por el hecho de tener acceso a productos básicos de la dieta familiar como leche, huevos, granos, verduras y víveres.

La capacitación recibida por las mujeres ha ayudado a mejorar su relación con la tierra, el medio ambiente y con la pecuaria menor, y en el nivel comunitario estos proyectos contribuyen a elevar la valoración social que se tienen de los grupos y de las mujeres. El mayor impacto parece ser en el desarrollo personal, pues estos contribuyen a aumentar la autoestima de las mujeres, la seguridad y la confianza en sí mismas y a mejorar su relación familiar.

Como parte de los resultados de estas acciones, se ha evidenciado un aumento en las destrezas de las mujeres en actividades antes desconocidas por ellas, tales como: apertura y manejo de cuentas bancarias, manejo de sistemas simples de contabilidad, más dominio en los procesos de negociación, y algunas fases de la comercialización.

La mayoría de las organizaciones campesinas de mujeres tienen cobertura nacional o regional y reciben el apoyo educativo de diversas organizaciones de mujeres, ONG o dependencias del Estado. Estas entidades nombran promotoras o animadoras para el trabajo de asesoría a estos grupos.

### **3.2.2 Las ONG y los Programas de Mujeres**

En la década de los 80 la mayoría de ONG de educación popular abren programas o departamentos de trabajo con mujeres. Las razones son muy diversas, siendo la más importante el que las mujeres son más activas y las que más responden a su trabajo de campo, pero también por presiones de algunas mujeres dentro de las propias ONG, por presiones de las agencias donantes y por procesos de reflexiones que se dieron en algunas de éstas sobre el potencial transformador que constituyen los grupos de mujeres.

## **3.3 Políticas públicas, incluidas las de población**

El Gobierno Dominicano, además de tomar medidas en el orden legislativo, ha adoptado mecanismos e instrumentos nacionales e internacionales que garantizan: a) que su implementación influya en la transformación de la situación de marginación y discriminación de las mujeres; b) la integración real de la mujer al desarrollo; y, c) la promoción de la defensa de sus derechos

económicos, sociales, civiles, políticos y culturales, así como la participación efectiva de la mujer en los espacios de poder y toma de decisión.

Mediante el decreto No.46 del 17 de agosto de 1982, se crea la Dirección General de Promoción de la Mujer (DGPM) con el propósito de programar proyectos específicos destinados a la promoción de la mujer y la coordinación de todos los programas ejecutados por los diferentes organismos estatales o de carácter privado nacionales e internacionales.

La DGPM, como máximo organismo rector de las políticas de género del Gobierno Dominicano, realiza grandes esfuerzos para contribuir a eliminar las barreras que limitan el adelanto de la mujer y la superación de las trabas sociales, económicas, políticas y culturales que la mantienen en condiciones de desigualdad frente a los hombres.

En el orden legislativo, trabaja impulsando reformas a los códigos y leyes especiales que discriminan a la mujer, así como en la difusión, a toda la ciudadanía, de las modificaciones que favorecen a las mujeres y exhortándoles a las mujeres a hacer uso de los instrumentos jurídicos y legales que protegen los derechos de la mujer.

La entidad asesora a las instancias del gobierno en la formulación y adopción de políticas que garanticen una real incorporación de la mujer al desarrollo y a la erradicación de trabas discriminatorias que aún persisten. En ese orden, la DGPM tiene convenio de cooperación técnicas con la Procuraduría Fiscal del Distrito Nacional, la Policía Nacional, la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, la Cruz Roja Dominicana, el Banco Agrícola, el Centro Dominicano de Promoción de las Exportaciones, la Corporación de Fomento Industrial y la Secretaría de Estado de Agricultura, entre otros.

La DGPM se encarga de dar seguimiento general a los acuerdos convenios, pactos, convenciones, instrumentos y mecanismos referidos a la mujer y asumidos por el gobierno dominicano, tanto en el nivel nacional como internacional.

Se maneja en permanente coordinación con el movimiento de mujeres para la realización de acciones y celebraciones que redunden en beneficio de las mujeres dando seguimiento de manera conjunta a planes y estrategias a través del intercambio de informaciones y consultas en aspectos de interés general y común.

En la actualidad, una comisión integrada por la Dirección General de Promoción de la Mujer, congresistas de los diferentes partidos y

organizaciones del movimiento de mujeres están trabajando en un anteproyecto de ley, que tiene como propósito elevar el rango de la DGPM a Secretaría de Estado de la Mujer. Con ese nuevo status tendrá una mayor incidencia en la elaboración de políticas en beneficio de la mujer y mayores posibilidades de participación en los espacios estatales de toma de decisión y del ejercicio del poder.

Mediante el decreto No.66-95, del 18 de marzo de 1995, el Gobierno creó la Comisión Nacional de seguimiento al Plan de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, presidida por la Directora General de Promoción de la Mujer y constituida por los/as titulares del Secretariado Técnico de la Presidencia, la Secretaría de Estado de Relaciones Exteriores, de Educación y Cultura, de Agricultura, de Salud Pública, la Procuraduría General de la República, la Oficina Nacional de Planificación, el Arzobispado de Santo Domingo, la Secretaría Ejecutiva de la Iglesia Evangélica, la Coordinadora de ONG del Area de la Mujer, el Centro de Investigación para la Acción Femenina, y Mujeres en Desarrollo.

Esta Comisión dará seguimiento y monitoreo al Plan Nacional de Acción para la Igualdad, el Desarrollo y la Paz, el cual recoge las principales acciones y medidas del Gobierno Dominicano para garantizar la igualdad de la mujer y romper las barreras de la discriminación hasta el año 2001, así como a los compromisos regionales e internacionales asumidos por el país.

En 1995, el Senado de la República, creó la "Comisión Honorífica de Mujeres Asesoras del Senado" conformada por expertas en la problemática de género de los partidos políticos; legisladoras, juristas, del movimiento de mujeres y la Dirección General de Promoción de la Mujer. Entre 1996 y 1997, el Presidente de la República, promulgó dos de las leyes trabajadas y promovidas por esta Comisión, la Ley 24-97 Sobre Violencia Intrafamiliar, producto de la modificación al Código Penal y al Código de Procedimiento Criminal, y la nueva Ley de Reforma Agraria que reconoce el derecho de la mujer a la tierra.

Mediante la Ley 605 del 21 de junio de 1995, el Gobierno Dominicano ratificó la "Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer". Esta medida representa un logro muy significativo debido a que el marco jurídico y legal presentaba vacíos muy importante en materia de tratamiento y manejo de la violencia contra la mujer.

El Gobierno Dominicano cuenta con programas en diferentes dependencias del Estado que atienden aspectos específicos de la situación de la mujer. A continuación presentaremos los principales programas:

- a) Unidad de la Mujer, de la Oficina Nacional de Planificación, realiza estudios, elabora y analiza datos estadísticos sobre condición de la mujer y género.
- b) Consejo Nacional de Población y Familia, a través del cual se desarrolla el Programa Nacional de Planificación Familiar.
- c) Oficina de Desarrollo de la Comunidad, que trabaja en el nivel comunitario en la promoción y organización de las mujeres en torno a proyectos y acciones de desarrollo comunitarios.
- d) El Departamento de Educación para la Promoción de la Mujer (EDUC-MUJER) de la Secretaría de Estado de Educación y Cultura (SEEC).
- e) La División de Organización y mujer Rural de la Secretaría de Estado de Agricultura (SEA).

### **3.4 Superación de las Inequidades de Género y Habilitación de la Mujer**

La desigualdad de oportunidades por género, en la República Dominicana, se manifiestan con mayor intensidad en las esferas de poder y de toma de decisiones y ocurre tanto, en los tres poderes del Estado (ejecutivo, congresional y judicial) como, en los partidos políticos y las organizaciones sindicales y gremiales.

Como se observa en el punto 3.1 de este informe. En las últimas tres décadas la mujer dominicana ha escalado a las esferas de poder, pero su participación sigue siendo reducida. Hay dos senadora de 30 senadores, 24 diputadas de 149, 2 sindicas de 115, 182 regidoras de 756. En la administración pública hay 6 secretarías de Estado.

La proporción de mujeres disminuye en la misma medida en que asciende la jerarquía de los cargos en la administración de los poderes del Estado, a pesar de que éstas superan a los hombres en nivel académico. En 1996 (ENDESA'96) el 13.16% de la población femenina de 20 años y más tenía estudios superior frente a un 11.93% de la población masculina en estas edades. En las edades centrales de 20-49 años las proporciones son de 17.0% para mujeres y 13.9% para hombres.

No se dispone de estadísticas confiable de los partidos políticos, sindicatos y gremios, pero a ojo de buena cubera se puede afirmar que el que la dirección

de los partidos y de los sindicatos está en poder de los hombres en más de un 90%.

La Asociación Dominicana de Profesores (ADP) está integrada mayormente por mujeres, pero ahora por primera vez es dirigida por una mujer, los hombres siguen siendo mayoría en la directiva y en el consejo de administración de la Cooperativa de Maestros (órgano que administra los recursos del gremio) no hay una sola mujer.

En las relaciones de poder en el mercado de trabajo, el acceso a los recursos productivos y las relaciones de poder en el ámbito familiar, son áreas donde se verifica una práctica discriminada y subordinada de la mujer. En el mercado de trabajo se expresa en menor salario por igual trabajo, acoso sexual y obstáculos para su acceso a los puestos de dirección. Las desventajas para el acceso a los recursos se sustentan en disposiciones legales que limitan el pleno derecho de la mujer y en pautas culturales que determinan que los bienes y riquezas se traspasen de padres a hijos en perjuicio de las hijas.

La disposición del Código Civil que otorga al marido la administración de los bienes de la comunidad, la violencia doméstica y la violencia contra la mujer son muestras fehacientes de la subordinación de la mujer en el ámbito familiar.

### **3.4.1 Medidas adoptadas para superar la discriminación de la mujer en materia jurídica, laboral, social y política**

En materia legislativa se han producido cambios muy importantes para el avance de la mujer, en lo referido a la modificación de algunos códigos y leyes especiales, como son: Código Penal, Código de Procedimiento Criminal; Código para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes; modificación a la Ley de Reforma Agraria; Código de Trabajo, la Ley Electoral, así como la discusión en el Congreso de proyectos de leyes que favorecen cambios en la situación y condición de la mujer, como son; entre otros, el Proyecto de Estancias Infantiles, la Ley General de Salud y la Ley General de Educación.

- a) Modificaciones al Código Penal: Mediante la Ley No. 24-97, del 28 de enero 1997, se modifica el Código Penal y el Código de Procedimiento Criminal, en la cual se legisla para condenar la violencia doméstica, la violencia contra la mujer, violación sexual, la discriminación, el abandono de niñas, niños y adolescentes; y el abandono de la familia.
- b) La promulgación del Código para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes, Ley 14-94.

- c) **Modificaciones a Ley de Reforma Agraria:** La Ley de Reforma Agraria fue modificada, mediante la Ley 55-97, del 7 de marzo de 1997, en la misma se contempla a la mujer y la unidad familiar como sujetos de reforma agraria, superando de esa manera la discriminación que establecía la anterior Ley en contra de la mujer. Esta modificación expresa el principio de igualdad en todos los beneficios, obligaciones y procedimientos de la Ley.
- d) **Modificaciones al Código Laboral:** En 1992 se aprobó un nuevo Código de Trabajo que sustituye al de 1952. Desde 1978, año en que se aprueba la Ley 855 que modifica el Código Civil, no se producía en nuestra legislación cambios sustantivos en favor de la mujer, constituyendo este nuevo código un paso de avance en ese orden. El nuevo Código, establece que: "La trabajadora tiene los mismos derechos que el trabajador. Las disposiciones especiales presentes en este Código tienen como propósito fundamental la protección de la maternidad". Este hecho significa que no existe distinción alguna entre los derechos y obligaciones del trabajador y la trabajadora, consignando sólo disposiciones especiales para garantizar la reproducción de la sociedad.
- e) **Proceso de modificación del Código Civil:** Desde 1978, no se han producido nuevas modificaciones al Código Civil, prevaleciendo por tanto medidas discriminatorias contra la mujer, como son la Comunidad Universal como régimen de derecho común, con administración del esposo, el régimen dotal y la inmutabilidad de las Convenciones Matrimoniales. No obstante esta situación, la Dirección General de Promoción de la Mujer, en coordinación con el movimiento de mujeres y las congresistas, tienen elaborados varios anteproyectos de modificación a dicho código. El Gobierno Dominicano, mediante el Decreto No. 104-97, del 27 de febrero de 1997, ordenó la revisión inmediata de este y otros códigos.
- f) **Promulgación de la Ley General de Educación:** La Constitución de la República Dominicana, reconoce la educación como uno de los derechos individuales y sociales de los ciudadanos. El Gobierno está impulsando un proceso general de reforma a la educación y dentro del mismo se aprobó la Ley General de Educación, esta nueva ley contempla aspectos importantes en beneficios de la mujer, especialmente en todo el marco conceptual y de principios de la educación y transformación curricular.
- g) **La Ley General de Educación regula el sistema educativo nacional.** En su artículo 4, literal A, establece el derecho a la educación sin discriminación, entre otras razones por sexo. Igualmente establece el principio de igualdad

de oportunidades educativas para todas las personas. En su artículo 5, literal C, establece "Educar para el conocimiento de la dignidad y la igualdad de derechos entre hombres y mujeres". En su título XI, capítulo 1, artículo 214 se establece la igualdad de los sexos como disposición transitoria.

- h) **Modificación a la Ley Electoral:** La nueva ley Electoral en su artículo 76 establece a los partidos políticos la obligatoriedad de incluir en sus nóminas de candidaturas congresionales y municipales un 25 de mujeres. La ambigüedad del reglamento de aplicación de la cuota permitió el incumplimiento de la cuota por parte de los partidos que colocaron las candidaturas de las mujeres en puestos no elegibles.
- i) **El proyecto de Ley General de Salud:** Formulado con la participación de los sectores público y privado de la salud, la DGPM y amplios sectores de la sociedad civil, especialmente de las organizaciones de mujeres. En dicho proyecto se introducen cambios al sistema de salud, se amplía la visión y el concepto general de salud, se reconoce la violencia sexual, psicológica, física y familiar como un problema de salud de las mujeres; se amplía la cobertura de servicios de salud hacia la mujer; se plantean medidas tendentes a reducir la mortalidad materna y se reconoce la salud sexual y reproductiva como un derecho de la mujer.

El Gobierno Dominicano ratificó la "Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer", mediante la Ley 605, del 21 de junio de 1995.

Aun persisten obstáculos y limitaciones que impiden la adopción de nuevas medidas y la plena aplicación de las adoptadas. Como obstáculos tenemos, el bajo status de la DGPM en el tren administrativo del Gobierno, lo que dificulta su rol como rectora de la política pública de la mujer; la posición de la iglesia católica sobre aspectos de la salud reproductiva de las mujeres, oficializada mediante Acuerdo (Concordato) firmado entre el Gobierno Dominicano y el Vaticano en los años 50; y la persistencia de pautas socioculturales, patriarcales y religiosas que asumen la posición disminuida de la mujer, en la sociedad como algo natural a su sexo. Por encima de estas dificultades, las mujeres dominicanas han venido superando obstáculos y limitaciones, ocupando hoy posiciones y reconocimiento de sus capacidades en toda la sociedad.

### 3.6 Educación, equidad de género y habilitación de la mujer

En la última década, los indicadores de educación, evidencian un ascenso considerable en favor de la mujer, tanto con relación a la tendencia de los indicadores femeninos como, al comportamiento de los indicadores de los hombres registrados en las décadas pasadas.

La tasa de analfabetismo total es menor en mujeres que en hombres en el año 1996: con una diferencia mayor, entre la de mujeres y hombres en el nivel rural, tal y como lo muestra el cuadro siguiente. (Ver Gráfico V)

CUADRO V  
EVOLUCIÓN DE LA TASA ANALFABETISMO EN LA POBLACIÓN DE 10 AÑOS Y MÁS,  
POR SEXO, SEGÚN ZONA RESIDENCIA, 1970 Y 1996

Area	Mujeres		Hombres		Ambos Sexos	
	1970	1996	1970	1996	1970	1996
Total País	34.6	15.1	31.4	15.6	33.0	15.4
Zona Urbana	21.9	13.0	15.5	13.2	18.7	13.1
Zona Rural	45.2	29.7	41.7	33.8	43.5	31.7

Fuentes: Censo 1970 y ENDESA/CHA 96, IEPD/PROFAMILIA

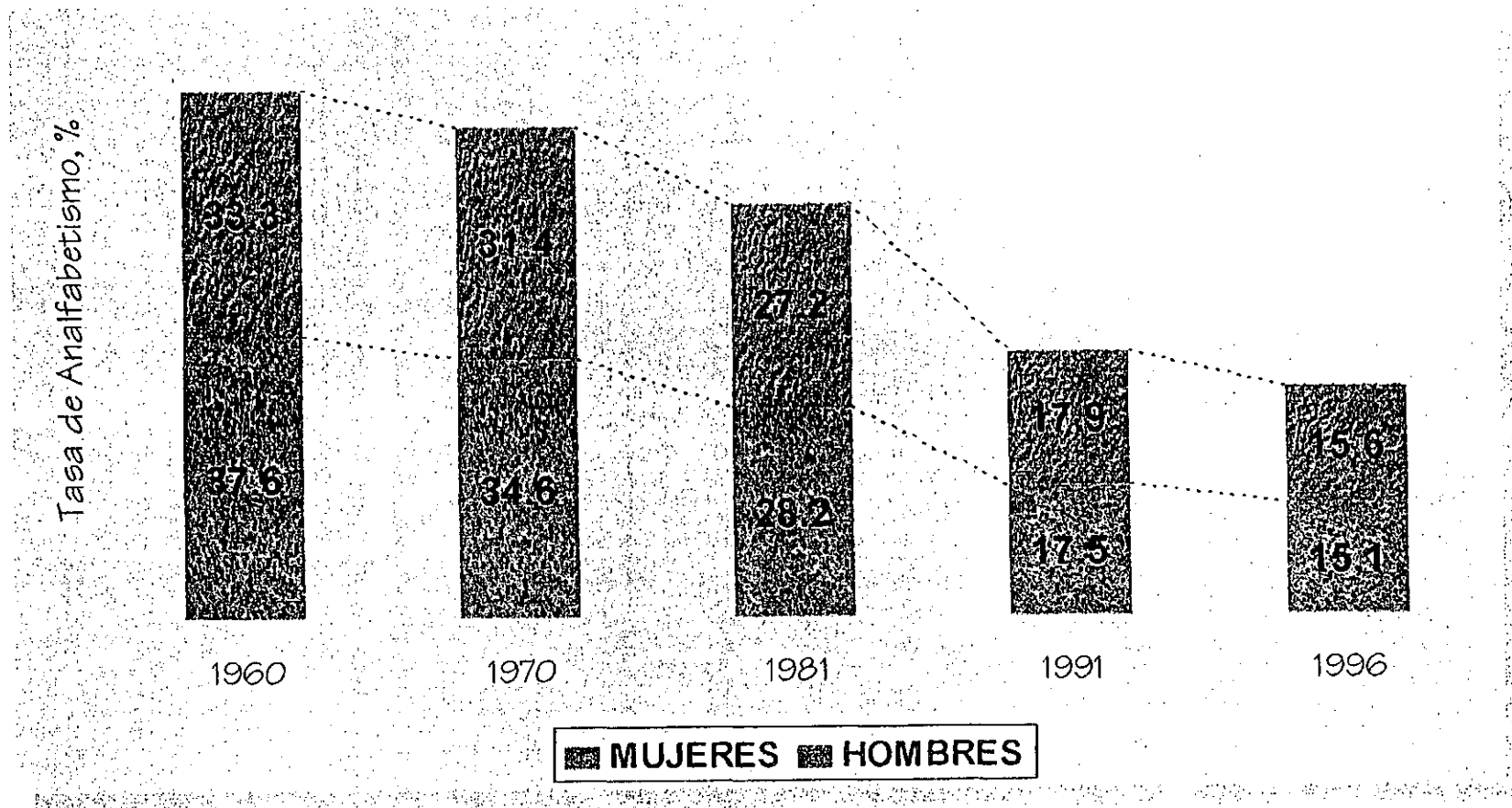
En términos educativos y niveles de instrucción, las mujeres han consolidado la tendencia iniciada desde la década de los 80. Una encuesta nacional llevada a cabo en 1991\* arrojó que en el sistema de enseñanza dominicano, las mujeres ya tienen una mayor participación (especialmente para enseñanza secundaria, universitaria y técnico- vocacional tanto en la zona rural como urbana), estimándose 125 mujeres por cada 100 hombres inscritos.

Con relación a los niveles de instrucción, no existe gran diferencia entre hombres y mujeres dentro de un mismo nivel, aunque existe una gran disparidad entre los niveles primario y secundario, para el total del país.

En efecto, la proporción de hombres con enseñanza primaria era, en 1991, de 48.7 y el de mujeres de 50.1%. Ese porcentaje desciende a apenas 23.6 y 22.3% para cada grupo, respectivamente, con enseñanza secundaria. (Ver Gráfico VI)

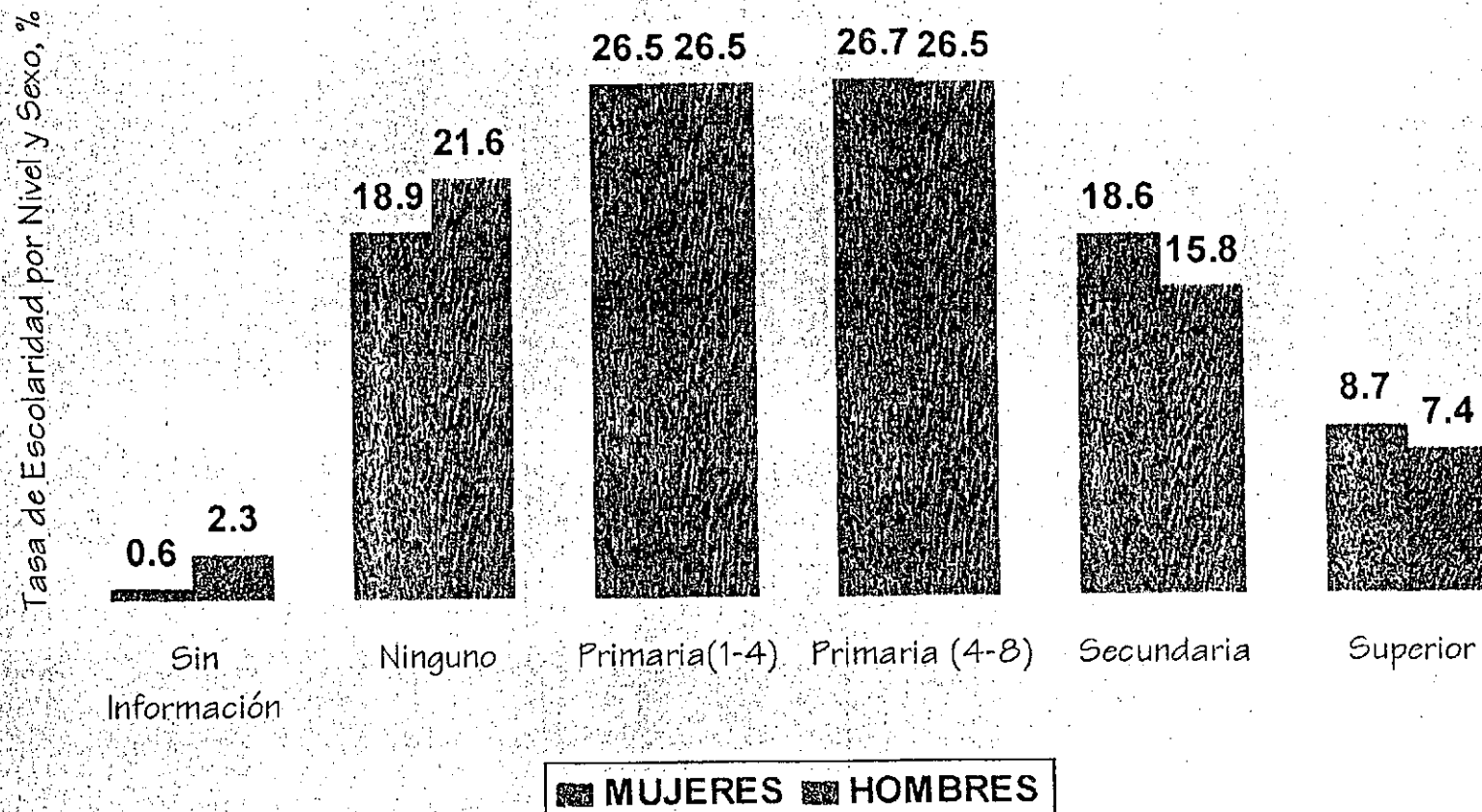


GRAFICO V : REPUBLICA DOMINICANA,  
EVOLUCION DE LA TASA DE ANALFABETISMO, POR SEXO,  
EN LA POBLACION DE 15 AÑOS Y MAS



FUENTES: Censos Nacionales, 1960, 1970 y 1981  
ENDESA, 1991 Y 1996

GRAFICO VI: REPUBLICA DOMINICANA  
 NIVELES EDUCATIVOS DE LA POBLACION DE 15 AÑOS Y MAS  
 POR SEXO, 1996



FUENTE: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud, 1996

Tampoco existen grandes diferencias entre ambos sexos, dentro de cada nivel, según zonas de residencias. El 57% de las mujeres y el 56% de los hombres de la zona rural, habían alcanzado el nivel de enseñanza primaria. Para la zona urbana, estas proporciones alcanzaban el 51 y el 49%, respectivamente.

En educación superior, la proporción de mujeres (10.6%) supera la proporción de hombres (10.2%), con una desigualdad rural-urbana entre las mismas mujeres, mayor que en el nivel secundario. En efecto, por cada 100 mujeres urbanas con algún nivel de educación superior sólo existen 15 rurales en condiciones similares.

La asistencia a las escuelas, colegios, centros vocacionales y universidades, es mayor en mujeres de todos los grupos de edad entre 5 y 29 años que para los hombres en los mismos grupos. Es muy similar para ambos sexos, entre los grupos de edad de 30 a 44 años.

La participación relativa de las mujeres, en formación técnica vocacional se incrementó en más de un 50% entre 1982 y 1994, aunque su mayor incidencia se sigue dando en área tradicionalmente consideradas como femeninas.

Sólo en el Instituto Nacional de Formación Técnica Profesional (INFOTEP), centro de mayor cobertura nacional, el egreso de mujeres se incrementó en un 70% entre el referido período.

Esta situación presenta uno de los mayores cambios culturales en el país con relación a la mujer, cuya educación estaba sujeta en el pasado a la disponibilidad de tiempo luego de cumplir con un conjunto de tareas que dentro de la unidad familiar (principalmente en la zona rural) se le asignaba a las mujeres.

No obstante, en la educación vocacional o capacitación técnica se evidencian sesgos sexistas, orientada a mantener los roles tradicionales, lo que reproduce la desigualdad de oportunidades en la educación y el empleo, limitando el acceso de las mujeres al trabajos remunerado. Este elemento constituye el primer paso a la segmentación ocupacional que muestran las dominicanas.

En 1993, del total de politécnicos del Estado, solo el 30% contemplaba carreras consideradas no tradicionales: mecánica automotriz y diesel, ebanistería, electrónica, mecánica y artes gráficas. El 70% restante imparte carreras técnicas tradicionales: cocina, repostería costura, secretariado. En el nivel secundario sólo el 22% de la matrícula femenina incursiona en carreras no tradicionales.

Esta segmentación en la formación técnico vocacional también se evidencia en la educación superior, donde las profesiones con mayor presencia de matrícula y egreso de mujeres, son aquellas socialmente definidas como "femeninas", entre las que se encuentran pedagogía, psicología, farmacia, bioanálisis, y enfermería.

Del total de egresados, por carrera, a finales de la década de los 80, en la Universidad Autónoma de Santo Domingo, correspondió a mujeres: el 65% del área de pedagogía, el 80% del área de farmacia, química y bioanálisis, el 65% del área de enfermería y más del 80% del área de sicología.

El Estado dominicano mantiene centros de educación para adultos, pero su rendimiento alcanza niveles insuficientes dada la heterogeneidad de la matrícula. La tasa de deserción en este programa es de un 28% en el primer nivel, de un 70% en el segundo nivel y de un 19% en el tercero (Guadamuz, L. 1993).

Resulta, pues, evidente que el avance logrado por las mujeres en el plano de la educación formal, todavía limita su incorporación al mercado de trabajo en condiciones de igualdad respecto a los hombres, ubicándola en categorías laborales de menor calificación y, por consecuencia, con menor salario.

### *3.6 Los hombres y la equidad de género*

En nuestro país, el proceso de construcción social e histórica se caracteriza por la persistencia de un conjunto de pautas culturales, creencias, valores y actitudes que asignan roles y funciones a hombres y mujeres que resultan discriminatorios contra la mujer y limitan su real incorporación al desarrollo.

El trabajo doméstico es considerado como inherente a la naturaleza de la mujer, propio de su sexo y por tanto no es valorado socialmente ni reconocido como un trabajo. El trabajo doméstico asalariado es hasta 1992, en la modificación del Código Laboral; que se regula legalmente.

Esta situación tiene un impacto negativo en el proceso de incorporación de la mujer al desarrollo, pues esta se ve limitada de acceder en igualdad de condiciones que el hombre por la doble o triple carga de trabajo que le supone el ser responsable exclusiva del hogar y el cuidado de la familia.

Culturalmente se socializa al hombre para la vida pública: el trabajo productivo, la política y el ejercicio del poder; y a la mujer en función de sus

roles reproductivos, transfiriéndole, por tanto, una mayor responsabilidad en el proceso de socialización de los hijos y las hijas y en el mantenimiento de la unidad familiar.

En el comportamiento de los hombres frente a las responsabilidades del hogar y el cuidado de la familia se están operando cambios, influenciados por el proceso que viven las mujeres de mayor acceso a la educación, inserción masiva al ámbito laboral y de participación activa en la política y en las organizaciones comunitarias.

Sin embargo por la falta de voluntad política y de intervención institucional, del gobierno, las ONG y la sociedad civil organizada, este proceso se limita a casos en que las mujeres han logrado el poder de negociar y concertar relaciones más equitativas en sus familias.

Por primera vez en el país existe una organización de hombres orientadas a propiciar cambios de actitudes en el hombre respecto a la inequidad de género y la desigualdad entre los sexos. La Casa de la Masculinidad (CAMA).

### 3.6.1 Violencia Contra las Mujeres

En nuestro país no contamos con cifras estadísticas generales de la violencia contra las mujeres. Los datos disponibles provienen de estudios de casos, diagnósticos o estudios locales relativos a aspectos particulares de la situación de violencia. Estas aproximaciones sitúan la violencia como la sexta causa de muerte femenina.

Se estima que se produce una violación cada 6 horas. Las principales manifestaciones son violencia intrafamiliar y sexual, violaciones, acoso sexual, incesto, maltrato físico y psicológico y tráfico sexual de mujeres.

La violencia sexual e intrafamiliar es una consecuencia directa de los patrones socioculturales de conducta de los hombres. Esta es reforzada de manera sutil a través de los medios de comunicación y de la construcción social del género. Las mujeres son socializadas para que vean esto como natural, de ahí que teman denunciarla, para no resultar culpabilizadas, lo que a su vez contribuye a incrementar los índices de subregistro.

El problema de la violencia ha sido objeto de particular preocupación por parte del Gobierno Dominicano, la Dirección General de Promoción de la Mujer, el movimiento de mujeres y las organizaciones no gubernamentales que tienen programas dirigidos a la mujer.

### 3.6.2 La mujer jefa de hogar

Al analizar los datos censales de los hogares con jefatura femenina, observamos que la proporción de éstos se incrementó entre los censos de 1971 y 1981, de 19.5% a 21.7%. El número absoluto de hogares bajo la responsabilidad de mujeres registra un ritmo mayor de crecimiento aumentando para el mismo período en un 57%, mientras que los encabezados por hombres se elevaron sólo en un 39%.

Los datos de la ENDESA-96, muestran que prácticamente se ha duplicado la proporción de hogares con jefatura femenina, en las dos últimas décadas, con un 26.8%, 31.2% en zona urbana y 19.9% en zona rural. La ENDESA'91 registró un 25% de jefatura femenina de hogar.

Más de la cuarta parte de los hogares dominicanos son dirigidos por mujeres. Debido a factores de género, las mujeres suelen declararse jefas de hogar sólo cuando no conviven con un hombre, por lo cual es posible que estas cifras se encuentren subestimadas.

La mayoría de las mujeres jefas de hogar, no tiene marido o compañero, tratándose de viudas (31.4%), separadas (38.4%), divorciadas (7.1%) y solteras (2.9%). Sólo el 8.6% de las mujeres casadas se declararon jefas de hogar. Por el contrario, casi el 90% de los hombres jefes de hogar se encuentran casados.

El crecimiento del número de hogares con jefatura femenina tiene múltiples explicaciones, entre las que se citan: la participación creciente de la mujer en el mercado laboral, mayor acceso al sistema educativo, mayor longevidad femenina, mayor frecuencia de separaciones y divorcios y profundos cambios en los patrones culturales.

De manera particular se señala que la cada vez mayor inserción de la mujer en el mercado laboral le confiere mayor independencia económica pero, concomitantemente, se agudizan los conflictos dentro del hogar derivados de la división sexual del trabajo (Cedeño, Q. 1994).

Por lo general, las mujeres jefas de hogar asumen la doble función de madre y proveedora de ingresos para la subsistencia de la familia.

Estudios patrocinados por UNICEF (Alemán, J.L., 1994) dan cuenta de que una proporción importante de los menores de ambos sexos que forman parte de un hogar con jefatura femenina, tienden a buscar su subsistencia o a contribuir con los ingresos de estos hogares. De esta manera, el trabajo de los niños sustituye las actividades normales de su edad, como la educación y la

recreación, poniendo en juego, de esta forma, el futuro de la próxima generación.

La jefatura femenina es más frecuente entre las mujeres mayores de 45 años, grupo de edad a partir del cual empieza a aumentar sustancialmente el número de mujeres divorciadas y, particularmente, el de viudas. Sin embargo, en el último periodo, el crecimiento porcentual mayor se registra en los grupos de edad comprendidos entre 15-25 y 25-34, lo que puede estar indicando una fuerte tendencia de la sociedad a la feminización de los hogares.

Para modificar y superar esos estereotipos y prejuicios, el gobierno ha tomado importantes medidas dentro de las cuales podemos comentar las siguientes:

- a) La modificación del Código Penal, Código de Procedimiento Criminal, y el Código para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes, mediante la Ley No. 24-97, del 28 de enero 1997, en la cual se legisla sobre la violencia contra la mujer.
- b) Ratificación de la "Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer".
- c) Establecimiento en la Dirección General de Promoción de la Mujer de un programa para la reducción de la violencia contra las mujeres. A través del mismo se ejecutan las actividades siguientes:
  - Realización de la campaña nacional "No hay razón para el abuso" con el objetivo de sensibilizar sobre la violencia intrafamiliar y el acoso sexual. La misma contiene cuñas radiales y de televisión, y materiales de propaganda como etiquetas adhesivas, afiches y botones.
  - Establecimiento de programas de cooperación técnica entre la Policía Nacional, la Procuraduría Fiscal, la Cruz Roja Dominicana, universidades y organizaciones de mujeres para enfrentar la situación de violencia. Dentro de los principales propósitos de estos acuerdos están la divulgación de la Ley 24-97, la capacitación y sensibilización sobre violencia a las autoridades responsables de implementar la Ley.
- d) Apertura de destacamentos policiales denominados "Destacamentos Amigos de las Mujeres y de la Niñez", especializados en recibir y atender casos de violencia contra las mujeres de violencia intrafamiliar; instalación de Clínicas Jurídicas en diversas provincias y localidades para asesorar jurídicamente a las mujeres víctimas de violencia.

- e) En 1991, mediante la Orden Departamental 592, de fecha 27/2/91, se crea el departamento de Educación para la Promoción de la Mujer, (Educ-Mujer), en la Secretaría de Estado de Educación, Bellas Artes y Cultos, el cual tiene como objetivo general, planificar y coordinar todas las acciones educativas con miras a redefinir y reorientar la educación dominicana, mediante la implementación de programas académicos y técnicos no sexistas. Entre sus principales acciones podemos citar:
- Garantizar el acceso y mejorar la calidad de la educación para niñas y mujeres y suprimir cuantos obstáculos se opongan a su participación activa de estas. Eliminar de la educación todos los estereotipos en torno a los sexos.
  - En el nuevo curriculum la equidad e igualdad entre los géneros se ha tomado en cuenta en las diferentes modalidades y áreas programáticas, como condición indispensable para elevar la participación de la mujer en el desarrollo sostenible. El género esta contemplado entre los ejes transversales de la educación y de forma especial en el Programa de Educación Sexual y Familiar. En otro sentido, el componente curricular que trata de la educación técnica y de adultos, contempla una mayor cobertura en la participación de ambos sexos en la educación técnica y laboral que se ofrece en los politécnicos y escuelas laborales del país.
- f) Adopción por parte del Estado Dominicano de un lenguaje inclusivo de género en las últimas modificaciones de leyes, Ley de Reforma Agraria, Código Penal, Código del niño, niña y adolescente.
- g) Adopción de un acuerdo entre la Dirección General de Promoción de la Mujer y la Oficina Nacional de Estadísticas para revisar los instrumentos y los programas del Sistema de Estadísticas Nacionales con una visión de género a fin de garantizar la clasificación por sexo de la información y la inclusión de indicadores no tradicionales de relevante importancia para el análisis de la problemática de las mujeres.
- h) Ratificación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.
- i) El impulso a través de la Dirección General de Promoción de la Mujer de planes de capacitación en género a las dependencias del Estado y a la población en sentido general, con el interés de sensibilizarlo respecto a la necesidad de cambiar los patrones socioculturales que determinan la marginación y discriminación de las mujeres.



- j) Para rendir tributo a las mujeres dominicanas que se destaquen por su papel en los diferentes campos del quehacer social se crea la Medalla al Mérito, para premiar el esfuerzo realizado en favor de la mujer o de la comunidad, la cual se otorga el día 8 de marzo de cada año, "Día Internacional de la Mujer".
- k) Mediante el decreto se integra la DGPM a la Comisión Nacional de Espectáculos públicos y radiofonía, con el objetivo de promover, garantizar y propiciar la presentación de una imagen positiva y no discriminatoria de la mujer en los medios de comunicación.

### 3.7 *Adolescencia, educación sexual y equidad de género*

En 1985 se firmó un convenio entre la Asociación Dominicana Pro Bienestar de la Familia (PROFAMILIA) y la Secretaría de Educación y Cultura, en el cual PROFAMILIA se compromete a entrenar jóvenes de ambos sexos como facilitadores en educación sexual.

Recientemente, el Gobierno creó el Departamento de Atención Integral del Adolescente, en la Secretaría de Salud, para ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva a este segmento de la población. Al momento se han establecidos 20 unidades de servicios para atención exclusiva de adolescentes, incluyendo 3 servicios de atención diferenciada a las adolescentes embarazadas.

La Secretaría de Educación en coordinación con la Secretaría de Salud, desarrolla el Programa de educación Sexual Integral y Familiar (PESIF).

#### 3.7.1 **Educación sexual y sexualidad responsable en adolescente**

- a) *Educación sexual en las escuelas:* El 44.7% de las adolescentes y el 38.4% de los adolescentes declaró haber asistido a algún curso de educación sexual en las escuelas (ENJOVEN '92, IEP/PROFAMILIA).

Se observa que las jóvenes han recibido educación sexual en mayor porcentaje que los jóvenes. Esta diferencia puede estar relacionada con la idea de que quien debe estar más informada sobre el uso de anticonceptivos y la educación sexual en general es la mujer, ya que es ella la que sale embarazada. Lo que a su vez relaciona una visión sexista de la educación sexual.

La mayoría de los jóvenes de ambos sexos recibió la educación sexual antes de los 9 años de estudio, es decir en la primaria y antes de los 16 años de edad.

Sobre los contenidos se destaca que temas importantes, como son: la prostitución, las enfermedades venéreas, los métodos anticonceptivos, la masturbación, la homosexualidad, el SIDA y la pornografía fueron mencionados por un porcentaje muy de los jóvenes entrevistados (varones) como contenido de los cursos realizados. En el caso de las jóvenes los temas poco mencionados son: la homosexualidad, la prostitución, los métodos anticonceptivos, el SIDA y la pornografía.

- b) *Educación sexual fuera de la escuela:* pocos jóvenes recibieron educación sexual fuera de la escuela: el 16.1% de las adolescentes y el 12.9% de los adolescentes (ENJOVEN, 92). A medida que aumenta la edad, aumenta el porcentaje que asistió a cursos de educación sexual fuera de la escuela.

A las jóvenes y a los jóvenes se les preguntó sobre la entidad que impartió los cursos de educación sexual, y la institución identificada en mayor porcentaje fue la iglesia, pero no se especificó si la Católica, la Protestante, u otra, en segundo lugar estuvieron los clubes o grupos de jóvenes. Los jóvenes mencionaron en un tercer lugar los hospitales.

- c) *Demanda de educación sexual por parte de los jóvenes:* un 88.3% de las jóvenes y un 76.5% de los jóvenes opinó que debe darse Educación Sexual en las escuelas. Los jóvenes del Distrito Nacional están más interesados en que se les imparta educación sexual que los del Resto urbano y el Resto Rural.

De nuevo debe destacarse que las adolescentes están de acuerdo en mayor porcentaje que los adolescentes con la asistencia a cursos de educación sexual en las escuelas, lo que se relaciona, además de la visión sexista de la educación sexual, con el hecho de que la mayoría de las instituciones que laboran con este tema han dirigido sus acciones más hacia las mujeres que a los hombres.

Un 80.7% de las jóvenes están de acuerdo en que se impartan los cursos de educación sexual fuera de las escuelas, un porcentaje menor de varones (64.7%) piensa lo mismo (ENJOVEN '92).

Sin embargo, y a pesar de la opinión de diversos sectores respecto a la educación sexual (entre otras cosas, pensar que promueve la promiscuidad en los adolescentes), es evidente que los jóvenes

demandan la implementación de la educación sexual dentro y fuera de las escuelas.

- d) *Conocimientos sobre anticonceptivos:* la mayoría de los jóvenes dominicanos, las mujeres en mayor proporción que los hombres, conocen métodos anticonceptivos. Los tres métodos más conocidos por las jóvenes son: la esterilización femenina, las pastillas o píldoras y el condón, (95%), el dispositivo intrauterino (DIU) (84.3%) y la inyecciones femeninas,(77.5%).

En el caso de los varones los métodos más conocidos son el condón, (97.9%), la esterilización femenina, (94.8%), la pastilla o píldora, (92.9%), el retiro, (83.5%) y la inyección femenina con un 66.4%.

La prevalencia de la anticoncepción en República Dominicana se relaciona esencialmente con el incremento entre 1975 a 1991 del uso de dos métodos: la esterilización femenina y la píldora; que ya para 1991 representaban el 85.5% de la práctica anticonceptivas de las dominicanas. Tomando en cuenta estos elementos resulta lógico sean precisamente estos dos métodos los más conocidos tanto por las jóvenes como por los varones.

Por otro lado el nivel educativo influye en el conocimiento en el condón y otros métodos menos populares, tales como el DIU, las tabletas espumas, en el caso de las mujeres. En el conocimiento de los anticonceptivos por los varones, también se observa que el educativo ejerce una influencia positiva.

- e) *Relaciones sexuales y embarazo:* A pesar del porcentaje, relativamente alto, de jóvenes con información y educación acerca de los métodos anticonceptivos y la salud reproductiva, la tendencia de jóvenes embarazadas es bastante alta. En efecto, todas entre los 15 y 24 años que han tenido relaciones sexuales, el 85.5% han estado alguna vez embarazada. La proporción en adolescentes es también muy alta, el 78.5% de las que han tenido relaciones sexuales ha estado alguna vez embarazada.

Como era de esperarse, el riesgo a salir embarazada se relaciona con el lugar de residencia, escolaridad y edad de inicio de las relaciones sexuales. En efecto, las residentes fuera de la capital, las de más bajo nivel de escolaridad y las que inician sus relaciones sexuales a edades muy tempranas, son las que tienen mayor riesgo a salir embarazadas.

Los varones de 15 a 24 años declaran en un porcentaje bastante bajo (24.8%) que han embarazado a una mujer alguna vez, en comparación con las jóvenes que dicen haber salido embarazadas.

## IV Salud, Derechos Reproductivos, Equidad Social y Bienestar de la Familia

### 4.1 Alcances de los programas de salud reproductiva

La difusión masiva e institucionalizada de programas de planificación familiar, se inició, en la República Dominicana, en los años 60. En el 1966 se creó la Asociación Dominicana Pro-Bienestar de la Familia (PROFAMILIA), institución privada sin fines de lucro, afiliada a la International Planning Parenthood Federation; y en 1968 el Gobierno crea el Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA), órgano oficial descentralizado, responsable del Programa Nacional de Planificación Familiar.

En sus inicios la política de planificación familiar tenía por objetivo la reducción del ritmo de crecimiento de la población, como condición necesaria para los propósitos del desarrollo nacional. En este sentido, las líneas programáticas centraban su atención en los factores biológicos determinantes de la fecundidad, mediante la promoción y prestación de servicios de control de la natalidad focalizados hacia la mujer.

A partir de los años 70 se crea el Programa de Atención Materno Infantil, abordado de manera separada de los programas de planificación familiar. En la década de los 80 se integran los componentes de atención materno infantil y los programas de planificación familiar, pero el enfoque se sigue limitando a los factores biológicos que inciden en la supervivencia infantil, en la mortalidad materna y el control de la natalidad, sin tomar en cuenta factores sociales y demográficos, tales como: movimientos migratorios, calidad de vida, niveles de ingreso, la equidad, infertilidad, posición de la mujer, necesidades de los y las adolescentes, etc.

En los ochenta surgen la Asociación Dominicana de Planificación Familiar (ADOPLAFAM), con programas de planificación familiar (en la visión tradicional) en las zonas más necesitadas del sur del país, y el Colectivo Mujer y Salud, centro alternativo con una visión integral de la salud sexual y reproductiva y una estrategia de trabajo dirigida a defender los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Además, de las acciones institucionales, decenas de ONG pequeñas y organizaciones de base de mujeres se vinculan a acciones educativas y de servicios en planificación familiar, en su mayoría con asistencia y acompañamiento de las instituciones de servicios (PROFAMILIA, ADOPLAFAM, CONAPOFA, Colectivo Mujer y Salud, etc.).

Hasta principio de los 90, en los programas de planificación familiar y atención materna infantil, primó el enfoque tradicional fundamentado en el control de los factores biológicos mediante una política de automatización y eficientización de los servicios.

En este contexto, se lograron avances importantes en materia de reducción de la fecundidad y la atención prenatal y al parto. La tasa de crecimiento de la población pasó de 2.9% entre 1970 y 1981 a 2.3% entre 1981 y 1991 (censo 70, censo 81 y ENDESA-91); la tasa global de fecundidad disminuyó de 3.7 hijos/as por mujer, en el período 1983-1985 (ENDESA-86) a 3.2 hijos/as por mujer en el período 1993-1996 (ENDESA-96) y la tasa bruta de mortalidad se redujo de 6.79% en el período 1980-85 a 5.54% en el período 1990-95 (CELADE, Boletín informativo No54, 1994).

Previo a la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, en 1994, se presentan en el país, reflexiones y cuestionamientos de profesionales de la salud, profesionales de la demografía; y mujeres organizadas, respecto a los resultados, calidad y niveles de satisfacción de los servicios de planificación familiar y materno infantil. Pero es posterior a El Cairo cuando las principales instituciones de servicios se abocan a la implementación de programas realmente integrales de servicios, educación y calidad de atención en salud sexual y reproductiva, incluyendo aspectos transversales tales como: equidad de género, salud sexual y derechos reproductivos.

#### **4.1.1 Línea Programática del Sector Público**

En lo referido a la política pública, en materia de salud reproductiva, se produjo un espacio de diagnóstico, reflexión y trabajo con participantes del sector estatal de la salud, la Dirección General de Promoción de la Mujer, ONG y organizaciones de mujeres que concluyó, en 1995, con la formulación del Plan de Movilización Nacional para la reducción de la Mortalidad Materna e Infantil, actualmente en ejecución.

Principales Acciones del Plan de Movilización Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil:

- Plan Estratégico en Salud Reproductiva y Planificación Familiar

- Introducción de la temática salud reproductiva en las curriculas universitarias
- Incorporación de AIEPI y la salud reproductiva en las estrategias de hospitales amigos de niñez y de la madre
- Inicio del proceso de elaboración de una política en población y desarrollo
- Diplomado en gerencia de salud reproductiva
- Implementación de una estrategia de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva.
- Normalización de los servicios de salud reproductiva y salud infantil
  - Materno perinatal
  - Detección oportuna del cáncer cérvico uterino y mamario.
  - Planificación familiar
  - Salud integral
  - ETS/ SIDA
- Protocolo para urgencias obstétricas
- Implementación de historia clínica perinatal básica y carnet perinatal
- Sistema de vigilancia epidemiológica de muerte materna e infantil
- Establecimiento de Oficinas de Estado Civil en los Centros de Salud
- Instalación de unidades de salud integrada para adolescentes
- Formación de comités de vigilancia de muerte materna

Además se está implementando el Programa Regional de Salud de Reproductiva, en las dos subregiones más deprimidas del país, cuyas principales líneas de acción son las siguientes:

- Promoción en salud reproductiva y autocuidado
- Promoción de equidad de género
- Acceso y aceptación de servicios de salud reproductiva
- Logística y suministro
- Monitoreo y evaluación

#### **4.1.2 Estrategias para la Implementación de las Líneas Programáticas**

- Integración de los servicios de salud sexual y reproductiva al sistema básico de salud pública, en los hospitales, centros y subcentros de la salud de la Secretaría Estado de Salud Pública, para ampliar su cobertura en el nivel nacional.
- Ampliación de la capacidad de investigación, planificación, monitoreo y de formulación de políticas en materia de población y desarrollo del Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA).
- Integralidad de la atención en salud reproductiva tomando en cuenta los factores físicos, emocionales; sociales, sociodemográficos, culturales y

ambientales que afectan a la mujer y al hombre en todas las etapas de su vida, en una visión de búsqueda de equidad social y de género.

- Atención a grupos prioritarios.
- Campaña masiva de información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva.
- Coordinación intersectorial con el Estado y con la sociedad civil en los procesos de planificación, ejecución y monitoreo de las políticas y acciones y servicios de atención en salud reproductiva.

#### 4.1.3 Líneas Programáticas de PROFAMILIA

##### a) Líneas de acción

- Realización de investigaciones, estudios y acciones que permitan avanzar en el conocimiento de la problemática poblacional y su incidencia en el desarrollo, en reproducción humana y tecnología anticonceptiva, así como en aspectos programáticos y financiero, contribuyendo al crecimiento institucional sostenido.
- Educación y servicios en salud sexual y reproductiva y materna infantil para el ejercicio libre, seguro y consciente de los derechos sexuales y reproductivos en un marco integral de salud.
- Información, diseminación, sensibilización y concertación para reposicionar la planificación familiar como derecho humano básico y como elemento de salud sexual y reproductiva.
- Capacitación en salud sexual y reproductiva, técnicas anticonceptivas, métodos y técnica gerenciales para garantizar eficiencia y eficacia de los recursos humanos.

##### b) Programas

- Atención integral en salud sexual y reproductiva; educación sexual y conserjería; planificación familiar; atención materno infantil; infertilidad; menopausia; detección temprana del cáncer cérvico mamario y uterino y apoyo; y seguimiento en ETS y SIDA;
- Clínica del Hombre, con servicios integrados en planificación familiar; urología, disfunción sexual, educación y sensibilización en paternidad responsable y sexualidad responsable.
- Apoyo y referimiento de violencia física, psicológica y sexual y diseminación de la Ley 24-97 sobre violencia intrafamiliar y sexual.

#### 4.1.4 Líneas Programáticas del Colectivo Mujer y Salud

##### a) Líneas de acción

- Contribuir al proceso de recuperación y reapropiación del cuerpo, la salud y la sexualidad de las mujeres, mediante acciones que fortalezcan su empoderamiento en todos los ámbitos de su vida.
- Contribuir al desarrollo del movimiento de mujeres, del movimiento feminista y del movimiento de salud de las mujeres, impulsando procesos tendentes a eliminar la subordinación y opresión de la mujer.
- Impulsar acciones tendentes a mejorar las condiciones de salud física, mental, emocional y espiritual de las mujeres, integrando la medicina tradicional, natural y alopática.

##### b) Programas

- Ginecología y Obstetricia: Prevención y tratamiento del cáncer cérvico uterino y de las mamas; seguimiento al embarazo, métodos anticonceptivos; trastornos menstruales y menopausia.
- Medicina Natural: acupuntura, hidroterapia, reflexología, digitopuntura, nutrición, aromaterapia, ventosa y masajes.
- Apoyo emocional y grupos de ayuda mutua
- Educación: salud sexual, derechos reproductivos, crecimiento y desarrollo personal, parto sin temor y medicina natural.

#### 4.2 *Salud Reproductiva: estrategia de participación*

##### 4.2.1 Coordinación con Organismos no Gubernamentales

El Gobierno está desarrollando un proceso de Reforma y Modernización del Estado, para fortalecer la capacidad institucional de la sociedad. Con este propósito celebró, en el mes de marzo del año 1998, " El Diálogo Nacional " en el cual se dieron cita representantes de las instituciones sectoriales del Estado, de organismos no gubernamentales (ONG), partidos políticos, de organizaciones comunitarias y de otros sectores de la sociedad civil, para



debatir y presentar propuesta sobre políticas públicas, alternativas de desarrollo y estrategias de intervención conjunta.

Este proceso aporta propuestas específicas que podrían ser el punto de partida para una agenda común Gobierno/ONG en materia de salud reproductiva y política de población. Posteriormente, en enero de 1998 se realizó el Seminario Nacional Concertación Estado/ONG para la Implementación y el Seguimiento a los Planes de Acción de El Cairo y Beijing en Salud Sexual y Reproductiva. En dicho seminario se tomaron dos importantes acuerdos: a) Elaboración de una agenda común Estado/ONG en materia de salud sexual y reproductiva y; b) Creación de un mecanismo conjunto de seguimiento a los acuerdos de El Cairo y Beijing.

Se han concretizado coordinaciones importantes entre organismos de Estado con las ONG y otras instancias de la sociedad civil para definir alternativas y acciones en materia de salud sexual y reproductiva, sin embargo, en la mayoría de los casos la participación de la sociedad civil se limita a las fases de diagnóstico y formulación de propuestas y planes de acción y no intervienen en la ejecución ni en el seguimiento.

Entre las coordinaciones más importante se citan:

- La Estrategia Nacional de Información Educación y Comunicación en Salud Sexual y Reproductiva, diseñada por el Grupo Nacional de Estrategias de Información, Educación y Comunicación (GESIEC), que aglutina organizaciones no gubernamentales (ONG), instituciones gubernamentales y del sector privado de la comunicación. Dicho grupo se formó en 1995.
- La formulación del Plan de Movilización Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil, en 1996, con la participación de la Coordinadora de ONG del Area de la Mujer, la Secretaría de Salud Pública (SESPAS), el Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA), la Dirección General de Promoción de la Mujer(DGPM) y representantes de ONG del área, universidades, de medios de comunicación, las iglesias y representantes de otros sectores de la sociedad civil.

- El Programa de Educación Sexual Integral y Familiar (PESIF) de la Secretaría de Estado de Educación y Cultura ( SEEC ), integrado por: ONG, la Iglesia Católica y la Unión Nacional de Colegios Privados, El Instituto de la Familia (IDEFA ), entre otros.
- La implementación de un Postgrado en Salud Integral de las / los adolescentes, mediante coordinación entre el Instituto Tecnológico (INTEC) y CONAPOFA.
- Organización y realización del Seminario Nacional Concertación Estado/ONG para la Implementación y el Seguimiento a los Planes de Acción del Cairo y Beijing en Salud Sexual y Reproductiva, con la participación del Consejo Nacional de Población y Familia(CONAPOFA), la Coordinadora de ONG del Area de la Mujer (aglutina 40 instancias, entre ONG, Redes y organizaciones de base de mujeres), Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social(SESPAS) y la Dirección General de Promoción de la Mujer(DGPM).

#### **4.2.2 Medidas para la Descentralización de la Atención en Salud Reproductiva**

El Gobierno Dominicano, a partir del año 1997, ha adoptado importantes medidas para descentralizar y ampliar la cobertura y la calidad de la atención en salud reproductiva, algunas ya están en ejecución y otras se encuentran el proceso de ser implementadas. Medidas adoptadas:

- Modificación de la base legal y la misión del Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA) para centrar su función en los aspectos de investigación, planificación, coordinación, promoción y monitoreo, como órgano rector, en materia de política de población y de salud sexual y reproductiva.
- Integración de los servicios de salud sexual y reproductiva al sistema básico de salud nacional, a través de la Secretaría Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), para ampliar la cobertura y la calidad de los servicios. El proceso de integración se inició en las siete provincias de la Región Suroeste del País y en las Zonas Este y Oeste de la Capital de Santo Domingo.

- Integración de los servicios de: salud sexual; IEC en S/S y S/R; atención en S/S y S/R para adolescentes; maternidad segura (parificación familiar, infertilidad, inmunización con toxoide tetánico, control del embarazo, parto, puerperio y recién nacido/a); lactancia materna; atención infantil; nutrición; detección temprana del cáncer cérvico, uterino y mamario; prevención de ETS y SIDA; menopausia, legislación a favor de la mujer; paternidad responsable; detección CA de pene y próstata.
- Definición del Nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, descentralizado mediante una red de servicios integrada por las direcciones provinciales y municipales de salud, equipos de salud familiar, los Consejos de salud y comités de salud comunitaria. Se crearon las direcciones provinciales y municipales en sustitución de las direcciones regionales y se están desarrollando los trabajos de coordinación y organización operativa en el nivel local.

#### 4.2.3 Iniciativas de las Organizaciones No Gubernamentales

- Proceso de descentralización y fortalecimiento institucional de PROFAMILIA, que incluye la reducción de costos de sus programas, la descentralización de los servicios clínicos y el fortalecimiento del programa de Mercadeo Social de Anticonceptivos, entre otras medidas y estrategias de sostenibilidad institucional.
- Otro esfuerzo importante de movilización y articulación, desde las ONG, lo constituye la Coordinadora de Organizaciones no Gubernamentales del Área de la Mujer, la cual aglutina los esfuerzos de 40 ONG, organizaciones y colectivos. La unidad del sector se articula a través de la coordinación de actividades tales como: foros para discutir y analizar temas de interés común con la finalidad de juntas (os) buscar respuestas y la formación de Redes, las que generalmente representan sectores o temáticas especializadas, con la finalidad de aglutinar y representar el más amplio sector de las ONG y del fortalecimiento del sector.
- Desde las organizaciones miembros de la Coordinadora se ejecutan programas de educación y de servicios de atención en Salud Sexual y Reproductiva, tales como: Asistencia en Salud, con énfasis en control de la natalidad, y reducción de la mortalidad materna.

#### 4.2.3 Limitaciones que Dificultan la Coordinación Gobierno/ONG/sociedad civil

- Falta de una política pública participativa integradora de los sectores de la sociedad civil.
- Falta de articulación política y programática entre las ONG y demás organizaciones de la sociedad civil.
- La persistencia de patrones socioculturales y religiosos que limitan ciertas acciones en la adopción de políticas de población.
- Leyes y políticas desfasadas. Como por ejemplo la Ley 520, que data del 1920, que no toma en cuenta la práctica vigente, es decir, que no incluye un sistema de acreditación y de facilidades de incorporación de las ONG.
- Existe aún cierta confusión en sectores de la sociedad civil y del Gobierno, de interpretar Salud Reproductiva como sinónimo de planificación familiar.
- Existen dificultades a la hora de establecer mecanismos para llevar a la práctica las políticas de población, cuya ejecución implica distribuir responsabilidades entre diversas instituciones, tanto de los sectores público y privado como de la sociedad civil.
- El conocimiento sobre las complejas interrelaciones entre población y desarrollo ha sido insuficiente desde el punto de vista de su aplicación práctica. Las incógnitas que subsisten respecto del comportamiento demográfico y sus repercusiones económicas y sociales dificultan la identificación de factores de intermediación. Las deficiencias del conocimiento dificultan el diseño de medios e instrumentos eficaces.
- Falta de sistematización de los resultados de las acciones de la sociedad civil incluyendo las ONG, por lo que se duplican las acciones y se desperdician recursos.

- Resistencia de sectores de las ONG y del gobierno.

### 4.3 Progreso en el Logro de las Metas Acordadas

#### 4.3.1 Mortalidad Infantil

En la República Dominicana se han logrado notables avances en materia de sobrevivencia infantil, en las tres últimas décadas. La mortalidad infantil (0-1 año) se estimó en 100 por 1000 nacidos vivos, aproximadamente, para el período 1971-76 (ENF, 75), en 75 por mil a finales de los 70 (ENF,80), en 43 por 1000 para el período 1980-85(ENDESA,91) y en 47 por mil para 1991-95 (ENDESA,96). (Ver Gráficos VII y VIII)

La probabilidad de morir de 0-5 años fue de 55 por mil nacidos vivos para el período 1986-91(ENDESA'91) a 57 por mil en el periodo 1991-95 (ENDESA'96).

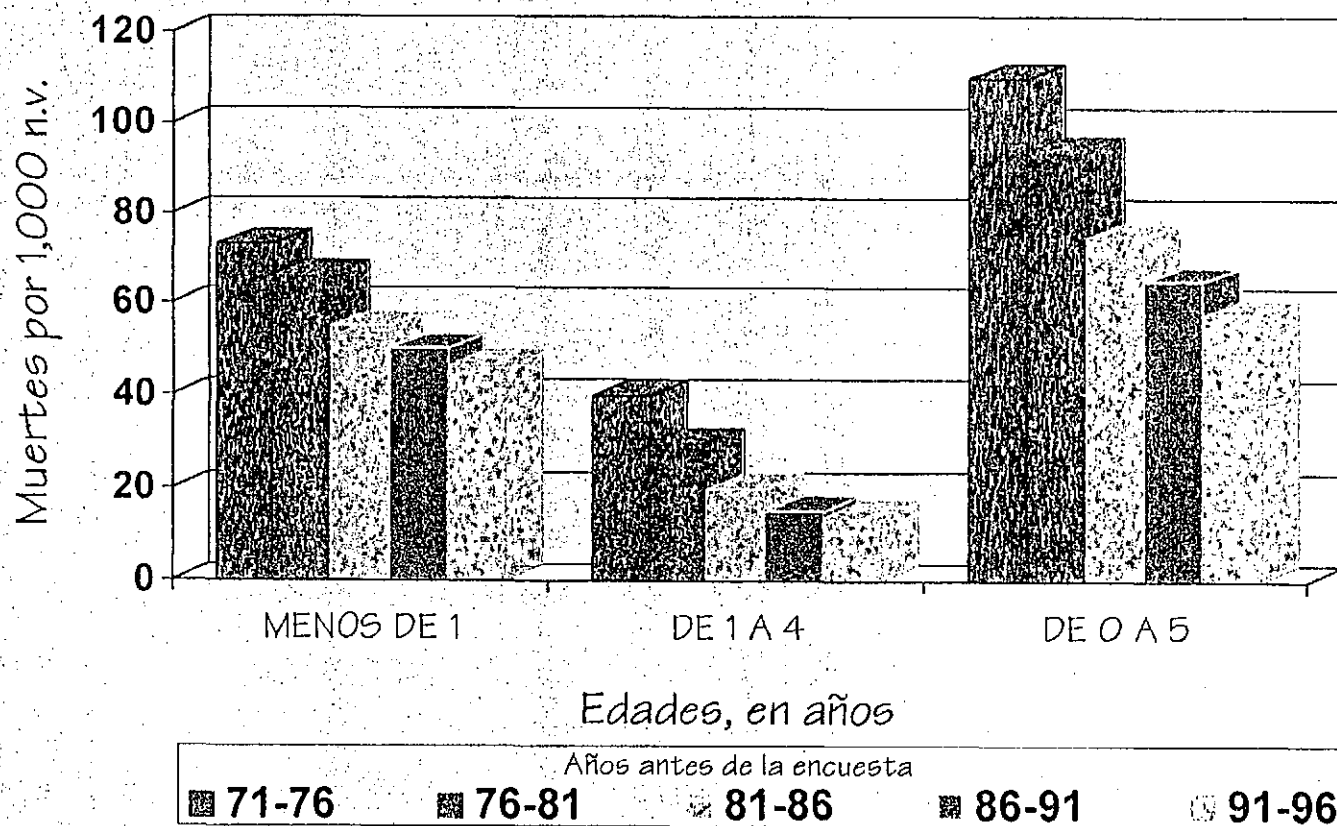
El estudio diferenciado de la probabilidad de morir durante los primeros cinco años de vida arroja tasas más elevadas para la zona rural, para el sexo masculino y para hijos/as de madres menores de 20 años.

CUADRO VI  
REPUBLICA DOMINICANA: MORTALIDAD INFANTIL POR CARACTERISTICAS  
SELECCIONADAS, 1991-1996 (por mil nacidos vivos)

Características	Mortalidad Infantil (0-1)	Mortalidad Post-infantil (1-4)	Mortalidad en la Niñez (0-5)
Zona			
Urbana	46	9	55
Rural	53	18	70
Sexo			
Masculino	51	13	63
Femenino	46	13	59
Edad de la Madre			
<20	68	15	82
20-39	45	12	56
30-39	38	14	51
40-49	-	-	60
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>11</b>	<b>57</b>

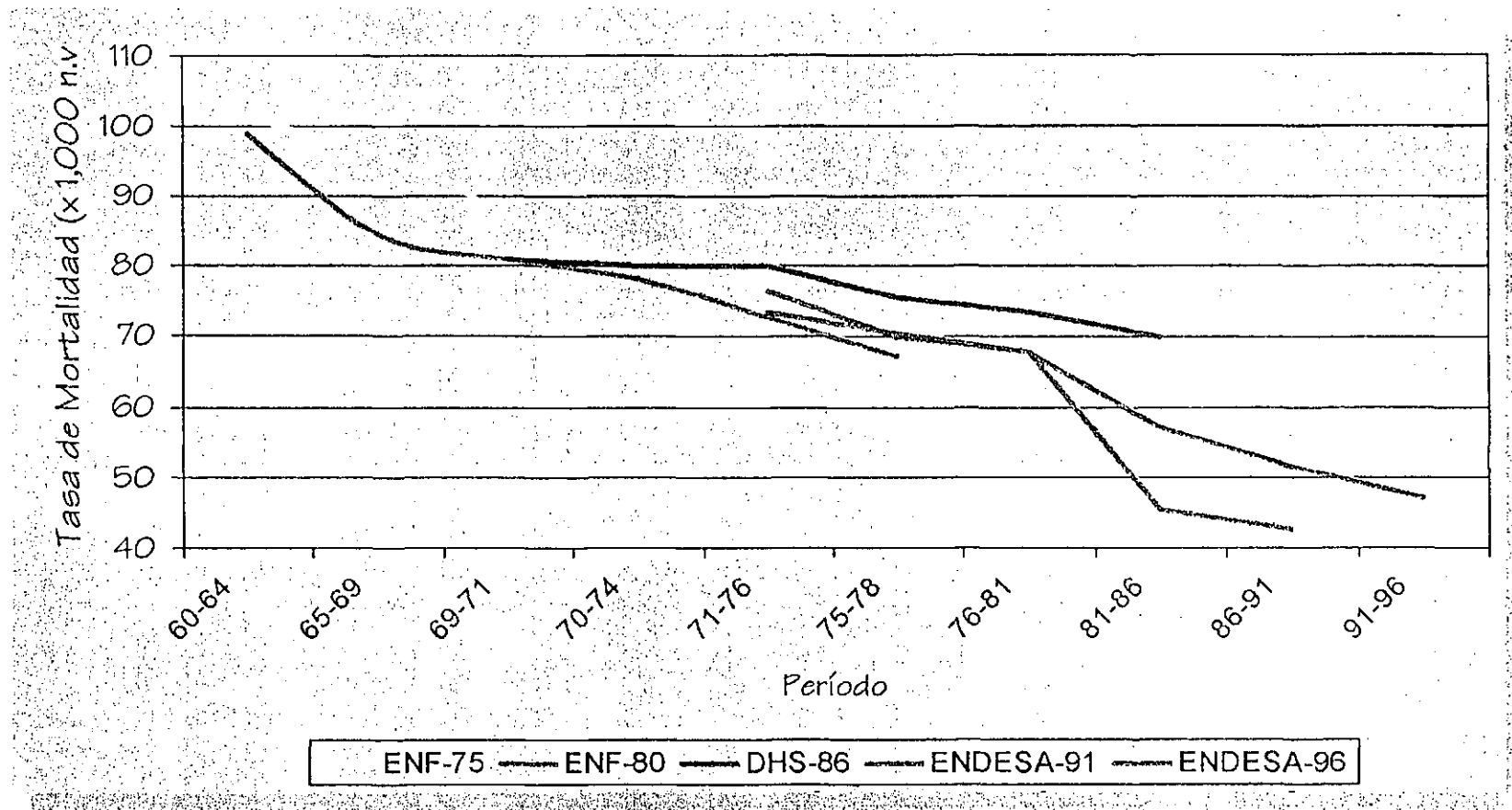
Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA), 1996.

GRAFICO VII: REPUBLICA DOMINICANA  
 CAMBIOS EN LA MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ,  
 SEGÚN PERIODO, 1971-1996



FUENTE: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud, 1996

GRAFICO VIII: REPUBLICA DOMINICANA  
TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL, SEGÚN ENCUESTA,  
PERIODO 1960-1996



FUENTE: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud, 1996

Estos índices se aproximan a las metas establecidas en el Plan de Acción de la CIPD, de disminuir en una tercera parte la mortalidad de menores de un año y la de 0-5 a un rango de 50 a 70 defunciones por 1000 nacidos vivos. El ritmo de descenso que registra la mortalidad infantil garantiza el cumplimiento de estas metas para el año 2000.

Aunque pareciera que la mortalidad infantil aumentó para el período 1991-95, ésta diferencia se atribuye a subregistro en la ENDESA'91, ya que la tendencia que muestra la mortalidad infantil desde 1975 (ENF{75) hasta 1996 (ENDESA96) es coherente, menos el correspondiente a la ENDESA,91.

#### **4.3.2 Esperanza de Vida al Nacer**

La esperanza de vida al nacer de los dominicanos y las dominicanas, se estimó en 59.91 años para el período 1970-75 (61.8 para mujeres y 58.1 para hombres) y en 67.56 para 1990-95, 69.81 para mujeres y 65.42 para hombres (ONE-CELADE).

La proyección para el quinquenio 1995-2000 es de 69.02 para el total de la población, 71.36 para mujeres y 66.80 para hombres. Esta estimación es muy similar a las proyecciones regionales de 69.8 para América Latina y 70.3 para el Caribe, en ese mismo período, así como a la meta al año 2000 de situar el número de años promedio que se espera vivirán las personas en 70 años. (Ver Gráfico IX)

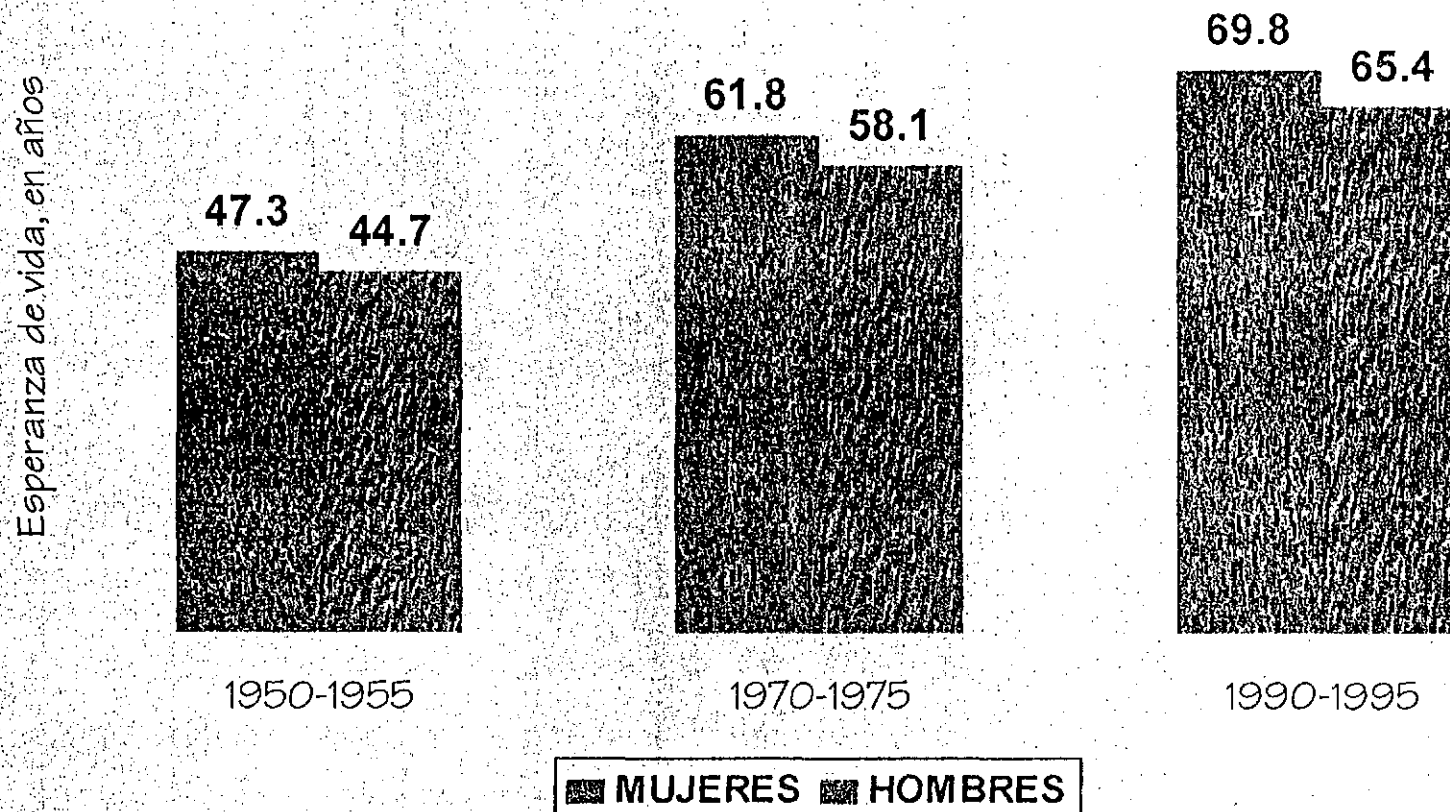
#### **4.3.3 Mortalidad Materna**

La mortalidad materna es uno de los principales problemas de salud de nuestras mujeres. La República Dominicana, históricamente ha estado entre los países de América Latina y el Caribe con mayor índice de mortalidad materna. Sin embargo, la movilización de opinión pública y la preocupación, en el país, por este indicador se inicia en los años 80 y la acción del Gobierno se concretiza a partir de 1994 con la creación de Comité Nacional de Vigilancia de la Mortalidad Materna.

Aunque se ha iniciado un proceso de descenso, a partir de 1980, la mortalidad de las mujeres, por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio, sigue siendo elevada. La ENDESA'91 arroja una estimación de 250 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos en el período 1970-75, mientras que para el quinquenio 1983-84 se estima en 229 por 100 mil (ENDESA'96).



GRAFICO IX : REPUBLICA DOMINICANA,  
EVOLUCION DE LA ESPERANZA DE VIDA, POR SEXO



FUENTES: Oficina Nacional de Estadística (ONE) y CELADE,  
Estimaciones de Población 1950-2025

Estos altos índices de mortalidad materna contrastan con los avances logrados en la cobertura de atención durante el embarazo y el parto. Según se observa en el cuadro siguiente, en todos los casos la atención sobrepasa el 95%, tanto en la zona urbana como en la rural. En el Plan Nacional de Movilización para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil, se aborda la problemática como un problema grave de salud pública, relacionada fundamentalmente con la calidad en la atención.

CUADRO VII  
ATENCIÓN PRENATAL Y AL PARTO POR ZONA 1996

<i>Tipo de Atención</i>	Médico General	Ginecólogo/obstetra	Enfermera Partera	Comadrona	Nadie	Total Atención Profesional
<b>Prenatal</b>						
Urbano	30.4	68.3	0.3	0.1	0.9	99.0
Rural	60.1	36.2	0.9	0.5	2.3	97.2
Total	42.8	54.9	0.6	0.2	1.5	98.3
<b>Parto</b>						
Urbano	59.0	36.2	2.6	0.8	1.3	97.8
Rural	66.9	19.9	5.4	5.9	1.9	92.2
Total	62.3	29.4	3.8	3.0	1.6	95.5

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA), 1996.

Las principales causas de mortalidad materna son la toxemia, hemorragia, aborto, sepsis y desprendimientos prematuros de placenta no inserta (DPPNI), todas ellas evitables con una adecuada atención durante el embarazo, parto y el puerperio. Hay que considerar otras causas de tipo socioeconómico asociadas a la pobreza (desnutrición de la madre) y causas de carácter político referidas a la posición de subordinación de la mujer frente a los esquemas de prestación de servicio.

#### 4.4 Riesgos en Salud Reproductiva

De acuerdo a los resultados de la ENDESA'96, el 49% de los niños/as menores de cinco años nacieron en por lo menos una categoría de riesgo. Los riesgos más frecuentes muestran una estrecha interacción entre la edad de la madre y el intervalo intergenésico previo:

#### 4.4.1 Principales factores de riesgo

- Haber nacido después de un intervalo menor de 24 meses y en un orden de nacimiento superior al 3er nacimiento.
- Haber nacido después de un intervalo inferior a 24 meses, de una madre menor de 18 años de edad.
- Nacimientos de madres mayores de 34 años precedidos de un intervalo inferior a 24 meses y un orden superior al tercer nacimiento.

CUADRO VIII  
REPUBLICA DOMINICANA: CATEGORIAS DE ALTO RIESGO REPRODUCTIVO 1996

<i>Categoría de Riesgo</i>	<i>% de Nacimientos</i>
<i>En una sola categoría de riesgo</i>	36.9
Madres < 18 años (edad<18)	8.8
Madres > 34 años (edad>34)	1.6
Intervalo nacimiento <24meses(IN<24)	15.0
Orden de nacimiento>3 (ON>3)	11.4
<i>En varias categorías de riesgo</i>	12.4
Edad <18 años & IN<24	0.9
Edad >34 años & IN<24	0.2
Edad>34 años & ON>3	3.5
Edad>34 años & IN<24 & ON>3	0.5
IN<24 & ON>3	6.3

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA), 1996.

#### 4.4.2 Principales factores de riesgos en madres adolescentes

El embarazo en adolescentes depende en gran medida del grado de conocimiento, sobre su sexualidad y reproductividad, con que llega a su primera relación sexual(Cáceres U. F., Maternidad en Adolescentes: Los resultados de este Estudio indican que la conducta sexual de la adolescente está condicionada por un conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales que actúan como condicionantes del embarazo y la maternidad en este grupo poblacional.

Al abordar la incidencia de la maternidad en adolescentes se verifica que la probabilidad de que una adolescente, del grupo socioeconómico familiar bajo,

sea madre es cuatro veces mayor que las del grupo medio y ocho veces mayor que las del grupo socioeconómico alto.

En cuanto a las características de las madres adolescentes se observa que los porcentajes más altos se encuentran en las jóvenes con menor nivel de escolaridad. El 79.7% tenía menos de 9 años de estudio y el 58.6% menos de seis años, mientras que a las que tenían 12 o más años de estudios apenas correspondía el 4.4% de maternidad en adolescentes.

Las conductas de riesgos proclives al embarazo de las jóvenes, en la República Dominicana, están muy vinculadas a las condiciones de vida y niveles de ingreso familiar; a la calidad de su relación con el núcleo familiar y a las pautas culturales en que son socializadas(OMS,1994).

**CUADRO IX**  
**REPUBLICA DOMINICANA: PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES SEGÚN**  
**CARACTERÍSTICA SOCIECONOMICA DE LA FAMILIA, 1996**

<b>Característica</b>	<b>% Madres adolescentes</b>	<b>Distribución porcentual</b>
<b>Grupo Económico Familiar</b>	13.3	100.0
Bajo	25.9	73.7
Medio	7.1	18.4
Alto	3.3	8.0
<b>Calidad de la Vivienda</b>		
Buena	5.0	8.6
Regular	10.9	30.3
Mala	20.0	61.2
<b>Condiciones Migratorias</b>	13.3	100.0
Migraste	18.3	53.6
No Migraste	10.1	46.4

Fuente: IEPD/PROFAMILIA, Madres Adolescentes en República Dominicana,1996.

#### 4.4.3 Otros factores de riesgo

- El nivel de conocimiento sobre el sistema reproductivo y la anticoncepción
- Falta de información y bajo acceso a los servicios de planificación familiar
- Presiones personales, grupal y social
- Inclinción a la improvisación en la adolescencia
- Poca comunicación sobre métodos anticonceptivos entre las parejas
- El grado de estabilidad en la relación, la actividad sexual cada vez más frecuente y la aceptación de la sexualidad por parte de las mujeres.

Recientemente se han adoptados algunas medidas para prevenir y reducir el embarazo en adolescentes, detalladas en el subtema \*Adolescencia, Educación, Sexual y Equidad de Género.

#### 4.5 *Demanda insatisfecha en planificación familiar*

La demanda de anticoncepción insatisfecha fue de 12% del total de mujeres en edad reproductiva, en 1991 (ENDESA'91) y de 12.4% en 1996 (ENEDESA'1996). El porcentaje de necesidades insatisfechas, afectó mayormente a los grupos de edad comprendidos entre los 20 y 39 años. En cambio en el 1996 afectó principalmente a los grupos de mujeres de 15 a 24 años de edad.

El grupo de 15-19 años registró un 26.2% de necesidades insatisfechas y el grupo de 20-24 un 22.5%, en 1996. En cuanto a la distribución territorial, se observa, en el 1991 y en 1996, un efecto desigual, afectando mayormente a la región VI de salud con un 21.5 y un 20,5% del total de necesidades insatisfechas: seguida por las regiones IV con un 19.9 (1991) y 16.1%(1996); y la V con 14,7 (1991) y 15.6% en 1996. Estas diferencias refieren una menor eficiencia de los servicios de planificación familiar en las regiones más deprimidas del país.

Otro elemento preocupante lo constituye el alto porcentaje de demanda insatisfecha en el grupo de 15-19 años considerado un grupo de altos riesgos reproductivos y con una tendencia creciente del número de embarazos en la última década.

CUADRO IX  
 REPUBLICA DOMINICANA: NECESIDADES INSATISFECHAS DE ANTICONCEPTIVOS,  
 SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS. 1991 Y 1996

Características	1991			1996		
	Total	Para postergar Nac.	Para Limitar Nac.	Total	Para Postergar Nac.	Para Limitar Nac.
Grupos de Edad						
15-19	9.3	7.2	2.2	26.3	25.1	1.1
20-24	16.1	10.8	5.4	22.5	17.4	5.1
25-29	16.7	7.9	8.7	13.8	7.1	6.7
30-34	13.2	6.1	7.2	8.5	3.4	5.1
35-39	10.1	2.2	7.9	7.6	0.7	7.0
40-44	6.5	0.5	6.0	6.3	0.4	5.9
45-49	3.7	0.1	3.6	3.6	0.0	3.6
Zona						
Urbano	9.2	5.2	4.0	10.4	5.8	4.6
Rural	18.1	8.8	9.3	15.7	9.3	6.5
Región de Salud						
Distrito Nacional	8.3	4.4	4.0	10.7	5.8	4.8
I	15.1	8.1	7.0	14.2	9.0	5.2
II	11.4	7.0	4.4	10.3	6.3	4.1
III	15.0	9.0	6.0	11.0	5.8	5.2
IV	19.9	8.7	11.2	15.6	9.5	6.1
V	14.7	7.7	7.0	16.1	7.2	8.9
VI	21.5	6.5	15.1	20.4	12.9	7.6
VII	11.7	5.6	6.2	10.2	7.1	3.0
<b>TOTAL</b>	<b>12.0</b>	<b>6.3</b>	<b>5.7</b>	<b>12.5</b>	<b>7.1</b>	<b>5.5</b>

Fuente: Encuesta Nacional Demográfica y de Salud 1991, y Encuesta Nacional Demográfica y de Salud 1996

#### 4.6 Derechos y salud reproductiva

La lucha por los derechos sexuales y reproductivos es uno de los principales puntos de agenda de las feministas y de sectores del movimiento de mujeres. En los 80 se ha debatido el tema como factor asociado a los altos índices de mortalidad materna, por la incidencia del aborto clandestino en este indicador.

En los ámbitos gubernamentales, actualmente se debate sobre la problemática de salud pública derivada de la práctica de abortos clandestinos en condiciones inseguras. El aborto inducido constituye un factor de alto riesgo de mortalidad materna. Se estima como la sexta causa de muerte materna y además encarece los gastos hospitalarios por la cantidad de casos de abortos con complicaciones clínicas que se reciben en los hospitales. Aunque, por cuestiones legales, hay un alto subregistro en su medición, actualmente se sitúan los casos de abortos en unos 82,000 por año.

Las ONG, aún aquellas que de alguna manera asumen la defensa de los derechos sexuales y reproductivos en su agenda institucional, están mediadas por sus propias creencias morales/religiosas y por la posición de la Iglesia Católica frente al tema en general y en particular en lo relativo a la despenalización del aborto.

La penalización del aborto está atada al Concordado firmado por el Gobierno Dominicano con el Vaticano en la década de 1950. De manera que la falta de voluntad política para asumir la responsabilidad de despenalizar el aborto tiene que ver con el poder de la Iglesia en la voluntad colectiva y sobre los sectores de poder en una sociedad de tradición católica.

Nuestro país, es uno de los pocos en Latinoamérica, en que todavía se penaliza todo tipo de aborto, no se permite ni siquiera la interrupción voluntaria del embarazo por razones terapéuticas o en aquellos que productos de violación sexual y/o incesto.

En 1984, se creó el Colectivo Mujer y Salud como una entidad feminista de salud, sin fines de lucro, con la misión de trabajar por el bienestar físico, mental, emocional y espiritual de las mujeres, utilizando la salud como instrumento de lucha para su empoderamiento. Este Colectivo, el Centro de Investigación para la acción Femenina y la Coordinadora de ONG del Area de la Mujer y en parte PROFAMILIA, son las entidades que tienen agenda y hacen opinión pública en materia de derechos sexuales y reproductivos.

#### *4.7 Salud reproductiva y bienestar familiar*

En años anteriores la política de salud pública había centrado su atención en la prestación de servicios hospitalarios con prioridad en la atención en salud curativa y baja incidencia en servicios básicos. Actualmente se desarrolla un proceso de Reforma y Modernización del Sector Salud, que tiene como eje principal la descentralización de los servicios de salud. Unos de los avances

inmediatos en este proceso lo constituye el diseño de un nuevo modelo de atención.

Se parte de un diagnóstico de los principales problemas del modelo actual y de la reconceptualización de los principios que regirán el nuevo modelo de atención en salud.

#### 4.7.1 Principios del Nuevo Modelo:

- Mayor equidad en la prestación de los servicios, favoreciendo prioritariamente a los grupos más necesitados de salud en las zonas rurales y urbanas marginales.
- Universalidad de los servicios, se proyecta que en un plazo de dos años se logre una cobertura de no menos del 80% de la población, con una oferta básica de servicios que enfrente las necesidades primarias de salud de las familias.
- Alta solidaridad en el financiamiento, lo que implica que las personas de escasos recursos reciban el servicio de manera gratuita y las que dispongan de recursos económicos pagarán por el servicio según sus posibilidades.
- Enfoque integrar, con predominio de las acciones de promoción y prevención orientada hacia la familia, la comunidad y el ambiente.
- Eficiencia, eficacia y calidad en la prestación de los servicios.
- Definición precisa de los niveles de atención de la capacidad reproductiva de los establecimientos de salud.
- Una red de servicios organizada y articulada según niveles de atención y capacidad resolutoria de los establecimientos.
- Capacidad gerencial.
- Activa participación social de la comunidad en el proceso de gestión y fiscalización de los servicios de salud.



#### 4.7.2 Base organizativa del Nuevo Modelo

Parte de la descentralización técnico administrativa, con la creación de direcciones provinciales y municipales de salud y de la conformación de equipos de salud familiar (ESAF), integrado por:

- Un médico general.
- Una auxiliar de enfermería.
- Un técnico de atención integral de salud.
- Dos o más promotores voluntarios de salud.

También se integran al sistema los comités de salud comunitaria, vinculado a través de los promotores de salud.

Cada Equipo de Salud Familiar tendrá a su cargo un área geográfica donde residan de 500 a 700 familias.

Por cada grupo poblacional de 18,000 a 50,000 habitantes se constituirá una zona de salud con un Equipo de Apoyo conformado por:

- Un/a enfermera.
- Un/a trabajadora social.
- Un/a nutricionista.
- Un/a odontólogo /a y un/a asistente dental.
- Un/a trabajador/a ambiental.
- Un/a técnico/a en control de vectores.
- Un/a bioanalista y un/a farmacéutico/a (opcional)

A este Modelo se integran los servicios de salud sexual y reproductiva tal y como se establece en la reestructuración de las funciones del Consejo Nacional de Población y familia (CONAPOFA) y la política de descentralización de los servicios de salud. Actualmente se trabaja en la creación de la base organizativa para la implementación del Nuevo Modelo de Atención en Salud. Las autoridades se muestran confiadas en que se iniciará su implementación en el segundo semestre de este año 1998.

## V. Bibliografía

1. Amaro Guzman, raymundo: "Constitución y Reformas Constitucionales 1994", Vol. IV, Santo Domingo, República Dominicana, 1994.
2. Anexo I, Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW, agosto 31, 1997.
3. Betances, Betania, Galván, Sergia, Gómez, Julia y Puello, Elizardo : "Planificando la Prevención del VIH/SIDA en Mujeres Jóvenes" Santo Domingo, República Dominicana, Julio 1997.
4. Cáceres, Francisco, phd - El Incremento de la Maternidad Adolescentes en la República Dominicana.
5. Código de Trabajo de la República Dominicana, Reglamento y Legislación Complementaria, 1994.
6. Código Penal de la República Dominicana, Colección de Textos Legislativos No.4, Editorial Tiempo, S.A., Santo Domingo, R.D., 1987
7. CONAPOFA, Plan Estratégico, 1997-2001; 1996.
8. Congreso Nacional, Ley General de Educación No. 66-97.
9. Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, publicado por el Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas, noviembre, 1989.
10. Cruz Almánzar, Consuelo: "Perfil de las mujeres en el Gobierno", Santo Domingo, D.N., 1996.
11. Dirección General de Promoción de la Mujer -DGPM- : "Diagnóstico sobre la Participación de la Mujer en Planes y Proyectos del Estado", Santo Domingo, R.D., 1992
12. Dirección General de Promoción de la Mujer-DGPM- : "Plan de Acción DGPM de Corto, Mediano y Largo Plazo", Santo Domingo, D.N., diciembre, 1996.
13. Duarte, Isis y Tejada Holguín, Ramón: "los Hogares Dominicanos : El Mito de la Familia Ideal y los Tipos de Jefaturas de Hogar", Santo Domingo, D.N., 1995.
14. ENDESA, "República Dominicana, Encuesta Demográfica y de Salud, 1996" febrero, 1997.

15. FLACSO: "Mujeres Latinoamericanas en Cifras, 1993.
16. Gaceta Oficial No. 9945, Ley 24-97
17. Galván, Sergia y Sangiovanni, Gianna: "Análisis Evaluativo del Contexto Político, Social, Económico y Cultural de la República Dominicana", Santo Domingo, República Dominicana, junio 1995.
18. García Fermin, Franklyn y Sosa Pérez, Rosalía: "Código del Menor", Ediciones Jurídicas Siglo XXI, Santo Domingo, R.D., abril 1995.
19. IEPD/PROFAMILIA, Madres Adolescentes en República Dominicana, 1996.
20. IEPD-ONAPLAN, IRD/Macro International, Inc., República Dominicana "Encuesta Demográfica y de Salud 1991, Santo Domingo, República Dominicana, septiembre 1992.
21. Informe Nacional IV Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Mujer "Acción para la Igualdad, el Desarrollo y la Paz", Beijing, China, 1995.
22. Instituto de Estudios de Población y Desarrollo, IEPD: "Condiciones de Salud de la Población Dominicana y Factores Demográficos y Socioeconómicos Relacionados", Santo Domingo, 1996.
23. Junta Central Electoral. Resultado de Elecciones Congresionales, Municipales, 1992
24. Ley 1306-BIS (ley de Divorcio) Jurisprudencia en Materia de Divorcio, Formularios en materia de divorcio, D.N., abril 1997.
25. Ley 1306-BIS (Ley de Divorcio) Modificada por la Ley 142 en sus arts. 28-30 y 31 y ley 2402 (Ley sobre asistencia obligatoria de los hijos menores de dieciocho años).
26. Movilización Nacional por la Reducción de la Mortalidad Infantil y Materna 1997-2000, Santo Domingo, D.N., abril 1997.
27. Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) Censo Nacional de Población y Vivienda, 1993.
28. Oficina Nacional de Estadísticas (ONE): "República Dominicana en Cifras 1988", Vol. XV, Santo Domingo, mayo 1989.
29. Oficina Nacional de Planificación (ONAPLA), Focalización de la Pobreza en la República Dominicana, 1997.-

30. Oficina Nacional de Planificación; Plan Nacional de Desarrollo Social, 1996.
31. Oficina Nacional de Presupuesto: "Informe de Ejecución Presupuestaria año 1995"
32. ONAPLAN, Informe de Avance del País, Conferencia sobre Población y Desarrollo, El Cairo.
33. ONU; Plan de acción Regional Latinoamericano y del Caribe, sobre Población y Desarrollo.
34. ONU; Resumen del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo.
35. Organización Internacional del Trabajo: "La Situación Sociolaboral en las Zonas Francas y Empresas Maquiladoras del Instituto Centroamericano y República Dominicana, 1996.
36. Pérez Méndez, Artagñan : "Procedimiento Civil", Tomo I, Santo Domingo, República Dominicana, 1992.
37. PROFAMILIA, Jóvenes y Salud Reproductiva, Revista Población y Desarrollo, No.5, 1995.
38. Revista Población y Desarrollo No. 5, 1995: Jóvenes y Salud Reproductiva", Santo Domingo, República Dominicana, 1995.
39. SESPAS, Nuevo Modelo de Atención, 1998

INSTITUCIONES QUE COLABORARON CON LA  
ELABORACIÓN DEL INFORME

SECRETARÍA DE ESTADO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
(SESPAS)

OFICINA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN  
(ONAPLAN)

DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA MUJER  
(DGPM)

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN Y FAMILIA  
(CONAPOFA)

ASOCIACIÓN DOMINICANA PRO-BIENESTAR DE LA FAMILIA  
(PROFAMILIA)

EQUIPO ELABORACION INFORME

REDACCIÓN:  
LIC. SONIA DÍAZ

REVISIÓN Y DIAGRAMACIÓN:  
ARQ. CLARISSA LEÓN DE FERNÁNDEZ  
DRA. SORAYA FERNÁNDEZ DE PEZZOTTI  
ÍNG. INDHIRA DE JESÚS  
OFICINA DE SEGUIMIENTO DE LAS CUMBRES MUNDIALES

**COUNTRY REPORT**  
**COMMONWEALTH OF THE BAHAMAS**

**ECLAC Twenty - Seventh Session**

**Committee on Population and Development**  
**Oranjestad, Aruba**  
**May 13 - 14th, 1998**

**Prepared By: Kelsie Dorsett**  
**Assistant Director**  
**Department of Statistics**  
**P.O. Box N-3904**  
**Nassau, Bahamas**

The Commonwealth of The Bahamas both implicitly and explicitly is addressing many of the issues outlined in the ICPD Programme of Action. Population issues have been and continue to be the main focus of the social policies being addressed by the country's national and local agencies, and, many of these are being done in partnership with NGO's. The Government has made a conscious effort to foster a broad and effective partnership with non-governmental organizations in awareness of the crucial role they can play in assisting with the formulation, implementation, monitoring and evaluation of population and development objectives and activities.

This report highlights some of the initiatives taken by The Bahamas Government which has committed itself at the highest political level to address as many as possible of the issues arising out of the ICPD Programme. By far, the major accomplishment since the 1994 Conference is the drafting of a National Policy on Family Planning - a milestone for the country. Other significant inroads have been made in areas such as the Environment, Women Issues, Youth and Adolescent Issues, and Partnership with the Non-Governmental Sector.

## **FAMILY PLANNING AND REPRODUCTIVE HEALTH**

A National Policy on Family Planning with Pertinent Aspects of Reproductive Health was completed in June 1997 and is awaiting ratification. The formulation of this policy was mandated by Cabinet following the Caribbean Plan of Action meeting which was held in The Bahamas in 1995. To this end, the first step taken was the formation of a Family Planning Secretariat falling under the portfolio of the Ministry of Health. This body convened a series of seminars and public forums in order to involve the community in this most important venture. In 1996, a Symposium, The Inter-American Parliamentary Group on Population and Development, was held. Simultaneously, a series of public forums took place featuring as the keynote speaker the Honourable Billie Miller, Deputy Prime Minister of Barbados.

In April of 1997, the National Family Planning Programme was officially launched with its goal being 'Improved health relating to reproduction and family planning among the people of The Bahamas'. The purpose of the Programme is the establishment of a sustained environment which would facilitate universal accessibility to reproductive health care for the Bahamians.

Though the National Policy on Family Planning has not yet been legislated, the National Programme is fully operational and some of the services which have been implemented are outlined below:-

- \* Comprehensive Family Planning Clinical Services are now available within clinics throughout the country. These clinics are available to everybody and all clients are offered counselling, educational information and a physical assessment including cervical smears, breast examinations, urine testing and screening for specific STDs. Additionally, a full range of contraceptive methods and supplies are available to the clients. A minimal fee is required but no individual is refused care because of



inability to pay. It should be noted that similar services are also provided by the Bahamas Family Planning Association (BFPA), a leading NGO which is allotted funds annually by Government.

- \* A Maternal and Child Health (MCH) project is in place and is established as a unit of the Department of Public Health. This programme focusses on quality antenatal/neonatal care and post-conceptional health. Through this venture the government endeavours to significantly reduce infant mortality and the occurrences of premature births and low birth weight babies.
- \* The establishment of an ongoing training programme for providers of reproductive health/family planning services.
- \* Family Life Education is now a mandatory part of the school curriculum.

## THE ENVIRONMENT

At the end of 1994, The Bahamas hosted a major international environment conference, The Conference of the Parties to the Convention on Biological Diversity. At this forum, policies, guidelines and strategies were developed in order to enforce agreement among nations on how to ensure sustainable management of natural resources and prevent environmental degradation. The implication of the themes of this conference is very important to The Bahamas with its fragile eco-system which are very vulnerable to the general and economic activities of man, including tourism.

In preparation for this conference, the Bahamas Environment Science and Technology Commission (BEST) was established as a unit within the Prime Minister's Office. This Administrative Body is mandated to coordinate efforts pertaining to the environment, science and technology. It therefore works closely with other government departments particularly the Department of Environmental Health and The Ministry of Public Works, as well as the Bahamas National Trust and other NGOs, the private sector and concerned individuals. The ultimate purpose being to ensure that environmental concerns are included in the development, planning and review mechanisms of all sectors. Tourism is given special attention as it holds a key position in the economic development of the country. It also has a tremendous potential to provide the economic incentives for environmental conservation through eco-tourism and adventure travel.

At present BEST is awaiting ratification of two Bills tabled in the House; an Act to Develop an Environment Impact Assessment Process, and the Forestry Act.

The Government's commitment to environmental concerns is also evident in its newly enacted law 'The Bill For Conservation of the Physical Landscape of The Bahamas 1997'. It has revised its programme which monitors the pollution of coastal water, and proposes amendments

to the Act which covers it.

The importance of this measure can not be overlooked given the fact that The Bahamas is not an exporting country, but, of its few exports, crawfish is highest on the list. Additionally the major livelihood of most people in the Family Islands is fishing, game fishing in particular is a major tourist attraction on many of the Family Islands.

The Program for Ozone Depleting substances has also being revised and an ongoing series of workshops to sensitize the major Agencies has been planned.

The Government is presently in the midst of a costly consultancy, the focus of which is the improvement of the garbage disposal system.

## **ISSUES RELATING TO WOMEN**

Prior to 1994, The Bahamas, signed the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW). Since then, and in response to actions outlined in the ICDP Programme, measures have been taken to ease gender disparities and to empower women. One of the major initiative taken is the drafting of a new Inheritance Bill which is currently being discussed in various forums. This Bill which has not yet been tabled would allow for all children born within wedlock to inherit equally. The Bill also seeks to provide for those children born out of wedlock whose paternity had been established by the payment of maintenance prior to the death of the father.

The Bureau of Women's Affairs, in conjunction with the various NGOs, is about to launch a programme geared towards promoting women in leadership positions.

## **YOUTH AND ADOLESCENT ISSUES**

The findings and recommendations of a Consultative Committee on National Youth (1994) are in accordance with those outlined in chapter 6.7 of the Programme of Action. This Youth Committee, appointed by the Government, was assigned the task of studying the special needs of youths and to make recommendations for their positive development as an integral part of national planning and development.

Youth initiatives which are presently in place are outlined below:-

- \* A Health and Family Life Education programme has been implemented in the schools and is a mandatory part of the curriculum. This programme promotes responsible parenthood and teaches adolescents about sexuality and appropriate behaviour.
- \* The Bahamas Adolescent Health Care Project has been established with its focus being the reduction of teenage pregnancy; promotion of healthy life styles, and the

promotion of community-based services appropriate for adolescents.

- \* Continued support and strengthening of the PACE (Providing Access to Continued Education) Programme. This programme focuses on the educational needs of teenage mothers and is funded by the Government.
- \* Changes in the rules and regulations regarding pregnancy of school age girls. These young girls are now allowed to return to school after having their babies.
- \* The support and subsidizing of Shepherd's Nook, a home for unwed teenage mothers.
- \* The establishment of SURE (Success Ultimately Reassures Everyone). This programme which falls under the portfolio of the Ministry of Education targets school age boys who are prone towards violence and negative behaviour. They are withdrawn from the main stream schools and placed in special facilities where they experience a specialized programme designed to develop positive attitudes and behaviour. Basic subjects are also taught and the curriculum includes a work experience programme. The minimum stay in the programme is one term while the maximum stay is a school year.
- \* A similar programme, supported by the Government, has been mounted by the Catholic Church. YEAST (Youth Employment & Skills Training) is a fourteen week program directed towards young males.
- \* A Youth Enterprise Programme (YEP) was initiated late 1995 under the portfolio of the Ministry of Youth. The purpose of this programme is to empower young people by providing them with entrepreneurial skills and to assist them in setting up small businesses. The programme runs for six months and is available to all unemployed youths between the ages of 16 and 25. Training is provided in the areas of ceramics, screen printing, garment manufacturing and souvenir crafts.

## **PATNERSHIP WITH THE NON-GOVERNMENT SECTOR**

In pursuance of chapter 15 of the Programme of Action, the Government of The Bahamas, in late 1994, through the Ministry of Social Development, formally and officially invited the non-governmental sector to become active partners in the development process. This liason was channeled through the National Council For Social Development (NCSD), an administrative body created specifically for this purpose. The objective of this Council is to facilitate the building of social partnership between the Religious Organizations, the Civic and

Social Organizations, the Business and Trade Union Organizations, and the Government. These groups will work towards the economic, social, moral and spiritual advancement of all the people of The Bahamas. A series of workshops has taken place, some aimed specifically at the church and others towards the larger community. Periodically, open forums/town meetings are held in order to obtain input from as broad a sector as possible.

In order to operate more effectively sub-committees have been appointed to address specific issues; Youth, Family Life, Education, Women and Gender Issues, Social Justice Issues

## **MIGRATION**

In January 1995, the Bahamas Government and that of Haiti signed the Agreement on Immigration Issues. The essence of this Agreement is that, in addition to regular, monthly repatriations, the Government of The Bahamas will continue to regularize those Haitian nationals illegally residing in The Bahamas for ten years or more and who can furnish evidence to this effect. Other considerations which would favour regularization, once the minimum residence period has been satisfied, include the birth of children in The Bahamas to such nationals.

This policy on regularisation also extends to other foreign, undocumented nationals who meet the same criteria. At present, the Bahamian Government is in negotiation with the Cuban Government in an effort to arrive at some agreement regarding the recent inflow of Cubans into The Bahamas.

## **OTHER ISSUES**

Very briefly a number of other significant measures have been implemented as follows:-

### **EMPLOYMENT**

- \* - A minimum wage for Government employees was effected in 1996.
- \* - A draft Labour Standards Bill incorporating a National minimum wage proposal has been completed. This draft bill is being debated and discussed in various forums before being tabled in the House.
- \* - An Industrial Tribunal was established in 1996.

### **HOUSING**

Prior to 1994 the Government was strongly committed to providing low cost housing being fully cognizant of the effect this would have on improving the quality of life of its people. Since 1994 these efforts have been intensified and are no longer limited to New Providence and

Grand Bahama but have been extended to incorporate many of The Family Islands.

The Housing Commission recently announced an Urban Renewal Programme which is intended to 'transform dilapidated areas into mini communities of low cost houses and small parks.'

\* - A proposal has been put forth to amend both the Housing Act and the Housing Regulation Act. In essence the amendments proposes are increase in the 'ceiling' and recommends the extension of loans for owner occupied commercial dwellings such as duplexes.

NATIONAL REPORT  
OF GUYANA

POPULATION

SURVEY

DEMOGRAPHY

FOLLOW-UP TO  
LATIN AMERICAN  
AND CARIBBEAN  
REGIONAL PLAN OF  
ACTION  
ON  
POPULATION  
AND  
DEVELOPMENT

UNECLAC 27th  
SESSION  
ORANJESTAD,  
ARUBA  
11th - 16th May, 1998

## GUYANA

### REPORT ON FOLLOW-UP TO LATIN AMERICAN AND CARIBBEAN REGIONAL PLAN OF ACTION ON POPULATION AND DEVELOPMENT UNECLAC, 27TH SESSION, ORANJESTAD ARUBA, 11TH - 16TH MAY, 1998

This report to the 27th Session of the Economic Commission for Latin America and the Caribbean reviews Guyana's position in the key areas of Consensus in the Latin American and Caribbean Regional Plan of Action on Population and Development. Guyana is a committed partner to the resolutions taken at the International Conference on Population and Development held in Cairo in September, 1994. The report is not exhaustive and selectively focuses on the broad areas set out in the suggested guidelines where the greater strides and progress have been made. Implicitly, the areas not directly addressed are indicative of areas of effort still to be done.

#### A. INTEGRATION OF POPULATION MATTERS IN THE DEVELOPMENT PROCESS

The participation of Government at all of the major UN Conferences of the 1990s which have addressed the issues of population, per se, or the impact of related issues on populations, among these being the ICPD 1994, World Social Summit 1995, World Conference on Women 1996 and the Habitat Conference, 1996, was in itself indicative of Government's increasing commitment to the positioning of population as the central theme in its programmes for economic and social development.

The manifestation of this commitment is further highlighted in the publication through the Ministry of Finance, in October 1996 of a National Development Strategy for Guyana which highlights inter alia, the concept of 'Shared Development through a Participating Economy', and in which the strategic key issues of Poverty Alleviation, Environmental Policy, Health and Educational Policy, Women Gender and Development, Amerindian Policies, Urban Development and Housing Sector and the Role of Regional and Local Government have been addressed.

A further indication of policy priority in configuring development as a 'people-centred' activity has been the publication, its first in Guyana, of a Guyana Human Development Report, 1996, prepared by the eminent economist, Professor Clive Thomas, the product of a fruitful partnership involving the Government of Guyana (through the Office of the President and Ministry of Foreign Affairs) the United Nations Development Programme in Guyana, and members of the wider development community in Guyana. This is a report which had the critical and active support of the late President of Guyana, and provided much utility in its systematic presentation of much current data to examine core issues of poverty and poverty alleviation, the levels of provision and equity in health and education and critical social issues such as gender inequality, indigenous peoples, drug abuse, domestic violence, for example.

The current budget of 1998 has identified the areas of Housing, Education, Water (including Hinterland and Rural Water Systems), delivery of Health Services and Youth

Employment Programmes as areas that will be given highest priority in government's allocation of resources. However, it must be stated that even with Government's policy of having 'people-centred' growth and development, there is not an explicit population policy in Guyana. This fact was brought to Government's attention in 1993, at the time of the establishment of a National Committee to oversee preparations for the Cairo meeting. The priority at this point in time is to build the institutional networks that must be the forerunner of population policy among them having vibrant NGOs, which are emerging in key social sector areas, the restoration of a national capacity to generate a wider range of social and related statistics and institutional capacity for demographic analysis, as manifested in developments at the Central Statistical Office over the past four (4) years, and a more pro-active role for womens' affairs.

The wide range of social partners involved in institutional network building is further manifested in a more sector-decentralised approach by organizations for the implementation and follow-up of agreements adopted by the ICPD. The review of these agreements and recommendations is very timely in that it has underscored the need for and potential of having in Guyana a more systematic, regular and integrated approach by sector and subject agencies to the implementation of the CAIRO resolutions at the half-way point, ICPD plus 5.

## **B. GENDER EQUITY AND THE EMPOWERMENT OF WOMEN**

Females comprise the greater proportion of Guyana's population. It was determined at the time of preparation for CAIRO, that despite their majority in the population, women suffered from gross under-representation in all walks of public and private life, though this was not unique to Guyana.

It is the policy view that significant advances have been made in the areas of equity and empowerment of women over the past five (5) years. The majority of goals of achievement set at Cairo have already been met, among these being;

### **1. PARTICIPATION IN SOCIETY AND POLITICS**

There is at present no political, legal or other obstacle to prevent the full participation of women in society and politics. This was recently manifested in the increased number of women participants in all spheres of the political spectrum during the national campaigns for elections last year, culminating in Guyana having its first woman president. The advances of women in other areas of public life and public office have also been manifested within the past five (5) years with the appointment of the first woman Chief Justice in Guyana and the increased number of women legislators at the level of Local Government.

The promotion of gender equity and empowerment of women has further been supported by legislative and institutional activities. Of late, have been the passing in the National Assembly of the Medical Termination Act and the Domestic Violence Act.

Under the guidance of the Minister with responsibility for Women's Affairs, work is now apace on the formulation of a National Policy Document on Women. Already in place is a



Leadership Institute for Women, and a programme for the dispensation of funds to women in the most needy circumstances for poverty alleviation.

Priority is now being given to the gender mainstreaming of the National Development Plan, and in particular the integration of gender into Health Sector development.

From a national perspective, Guyana's gains are reflected in its position as a member of the Executive Committee of the Inter-American Committee on Women, where it represents the Caribbean.

Guyana also considers as an index of its advancements in the area of gender equity and women empowerment, its ranking as No. 33 in the World in Gender Improvement Measures.

There are still major hurdles to be overcome in the promotion of gender equity, particularly in the attitudes of men. The sharing of responsibilities in the home, for example, is still not a universally accepted norm by men, but consistent educational work in these and related areas continue, especially through NGOs. The recent exercise of having men in Guyana publicly associating themselves with the signatory exercise denouncing violence against women was indicative of progress beyond the symbolic.

### **C. REPRODUCTIVE HEALTH RIGHTS, SOCIAL EQUITY AND FAMILY WELFARE**

The improvement of conditions in the area of Sexual and Reproductive Health was one of the major decisions coming out of ICPD 1994. The Health Ministry has adopted an outreach approach working closely with the Guyana Responsible Parenthood Association, which has been pro-active in this regard. Activity approaches have been in five (5) main areas.

1. - Assessing the situation among adolescents.
  - An approach of peer counselling and education has been adopted within communities, using a 'feedback' mechanism to umbrella organizations and NGOs. There has been much satisfaction so far with this approach.
2. - Improvement of information and education-sharing with emphasis on STDs, and provision of small services.
3. - Focussing on Cervical Cancer.
  - Providing women with Pap-Smeer Services, and Biopsies
4. - Expanding into communities, identifying leaders therein and providing training thereto in sexual and reproductive health, to enable them in turn to counsel at 'bottom house' level.

5. - Increasing global accessibility of contraceptives through the network of the Health Ministry and Clinics.

There are already indications of a decrease in deaths of women from sepsis, following the decriminalisation of Abortion in 1996. The implication is that much work still needs to be done on the availability of data, which is addressed subsequently.

Most of the programmes of the GRPA has been funded by the European Union over the past two (2) years. Expectedly, there is cautious optimism that such funding will continue. UNFPA has shown its interest in reproductive health among adolescents. The GRPA is hopeful of funding to support its activities in this area.

#### **D. INSTITUTIONAL DEVELOPMENT**

Institutional capacity and sustainability is the key for maintaining success in reaching the objectives of the goals of CAIRO and the Regional Plan of Action as we move into the second five (5) year period, post-Cairo.

In the lead-up to Cairo, an institution as important as the Bureau of Statistics did not have in place an established Demographic Division and was in the process of re-establishing a Survey Division with the assistance of a UNDP project. Five (5) years after Cairo, there is now the core of a Demographic Division in place, and the Survey Division has been the most active for the past five (5) years, and is in the process of completion its third major nationwide survey.

The external linkages have been the key. Reference was made to the UNDP support project. More importantly is the assistance gained from closer at home.

Particularly in the area of Demography and Census, CELADE has made a direct impact on Guyana's institutional capacity, more recently starting with the training instituted regionally for the execution of the 1990 Census. The Bureau derives its benefits from CELADE through the aegis of the ECLAC office in Trinidad and Tobago. CELADE is viewed in the context of a Population Division of ECLAC, responsible for implemented ECLAC's Population Programmes, Research and Training.

CELADE was central in the training in the IMPS Software package for the Census of 1990/91, utilised by Guyana, and provided the technical support for a workshop in 'Techniques for Analysis of Census Data' held in the Cayman Islands, June 1996, in conjunction with UNFPA and ECLAC.

Given the definitive need for training in depth in the area of Demography, it is Guyana's opinion that a CELADE's role in demographic training must be accelerated. From the Bureau's perspective, the approach to institution and capacity building has been continuous and systematic, utilising whatever linkages are available.

At present, in conjunction with UNICEF, the Bureau has been targetting and generating core indicators on special populations, especially women and children, and more importantly quality-of-life indicators. With UNICEF's assistance, the Bureau has associated itself with the 20/20 Initiative, and recently joined with other Caricom countries in recommending a set of core social indicators for consistent monitoring. Training by the Bureau has been taken to several regional areas.

Consistent with the target requirements set at Cairo on reduction of infant mortality rates, maternal mortality rates, etc., the Bureau, in conjunction with the General Register Office, the Ministry of Health and PAHO is approaching this problem at source by initiating in a comprehensive exercise to computerise and access the birth and death records of the GRO, starting current, and regressing five (5) years in the first instance. It is recognised that the collection and analysis of this data is required to guarantee the quality and integrity of data used in the calculation of key population variables.

The human resource level is also being addressed, with one (1) staff member pursuing a post-graduate degree in Demography at LSE. Two (2) other graduate staff are being trained on-the-job.

The Bureau will chair an inter-departmental committee to oversee the exercise at the GRO.

Even with these advances, a Central Statistical Office is at the centre, and can only be strong as its weakest links, viz the line Ministries which provide the administrative data but may not have any statistical capacity. From a policy perspective, the Bureau intends to outreach through the aegis of a Technical Advisory Committee on Statistics which it co-ordinates.

The main areas discussed, A - D, constitute the main areas in which it is considered worthwhile progress has been made, and are presented for the information and discussion of the 27th Session of ECLAC in Oranjestad, Aruba.

**BUREAU OF STATISTICS**

**12TH MAY, 1998**

REPORT OF THE DELEGATION OF THE NETHERLANDS ANTILLES

Name: drs. Nelson Coffee  
 Official Title: President of the Permanent Committee on  
 Population Issues  
 Address: C.B.S.  
 c/o Population Unit  
 Fort Amsterdam  
 Curacao, N.A.  
 tel: 599-9-4613065  
 fax: 599-9-4611696

The Netherlands Antilles is part of the Kingdom of the Netherlands. It consists of 5 islands; Curacao and Bonaire in the South and Sint Maarten, Saba and Sint Eustatius in the North. The total population is about 225.000 inhabitants. Curacao is the largest island with approximately 150.000 inhabitants. The Central Government resides in Willemstad, Curacao. The language spoken and used by <sup>press</sup>persmedia in Curacao and Bonaire is papiamentu and in Sint Maarten, Saba and Statia (The three windward islands) English language. The school language is Dutch.

A: Integration of Population matters in the developmental process.

The government realized the importance of integration of population matters in the development process and prior to the ICPD, founded in April 1994, 'The permanent Committee Population issues'. It established a Secretariat, called The Population Unit at the Central Office for Statistics full time equipped with one person. The population Unit has access to figures concerning population variables collected by the C.B.S.. At this moment The Population has a technical assistance ~~from a social~~

*by*

demographer who is helping with preparing the ... for the year 2000. The government has been very cooperative in allowing the Population Committee to participate in all preparatory and follow-up meeting at regional and sub-regional level of the I.C.P.D. The meetings at sub-regional level has been very effective in designing strategies to deal with common population issues of the Caribbean countries. This resulted f.i. in an investigation on consequence of migration in the Caribbean in which the Netherlands Antilles also participated. I must admit that until now we have not convinced all ministries to involve population planning in the policy planning. This takes time and we are glad with the fact, ~~that~~ The government agreed to appoint members, representing the ministries, in the Population Committee. The government, through recommendations submitted by the Permanent Committee, The government is in the process of attaching importance to population and development issues. In 1995 the government <sup>has</sup> changed the office of Women and Humanitarian affairs in a ministry and Department of Welfare, family and <sup>humanitarian</sup> ... Affairs which has a member in the Permanent Committee of Population Issues. Also since 1994 each island has a commissioner who is in charge of Women affairs. In 1997 Buro for Women Affairs has been founded on the island of Curacao<sup>a</sup>. The effects of the Permanent Committee on development strategies and several policies have not been systematically evaluated. The government has founded the "Social Funds Netherlands Antilles" and "Funds Social Network" which focused on projects for disadvantaged social groups. One of the projects in which the Population Committee will be involved is a survey on the degree and impact of poverty. The secretariat of the Population Committee has prepared an analysis for the Government <sup>on</sup> the projection of the increase of the elderly persons in the population to evaluate the cost effect of this group in the health care system, social security and pension. The Population Committee is in charge of ensuring that population policy guidelines are adhered to. Education and communication programs have been developed by organizing for school children for 5 consecutive years creative arts competition <sup>held in</sup> recalled for the international world population day. The topic chosen was that of the United Nations, Exposition was held with the drawings of the children and this we will published <sup>for</sup> a book with compositions of the children. Some of the creative arts of the children on population themes have also appeared in the Caribbean newsletter on population and development.

## Gender equity and the empowerment of women!

A delegation consisting of the Minister of Welfare, Family and Humanitarian Affairs, staff-member of this ministry and ~~and~~ 45 members of N.G.O.'s went to the Fourth Conference of Women in Being. Since then there exist a good cooperation with N.G.O.'s on issues relating to Gender equity, the empowerment of women and reproductive health. There is political and social will to achieve gender equity but we ... <sup>miss</sup> the indicators to achieve it. The mechanism available to ensure equitable participation of ~~women~~ <sup>Men and</sup> women are at governmental level, namely a ministry for women affairs, There is also a committee of parliament members for women affairs. The measures which have been taken to strengthen women's participation society are the ratification of the convention on eliminating all forms of discrimination against women! There is an awareness under political parties to put women on their ~~list~~ <sup>List</sup>. In the recent elections in January this year the leader of the second most large party of the election was a woman. In the group of eight ministers in government period 1994-98 three were <sup>3</sup>women. The N.G.O.'s consists for the most part of women. The obstacles which have.... <sup>hindered</sup> ~~the~~ implementation of gender equity is that the concept of gender is not fully understood. Especially the analysis and planning for gender equity is not yet seen as a condition to achieve sustainable development.

Eradication of gender disparities and the improvement of Women Labor Force; Survey in 1996 showed that women are more active in administration, household, and service sector. Less active in higher jobs, technical and manual jobs. In 1996 the active part of the population in the labor force consist of 31.740 (55%) men and 25.225 (45%) women. Of the total of 9252 persons unemployed in 1996, 5583 (60%) were women and 3669 (39%) men. There were no official indicators available to analyze trends in gender based disparities.

Promotion of the role of women in development and gender equity.

Women do have access to training facilities. Female involvement rates in ~~mandatory~~ <sup>demandatory</sup> and secondary education is higher for girls because more boys become dropouts. Figures from the office of statistics in 1997 showed that as many women as men finished their study at the University. N.G.O.'s

report that more women do participate in adult education. In 1992 the government passed the law empowering equal pay for women and men working for the government. Women do get <sup>leave from 4 to 6</sup> six to four weeks before and six to four weeks after child birth. There are no other legal provisions.

Education gender equity and empowerment of women.

Until now no programs have been implemented to eliminate stereotypes that perpetuate subordinate roles of women. The implementation of these programs have been <sup>hindered</sup> ... by lack of funds and lack of insight how to tackle this problem. The gender perspective is not incorporated in the design of formal and informal education.

Men and gender equity.

Men are encouraged to participate in programs on gender equity organized by N.G.O.'s but they don't react in high <sup>number</sup> ~~member~~. Perhaps because they are <sup>invited</sup> ~~corrected~~ by N.G.O.'s of Women organizations. The discussion of men sharing responsibility with women in household task, sexual and reproductive behavior is once a while topic on radio talk shows, but not in a structured way.

Adolescence, sexual education and gender equity.

There are several groups who give sexual education at schools. But this takes place at an ad hoc basis. Recently all the organizations came together and process has started to design a program for sex education with a gender perspective to present to the school board as an integrated part of their curriculum. The Department of Welfare, family and humanitarian affairs have financed a project of ~~fl.~~ 60,000.—called "Prevention on young mother hood" on all the five islands of the Netherlands Antilles.

The percentage of teenage pregnancy has not increased in the last 10 years. There is a trend for younger girls under 15 year to become pregnant. The problem of young mothers is due to the fact that <sup>now</sup> ~~they~~ missed the support of the family network. They are more on their own which makes it difficult for them to continue their education. They also experience difficulties in educating their little kids due to the fact that they themselves are not prepared for this. A program has been developed by a N.G.O.'s

group to empower these young mothers so that they can integrate in the schools and society.

Health, Reproductive rights, social equity and family welfare.

The concept of reproductive health has been introduced and widely accepted by all health organizations dealing with the health of women. It is not yet seen as also an issue for men. But the reproductive right has not received much attention because it is not seen as a task of the health of organization to promote the reproductive rights. It may also be the case because pre-natal and infant care is well organized. Recently an N.G.O. has started with information activities on pregnancies and care for the new born.

The infant mortality varied between 7.8 to 17.8 for 1000 live births. In the period 1986-1993. From 1993 there is a significant decrease in the infant mortality rate. The mortality rate for the age group 0 - 4 years lies between 0 - 1.5 per 1000 for men and 0.17 - 1.49 per 1000 for women in the years 1980 - 1983. The maternal mortality is 54 for 100.000 live births in the period 1983 - 1993. The life expectancy is 71.8 for men and 77.5 for women.

Because of the small scale of the island no breakdown has been made for rural and urban areas. But what we are planning to do is making breakdown for social economic status and educational level.

There is a family planning bureau which serves the population and also gives sexual education at school. The family planning bureau has a member in the permanent committee on population issues. Until recently they provided anti-conceptives free to those who want it. But now they have to buy their anti-conceptive and pay for it. What will make it impossible, especially for those with low income. The joint service club will start with a project in June to help family planning with funds to work on reproductive health information for the youth as a way to prevent teenage pregnancy. There is no estimates available for unsatisfied demand for family planning.

The government policies incorporates the family dimension as stated before when they founded in 1995. The security for Welfare and humanitarian affairs.



# Constraints

## 1) Poverty

The Netherlands Antilles is at this moment in a socio-economical crisis. People are loosing their jobs and there is no alternatives. Recent figures showed that more women fall now in the category of those who earn less than Naf. 260.00 a month. They belong to the group of one parent family headed by women.

2) The drop out rate in school is very high especially for boys. The contributing factor to is the use of foreign language (Dutch). We are ~~not~~ working on a reform of the educational system and our mother tongue Papiamento will become the official school language.

3) The percentage of <sup>youth</sup> ~~group~~ unemployment is very high between 25 and 30%. It is higher for women than for men.

## 4) Immigration

Due to the economic recess, people in working age is leaving the island and go to Holland at the same time it is estimated that we have ~~fr.~~ in Curacao between ~~1.000~~ <sup>1.000</sup> and 20.000 undocumented immigrants. This change the whole ~~social~~ <sup>social</sup> perspective of our community with ~~all the~~ <sup>all this</sup> consequences.

Plans for the future.

We cannot ~~ex~~change the quality of life of our population without a clear defined plan of action catered to our ~~society~~ <sup>community</sup> problems ~~we owed~~ <sup>we owe</sup> to the future generation.

Action to be taken.

1) Wednesday on May the 20<sup>th</sup> the Population Committee will have a press conference to create public awareness for population issues and report what the follow-up will be to the I.C.P.D.

2) Updating our national report. It will be ready in July <sup>with</sup>

3) ~~As~~ a survey a sample on all the five islands to incorporate their <sup>will be held</sup> ~~Opinions~~ <sup>Opinions</sup> and attitude towards family welfare and family matters ~~of children working parent-hood, etc.~~ ~~From our budget we can put Naf. .... to carry at this project but we still need Naf. ....~~

- 4) <sup>working</sup> Continue together with countries in the regions to seek effective solutions for our population problems.



GOBIERNO DE NICARAGUA

*Segunda Reunión  
del Comité Especial*

---

Informe Nacional sobre Población y Desarrollo  
Cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD 1994  
Avances y Limitaciones

*Aruba*



MINISTERIO DE ACCION SOCIAL

*Mayo 11 de 1998*

# INDICE

INTRODUCCION.....	1
I. Situación Socio-demográfica de Nicaragua.....	3
II. Integración de los Asuntos de Población en el Proceso de Desarrollo.....	5
III. Equidad de Género y Habilidad de la Mujer.....	15
IV. Salud, Derechos Reproductivos, Equidad Social y Bienestar de la Familia.....	26

# GOBIERNO DE NICARAGUA

## INFORME NACIONAL SOBRE POBLACION Y DESARROLLO CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE ACCION DE LA CIPD 1994 AVANCES Y LIMITACIONES

### INTRODUCCION

Nicaragua como país participó de la Tercera Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo, Egipto, en septiembre de 1994, la cual se desarrolló en un ambiente de alta tensión, alrededor de temas tales como: la salud reproductiva, el aborto, los derechos de la mujer, la familia, los derechos de los que migran y las responsabilidades de los gobiernos y de ONGs. Estos temas, sobre todo aquellos relacionados a los derechos y salud reproductiva fueron muy debatidos a nivel nacional.

En el caso de Nicaragua el gobierno firmó el Programa de Acción de la Conferencia con las siguientes reservas:

*El Gobierno de Nicaragua, de acuerdo con su constitución y sus leyes y como signatario de la Convención Americana de los Derechos Humanos, confirma que toda persona tiene derecho a la vida, siendo este un derecho fundamental e inalienable y que este derecho comienza desde el momento de la concepción.*

*En consecuencia, primero, acepta que la familia puede tener distintas formas, pero en ningún caso puede ser alterada su esencia que es la unión entre varón y mujer de la cual deriva la vida humana.*

*En segundo lugar, acepta los conceptos de "Planificación familiar", "Salud sexual", "Salud reproductiva", "Derechos reproductivos" y "Derechos sexuales", haciendo reserva del contenido de dichos términos y de cualesquiera otros, siempre que uno de sus componentes sea el aborto o la interrupción del embarazo. El aborto o la interrupción del embarazo bajo ningún concepto podrán ser considerados como un medio de control de la fecundidad o de control de la población.*

*En tercer lugar, también se hace reserva expresa de los términos "pareja" o "uniones" cuando se refieren a personas del mismo sexo.*

*En cuarto lugar la República de Nicaragua sólo acepta el aborto terapéutico, conforme a las regulaciones de nuestra legislación, por lo que se hace reserva expresa respecto del "aborto" o de la "interrupción del embarazo" en cualquier parte del Plan de Acción de la Conferencia.*

En otro orden, vale destacar que el Programa de Acción de la CIPD 1994, además de basarse en el Plan de Acción Mundial sobre Población de 1984, en el que se hizo énfasis sobre la necesidad de mejorar la condición de la mujer, y se exhortó a los gobiernos a brindar universalmente los servicios de planificación de la familia, consideró también los resultados de la Cumbre para La Tierra (Programa 21 y la Declaración de Río), los acuerdos de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia en 1990 y en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en 1993. Esto significa que los resultados de las diferentes conferencias han sido mutuamente influyentes.

Así, dado los aspectos abordados y la forma en que se relacionaron las variables de población y el desarrollo en el transcurso de la Conferencia de El Cairo; se puede afirmar que la CIPD influyó en los resultados de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (1995), los Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), y la de Habitat II en 1996.

Entre los más importantes resultados de la CIPD, cuenta el hecho de que se discutió y ratificó la importancia de tener presente en los análisis sobre desarrollo socio económico, que las tendencias demográficas no pueden ser consideradas separadas de éste. En el caso de Nicaragua, se puede afirmar que con la Política Nacional de Población y las acciones que de ella se desprenderán esta importante consideración entra en la agenda del gobierno atender la importancia de la relación entre población y desarrollo.

Partiendo de la importancia otorgada al Programa de Acción del Cairo, así como los intereses nacionales, se pueden señalar como puntos coincidentes entre éste y la Política Nacional de Población, que en ambos documentos, si bien no se establecieron metas demográficas, se argumenta que para asegurar la salud reproductiva y los derechos de procreación, es necesario la potenciación de la mujer. En este sentido, no hay metas sobre la fecundidad, sino que esta variable tenderá a disminuir sus niveles en la medida que se satisfagan una serie de condiciones sociales, tales como el acceso a los servicios de salud y educación sexual, el avance de los programas de sobrevivencia infantil, el logro de la participación masculina en la salud reproductiva y la responsabilidad materna y paterna en la planificación familiar, o sea, alcanzar los objetivos de comportamiento reproductivos planteados en la Política de Población.

Las acciones generales que plantea la CIPD, se concretizan en las siguientes:

- **En relación a Salud Reproductiva:** Promover y brindar servicios de planificación de la familia y la salud sexual de todas las parejas e individuos, hacia el año 2015, como parte de un enfoque ampliado de la salud reproductiva y los derechos de procreación, reduciendo así las tasas de mortalidad infantil y materna.
- **En cuanto a la Potenciación de la Mujer:** Brindar mayores opciones a las mujeres, mediante un acceso más amplio de la educación y los servicios de salud, así como las oportunidades de empleo. Es necesario la promoción de los derechos de la procreación, la igualdad entre hombres y mujeres; en este tal sentido, todas las parejas tienen el

derecho de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y disponer de la información necesaria para hacerlo. De igual forma se promueve la eliminación de todas las formas de discriminación de la mujer.

- **En relación a la calidad de vida y estabilización de la población:** Integración de los aspectos de población en todas las políticas y programas encaminados, al logro del desarrollo sostenible para el bienestar de las personas y de la protección de los recursos naturales.
- **En cuanto a la colaboración y cooperación:** El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) como Organismo de las Naciones Unidas, encargado del seguimiento y la eficacia del Programa de Acción de la CIPD, ha asumido el compromiso de trabajar en colaboración con los gobiernos de los países.

Las acciones anteriormente mencionadas, en el caso de Nicaragua, serán analizadas en capítulos posteriores de este documento al ser relacionadas con la Política Nacional de Población.

## I. SITUACION SOCIO-DEMOGRAFICA DE NICARAGUA

De cara a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo, Egipto, en 1994, el Gobierno de Nicaragua a través del Gabinete Social de Gobierno, constituyó la Comisión Nacional de Población (equipo de profesionales especialistas en el tema) con la perspectiva de realizar estudios e investigaciones sobre población que sirvieran de insumos en la toma de decisiones y para su incorporación en los planes nacionales y sectoriales.

En un primer momento la comisión fue instaurada con fines de elaborar el informe de país a ser presentado en El Cairo. La información presentada en el Informe dio una alerta al Gabinete Social de Gobierno, sobre la importancia de atender el tema de población, razón por la cual instruyó a la Comisión Nacional de Población, elaborar los insumos necesarios para la formulación de una propuesta de Política Nacional de Población. De ahí, los diferentes hallazgos retrospectivos y proyectivos de la situación socio demográfica de Nicaragua para el período de 1950 a 2040.

Los resultados diagnósticos fueron principalmente los siguientes: El desempleo, subempleo y altos índices de pobreza, ponen en evidencia el rezago de la economía nacional ante el crecimiento población, por tanto, la ampliación de una significativa brecha entre el crecimiento económico y el crecimiento poblacional; los déficit de vivienda e infraestructura urbana, así como la baja calidad e insuficiente cobertura de los servicios de educación y salud son también muestras de la brecha entre el crecimiento económico y la dinámica poblacional.

La baja capacidad económica del país, caracterizada por bajos niveles de productividad laboral, de producción y de exportación, bajos niveles de inversión, deterioro de los términos de intercambio y una elevada deuda externa, hacen más difícil atender las necesidades de inversión en el área educativa y social, sobre todo en presencia de una población mayoritariamente joven y en rápido crecimiento. La baja escolaridad de la población (sólo 20 de cada 100 niños finaliza el nivel primario) obstaculiza la posibilidad de desarrollo económico al carecer gran parte de la población de destrezas intelectuales y manuales mínimas.

Se estimó que para 1990/95, el déficit de vivienda, superó las 500 mil unidades habitacionales, si se toma en cuenta que sólo por el crecimiento vegetativo de la población, se demandarán anualmente 25 mil unidades habitacionales nuevas.

En términos estrictamente demográfico, los indicadores señalan que Nicaragua es uno de los países de la región con más alta tasa de crecimiento de la Poblacional. Entre 1906 y 1950 la tasa de crecimiento intercensal fue de 1.68%, alcanzando en el año 1950 un crecimiento de 2.9%, hasta llegar a 1995 con 3.2%. Este ritmo de crecimiento experimentado permitió que la población nicaragüense se cuatriplicara entre 1950 y 1995, pasando de 1.1 millón de personas a 4.4 millones<sup>1</sup>.

La población nicaragüense es joven, la mitad de la población son menores de 17 años y solamente un 3.5% son mayores de 65 años, las implicaciones de la estructura piramidal de la población nicaragüense encuentran su expresión en una alta relación de dependencia, 95%. Esta estructura en cuanto a su composición por sexo, históricamente se ha caracterizado por mantener un ligero predominio de mujeres, para el año 1995 se estimó que el 50.8% del total de población son mujeres.

La fecundidad de las mujeres en Nicaragua es de 4.5 hijos por mujer en 1990/95, esta tasa oculta grandes diferencias entre los diferentes sectores socioeconómicos. Así, para el año 1990, la tasa global de fecundidad (TGF) del área rural (6.4 hijos por mujer), duplicaba la de Managua (3.2 hijos por mujer). Las mujeres de bajo nivel socioeconómico y educativo que constituyen gran parte de la población rural y un porcentaje considerable de la población urbana, tienden a iniciar tempranamente las relaciones sexuales, factor que contribuye a una fecundidad elevada y a la transmisión intergeneracional de la pobreza.

La variable demográfica que más impacto ha tenido sobre el tamaño y composición de la población en Nicaragua por edad de la población es la mortalidad. Un descenso de la mortalidad infantil de 172.3 defunciones por cada mil nacimientos en el quinquenio 1950-55 a 47.8 por mil en 1995. Este descenso se concentró en los grupos de mejores condiciones económicas y sociales.

En cuanto a la mortalidad materna, las principales causas de muerte son hemorragias, neoplasias, eclampsia y abortos. A inicios de la presente década la mortalidad materna era

---

<sup>1</sup> El dato de población para el año 1995, corresponde al Censo Nacional de Población del año 1995.



del orden de 160 por cien mil nacidos vivos, y las causas están asociadas principalmente con la última mitad del embarazo.

Si bien la esperanza de vida de la población nicaragüense actualmente es baja 68 años en promedio, esta ha experimentado una ganancia sustancial al haber aumentado alrededor de 26 años de los años cuarenta a los años noventa, sin embargo, no se puede obviar que el aumento en la expectativa de vida es producto principalmente de la reducción de la mortalidad infantil.

No podemos decir que Nicaragua tenga un problema de alta densidad de población, puesto que se estima que para 1995, es de 36 habitantes por km<sup>2</sup>. Sin embargo, este promedio oculta grandes desigualdades territoriales. Permitiendo que existan determinadas regiones y zonas con altas concentraciones de población y otras prácticamente despobladas. Este desorden en el asentamiento de las personas en el territorio nacional obedece en gran parte a las equivocadas políticas inversionistas implementadas históricamente, las cuales han provocado que se haya concentrado más de la mitad del equipamiento (85%) de la infraestructura del país en una sola región (El Pacífico).

La alta concentración urbana, causada por los movimientos migratorios, especialmente hacia a la ciudad capital, generaron la proliferación de asentamiento humanos espontáneos dentro de un proceso de urbanización desordenado, lo que ocasiona gran presión sobre los servicios de educación, salud, vivienda, empleo y de infraestructura económica, igual que contaminación del medio.

La principal característica de la Migración Internacional de Nicaragua, es la emigración de nacionales. Tanto en la década de los años ochenta como en los primeros años de la década de 1990, la emigración ha tenido una tendencia sostenida. La emigración es un serio problema, sobretodo por la fuerte participación de profesionales y técnicos así como por las connotaciones que trae consigo para el país. La emigración de nacionales no muestra signos de reversión y actualmente se estiman que más de 350 mil personas residen en el exterior, número considerablemente elevado con respecto al total de población.

## **II. INTEGRACION DE LOS ASUNTOS DE POBLACION EN EL PROCESO DE DESARROLLO**

A partir del año 1994, el Gobierno de Nicaragua ha venido impulsando acciones consideradas dentro de una estrategia social, inmersa en un período de reactivación económica y de reconciliación nacional. Sin embargo, no es sino hasta el año 1997, que se formula la Política Social de Gobierno, en la cual se consideran los componentes claves en la búsqueda del desarrollo sostenible, incluyendo entre sus prioridades los aspectos de población.

Como producto de la política social, el gobierno determinó entre sus prioridades la definición de la Política Nacional de Población, cuyo proceso de elaboración inicio en el año 1994. Entre los años 1994 y 1996, el tema de población fue asumido en su instancia máxima de gobierno por el Gabinete Social de Gobierno, quien contaba con el Ministerio de Acción Social como coordinador del sector social. Asimismo, para apoyo técnico interinstitucional, se estableció un equipo técnico profesional (Comisión Nacional de Población) de especialistas en los temas sectoriales relacionados con población, coordinado por el Ministerio de Acción Social. Esta Comisión continúa funcionando como una Secretaría Técnica, realizando el mismo papel.

### 1. Importancia que el Gobierno otorga a los temas de Población y Desarrollo

Con los elementos de juicio, resultantes del Diagnóstico, Escenarios Socio-demográficos del 2,000 y siguiendo las pautas de los compromisos contraídos del Plan de Acción de la CIPD, el Gabinete Social, estableció un conjunto de Lineamientos y directrices que constituyeron la base de una propuesta de Política Nacional de Población. Esta propuesta fue discutida y en cierta medida consensuada con la Sociedad Civil, durante todo el año de 1995, mediante un proceso de consulta realizado en 9 de los 17 departamentos del país, involucrando la participación de más de 2,600 personas de diferentes sectores de la sociedad.

De los aportes y sugerencias recogidos de la sociedad civil se formuló la Política Nacional de Población, teniendo como resultado una versión publicada pero no firmada por el Gobierno.

El actual Gobierno de Nicaragua en su preocupación e interés por disminuir los altos índices de pobreza y extrema pobreza que alcanza a la mayoría de los nicaragüenses, formuló con carácter de urgencia la Política Social de Gobierno y definió una versión final de Política Nacional de Población, la cual se inserta en la estrategia nacional de búsqueda del desarrollo, sosteniéndose como su gran objetivo el contribuir a crear condiciones sociodemográficas favorables para el desarrollo socioeconómico del país y el mejoramiento del nivel y calidad de vida de las familias nicaragüenses.

El mejor indicador para mostrar el interés que el gobierno otorga a los temas de población y desarrollo, es que en el marco del Día Mundial de Población, en el año 1997, el Presidente de la República creó por decreto presidencial una Comisión Nacional de Población integrada por los funcionarios del más alto nivel (Ministros, Presidentes y Directores ejecutivos) de los ministerios e instituciones comprometidas con el tema. La tarea primaria de esta Comisión fue la definición de la Política de Población acorde a los lineamientos definidos por el Gabinete Social.

La Política Nacional de Población que el Gobierno ha ratificado, firmado y publicado en el año 1998, se define como: *“Un conjunto de medidas dirigidas a influir en el comportamiento reproductivo, educación, formación y salud sexual y reproductiva de la*

*población nicaragüense, así como en su distribución espacial en el territorio, promoviendo los valores de la sociedad nicaragüense: el derecho a la vida desde su concepción en el seno materno, acceso a la educación y salud básica, el papel central e insustituible de la familia, u a la supervivencia social y cultural de las etnias”.*

El Gobierno de Nicaragua, actualmente está asignando particular importancia al análisis y búsqueda de soluciones a los problemas poblacionales, teniendo como base la libertad, así como las tradiciones ético-culturales del país, a fin de armonizar las variables demográficas con las variables socioeconómicas, con el propósito de promover el desarrollo integral del país con una visión equitativa, de género sustentable y ambientalmente sostenible.

## **2. Institucionalización de la incorporación de las variables de Población en el Desarrollo**

En el marco del Sistema de Integración Centroamericana, Nicaragua se suma a los esfuerzos de los demás países centroamericanos para impulsar el desarrollo de los distintos programas nacionales, principalmente a avanzar en el campo de su sostenibilidad. Para ello, se abordan los siguientes campos de acción:

- Un Sistema de Indicadores Sociales y de Pobreza, que tiene como propósito la difusión de datos, noticias y avances en el campo social. Este sistema considera con especial importancia la información sociodemográfica.
- Formación de Recursos Humanos de alto nivel en todos los temas sociales, incluyendo población a fin de que los países puedan contar con especialistas suficientes y capaces que apoyen los procesos de identificación de los problemas sociales.
- Es en este marco, también se han venido planteando programas y proyectos relativos al tema de población, como por ejemplo; el Programa Regional de Salud Reproductiva, que funciona como experiencia piloto en tres países centroamericanos incluyendo a Nicaragua, esta iniciativa obviamente es un gran apoyo y respaldo a los planes y programas nacionales. Dentro del programa regional se abordan los siguientes temas: Población y Estrategias de Desarrollo y Políticas de Población; salud Reproductiva, Planificación Familiar y Sexual; Información, Educación y Comunicación en materia de Población; y Población y desarrollo local.

Asimismo, en el marco de la modernización del Estado, se considera indispensable dotar a los Alcaldes como máxima autoridad local y a la administración municipal sobre los elementos necesarios para que se consideren dentro del proceso de municipalización las variables demográficas en la planificación del desarrollo local.

En Nicaragua los avances se pueden patentar en la elaboración de los siguientes documentos:

- Informe Nacional sobre población en Nicaragua, presentado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, realizada en México. D.f. en 1993.
- Informe Nacional sobre Población en Nicaragua, presentado en la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo, realizada en El Cairo, Egipto 1994.
- Población y Desarrollo-Diagnóstico, publicado en abril de 1994.
- Nicaragua: Siglo XXI, Escenarios Socio-Demográficos. Premisas y Avances, publicado en 1994.
- Primer borrador de Distribución Espacial de la Población en el Territorio, elaborado en 1994
- Propuesta "Política Nacional de Población". Año 1995.
- Ayuda Memoria del Encuentro realizado con la Red de Mujeres en Diciembre de 1993.
- Ayuda Memoria del Encuentro realizado con grupos religiosos de ANPROVIDA, en febrero de 1994.
- Ayuda Memoria del Encuentro realizado con los ambientalistas, en abril de 1994.
- Ayuda Memoria del Encuentro realizado con los Periodistas, en abril de 1994.
- Ocho Ayuda Memorias de los Encuentros realizados con la sociedad civil en distintos departamentos del país, realizados para presentar la Propuesta de Política Nacional de Población e integrar los aportes de la sociedad civil en la misma.
- Documento sobre Aportes de la sociedad civil y cambios técnicos efectuados a la propuesta de Política Nacional de Población (marzo de 1996) publicado en abril de 1996.
- Propuesta de jerarquización de las Regiones geográficas del país, planteada bajo criterios sociales y demográficos y con visión hacia la reorientación de las inversiones públicas (documento de discusión interna, mayo de 1996).
- Problemática social - Medio Físico Natural. Distribución Espacial de la Población. Política Nacional de población.
- Política Nacional de Población, publicada en junio de 1996.
- El Censo Nacional de Población, realizado en el año 1995 y publicado en el año 1997.
- Revista Población y Desarrollo, publicada en 1996.

- Política Nacional de Población, versión final, firmada por el Presidente de la República de Nicaragua y por los miembros de la Comisión Nacional de Población, publicada en abril de 1998.

- Encuesta Nacional de Demografía y Salud, levantada en el año 1998, los resultados estarán disponibles en el año 1999.

- Política Nacional de Salud, 1997-2002, en la cual se considera todos los componentes de atención integral a la población.

- Manual de Salud Reproductiva, publicado por el Ministerio de Salud en el año 1996.

- Norma de Planificación Familiar, publicado por el Ministerio de Salud en el año 1997.

- Normas para la atención Prenatal, Parto de bajo riesgo y Puerperio, publicado por el Ministerio de Salud, en el año 1997.

- Política de Educación de la Sexualidad, publicado por el Ministerio de Educación en el año 1997.

### **3. Efectos de las políticas públicas y las estrategias de desarrollo sobre las tendencias sociodemográficas.**

La situación demográfica, descrita a grandes rasgos en el primer capítulo de este Informe, ha sido el resultado en gran medida de las políticas públicas emprendidas en décadas anteriores.

En la década de los años ochenta, se crea por ley el Sistema Único de Salud, que absorbió la atención médica y curativa de toda la población. En esta década se otorgó vital importancia al sector social. Se impulsó la Campaña de Alfabetización que redujo la tasa de analfabetismo drásticamente de 54 a 13 por ciento. Se emprendió también como política educativa “la universalización de la educación primaria a toda la población y la “Batalla por el Cuarto Grado” que implicaron una reducción en las tasas de analfabetismo y un incremento sustantivo en la tasa de escolaridad.

En esta década, se establece un reordenamiento jurídico en materia migratoria (fueron publicadas las leyes de Migración y Extranjería y de Nacionalidad, la ley de emisión de pasaporte), quedando ésta materia bajo el Ministerio del Interior. Las medidas adoptadas fueron de carácter restrictivo, aduciendo razones de seguridad nacional.

Asimismo, se desarrollaron, entre otros, nuevos programas como la educación sexual, a través de una organización juvenil y del establecimiento de una Comisión Nacional de Educación Sexual, se ejecutaron actividades de comunicación y de educación no formal

para la prevención de enfermedades infectocontagiosas y el conocimiento y uso de anticonceptivos.

Dentro del Ministerio de Salud (MINSa), se siguió prestando servicios de planificación familiar, integrados al Programa de Salud Materno-Infantil, los cuales se brindaron en todas las unidades de salud del país. Con esta estrategia, se mantuvo el concepto de integralidad en los servicios brindados a la mujer y sus hijos e hijas, alcanzándose una mayor cobertura y una disminución en los costos de prestación de los servicios.

El fortalecimiento de la planificación de los asentamientos humanos, a través del Ministerio de Vivienda y Asentamiento Humanos (MINVAH), significó la posibilidad de enfrentar en forma integral y coordinada el desarrollo del país. En 1982, el Gobierno asigna al Instituto Nicaragüense de Estudios Territoriales (INETER) la coordinación de los estudios físicos del territorio nacional, así como el apoyo a otros organismos del Estado en la planificación territorial.

En la década de los años noventa, en el sector social se implementaron transformaciones integrales que se armonizan con las reformas generales económicas del país. La política para modernizar y mejorar la eficiencia de las instituciones públicas implica que las instituciones del sector social adopten un papel más normativo, estimulando el sector privado y la participación ciudadana en la ejecución de los programas, para mejorar su calidad y eficiencia y preservar al medio ambiente.

Dentro del Ministerio de Salud, se sigue avanzando en la prestación de servicios de planificación familiar integrados en el Programa de Salud Materno-Infantil, los cuales se brindan en todas las unidades del país.

En el Ministerio de Educación se han realizado transformaciones curriculares, introduciendo la educación sexual en un enfoque integral orientado a la incorporación de valores y ética sexual.

En la elaboración del Programa de País para Nicaragua, del Fondo de Población de las Naciones Unidas para el quinquenio 1994-1997, se tomó en cuenta la creación de un Sistema de Vigilancia y Evaluación que permitiera conocer en qué medida se iban cumpliendo los objetivos planteados y las características que van tomando en la implementación los diferentes proyectos del programa.

En tal sentido, el Gobierno de Nicaragua para el nuevo programa de país, ha promovido en conjunto con el UNFPA-Nicaragua, la inclusión de proyectos que promuevan la vinculación entre la dinámica demográfica y los planes de desarrollo socioeconómico, utilizando la información disponible sobre población en la elaboración de programas y proyectos de desarrollo y analizando el impacto que éstos pueden generar sobre las variables demográficas, así como desarrollando todo un proceso de sensibilización sobre la relación Población-Desarrollo, entre los sectores del más alto nivel en la toma de decisión, además de otros niveles y sectores.

Como uno de los primeros resultados de la Política Nacional de Población, se han desarrollado diferentes proyectos dirigidos a la atención de los adolescentes y jóvenes que están dentro y fuera del sistema educativo; por su parte el Ministerio de Educación desde el año 1996 viene realizando con los estudiantes de cuarto y quinto año de secundaria, ciclos de charlas sobre educación sexual integral. Asimismo, en cuanto a la atención de adolescentes rurales, se han desarrollado Proyectos sobre "Salud Reproductiva para Adolescentes Rurales" en dos departamentos del país y otros proyectos dirigidos a las adolescentes de áreas marginales de la ciudad capital.

#### 4. Efectos de las tendencias socio-demográficas y estrategias de desarrollo.

La estructura de la población de Nicaragua es joven, con un porcentaje importante de niños, lo que implica mayores esfuerzos por parte del Gobierno para satisfacer las crecientes demandas de esta población (salud, educación, vivienda y empleo).

Si la tendencia de la fecundidad disminuyera en su nivel, mediante mejoras substanciales en la educación, la salud y la participación de la mujer en las actividades económicas, aún se tendría una proporción importante de niños demandantes de bienes y servicios, a pesar que la estructura de la población será menos joven.

El grupo de personas de 64 años y más, también experimentará un aumento, ameritándose la planificación oportuna de programas destinados a esa edad.

Los asentamientos humanos espontáneos que se concentran en Managua, son originados por los movimientos migratorios del campo a la ciudad y han generado gran presión en los servicios, contribuyendo además con una mayor contaminación del medio ambiente.

La falta de condiciones adecuadas para la inversión pública y privada, han incidido negativamente en la posibilidad de dar respuestas satisfactorias a las demandas sociales de la población en general.

El Gobierno de Nicaragua ha iniciado acciones de acuerdo a los postulados de la Política Nacional de Población, publicada recientemente. Entre estas acciones se destacan las siguientes:

- Fortalecer a la Institución coordinadora de la Comisión Nacional de Población;
- Incorporación de las variables de población en actividades de planificación y programación;

- Derecho básico de todas las parejas de decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos, así como disponer de la información veraz y completa y de los medios que les permitan el pleno ejercicio de ese derecho;
- Fortalecimiento de la unidad familiar;
- Reducir los embarazos no planificados y los abortos, especialmente en las adolescentes. Asimismo, la reducción de la mortalidad infantil.
- Apoyo a una estrategia racional de distribución espacial de población, que contemple la conservación del medio ambiente y de los recursos naturales;
- Apoyo a un programa destinado a cambiar patrones culturales que atentan contra la dignidad de la mujer.

Las acciones descritas permitirán contribuir en el mediano y largo plazo la modificación de las variables de población en pro de crear condiciones demográficas que armonicen con las demás variables del desarrollo.

## **5. Política de Población**

Desde la década de los años 70 se han venido desarrollando una serie de acciones orientadas a la modificación de las variables de población, tales como el Programa de Salud Materno -Infantil con acciones de planificación familiar. Las actividades de educación en población dentro del Ministerio de Educación; el Censo Nacional de población de 1971; las Encuestas de Hogares y las acciones de la Asociación Demográfica Nicaragüense (ADN), en el campo de la información, educación, servicios médicos-clínicos y de planificación familiar.

En la década de los años ochenta, se desarrollaron acciones como el Programa de Educación Sexual y la Encuesta Socio-Demográfica Nicaragüense de 1985 (ESDENIC/85), como alternativa de la carencia de un censo a esa fecha.

A inicios de los años noventa el Gobierno de Nicaragua, asignó al Gabinete Social, coordinado por el Ministerio de Acción Social (MAS), la responsabilidad de la formulación de la Política Nacional de Población. Esta política en su versión final fue ratificada y oficializada por el Gobierno de Nicaragua el 5 de mayo de 1998. El Ministerio de Acción Social, fue apoyado financiera y técnicamente por el UNFPA para la concreción de este gran logro. Asimismo, el Plan de Acción en Población, que involucra principalmente a los Ministerios de Salud y Educación, así como la participación de la sociedad civil organizada, está en etapa de borrador.



La CIPD, postuló que la enseñanza es un factor clave del desarrollo sostenible, constituye al mismo tiempo un componente de bienestar y un factor para aumentar éste a causa de sus vínculos con los factores demográficos, económicos y sociales. De igual forma recomendó incorporar en los programas de estudios temas sobre población y desarrollo sostenible, las cuestiones de salud, incluida la salud reproductiva, y la igualdad entre los sexos.

La Política Nacional de Población, plantea que para lograr sus objetivos es conveniente fortalecer la red de salud mediante el desarrollo de los recursos humanos y su capacidad de gestión en todos los aspectos relacionados con la salud reproductiva.

En el Ministerio de Educación se han desarrollado acciones para incorporar educación en población en los programas de estudio, en este sentido, en los libros de texto de Ciencias de tercer grado a sexto de primaria, se introducen principios en la conceptualización de las actividades de educación en población. Así, en el texto de Ciencias de Tercer Grado, en uno de sus capítulos se ilustra el esqueleto humano, sus partes y las actividades del sistema locomotor, en el texto de Cuarto Grado, trata el tema de la Adolescencia y los cambios que esta etapa conlleva. En el texto de Quinto Grado, se refiere a la Pubertad y en el texto de Sexto Grado, en la unidad I, es el reconocimiento de los cambios ocurridos en las etapas de las edades. También en los libros de moral y cívica, se introduce el tema de la familia.

Los textos de ciencias, son dados a las escuelas públicas (educación básica). Estos textos son parte de un componente de materiales educativos de un proyecto financiado por el Banco Mundial. Los recursos financieros de este proyecto ascienden a 39.3 millones de dólares en un período de ejecución de 4 años.

En la educación secundaria la educación es más libre, se imparten los sábados y no es obligatorio su asistencia. Las charlas las imparten especialistas del Centro de Educación de la Democracia (CED).

La filosofía de aprendizaje y de género es un enfoque integral orientado a la introducción de valores y ética sexual, promueve la estabilidad familiar y trata de restringir la actividad sexual al ámbito del matrimonio.

En cuanto a la Educación Superior, la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN -Managua), la Facultad de Ciencias de la Educación, tiene a su cargo la formación de profesionales para la enseñanza secundaria. Todas sus carreras tienen dos componentes, formación pedagógica y formación específica. En varias carreras existen asignaturas que incorporan contenidos de población y desarrollo y utilizan el enfoque de género. Por otro lado la Facultad de Ciencias Médicas, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ha revisado los contenidos curriculares de 5 asignaturas, incorporando en ellas temas de población y Salud sexual y reproductiva e igualmente, es la sede de la Maestría en Salud sexual y reproductiva, la cual inició en 1997, con un carácter centroamericano.

La Universidad Centroamericana (UCA), inició en 1997, una evaluación curricular y se ajustaron algunos programas de estudio. La Facultad de Humanidades ofrece cinco carreras: Sociología, Trabajo Social, Ciencias de la Cultura, Psicología. En general, estas carreras tienen contenido de género. Sociología y Trabajo Social, incorporan algunos contenidos de población y desarrollo.

Previamente a la formulación de la Política Nacional de Población, se elaboraron escenarios socio-demográficos, de cara al siglo XXI y publicado en 1994 por el Gabinete Social de Gobierno de Nicaragua con la colaboración de la Comisión Nacional de Población y el auspicio del UNFPA. Estos escenarios toman como hipótesis de fecundidad, alta, media y baja, según proyecciones de población elaboradas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, y tres hipótesis de urbanización lenta, moderada y rápida. La urbanización lenta se asocia con la prevalencia de alta fecundidad, la moderada con las tasas medias, y la rápida con un descenso importante de la fecundidad. Estos escenarios tienen como año base 1990 con una proyección al año 2040.

Uno de los desafíos importantes que representan el crecimiento y la redistribución de la población, es el de suplir las demandas de la misma, por servicios tales como educación, salud, vivienda, y empleo. Estas demandas no son homogéneas, pues dependen de la dinámica poblacional del pasado y del futuro, afectando de manera diferente a los diversos sectores. Las demandas varían también de acuerdo a la distribución espacial, siendo diferentes por área rural y urbana, viéndose fuertemente afectadas por la migración entre estas dos áreas. Las acciones con respecto a la fecundidad que se adopten en el presente, tendrán por consiguiente efecto sólo seis años después sobre la demanda educacional y quince años más tarde sobre el mercado laboral. En el plazo mediano y largo, el tipo de política que se adopte en el momento presente, afectará grandemente el volumen y las características de la demanda por los servicios sociales.

En relación al organismo responsable de los acuerdos contenidos en el Programa de Acción de la CIPD, a nivel del Gobierno de Nicaragua es el Ministerio de Acción Social. No obstante, diversas organizaciones del Movimiento Autónomo de Mujeres de Nicaragua en coordinación con la Red de Mujeres de Latinoamérica y del Caribe, consideraron oportuno darle seguimiento a seis ejes temáticos del Plan de Acción de la CIPD. El Proyecto de seguimiento a la CIPD, se inició oficialmente a partir del primero de agosto de 1996. El primer año de seguimiento consistió en realizar un diagnóstico sobre los ejes seleccionados por la Red de Mujeres de Latinoamérica y del Caribe; los cuales se describen a continuación:

- Mejorar la Condición de la Niña;
- Responsabilidad Masculina;
- Participación Organizada de las Mujeres;
- Calidad de servicios en Salud Sexual y Reproductiva
- Acceso de los y las Adolescentes a servicios en Salud Sexual y Reproductiva;
- Atención Humanizada del Aborto Inseguro.

Hasta el momento, la ejecución de las seis investigaciones correspondientes a los seis Ejes de Programa se concluyeron satisfactoriamente.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), está apoyando técnicamente y financieramente proyectos dirigidos a grupos sociales más postergados. Un Proyecto, ejecutado por el Ministerio de Acción Social, dirigido a las adolescentes rurales de Matagalpa, sobre "Salud Reproductiva", y otros dirigidos a las adolescentes urbanas marginales, ejecutado por la Alcaldía de Managua.

### **III. EQUIDAD DE GENERO Y HABILITACION DE LA MUJER**

La educación de las niñas y las mujeres es la clave para mejorar su condición y reviste una importancia crítica para el proceso de desarrollo. La potenciación de la mujer, mediante educación, acceso al empleo y la atención de la salud y cambios en los sistemas jurídicos, figuran entre las metas del Programa de Acción aprobado por la CIPD. Lograr la matriculación universal en la escuela primaria antes del año 2015, refleja la magnitud de la tarea.

En la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en septiembre de 1995, también se exhorta a lograr hacia el año 2015 un acceso universal a servicios de calidad de atención de la salud y reducir la mortalidad materna; a compartir las responsabilidades entre hombres y mujeres en cuestiones relativas al comportamiento sexual y de procreación; dar a la mujer acceso a la tierra, el crédito y el empleo; a establecer la vigencia de derechos personales y políticos; y a impartir educación a las niñas y a las muchachas, como acción fundamental para la potenciación de la mujer.

En dicha Plataforma, también se plantean algunas de las cuestiones fundamentales consideradas en la CIPD, relativas a la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la niña; la eliminación de todos los obstáculos que se oponen a la mujer en todos los aspectos de la adopción de decisiones y en todas las estructuras de poder; y la enmienda de leyes que imponen penalidades a las mujeres que se han sometido a abortos ilegales.

#### **1. Equidad de género y participación sociopolítica**

El Estado Nicaragüense, se transforma en la década de los años ochenta en un actor importante de promoción de la mujer. Especialmente con la promulgación del Estatuto Fundamental de la Nación, base de la nueva Constitución, que recoge los preceptos básicos contenidos en los instrumentos internacionales, que protege los derechos fundamentales de la persona y la igualdad jurídica entre hombres y mujeres. Además, con la ratificación de los otros instrumentos adoptados por la Organización de Estados Americanos y la Organización de Naciones Unidas, el más importante es la Convención Sobre la

Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer. Sobre la base de estos compromisos nacionales e internacionales, y a pesar de que sólo parcialmente se ponen en práctica, se desarrolla la institucionalización de la mujer. Así, se forma el Instituto Nicaragüense de la Mujer (INIM), ente oficial, encargado de coordinar los programas, medidas y acciones dirigidas a las mujeres.

En el aspecto jurídico, según versa la Constitución Política, los artos. 27. dice: "Todas las personas son iguales ante la ley. No habrá discriminación por motivos de nacimiento, nacionalidad, credo político, raza, sexo, idioma, religión, opinión, origen, posición económica o condición social". En el art. 48 dice: "Se establece la igualdad incondicional de todos los nicaragüenses en el goce de sus derechos políticos; en el ejercicio de los mismos y en el cumplimiento de sus deberes y responsabilidades, existe igualdad absoluta entre hombre y mujer".

Asimismo, en el art. 74, dice: "El Estado otorga protección especial al proceso de reproducción humana. La mujer tendrá protección especial durante embarazo y gozará de licencia con remuneración salarial y prestaciones adecuadas de seguridad social. Nadie podrá negar empleo a las mujeres aduciendo razones de embarazo, ni despedirlas durante éste o en el período post natal".

En 1993, el Instituto Nicaragüense de la Mujer (INIM), pasa a formar parte del Gabinete Social, fortalecido por una nueva ley orgánica. El trabajo del INIM, consistió en promover con el apoyo de la Comunidad Internacional, la formación de mujeres líderes en todos los sectores económicos, políticos y sociales del país. Así nació, la iniciativa de conformar el Primer Foro de Mujeres, con una representación pluralista de mujeres de todos los sectores del país.

De cara a las elecciones de 1996, el Foro de mujeres, promueven el primer encuentro de Mujer y Política que culminó con la elaboración de una Agenda Mínima para promover una sociedad con igualdad de oportunidades para hombres y mujeres. Lo más importante de este encuentro fue la decisión de crear la Coalición Nacional de Mujeres. Esta coalición Nacional de Mujeres sirve de espacio de discusión para promover la adopción de la Agenda Mínima por los partidos políticos, así como instancia asesora y de apoyo a las candidaturas de las mujeres.

Es importante señalar que la acción del Estado, ha sido un componente fundamental de la actividad para la promoción de la mujer. Esta voluntad política ha pasado por oscilaciones, producto de los fuertes cambios políticos del país, pero también ha tenido continuidad apreciable, tras superar los puntos de inestabilidad ó inactividad que generan las modificaciones institucionales y políticas.

El progresivo acceso de las mujeres a cargos de responsabilidad y toma de decisiones en instituciones gubernamentales y cargos tradicionales y no tradicionales, demuestra la emergencia de un proceso de autoreconocimiento y afirmación por parte de las mismas mujeres, que se han abierto espacios en las diferentes instancias.

El Informe de Nicaragua, en el marco de los compromisos de la Cumbre de las Américas, refiere en cuanto a participación en posiciones de poder y toma de decisiones lo siguiente:

- En 1996, las mujeres electas como diputadas propietarias ocupan el 11.0 por ciento del total de los escaños en la Asamblea Nacional. La participación de las mujeres nicaragüenses en las posiciones legislativas, registró una baja del 7.5% con referencia al 18.5 por ciento que ocuparon en la legislación anterior.
- Las candidaturas de mujeres para ocupar los escaños legislativos en las elecciones de 1996, se incrementaron en relación a las elecciones anteriores, alcanzando el 27.0 por ciento del total para las diputaciones nacionales y el 9.0, por ciento para las departamentales.
- La participación de las mujeres en el Poder Ejecutivo al más alto nivel, continua siendo reducida, en la actualidad de quince cargos ministeriales, solamente una mujer fue nombrada Ministra.
- En los cargos de Vice Ministras, se tiene una Vice Cancillera y dos Vice Ministras: una en el sector económico y otra en el sector social.
- Las mujeres tienen mayor participación en los Entes Autónomos, existiendo cinco instituciones de este tipo con una mujer con cargo de Dirección Ejecutiva.
- El Poder del Estado de Nicaragua donde las mujeres participación en los cargos de más alto nivel. La Presidencia del Consejo Supremo Electoral está a cargo de una mujer. Del total de cinco Magistraturas Propietarias, una es desempeñada por una mujer, existiendo también una magistrada suplente.
- En la Policía Nacional donde el 19.0 por ciento de sus miembros son mujeres, el segundo orden jerárquico, el 25.0 por ciento está representado por la participación de la mujer.
- A nivel nacional en el Poder Judicial el 50.9 por ciento de funcionarios son mujeres correspondiendo el 49.1 por ciento a la participación de los hombres.
- En el servicio exterior en los cargos diplomáticos el 21.4 por ciento está ocupado por mujeres. El cargo de embajadora, lo tienen 4 mujeres; el cargo de Cónsul está desempeñado por mujeres en un 35.7 por ciento y el de Ministras consejeras con el 34.8 por ciento.
- En 1996 fueron elegidas solamente el 6.2 por ciento de mujeres como Alcaldes Municipales y el 16.5 por ciento como Vice Alcaldes.

Los avances obtenidos son parte de un proceso continuo de estrategias para ampliar las oportunidades de las mujeres en el desempeño de responsabilidades de alto nivel, promoviendo la superación profesional y técnica sin distinción entre hombres y mujeres, así como la inclusión e igualdad de acceso y oportunidades de las mujeres en el desarrollo.

## **2. Políticas públicas, incluidas las de población y género**

A inicios de los años noventa el INIM, como mecanismo nacional para el adelanto de la mujer y contando con el apoyo y voluntad política, definió como una tarea prioritaria el diseñar una estrategia que permitiese incidir en las políticas y en la toma de decisiones nacionales. Este proceso se centró en la Mujer en el Desarrollo, hasta trascender en un enfoque inclusivo de género y desarrollo. La inclusión del enfoque de género en las políticas públicas, prioriza el área social y rural. No obstante, en las demás áreas de desarrollo se han impulsado acciones dirigidas a las mujeres, así como promover la plena ciudadanía activa de las mujeres.

La Política impulsada por el Instituto de Reforma Agraria (INRA), sobre la titulación de las tierras agrarias, para que sean mancomunadas, en familia ó sólo de la mujer, fue el avance más importante, en cuanto a su estrategia, dado que se sensibilizó a mujeres y hombres del derecho a la tierra sin distinción de sexo. De igual forma, el Instituto de Tecnología Agropecuaria (INTA), puso en marcha la política de igualdad de oportunidades en la extensión y servicios agrarios, tanto para el hombre como para la mujer.

La Política de Educación de la Sexualidad, que el Ministerio de Educación (MED), lleva a cabo, tiene enfoque integral. Enfatiza los valores humanos, principalmente los que se refieren al autocontrol y la autoestima. En la educación básica se imparte a través de los textos de ciencias la introducción del conocimiento del cuerpo humano y sus cambios en el desarrollo de los años de las personas. En la educación secundaria, se imparten cursos sabatinos sin objeto de obligatoriedad para los estudiantes. El MED, ha editado plegables que dicen: “Los adolescentes Están Diciendo No”, y “El SIDA, Callejón Sin Salida”. Otros textos considerados de gran importancia, son: “El Sexo, Las Mentiras y la Verdad”. El enfoque de género que el Ministerio otorga a su quehacer, es la diferenciación de sexos en los diferentes roles que tiene tanto el hombre como la mujer. Ilustran que el trabajo del hogar, es trabajo de todos sus miembros.

La Política de Salud, es rectoreada por el Ministerio de Salud. Se han establecido mecanismos de cooperación entre la red de salud pública y los no gubernamentales que trabajan en el campo de la salud y de la niñez, de salud reproductiva y planificación de la familia.

La Política Nacional de Salud 1997-2002, publicada por el Ministerio de Salud en 1997, plantea que las intervenciones que se ejecutarán incidirán en acelerar el ritmo de descenso de la mortalidad infantil y las tasas de mortalidad materna con acciones multisectoriales y focalizadas a territorios en riesgo. El accionar será orientado a fortalecer los SILAI, que son formas descentralizadas de salud en las diferentes áreas geográficas del país. El perfil

de salud refleja que se debe continuar manteniendo la prioridad a la mujer y la niñez e incorporar a los grupos adolescentes y de tercera edad. En atención a la mujer será en su etapa de vida reproductiva, tendiendo a una mejor planificación de sus embarazos, parto y puerperio, y la detección oportuna de cáncer de cérvix y mamas. Para la adolescencia, el énfasis se hará en la prevención de adicciones y del embarazo precoz y no planificado.

La educación sexual, es otra intervención importante a seguir desarrollando y ésta se llevara a efecto en coordinación con las instituciones del estado y organizaciones de la sociedad civil organizada interesadas en el tema. La educación sexual tiene enfoque integral, priorizando a los (a) jóvenes adolescentes a fin de disminuir el embarazo precoz y la incidencia de complicaciones por embarazo no planificado.

La Política Nacional de Población, coordinada por el Ministerio de Acción Social, tiene como objetivos generales, el crear condiciones sociodemográficas favorables para el desarrollo socioeconómico del país y el mejoramiento del nivel y calidad de vida de las familias nicaragüenses; Dotar a la población en su capacidad de decidir en cuanto a su comportamiento reproductivo y encausar el comportamiento sexual y reproductivo al seno de la familia, a fin de disminuir la procreación irresponsable y precoz; Reducir los índices de morbi-mortalidad de la población y elevar la esperanza de vida; Propender a una distribución apropiada de la población en el territorio nacional, acorde con el potencial de desarrollo, condiciones de habitabilidad y características ecológicas de cada región del país, que contribuya al desarrollo sustentable y que permita satisfacer las necesidades de la población y mejorar su calidad de vida.

### **3. Superación de las inequidades de género y habilitación de la mujer**

En Nicaragua, existen disposiciones constitucionales que consagran el principio de igualdad de oportunidades, así se expresa el art. 48, de la Constitución Política de la República que dice: "Se establece la igualdad de todos los nicaragüenses en el goce de sus derechos políticos; en el ejercicio de los mismos y en el cumplimiento de sus deberes y responsabilidades. Existe igualdad absoluta entre hombre y mujer. Es obligación del Estado eliminar los obstáculos que impidan de hecho la igualdad entre los nicaragüenses y su participación efectiva en la vida política, económica y social del país". Asimismo, el art. 72, refiere que: "El matrimonio y la unión de hecho descansan en el acuerdo voluntario del hombre y la mujer y podrán disolverse por mutuo consentimiento o por voluntad de una de las partes". "Los trabajadores tienen derecho a condiciones de trabajo que les asegure: 1) Salario igual por trabajo igual en idénticas condiciones, adecuado a su responsabilidad social, sin discriminación por razones políticas, religiosas, raciales, de sexo o de cualquier otra clase, que les asegure un bienestar compatible con la dignidad humana" (art. 82.).

También es importante mencionar la Ley 230. Reformas y adiciones al código penal para prevenir y sancionar la violencia intrafamiliar, cuyo contenido reconoce el maltrato psicológico como delito.

El Informe de Nicaragua, en el marco de los compromisos de la Cumbre de las Américas, refiere en cuanto a participación en posiciones de poder y toma de decisiones lo siguiente:

- En 1996, las mujeres electas como diputadas propietarias ocupan el 11.0 por ciento del total de los escaños en la Asamblea Nacional. La participación de las mujeres nicaragüenses en las posiciones legislativas, registró una baja del 7.5% con referencia al 18.5 por ciento que ocuparon en la legislación anterior.
- Las candidaturas de mujeres para ocupar los escaños legislativos en las elecciones de 1996, se incrementaron en relación a las elecciones anteriores, alcanzando el 27.0 por ciento del total para las diputaciones nacionales y el 9.0, por ciento para las departamentales.
- La participación de las mujeres en el Poder Ejecutivo al más alto nivel, continua siendo reducida, en la actualidad de quince cargos ministeriales, solamente una mujer fue nombrada Ministra.
- En los cargos de Vice Ministras, se tiene una Vice Cancillera y dos Vice Ministras: una en el sector económico y otra en el sector social.
- Las mujeres tienen mayor participación en los Entes Autónomos, existiendo cinco instituciones de este tipo con una mujer con cargo de Dirección Ejecutiva.
- El Poder del Estado de Nicaragua donde las mujeres participación en los cargos de más alto nivel. La Presidencia del Consejo Supremo Electoral está a cargo de una mujer. Del total de cinco Magistraturas Propietarias, una es desempeñada por una mujer, existiendo también una magistrada suplente.
- En la Policía Nacional donde el 19.0 por ciento de sus miembros son mujeres, el segundo orden jerárquico, el 25.0 por ciento está representado por la participación de la mujer.
- A nivel nacional en el Poder Judicial el 50.9 por ciento de funcionarios son mujeres correspondiendo el 49.1 por ciento a la participación de los hombres.
- En el servicio exterior en los cargos diplomáticos el 21.4 por ciento está ocupado por mujeres. El cargo de embajadora, lo tienen 4 mujeres; el cargo de Consul está desempeñado por mujeres en un 35.7 por ciento y el de Ministras consejeras con el 34.8 por ciento.
- En 1996 fueron elegidas solamente el 6.2 por ciento de mujeres como Alcaldes Municipales y el 16.5 por ciento como Vice Alcaldes.



Los avances obtenidos son parte de un proceso continuo de estrategias para ampliar las oportunidades de las mujeres en el desempeño de responsabilidades de alto nivel, promoviendo la superación profesional y técnica sin distinción entre hombres y mujeres, así como la inclusión e igualdad de acceso y oportunidades de las mujeres en el desarrollo.

## 2. Políticas públicas, incluidas las de población y género

A inicios de los años noventa el INIM, como mecanismo nacional para el adelanto de la mujer y contando con el apoyo y voluntad política, definió como una tarea prioritaria el diseñar una estrategia que permitiese incidir en las políticas y en la toma de decisiones nacionales. Este proceso se centró en la Mujer en el Desarrollo, hasta trascender en un enfoque inclusivo de género y desarrollo. La inclusión del enfoque de género en las políticas públicas, prioriza el área social y rural. No obstante, en las demás áreas de desarrollo se han impulsado acciones dirigidas a las mujeres, así como promover la plena ciudadanía activa de las mujeres.

La Política impulsada por el Instituto de Reforma Agraria (INRA), sobre la titulación de las tierras agrarias, para que sean mancomunadas, en familia ó sólo de la mujer, fue el avance más importante, en cuanto a su estrategia, dado que se sensibilizó a mujeres y hombres del derecho a la tierra sin distinción de sexo. De igual forma, el Instituto de Tecnología Agropecuaria (INTA), puso en marcha la política de igualdad de oportunidades en la extensión y servicios agrarios, tanto para el hombre como para la mujer.

La Política de Educación de la Sexualidad, que el Ministerio de Educación (MED), lleva a cabo, tiene enfoque integral. Enfatiza los valores humanos, principalmente los que se refieren al autocontrol y la autoestima. En la educación básica se imparte a través de los textos de ciencias la introducción del conocimiento del cuerpo humano y sus cambios en el desarrollo de los años de las personas. En la educación secundaria, se imparten cursos sabatinos sin objeto de obligatoriedad para los estudiantes. El MED, ha editado plegables que dicen: “Los adolescentes Están Diciendo No”, y “El SIDA, Callejón Sin Salida”. Otros textos considerados de gran importancia , son: “El Sexo, Las Mentiras y la Verdad”. El enfoque de género que el Ministerio otorga a su quehacer, es la diferenciación de sexos en los diferentes roles que tiene tanto el hombre como la mujer. Ilustran que el trabajo del hogar, es trabajo de todos sus miembros.

La Política de Salud, es rectoreada por el Ministerio de Salud. Se han establecido mecanismos de cooperación entre la red de salud pública y los no gubernamentales que trabajan en el campo de la salud y de la niñez, de salud reproductiva y planificación de la familia.

La Política Nacional de Salud 1997-2002, publicada por el Ministerio de Salud en 1997, plantea que las intervenciones que se ejecutarán incidirán en acelerar el ritmo de descenso de la mortalidad infantil y las tasas de mortalidad materna con acciones multisectoriales y focalizadas a territorios en riesgo . El accionar será orientado a fortalecer los SILAI, que son formas descentralizadas de salud en las diferentes áreas geográficas del país. El perfil

de salud refleja que se debe continuar manteniendo la prioridad a la mujer y la niñez e incorporar a los grupos adolescentes y de tercera edad. En atención a la mujer será en su etapa de vida reproductiva, tendiendo a una mejor planificación de sus embarazos, parto y puerperio, y la detección oportuna de cáncer de cérvix y mamas. Para la adolescencia, el énfasis se hará en la prevención de adicciones y del embarazo precoz y no planificado.

La educación sexual, es otra intervención importante a seguir desarrollando y ésta se llevara a efecto en coordinación con las instituciones del estado y organizaciones de la sociedad civil organizada interesadas en el tema. La educación sexual tiene enfoque integral, priorizando a los (a) jóvenes adolescentes a fin de disminuir el embarazo precoz y la incidencia de complicaciones por embarazo no planificado.

La Política Nacional de Población, coordinada por el Ministerio de Acción Social, tiene como objetivos generales, el crear condiciones sociodemográficas favorables para el desarrollo socioeconómico del país y el mejoramiento del nivel y calidad de vida de las familias nicaragüenses; Dotar a la población en su capacidad de decidir en cuanto a su comportamiento reproductivo y encausar el comportamiento sexual y reproductivo al seno de la familia, a fin de disminuir la procreación irresponsable y precoz; Reducir los índices de morbi-mortalidad de la población y elevar la esperanza de vida; Propender a una distribución apropiada de la población en el territorio nacional, acorde con el potencial de desarrollo, condiciones de habitabilidad y características ecológicas de cada región del país, que contribuya al desarrollo sustentable y que permita satisfacer las necesidades de la población y mejorar su calidad de vida.

### **3. Superación de las inequidades de género y habilitación de la mujer**

En Nicaragua, existen disposiciones constitucionales que consagran el principio de igualdad de oportunidades, así se expresa el art. 48, de la Constitución Política de la República que dice: "Se establece la igualdad de todos los nicaragüenses en el goce de sus derechos políticos; en el ejercicio de los mismos y en el cumplimiento de sus deberes y responsabilidades. Existe igualdad absoluta entre hombre y mujer. Es obligación del Estado eliminar los obstáculos que impidan de hecho la igualdad entre los nicaragüenses y su participación efectiva en la vida política, económica y social del país". Asimismo, el art. 72, refiere que: "El matrimonio y la unión de hecho descansan en el acuerdo voluntario del hombre y la mujer y podrán disolverse por mutuo consentimiento o por voluntad de una de las partes". "Los trabajadores tienen derecho a condiciones de trabajo que les asegure: 1) Salario igual por trabajo igual en idénticas condiciones, adecuado a su responsabilidad social, sin discriminación por razones políticas, religiosas, raciales, de sexo o de cualquier otra clase, que les asegure un bienestar compatible con la dignidad humana" (art. 82.).

También es importante mencionar la Ley 230. Reformas y adiciones al código penal para prevenir y sancionar la violencia intrafamiliar, cuyo contenido reconoce el maltrato psicológico como delito.

La Política Nacional de Población, en uno de sus lineamientos promueve a la familia como eje potenciador de los programas dirigidos a grupos poblacionales específicos incorporando las dimensiones de género, edad, condición, etnia y situación de vulnerabilidad, educando y formando en valores desde la infancia.

Se ha avanzado en la recopilación de estadísticas diferenciales por sexo, que han permitido profundizar en el análisis de las variables sociales y económicas. Estas fuentes son las siguientes: El Censo de Población realizado en el año 1995, vale señalar que el censo anterior fue realizado en el año 1971, lo cual hace de éste último una significativa importancia en su utilidad. Asimismo, se están realizando una serie de encuestas como la de medición de nivel de vida que permitirán extrapolar resultados con los del censo para obtener estadísticas actualizadas en los distintos aspectos sociodemográficos y económicos.

Según la V Encuesta de Hogares urbanos de 1996, realizada por el Ministerio del Trabajo, de acuerdo a la jerarquía ocupacional, las mujeres alcanzan el 46.8 por ciento en el cargo de Gerentes, los hombres mayoritariamente están insertos en el mercado laboral como obreros. Sin embargo, la composición de la Población Económicamente Activa (PEA), las mujeres ascienden al 44 por ciento y los hombres participan con el 56 por ciento. En 1993, el peso porcentual de los hombres en la PEA, era de 64.7 por ciento, lo que refleja que la participación de la mujer en la actualidad se ha incrementado. Esta participación de mujeres que están en la PEA ocupada se hace patente más en los sectores de actividad económica de servicios comunales, sociales y personales (19.9 por ciento) y en el sector comercio, restaurantes y hoteles (15.7 por ciento) en el área urbana. No obstante, en el área rural su porcentaje es mínimo, observándose que trabajan en la agricultura y representan el 9.0 por ciento (INIM, Informe Nacional Cumbre de las Américas, 1998).

En el área urbana, las mujeres participan en mayor proporción, en la categoría cuenta propia (46 por ciento) y en el área rural su participación alcanza solamente el 20 por ciento. Del total de la población desempleadas, el 34.5 por ciento son mujeres y el 65.5 por ciento son hombres, según la Encuesta de Hogares urbanos, realizada por el Ministerio del Trabajo, 1996. Asimismo, de los hogares, cuyos jefe es la mujer, el 24.4 por ciento se encuentran en niveles de extrema pobreza, el 32.6 en situación de pobreza y solamente el 27.7 por ciento resultan ser no pobres. Es menester señalar, que del total de hogares nicaragüenses el 27.0 por ciento, están encabezados por mujeres.

De acuerdo a los resultados del Censo de Población y Vivienda de 1995, la tenencia de propiedad de las viviendas a nivel total, los hombres tienen mayoritariamente la tenencia de propiedad de su residencia, alcanzando las mujeres del sector urbano el 34.8 por ciento como propietarias y en el área rural el 17.7 por ciento.

Un factor importante que ha contribuido de forma positiva en la consecución del avance de las mujeres en Nicaragua, ha sido la cooperación internacional, la voluntad política y también el apoyo dado por las Organizaciones no Gubernamentales.

La participación de las mujeres y de la sociedad civil, es un tema bastante debatido. Sin embargo, se ha reconocido la creciente importancia en los diferentes espacios de la dinámica y evolución de la misma. Las mujeres, han desarrollado variadas iniciativas, estrategias de sobrevivencia, atención organizada de la salud de la población, formulación de propuestas tanto a nivel nacional como internacional, concretamente en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, desarrollada en El Cairo, 1994 y las posteriores Cumbres Internacionales. No obstante, en la actualidad, ha disminuido su inserción en los puestos de decisión y en la vida pública en general. La mujer en las asociaciones y gremios, especialmente en salud y educación, no tiene mayor influencia en las tomas de decisiones. De manera específica por resolución ministerial No. 48-97 del MINSA, con fecha 18 de marzo de 1997, se constituye una nueva conformación del Consejo Nacional de Salud, excluyendo al Movimiento de Mujeres y otros sectores de la sociedad civil, quienes anteriormente habían participado en propuestas de políticas públicas vinculadas a los principales problemas que enfrentan las mujeres.

A la luz de nuevos retos, tanto del Gobierno de Nicaragua, como de los grupos organizados de mujeres, se plantean mecanismos nacionales que permitan avanzar en un seguimiento más sistemático en lo que respecta a los acuerdos asumidos por los países en el Plan de Acción de la CPD, 1994.

#### **4. Promoción del papel de la mujer en el desarrollo y equidad de género.**

En 1994 – 1996, el INIM, fue fortalecido, tanto por parte del Gobierno de Nicaragua, como por Agencias Cooperantes. La credibilidad de su accionar en pro del desarrollo de la Mujer. Se realizaron varios cursos de Formación de Liderazgo que permitieron capacitar a más de 250 dirigentes nacionales ( INIM 1997).

Las instituciones y entes estatales que han incorporado a sus acciones los aspectos de género se han ampliado y permitido el avance del conocimiento de la situación económica nacional y la condición y posición de las mujeres en la sociedad.

Las acciones para promover el adelanto de las mujeres en el período 1994-1997, fueron la atención a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y planificación, organización seguimiento a las acciones contra la violencia.

En la legislación laboral se disponen de leyes que protegen los derechos de las trabajadoras, contempladas en la Constitución Política de Nicaragua, en el Código del Trabajo y Resolución Ministerial relativa al trabajo en las zonas francas del 23 de enero, 1998.

El porcentaje de analfabetas en relación al total de la población en el área urbana, corresponde al 13.4 por ciento de mujeres y al 11.9 por ciento de hombres. En el área rural los hombres presentan mayor porcentaje de analfabetismo. En lo que se refiere a matrícula total para el año 1997, en la educación primaria, las mujeres están en bastante equilibrio con los hombres, pues presentan el 49.9 por ciento del total de matrícula. En la educación secundaria, las mujeres tienen mayor peso relativo (53.6 por ciento) con respecto a los

hombres. En el área urbana la matrícula de secundaria, las mujeres presenta un peso relativo (53.7 por ciento) un poco mayor que los hombres, lo mismo sucede con la matrícula primaria. En el área rural, la matrícula de las mujeres en primaria es menor que la de los hombres, no obstante, en la educación secundaria las mujeres alcanzan el 50.4 por ciento del total (MED, 1997).

En cuanto a la deserción escolar, tanto a nivel de primaria, como de secundaria, los hombres son los que tienen mayores porcentaje de deserción. Las mujeres matriculadas tanto a nivel de primaria como a nivel de secundaria, son quienes mayormente alcanzan a graduarse.

En lo que concierne a formación técnica en el Instituto Nacional Tecnológico para el año 1997, las mujeres, tanto para la capacitación básica como media, presentaban una mayor representatividad en la especialidad de administración, economía y computación y los hombres tienen preferencia en formarse en agropecuaria.

A partir de 1994, el Ministerio de Educación realiza esfuerzos para evitar la deserción en los primeros cuatro grados en primaria. Para ellos, ha promovido la rehabilitación masiva de los Centros Educativos en las zonas rurales, la dotación de pupitres y libros.

Mediante la cooperación internacional, se ha apoyado el área social y a promover la ejecución de las acciones sociales del Gobierno, basada en políticas sociales por la supervivencia, protección y desarrollo de las niñas, niños y mujeres, en salud se ha reforzado específicamente las áreas de materno-infantil, planificación familiar, maternidad sin riesgo, programadas de agua y saneamiento, la definición del maltrato contra la mujer y la niñez como una política pública y fortalecimiento institucional. En educación, en programas para el acceso educativo de niñas, niños y mujeres así como la alfabetización de mujeres en el área rural, programas de vivienda. Se ha dado impulso a una política de crédito a la pequeña y mediana empresa.

En el Ministerio de Educación, se elaboró un Plan Decenal de Educación (1996-2005). Este Plan es rector de las transformaciones educativas para el decenio. Pretende la promoción de la igualdad entre mujeres y hombres.

De acuerdo a resultados del Censo de Población y Vivienda 1995, Dentro de los hogares, cuyo jefe es la mujer, según nivel de instrucción, las que tienen mayor peso relativo, son las que poseen el nivel de instrucción de primaria (39.9 por ciento), siguiéndole las sin instrucción (37.9 por ciento) Esto indica que a menor nivel de instrucción, mayor es el número de mujeres que encabezan los hogares. Las mujeres que encabezan los hogares generalmente son mujeres madres solteras o bien familias monoparentales.

prestados. Esto ocasiona ciertos obstáculos, en el desarrollo de las investigaciones a desarrollar (MINSA, Política, 1997-2002).

A pesar de la poca eficiencia de la información los registros en servicios de planificación familiar, indican que para 1996, según el Ministerio de salud, las mujeres son las que más participan en la planificación familiar y el método más usado es la píldora (65.6 por ciento) y el DIU. La proporción de hombres que usan condones alcanza el 13.8 por ciento. Esto demuestra que el hombre no asume un compromiso compartido en términos de planificación familiar.

De acuerdo a Encuesta de PROFAMILIA, en el período 1995, la esterilización femenina es el método que mayormente promocional (13.9 por ciento de mujeres). Asimismo, la píldora y el DIU. El uso de condones alcanza el 1.7 por ciento.

## **7. Adolescencia, educación sexual y equidad de género.**

Uno de los problemas más preocupante en Nicaragua, en cuanto a salud reproductiva se refiere, es el embarazo en las adolescentes. De acuerdo al Informe Mundial de la Población. UNFPA, 1997, la tasa específica de fecundidad del grupo comprendido en los 15 y 19 años es de 149 por mil mujeres. El alto riesgo obstétrico de este grupo de edad provoca una mayor demanda sobre los servicios hospitalarios, solamente de los partos atendidos en el Hospital Berta Calderón, que es el centro de referencia nacional, más del 50.0 por ciento de los partos atendidos son de mujeres menores de 20 años.

Las madres adolescentes tienen sus hijos con menor espacio intergénésico, cuyas consecuencias sociales que van desde el rechazo familiar y de la comunidad, inciden en la deserción del sistema escolar para incorporarse en el mercado laboral, lo que obstaculiza su desarrollo en su calificación futura; en algunos de los casos tienden abandonar a sus hijos e hijas.

Según estudios realizados por algunas instituciones, el comportamiento sexual de los adolescentes es en parte el resultado de la inhabilidad de reconciliar presiones conflictivas que alientan a la actividad sexual por un lado (presión de grupo, publicidad, música, el cine, etc) y lo frenan por otro (la familia, la iglesia, sistema escolar), la información que poseen en torno a la sexualidad y la salud reproductiva, en muchos casos no ha sido apropiada. Los roles sexuales son asumidos de acuerdo a sus patrones culturales, pero a veces son cuestionados por varones y mujeres, principalmente aquellos que han alcanzado algún nivel de escolaridad. Sin embargo otros roles son asumidos en forma total y no admiten cuestionamiento ni modificaciones, en algunos grupos rurales se señala el cocinar y la iniciativa del enamoramiento.

En la Política Nacional de Población, promueve reducir la incidencia de embarazos tempranos por los riesgos que implican para la salud materno - infantil, brindando educación sexual con pleno respeto a las creencias de las personas; desarrollar en hombres

y mujeres desde el comienzo de la adolescencia la capacidad de amar, de relacionarse con respeto mutuo y de ejercer la sexualidad con fidelidad y responsabilidad.

Por lo anterior, existe voluntad política del Gobierno de Nicaragua para brindar Atención Integral a los (as) Adolescentes reconociéndoles como personas con necesidades, derechos y oportunidades capaces de lograr una participación protagónica en las acciones que buscan su desarrollo individual y colectivo, para ello, a través del Ministerio de Salud ha impulsado un conjunto de programas y proyectos encaminados a propiciar las acciones integrales en salud. En tal sentido, en función de dirigir esfuerzos en pro de la mujer, niñez y adolescencia, se conformó la Dirección General de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia que da seguimiento a las acciones orientadas a favorecer a estos grupos de población.

El Programa de Atención Integral a la Adolescencia, se concibe como un programa de cobertura nacional, adscrito a la Dirección de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia, con el fin de contribuir al mejoramiento de la salud y bienestar de las y los adolescentes a través de acciones de prevención, así como en la promoción de estilos de vida saludables, autoestima, autocuidado y ayuda mutua.

Asimismo, el Ministerio de Salud, como parte de sus políticas dirigidas a la adolescencia, está ejecutando proyectos tales como: "Fortalecimiento de los servicios de Salud Reproductiva en los departamentos de Matagalpa, Jinotega, y la RAAN", "Apoyo a los servicios de Salud Reproductiva en los departamentos de Jinotega, Madriz y Nueva Segovia", financiados por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios de Salud Reproductiva y la planificación de la Familia y contribuir a la disminución de embarazos en adolescentes.

A partir de 1994, en el Hospital Berta Calderón de referencia nacional, de atención a la Mujer se brinda atención integral a los y las adolescentes, proyecto auspiciado por el Fondo e Población de las Naciones.

En el Ministerio de Acción Social, ha ejecutado proyectos en el campo de población, auspiciados por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, orientados a la implementación de la Política Nacional de Población y a mejorar la salud sexual de los y las adolescentes, a través del Proyecto "Desarrollo Integral para Adolescentes Rurales".

En el Ministerio de Educación (MED) desarrolló proyectos de educación en población, en los programas de estudios de educación básica y de la formación de maestros, para lo cual contó con el apoyo del UNFPA y de la UNESCO.

Se han instalado las Comisarías de la Mujer y la niñez, coordinadas por el Instituto Nicaragüense de la Mujer y el Ministerio de Salud, quien brinda atención policial, de salud, psicológica y legal así como una campaña de sensibilización a través de los medios de comunicación masiva abordando temas referidos a la violencia intrafamiliar contra la mujer, niños (as) y adolescentes.

El Instituto Nacional Tecnológico (INATEC) lleva a cabo la política de igualdad de oportunidades, brindando capacitación a adolescentes en áreas no tradicionales como capacitación en identidad de géneros para hombres y mujeres.

Actualmente, existen alrededor de 25 Organismos No Gubernamentales, trabajando en el área de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, orientadas principalmente hacia las mujeres beneficiando a las y los Adolescentes. Entre estas Organizaciones se encuentran principalmente: PROFAMILIA, IXCHEN, Si Mujer, CISAS, AMLAE, Movimiento Comunal Nicaragüense (MCN).

#### **IV. SALUD, DERECHOS REPRODUCTIVOS, EQUIDAD SOCIAL Y BIENESTAR DE LA FAMILIA**

El Gobierno de Nicaragua, a través del Ministerio de Salud (MINSAL), es el responsable de la Política Nacional de Salud. La Política prioriza el acceso de la población a los servicios básicos de salud y para brindarlos de forma equitativa y eficiente, según las prioridades contempladas en la Política de Social de Gobierno, publicada en agosto de 1997, el sistema de salud ha asumido un modelo en la reestructuración de sus programas de atención a fin de reducir las desigualdades de grupos poblacionales en la recepción de los servicios. Las prioridades están en función de la atención integral dirigida a la mujer y la niñez; en la lucha contra las enfermedades transmisibles y reemergentes; en la higiene y saneamiento del medio ambiente, así como también en el fortalecimiento y ampliación de la cobertura en salud reproductiva.

El Ministerio de Salud está desarrollando a lo interno todo un proceso de cambios que apuntan hacia su modernización, incluyendo a los subsectores de seguridad social y organismos privados que ofertan salud a la población.

Los cambios obedecen fundamentalmente a una lógica de salud pública y de descentralización hacia sus estructuras intermedias; los Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud (SILAIS), en la búsqueda por alcanzar la equidad, la eficiencia y la eficacia en la prestación de los servicios de salud a la población.



En cuanto a los derechos reproductivos de la población nicaragüense quedan consignados en la Política Nacional de Población aprobada por el Gobierno de la República de Nicaragua en Mayo de 1998, la cual contempla en sus objetivos específicos lo siguiente a:

- Contribuir a que las parejas decidan de manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos, para lo que el estado debe de apoyarles con prestación de los servicios de necesarios;
- Reducir la incidencia de embarazos tempranos, tardíos, muy seguidos y en multiparas por los riesgos que implican para la salud materna e infantil;
- Contribuir a aumentar la edad de iniciación de las relaciones sexuales y de las uniones maritales a través de la educación y la formación y acciones específicas para reducir las uniones antes de los 20 años;
- Procurar reducir la incidencia de embarazos en mujeres de 20 años;
- Desarrollar en hombres y mujeres desde la adolescencia la capacidad de relacionarse con respeto mutuo y de ejercer la sexualidad con fidelidad y responsabilidad, postergando la actividad sexual hasta la decisión de formar una familia;
- Reducir la frecuencia de embarazos no planificados;
- Aumentar la participación de los hombres en la toma de decisiones reproductivas y en la práctica de la planificación familiar, con equidad de género y solidaridad en el ejercicio de una paternidad y maternidad responsable;
- Reducir el recurso al aborto inducido mediante la educación, formación, comunicación, información veraz y completa, así como la prevención de embarazos no planificados.

Es importante hacer mención que en los últimos años ha existido, un incremento en el número de Organizaciones no Gubernamentales, que prestan servicios alternativos principalmente en el campo de la salud reproductiva de la mujer y en la educación para la salud, estas organizaciones debidamente acreditadas y habilitadas por el Ministerio de Salud continuarán con sus actuales programas de salud a grupos específicos especialmente a la mujer, niñez y adolescentes. Así, en lo que respecta a Salud Reproductiva, se atiende según sus componentes: Planificación familiar, riesgo preconcepcional, salud perinatal, detección y manejo de la esterilidad y de la infertilidad, salud reproductiva en la adolescencia, prevención de las ETS y del SIDA.

#### **1. Alcances de los programas de salud reproductiva.**

El Ministerio de Salud en sus reformas del Sistema Nacional de Salud, ha impulsado el desarrollo de dos ejes de atención a la población; el primero consiste en la Atención Integral a la Niñez y el segundo a la Atención Integral a la Mujer, las acciones de estos dos programas se han traducido en la ejecución de varios proyectos con objetivos específicos alrededor de la atención materno-infantil, Salud reproductiva y planificación familiar en la atención primaria con cobertura a nivel local y nacional a través de los SILAIS y HOSPITALES.

**El Desarrollo de un Modelo de Atención Integral Materno-Infantil**, es una acción que está relacionada con la salud reproductiva de la mujer y la salud del niño, y es dirigida a la población femenina que asiste al control prenatal, atención del control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años, atención de niños en las unidades de rehidratación oral y niños con enfermedades infecto respiratorias agudas en el primer nivel de atención. El impacto de ese proyecto ha sido la validación de un modelo de atención integral de salud materno-infantil en el primer nivel de atención; fortalecimiento del Sistema de Vigilancia de la salud materno-infantil y su tendencia en el nivel local. Esta estructura de atención ha permitido que la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) ha venido disminuyendo (47.8 por mil nacido vivos), sin embargo continua siendo alta. En cuanto a la mortalidad materna, también continua siendo alta (160 defunciones por cada cien mil nacidos vivos) y registra mayores niveles entre las adolescentes rurales, debido a la alta fecundidad que existe en los grupos de las adolescentes.

**El Apoyo a los servicios de Salud Reproductiva y Planificación familiar**, es un acción que apunta a aumentar la cobertura a nivel nacional de atención en salud reproductiva de la población a través de la capacitación técnica y científica del personal de salud de centro de salud. La población objetivos son hombres, mujeres y adolescentes que asisten a los servicios de salud reproductiva de los centros de salud a nivel nacional. Los resultados de esta acción consisten en 773 auxiliares de enfermería, 371 enfermeras, 234 médicos capacitados para proveer servicios de consejería sobre salud reproductiva; se benefició a una población de más de 60 mil personas de 12 unidades de atención en servicios de planificación familiar y acciones de salud reproductiva con equidad de género.

## **2. Salud Reproductiva y Equidad Social**

La situación de la salud reproductiva no ha mejorado sustancialmente en los últimos cinco años, los grupos más vulnerables continua siendo las mujeres, especialmente las adolescentes, quienes se considera que tienen mayor riesgo de enfermar y morir. La situación de estos grupos no escapa a una mortalidad materna y perinatal, que sigue siendo un grave problema de salud pública así como la alta tasa de embarazos en la adolescencia y constituye un reto para el Gobierno de Nicaragua comprometidos, a través de acuerdos internacionales, tales como los del Plan de Acción de la CIPD, 1994, a enfrentar esos desafíos.

Es un reto hablar de salud reproductiva en Nicaragua, en donde la pobreza es un fenómeno extendido y donde casi un año, ha primado la visión tradicional del enfoque materno infantil, con sus tabúes sobre los anticonceptivos, con poca participación de los hombres en la planificación familiar.

### 3. Salud Reproductiva: Estrategias de participación

En los diferentes programas y proyectos que el gobierno ha ejecutado a través del sistema de salud, una de las estrategias ha sido la descentralización de los servicios de salud, salud reproductiva, planificación familiar y consejería.

El modelo de atención Integral a la Mujer, ha sido retomado en el proceso de descentralización del sistema de salud, las estructura y funcionamiento de los SILAIS ha permitido la participación de estrategias en el área de salud reproductiva dirigida hacia la mujer, y que es considerada como prioridad desde la perspectiva de reconocerla como ser integral. El abordaje del modelo busca transformar el enfoque de la atención a la mujer desde el punto de vista reproductivo hacia una perspectiva del desarrollo humano integral con enfoque de género.

A esta perspectiva del modelo, también se han sumado organismos no gubernamentales que trabajan y ejecutan proyectos en esa línea y se han sumado a las acciones estratégicas del Gobierno en las reformas del sector salud tales como:

- Incorporar en todas las acciones de salud los elementos que contribuyan al fortalecimiento de la autoestima de la mujer, la niñez y la adolescencia y el autocuidado de la salud.
- Considerar la violencia intrafamiliar como problema de salud pública estableciendo su registro y caracterización e incorporando acciones de salud para su solución.
- Fortalecer las acciones de planificación familiar y educación sexual desarrollando la consejería hasta el nivel municipal.
- Promover la captación precoz y prevención del embarazo en el período de la adolescencia.
- Incrementar la atención del parto de alto riesgo en las unidades de salud y fortalecer el parto domiciliar

### 4. Progreso en el logro de las metas acordadas

Según estimación de INEC-CELADE para 1985/90 la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) era de 61.7 por mil nacidos vivos, tasa que ha presentado una disminución en relación a 1995 en base a las cifras obtenidas del Censo de 1995, que refleja una tasa de 47.8 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos.

Las medidas adoptadas para disminuir la TMI, tienen su base en el Modelo de Atención a la Niñez y en los proyectos dirigidos a la misma. Las premisas del modelo indican que el niño es considerado como prioridad en el quehacer de salud desde una perspectiva integral que persigue la reducción, neutralización y eliminación de los factores que limiten su desarrollo saludable y que disminuyan las posibilidades de enfermar o morir.

Partiendo de la importancia que tiene el binomio madre-hijo, para reducir la mortalidad materna e infantil, en que se han ejecutado proyectos que van dirigidos a la atención integral materno e infantil.

Como se señala anteriormente los modelos de atención a la mujer y a la niñez, son medidas para reducir su mortalidad, y en base a los lineamientos de dichos modelos, es que la cooperación externa que recibe el país se ha destinado a la atención de la mortalidad infantil.

Otra medida adoptada es la dotación de los insumos normados en la atención a la niñez, con énfasis en la mujer embarazada y niños y niñas menores de cinco años. Así como también el fortalecimiento y la coordinación de las unidades de salud con los centros alternativos que brindan atención a la mujer y la niñez tales como; casas base, brigadistas de salud y parteras.

Sobre la esperanza de vida al nacer se ha experimentado un leve aumento, según proyecciones de INEC-CELADE este indicador para el quinquenio 85/90 era de 63.2 años, según el Censo de 1995 la esperanza de vida es de 68 años. Se observa un aumento aproximado de cinco años

A pesar de los avances con la implementación de programas y proyectos dirigidos a reducir la mortalidad materna e infantil, los indicadores de daño continúan siendo elevados. El ritmo de descenso de la mortalidad infantil sigue siendo lento y no se visualiza la probabilidad de alcanzar tasas de 30 por mil al finalizar al año 2000. El país refleja para 1995 una de las tasas más alta de mortalidad materna e infantil de la región centroamericana: 160 por cien mil nacidos vivos y 47.8 por mil nacidos vivos respectivamente.

##### **5. Demanda insatisfecha en planificación familiar**

La cobertura de los servicios de la planificación familiar a nivel nacional es bastante deficiente en cuanto a pesar que existen centros alternativos que trabajan en este campo, sin embargo sólo el 5% de la población que practica la planificación familiar, asiste a los centros privados.

Si bien es cierto el MINSA, ha mejorado en su organización, falta mucho por avanzar, sobretudo en cobertura. Existe un considerable segmento de la población nicaragüense que no se les brinda atención, debido a la poca accesibilidad geográfica y de recursos financieros.

##### **6. Ampliación y mejoramiento de la oferta de anticonceptivos.**

Con el objetivo de ampliar y mejorar a nivel nacional se han capacitado personal de salud para mejorar la oferta de planificación familiar a la población, mediante la puesta en

marcha de diferentes proyectos a nivel nacional, que permitirán mayor calificación al personal que presta este servicio en materia de planificación familiar y consejería. Existe mayor mejoría en los SILAIS donde se ejecutan proyectos de planificación familiar. Asimismo, diferentes Organismos No Gubernamentales, promocionan un abanico de métodos anticonceptivos tanto para la mujer y el condón para los hombres. Sin embargo, son los hombres quienes sugieren a la pareja el método anticonceptivo a utilizar y sólo una mínima población masculina planifica con responsabilidad compartida.

A nivel nacional, según el Ministerio de Salud, existe una prevalencia de anticonceptivos del orden del 47.9%. Se ha mejorado en cuanto a la diversidad de métodos de planificación familiar.

En cuanto a los métodos temporales, contempla el método natural que se basan en la observación de los signos y síntomas del ciclo menstrual, que son reflejo de los cambios hormonales en la mujer, en Nicaragua son usados por el 12.5 % de las parejas unidas o casadas que planifican con métodos temporales; en los métodos de barrera, que consisten en barrera físicas y/o químicas, entre ellos se pueden mencionar los condones, el DIU que es el tercer método más utilizado en Nicaragua. Asimismo, los métodos hormonales, que son una combinación de sustancias esterodeas (estrógenos y progestágenos).

Vale la pena señalar, que dentro de los métodos permanentes, la esterilización quirúrgica femenina, según encuestas del MINSA y de otras instituciones, es la mayor utilización en las mujeres nicaragüense.

El Ministerio de Salud, ha publicado las Normas de Planificación Familiar y ha capacitado a más del 50 % del personal de los SILAIS, para que brinden un mejor servicio a la población demandante. La cooperación internacional ha apoyado fuertemente la planificación familiar, principalmente la AID y el UNFPA.

## **7. Riesgos en la salud reproductiva**

Los embarazos no planificados en las adolescentes, implican generalmente un riesgo en la salud reproductiva. Un indicador importante es la alta mortalidad materna prevaleciente aún, máxime cuando una de sus causas es el aborto.

En la Política Nacional de Población de Nicaragua, contempla entre sus principios “el derecho a la vida es inviolable e inherente a la persona humana, desde el momento de su concepción, por tanto, se rechaza el aborto como método de planificación familiar. El Código Penal de Nicaragua prohíbe el aborto y lo autoriza sólo por razones terapéuticas”.

Las altas tasas de fecundidad en la población de adolescente y jóvenes de las zonas rurales de Nicaragua, dieron la pauta de atender a esta población con educación sexual y consejería, para tales efectos se han ejecutados proyectos con los objetivos de postergar el

primer embarazo, la reducción de los embarazos no planificados y las prácticas sexuales seguras.

Estos proyectos que se ejecutan en las instituciones del Estado, como en algunos centros privados han contribuido a incrementar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, tanto en los aspectos físicos, como en lo relativo al comportamiento reproductivo. Los proyectos tienen como metas que el adolescente pueda describir los procesos biopsicosociales del desarrollo de la sexualidad, los beneficios de posponer la procreación y tener pleno conocimiento de al menos tres métodos de planificación familiar.

## **8. Derecho y salud reproductiva.**

El proceso de consultas para formulación de la Política Nacional de Población, en la cual se consignan los derechos reproductivos de la población nicaragüense, ha tenido que ver con las leyes relacionadas a ese tema, y durante más de cuatro años se ha debatido y revisado los aspectos legales que pudiesen obstaculizar los derechos reproductivos de la población.

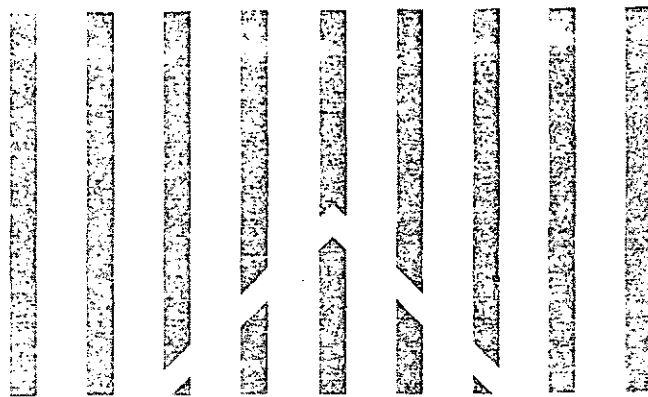
En ella se deja establecido que todas las parejas tienen el derecho básico de decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos, así como a disponer de la información veraz y completa y de los medios que les permitan el pleno ejercicio de ese derecho.

Para el acceso de los conocimientos de los medios para la planificación familiar, el sistema de salud oferta en cada centro de salud los diferentes métodos, así como la consejería para su uso. Asociado a esta oferta de parte del estado, existe una gran cantidad de organismos no gubernamentales que también brindan a la población los servicios y acceso a la salud reproductiva.

Otra medida adoptada por el gobierno es la implementación de estrategias de Información, Educación y Comunicación a la población mediante la puesta en marcha de un proyecto a nivel nacional, con acciones para incrementar el conocimiento y la comprensión de los asuntos de población y sus implicaciones en el desarrollo, a la vez que estimulen el desarrollo de valores y actitudes que favorezcan un comportamiento reproductivo y por último a mejorar la capacidad de las parejas de ejercer su derecho básico de decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos

## **9 Salud reproductiva y bienestar familiar**

El Gobierno de Nicaragua, en su Política Social, enuncia entre sus prioridades la promoción de la participación de la mujer en todas las esferas de la sociedad, mediante programas que consideren las necesidades particulares de la mujer y le garanticen el acceso e igualdad de oportunidades en el proceso de desarrollo económico, cultural, y político del país.



# Salud Reproductiva en México

"Reunión del Comité Especial  
sobre Población y Desarrollo"

Comisión Económica para América Latina y el Caribe  
XXVII Periodo de Sesiones

Oranjestad, Aruba  
11-16 de mayo de 1998



Consejo Nacional de Población  
México





## Introducción

Hace más de dos décadas, México sentó las bases jurídicas de su actual política de población. Los principios que tradicionalmente han normado y orientado las acciones en esta materia están plasmados en los Artículos Cuarto y Undécimo de la Constitución Política, así como en la Ley General de Población y su Reglamento. La política de población se sustenta, entre otros principios, en el respeto a la vida, el derecho a la procreación, la paternidad responsable, la libertad de tránsito en el territorio nacional, la igualdad entre hombres y mujeres, la integración de la familia, y la participación de todos los mexicanos, sin exclusión de los grupos indígenas.

Las acciones de la política de población han estado orientadas a garantizar el ejercicio del derecho que tienen las personas a "decidir de manera libre, responsable e informadamente acerca del número y espaciamiento de sus hijos", con pleno respeto a la dignidad de las personas y en un marco que favorezca el bienestar de la familia y la salud de la madre y su descendencia. Este derecho humano básico —que abarca la provisión de servicios de planificación familiar, así como la disponibilidad de información, orientación y consejería en la materia— atañe a toda la población.

En este contexto, México ha experimentado en las últimas décadas un acelerado proceso de transición demográfica y epidemiológica, acorde con las profundas transformaciones ocurridas en los ámbitos económico, social, político y cultural. La caída inicial de la mortalidad, ocurrida de manera ininterrumpida a partir de la década de los treinta, marcó el punto de arranque de la transición. A su vez, la declinación de la fecundidad, que indica el ingreso de la población mexicana a la siguiente etapa del proceso, se inicia a fines de los años sesenta, pero no fue sino hasta mediados de la década siguiente cuando el descenso se aceleró vertiginosamente, en asociación cronológica con el diseño e instrumentación de una nueva política de población.

Los indicadores nacionales ocultan la gran variedad de situaciones y la diversidad de trayectorias que ha seguido el cambio poblacional en los estados. Si bien todas las regiones del país experimentan actualmente una intensa transformación demográfica, los distintos niveles y pautas de la fecundidad, la mortalidad y la migración han dado lugar a marcados contrastes entre los estados, revelando que los rezagos socioeconómicos se corresponden con rezagos demográficos paralelos.

El conocimiento de la evolución de los factores del cambio demográfico a lo largo del tiempo, así como la identificación de los rezagos que aún persisten, permiten valorar los esfuerzos que se requieren impulsar para avanzar en el cumplimiento de las metas establecidas por el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Población. Ello señala la necesidad de contar con diagnósticos precisos sobre la situación que guarda la dinámica demográfica y el estado de salud de nuestra población, a fin de poder evaluar los logros alcanzados en la materia e identificar aquellas áreas en las que es necesario invertir más recursos, humanos y financieros, para contribuir a disminuir las profundas desigualdades sociales y regionales.

## a) Crecimiento poblacional

En 1997 la población de México ascendió a 94.7 millones de habitantes. En ese año se registraron un total de 2.3 millones de nacimientos y 425 mil defunciones en el país. La información sobre migración muestra que la emigración superó a la inmigración, con un saldo negativo de aproximadamente 300 mil personas. A partir de estos datos, se estima que en 1997 la tasa de crecimiento natural fue de 1.93 por ciento y la tasa de crecimiento total de 1.62 por ciento anual.

## b) Mortalidad

Los niveles de mortalidad en México han descendido constantemente a lo largo del presente siglo. El análisis de la información sobre mortalidad desde 1930 muestra un continuo incremento de la esperanza de vida, que, como se sabe, es un indicador resumen de las condiciones de mortalidad. El análisis de las ganancias en la esperanza de vida también permite evaluar el mejoramiento de las condiciones de salud. En el caso de México, las estimaciones de la ganancia en la esperanza de vida señalan el periodo 1975-1995 como uno de los de más rápida disminución de la mortalidad, sólo superado por los incrementos registrados entre 1945 y 1960, época en la que se consiguieron considerables ganancias en muchos países en desarrollo.

Más recientemente, de acuerdo con estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), entre 1990 y 1997 se logró una ganancia en la esperanza de vida al nacer de los mexicanos de 3 años, al pasar de 70.8 a 73.6 en 1997 (70.1 años para hombres y 76.4 años para mujeres, en último año). Los cambios en las tasas estandarizadas de mortalidad también señalan la reducción de la mortalidad. En 1997 la tasa bruta de mortalidad era de 4.5 defunciones por cada 1,000 habitantes, mientras en 1990 era de 5.1. Aunque los niveles de mortalidad continuarán disminuyendo, se espera que, como resultado del proceso de envejecimiento, este indicador se incrementará eventualmente en el futuro.

Como resultado de las diversas estrategias implementadas para reducir la mortalidad en las edades tempranas, el peso relativo de la mortalidad en la población anciana se ha incrementado. En 1990, 15.5 por ciento de las defunciones registradas ocurrieron en la población menor de un año de edad y en 1996 la proporción se redujo a 10.5 por ciento, mientras que las defunciones ocurridas entre la población de 60 años o más aumentó de 46.4 a 54.3 por ciento.

## c) Mortalidad Infantil

En 1997, la tasa de mortalidad infantil era de 26.7 defunciones por 1,000 niños menores de un año de edad, lo que representa una reducción de 30 por ciento con relación a la tasa registrada en 1990 (36.2 defunciones por mil nacidos vivos). La extensión de la

cobertura de vacunación en el país ha tenido un papel crucial en la reducción de la mortalidad observada en años recientes. Actualmente, la cobertura de inmunización incluye a más del 95 por ciento de la población objetivo.

A pesar de los logros alcanzados en la disminución de la mortalidad infantil, persisten diferencias significativas por grupos sociales y regiones del país. En algunos casos, los niveles de mortalidad en las áreas rurales son similares a aquellos registrados en el país diez años atrás. Sin embargo, diversos esfuerzos han sido destinados a reducir estos diferenciales, en el marco de la reforma del sector salud. Un paquete básico de salud está siendo otorgado a la población que carece de acceso total o regular a los servicios. Asimismo, diversas intervenciones están siendo llevadas a cabo en respuesta a las necesidades de las comunidades indígenas. Se prevé que la continuidad de estos programas resulte en un mejoramiento de las condiciones de salud de la población que vive en estas comunidades y, en consecuencia, redunde en una reducción de los diferenciales de la mortalidad entre las diferentes regiones del país.

La descomposición de la ganancia en la esperanza de vida por grupo de edad señala a la población infantil como la receptora de los mayores beneficios en salud, especialmente la menor de un año de edad. La población anciana fue la segunda más beneficiada por los cambios que tuvieron lugar durante este periodo, seguida por los adultos. En contraste, el grupo con los menores cambios fue el de 5 a 14 años de edad. Aunque el patrón por grupo de edad es semejante entre hombres y mujeres, las ganancias observadas entre la población masculina tienden a ser ligeramente mayores. Esto es compatible con el hecho de que los diferenciales por sexo hayan disminuido en el país.

#### **d) Fecundidad**

El descenso de la fecundidad es el principal determinante del cambio demográfico observado en México durante las últimas décadas. Frente a la disminución paulatina de la mortalidad, la reducción de la fecundidad es mucho más reciente y de gradiente más acentuado. En 1960, la tasa global de fecundidad (TGF) se encontraba por encima de 7 hijos por mujer y en 1997 ascendió, en promedio, a 2.65 hijos. A partir de la segunda parte de los sesenta, pero sobre todo en los primeros años de los setenta, se registra una significativa disminución del nivel de la fecundidad.

La caída de la fecundidad no se ha dado con la misma intensidad en los últimos 35 años. En la gráfica 1 se pueden distinguir tres periodos de acuerdo a la velocidad del descenso de la TGF:

Entre 1963 y 1972, cuando la TGF disminuyó en alrededor de un hijo (con una reducción media anual de 0.07 hijos)

Entre 1972 y 1984, cuando la TGF se redujo en más de 2 hijos (con un decremento medio anual de 0.19 hijos)

Entre 1984 y 1995, cuando la TGF descendió en poco más de 1 hijo (con una disminución media anual de 0.12 hijos, que equivale a cerca de la mitad de la velocidad de la reducción observada en el periodo anterior).

Junto con la disminución de la fecundidad se constatan también algunos cambios en su estructura. La gráfica 2 permite apreciar que el nivel de la fecundidad de las mujeres del grupo 20-24 años se situó, a partir de 1975, por encima del observado en el siguiente intervalo de edades. Se advierte, por un lado, el paulatino rejuvenecimiento del patrón de la fecundidad desde 1975 y, por el otro, la notable disminución de la misma a partir de ese año. Sin embargo, a mediados de los ochenta se registra una notoria y única desaceleración, que está ligada al freno que señalamos en las tasas de fecundidad entre los 25 y 34 años de edad.

Los nacimientos que ocurren entre mujeres menores de 20 años representan el 17.1 por ciento del total de nacimientos en 1995 y contribuyen con el 13.6 por ciento de la TGF. El peso relativo de los nacimientos de madres jóvenes en la fecundidad total es más elevado en los grupos de menor escolaridad y en las áreas rurales. Más aún, las mujeres menores de 20 años con condiciones socioeconómicas desfavorables son quienes más frecuentemente experimentan las repercusiones negativas de un embarazo temprano.

Al comparar a las mujeres de distintas generaciones (todas ellas unidas antes de los 26 años de edad y cuyo periodo protogenésico fue inferior a sesenta meses) se advierte que la proporción de nacimientos premaritales se ha mantenido prácticamente constante a lo largo del tiempo (alrededor de 6.5%) (véase la gráfica 3). No obstante, la fracción de nacimientos ocurridos después del momento de la primera unión conyugal atribuibles a una concepción premarital (0 a 7 meses de intervalo protogenésico) ha aumentado notablemente con el paso de los años, de 10.5 por ciento en la generación de las mujeres nacidas entre 1945 y 1949 a 16.6 por ciento en la cohorte nacida entre 1960 y 1964. De esta forma, mientras que en la generación más antigua el primogénito de una de cada diez mujeres fue resultado de una concepción premarital, en la cohorte más reciente esa proporción se elevó a una de cada seis. Llama la atención de que, a pesar del aumento en las concepciones premaritales, la proporción acumulada de nacimientos ocurridos antes del primer aniversario de la unión conyugal se mantuviera prácticamente constante, alrededor de 52 por ciento para las generaciones más recientes.

La relación entre el espaciamiento de los hijos y el tamaño de la familia al final de la vida fértil se advierte claramente para una generación que recientemente concluyó su periodo reproductivo (mujeres de 45 a 54 años de edad en 1992). En la cohorte referida, los mayores periodos reproductivos corresponden a descendencias más numerosas, aunque también es cierto que los intervalos intergenésicos se acortan cuando se incrementa la cantidad de hijos: el número medio de meses que transcurre entre cada dos nacimientos sucesivos disminuye de 30 a 29 y 25 meses para mujeres con 4, 5 y 6 o más hijos, respectivamente (gráfica 4). Asimismo, el promedio de años ocupados en la procreación de todos los hijos aumenta de 4.6 en las mujeres con 2 descendientes a 7.7, 10.1, 12.3 y 17.8 años para quienes dan a luz 3, 4, 5 y 6 o más hijos, respectivamente.

## Diferencias socioeconómicas y regionales de la fecundidad

El examen de las diferencias socioeconómicas y regionales de la fecundidad muestra que el descenso de esta variable no se ha producido con la misma intensidad en todos los sectores de la población, sino que ha ocurrido primero y de manera más pronunciada entre los sectores y grupos más integrados al desarrollo, en tanto que los grupos de mayor pobreza han quedado rezagados en ese proceso.

La descendencia de las mujeres que en 1994 habitaban en localidades rurales (menos de 2500 habitantes) era 1.2 hijos mayor que la de quienes residían en áreas urbanas (2500 o más habitantes). La reducción de la fecundidad ha sido más acelerada en las localidades más pequeñas del país, propiciando un significativo acortamiento de la brecha que separa a éstas y las residentes de los núcleos urbanos (véase la gráfica 5): de un exceso de 2.6 hijos en 1974 al mencionado de 1.2 hijos en 1994.

Al considerar las diferencias entre los distintos estados del país, se advierte que la TGF de Chiapas (4.0 hijos durante el lustro 1991-1995) era 70 por ciento mayor a la registrada en el Distrito Federal (2.3 hijos) (gráfica 6). No obstante, aunque todas las entidades han reducido su fecundidad en los últimos 35 años, cabe destacar que es precisamente en los estados que registran mayores niveles donde se han observado las reducciones más significativas en los últimos tres lustros: Guerrero disminuyó su TGF en 2.1 hijos (de 5.6 en 1980-84 a 3.5 en 1991-95), Michoacán en 2.0 hijos (de 5.4 a 3.4), Oaxaca en 1.8 (de 5.6 a 3.8) e Hidalgo y Zacatecas en 1.7 hijos (de 5.6 a 3.9 y de 5.0 a 3.3, respectivamente). En cambio, tres de las cinco entidades con menor fecundidad en 1991-95 experimentaron reducciones de un hijo o menos: Baja California con 0.9 hijos (de 3.3 en 1980-84 a 2.4 en 1991-95) y Baja California Sur y Nuevo León con un hijo (de 3.6 a 2.6 y de 3.4 a 2.4, respectivamente).

La literatura demográfica abunda en evidencias sobre la importancia de la educación femenina como determinante de la fecundidad. La educación de las mujeres fomenta el afán de logro y superación personales. Favorece también una mayor capacidad de decisión, autonomía y libertad personal, que se expresa en todas las esferas, tanto en el ámbito público como en el privado. La educación de la mujer repercute no sólo en su propio provecho, sino también en el de su familia, pues contribuye a romper el círculo vicioso que implica la transmisión intergeneracional de la pobreza, aumentando las posibilidades de que los hijos reciban un mejor cuidado, educación, salud y bienestar en general.

La educación de las mujeres es el factor más estrechamente relacionado con una baja mortalidad infantil y con una reducida fecundidad, factores ambos que reflejan una alta valoración parental de los hijos, no de su cantidad sino de sus condiciones de vida y su mayor bienestar. En la gráfica 7 se advierten las diferencias que muestra la fecundidad por nivel de instrucción de las madres. Se observa que la descendencia de las mujeres sin instrucción casi duplica a la de quienes cuentan con al menos un año aprobado en secundaria (4.1 hijos frente a 2.4). En los pasados 20 años, el ritmo de descenso de la fecundidad aumentó marcadamente en la población con menores niveles educativos,

propiciando no sólo la reducción de la brecha entre las mujeres sin instrucción y aquellas con secundaria, de 4.2 hijos en 1974 a 1.7 hijos en 1994, sino también la distancia que media entre las mujeres que no han concluido y las que sí han terminado la educación primaria (de 2.2 hijos en 1974 a sólo 0.7 hijos, veinte años más tarde).

La relación inversa entre el nivel educativo de la mujer y su fecundidad se aprecia también desde un punto de vista espacial. En la gráfica 8 se advierte una asociación lineal entre la tasa global de fecundidad y el porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años sin primaria completa de las entidades federativas, durante el lustro 1991-1995. Destaca el rezago de Chiapas de más de 0.25 hijos respecto de Oaxaca, Puebla y Zacatecas, que se asocia a un exceso de más de 10 por ciento en la proporción de mujeres en edad fértil sin educación primaria completa respecto de las 31 entidades federativas restantes.

También existe evidencia de una fecundidad significativamente inferior entre las mujeres que participan en la actividad económica respecto de quienes no lo hacen. Este hecho es consecuencia, entre otros factores, del costo de oportunidad que implica la crianza y la educación de los hijos entre las mujeres que trabajan, así como del cambio en las perspectivas y opciones de vida que por lo general envuelve su inserción en la actividad económica. La descendencia de las mujeres económicamente inactivas en 1994 era más del doble que la de las mujeres económicamente activas (véase la gráfica 9). De acuerdo a la evidencia recogida en distintas encuestas por muestreo, en la primera mitad del decenio actual ha disminuido más rápido la fecundidad de las trabajadoras, contrastando la tendencia registrada de 1974 a 1990, cuando el mayor descenso lo experimentaron las mujeres económicamente inactivas.

El efecto sobre la fecundidad de los factores asociados a la actividad económica es evidente en las comunidades urbanas (de 2500 habitantes o más). Si bien en las localidades rurales existen diferencias importantes entre la descendencia final de las mujeres activas e inactivas (véase panel superior de la gráfica 10), se advierte que la TGF entre las mujeres activas residentes en localidades rurales fue mayor a la de las mujeres inactivas que viven en núcleos urbanos hasta 1990. La notable reducción de la fecundidad entre las primeras, observada durante la primera mitad del decenio actual, las sitúa en medio de las activas e inactivas de áreas urbanas. Así, actualmente mientras las madres urbanas que participan en la actividad económica se encuentran en una fase avanzada, casi final de la transición demográfica, y las trabajadoras rurales en una fase previa, las inactivas se ubican aún en etapas anteriores del proceso.

### **Cambios en la intensidad y el calendario de la fecundidad**

El comportamiento de la fecundidad es el resultado acumulativo de una serie de eventos interdependientes de naturaleza secuencial y temporal, lo que sitúa el análisis de los intervalos de nacimiento y la forma en que las mujeres pasan de una paridad a la siguiente como aspectos centrales en el estudio de los niveles y tendencias de la misma.

Utilizando como fuente de información las historias retrospectivas de embarazos

contenidas en encuestas y basándose en medidas de la intensidad (o proporción de mujeres que en cada cohorte eventualmente se mueven a la paridad siguiente) y el calendario (o tiempo que tardan las mujeres en completar la transición de una paridad a la siguiente) de la fecundidad, se encuentra que el descenso de esta variable en México fue estimulado por el comportamiento de las mujeres que iniciaron el segundo intervalo y subsecuentes a mediados de los años sesenta, aunque el cambio más pronunciado ocurrió hasta fines de esa misma década, como consecuencia del aumento en el uso de métodos anticonceptivos.

La gráfica 11 muestra la proporción de mujeres que tiene un hijo dentro de los primeros 60 meses a partir de la primera unión (o matrimonio) o del nacimiento previo. Se observa que la transición de la unión al primer hijo (primer intervalo) ha sido particularmente rápida en todas las cohortes y se ha mantenido estable en todos los años considerados: alrededor del 95 por ciento de las mujeres tiene un hijo en los primeros cinco años después del matrimonio.

En el caso de la transición del primero al segundo hijo se observa que la proporción de mujeres que cierra este intervalo fluctúa entre 92 por ciento para aquellas mujeres que iniciaron su intervalo en 1957 y 74 por ciento para las que lo iniciaron en 1989. Variaciones más notorias se encuentran en la proporción de mujeres que completan la transición del segundo al tercer hijo (de 91 por ciento en 1960 a 59 por ciento en 1989), iniciándose esta disminución a mediados de los sesenta. Sin embargo, el mayor cambio en la intensidad se registró en el cuarto intervalo, disminuyendo de 89 por ciento en 1960 a 52 por ciento en 1989.

Consideradas en conjunto, estas tendencias permiten suponer que el comportamiento reproductivo de las mujeres de paridades bajas (3 hijos o menos) refleja un esfuerzo para posponer los nacimientos dentro de un contexto de tamaños ideales de familia pequeña, y que el rápido descenso de la fecundidad en México es resultado de una compleja combinación de tendencias diferenciales por paridad.

En términos generales, puede decirse que la transición de la fecundidad ha involucrado reducciones significativas en la intensidad del segundo intervalo en adelante, especialmente entre las mujeres que iniciaron su fecundidad a mediados de los años sesenta. Aun cuando estas reducciones involucraron a mujeres de paridades elevadas, pocos años después fueron seguidas por mujeres de paridades más bajas.

Con respecto al tiempo que tardan las mujeres en pasar de un evento reproductivo al siguiente, se encuentra que a pesar del rápido ritmo de descenso en la proporción de mujeres con paridades elevadas, el calendario no mostró ninguna variación significativa. Sólo en aquellas mujeres que iniciaron su fecundidad a principios de los setenta se empiezan a notar cambios importantes en los patrones temporales en todos los intervalos, con excepción del primero.

Utilizando la mediana como indicador del tiempo que tardan las mujeres en completar una transición, se encuentra que para el primer intervalo ésta ha permanecido prácticamente constante desde los años cincuenta (alrededor de 13 meses). En los

intervalos subsiguientes se observa un ligero incremento en el ritmo de la fecundidad a partir de los años setenta, posiblemente como resultado de una menor duración de la lactancia en paridades elevadas y de una aceleración intencional de la fecundidad en paridades bajas en contextos de tamaños ideales de familia pequeña.

Es importante señalar que este menor ritmo en la fecundidad no fue exclusivo de las mujeres de paridades altas. De hecho, los incrementos del calendario fueron de mayor magnitud en las paridades bajas, según lo muestra la gráfica 12. En ésta se observa que la mediana del segundo intervalo aumentó de 21.0 a 27.0 meses de principios de los años setenta a fines de los ochenta, mientras que para intervalos subsecuentes el aumento fue relativamente menor.

La gráfica 13 ilustra algunos de los cambios en las proporciones de mujeres que cierran los primeros cuatro intervalos para dos cohortes de matrimonio. El primer intervalo no muestra mayores diferencias en los patrones de transición para las cohortes consideradas. Sin embargo, se observa una mayor velocidad de reproducción en las etapas iniciales del matrimonio como resultado de un mayor número de concepciones en los primeros meses de la unión. El resto de los intervalos muestra un decremento consistente con el ritmo de descenso de la fecundidad. Cabe mencionar que las grandes diferencias observadas en cada intervalo entre ambas cohortes es evidencia tanto de una fecundidad aplazada, como de una reducción significativa en la proporción de mujeres que pasa a la siguiente paridad en los primeros 60 meses posteriores al nacimiento previo.

Los diferenciales según el grado de urbanización y la escolaridad de las mujeres muestran que en las localidades rurales y entre las mujeres sin escolaridad es mayor la proporción de mujeres que cierran el tercer y cuarto intervalos en comparación con las residentes de localidades urbanas y las mujeres con altos niveles de escolaridad (gráficas 14 a 17).

## e) Planificación familiar

Las acciones de planificación familiar están orientadas a garantizar el ejercicio efectivo del derecho que tienen las personas a decidir de manera libre, responsable e informada, acerca del número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad y en un marco que favorezca el bienestar de la familia, la salud de la madre y la de su descendencia. Este derecho humano básico - que abarca la provisión de servicios de planificación familiar, así como la disponibilidad de información, orientación y consejería - atañe a toda la población en edad reproductiva y es una garantía individual constitucionalmente tutelada.

La planificación familiar es un elemento esencial de la salud reproductiva. Además de contribuir a fomentar entre la población una cultura de la salud, existen al menos tres diferentes razones para pensar que la planificación familiar tiene consecuencias favorables para la propia salud de las mujeres y sus hijos: reduce significativamente los riesgos



inherentes al proceso reproductivo; evita los embarazos de alto riesgo y las complicaciones obstétricas; y previene los embarazos no deseados, disminuyendo significativamente la posibilidad de recurrir al aborto.

Los patrones reproductivos son un importante factor de riesgo que influye en la probabilidad de morir a consecuencia del embarazo o el parto. Estos riesgos para la salud a menudo se han expresado en forma resumida como "los cuatro demasiados": alumbramientos demasiado precoces, demasiado próximos entre sí, demasiado numerosos o demasiado tardíos. Las prácticas de planificación familiar de postergar el primer embarazo, de espaciar los nacimientos, de regular el tamaño de familia, y de limitar tempranamente los mismos, constituyen cuatro formas distintas de contribuir a salvar vidas y de proteger la salud de millones de mujeres y niños. Los estudios socio-demográficos y de salud realizados en México y en el mundo han demostrado que:

- Postergar el primer alumbramiento hasta que la madre tenga por lo menos 18 años de edad o dejar de tener hijos tardíamente, son prácticas que contribuyen a prevenir complicaciones en el embarazo y el parto. Además, los hijos de madres adolescentes tienen mayores probabilidades de nacer prematuramente y de tener bajo peso al nacer.
- El espaciamiento de los nacimientos también puede contribuir a reducir los riesgos para la salud de madres e hijos. Al espaciar los alumbramientos, el cuerpo de la madre tiene tiempo de recuperarse del embarazo anterior. Esta práctica también reduce la probabilidad de que un niño deje de ser amamantado prematuramente o termine compitiendo con sus hermanos por la atención de la madre.
- Las mujeres de alta paridad enfrentan mayores riesgos como consecuencia del embarazo y el parto.

La política de población tiene como propósitos fundamentales contribuir a elevar el bienestar de la población, y sentar las bases para que éste sea perdurable. Pocas acciones tienen paralelo con la planificación familiar en la consecución de estos objetivos. Un hecho fundamental de la planificación familiar, amén de proteger la salud de madres e hijos, es que cambia la vida de las personas porque las pone en condiciones de enfrentar mejores prospectos de progreso individual y familiar, tanto para los padres como para los hijos, por las perspectivas de desarrollo personal que se abren para ellos. Esta visión la comparten los mexicanos. En una encuesta nacional reciente en donde se indagó sobre el significado y las ventajas que tiene la planificación familiar, los entrevistados destacaron, en primer lugar (y por mucho), los aspectos asociados con (textualmente) "mejorar el bienestar de la familia", con tener menos hijos para poder "darles más", "atenderlos más". En más del 80 por ciento de las respuestas, las ventajas de la planificación familiar se asocian con el bienestar y las mejores condiciones económicas.

Destaca también un hecho sumamente significativo para el contexto en el que se toman las decisiones relativas a la planificación familiar: interrogados distintamente hombres y mujeres sobre "en quién recae principalmente la responsabilidad de decidir

cuándo y cuántos hijos tener", en forma abrumadora y coincidente, en cerca del 80 por ciento de los casos, los entrevistados señalan que deben ser ambos cónyuges. Algo paralelo resulta ante la pregunta "de quién cree que es la responsabilidad de hacer algo para no tener más hijos". Se desprende en suma una visión en la que las decisiones relativas a la planificación familiar son de la esfera de la pareja, en concordancia del propósito de contribuir al bienestar de la familia.

La planificación familiar también tiene profundas implicaciones en la trayectoria de vida de padres e hijos y de hombres y mujeres. Para ilustrar este argumento, conviene señalar que en 1970, más del 55 por ciento de las mujeres tenía al final de su vida reproductiva 6 hijos o más, y dedicaba a la crianza de niños y niñas, en promedio, alrededor de 25 años entre el nacimiento de su primer hijo y el momento en que el último cumplía 6 años de edad. En contraste, alrededor del 45 por ciento de las mujeres tiene actualmente dos hijos o menos al final de su vida reproductiva y dedica a su crianza cerca de 10.5 años. La planificación familiar no puede resolver por sí misma los problemas que enfrenta la mujer en la sociedad, pero puede ayudarla a tener más opciones en su curso de vida.

La importancia que la actual administración le otorga a la política de población y a los programas de planificación familiar se manifiesta en el hecho, ciertamente simbólico, de que el Programa Nacional de Población fue el primero de los diversos programas sectoriales, derivados del Plan Nacional de Desarrollo, en ser presentado por el Presidente de la República, quien en esa oportunidad convocó a los diversos sectores del país a sumarse al esfuerzo que supone la vigorización de la política de población. El Programa Nacional de Población 1995-2000 es consecuente con los principios y lineamientos que han regido tradicionalmente la política de población de nuestro país. En materia de planificación familiar, este programa tiene, entre otros, los siguientes propósitos:

- Garantizar el ejercicio pleno y efectivo del derecho que tienen las personas a elegir el número de hijos y su espaciamiento, lo que también implica salvaguardar el principio de la libre elección informada en materia anticonceptiva.
- Ampliar la cobertura de los servicios de planificación familiar y salud reproductiva para que las personas puedan ejercer plenamente su derecho a decidir acerca del número y espaciamiento de sus hijos. El Paquete Básico de Servicios de Salud, formado por doce intervenciones (incluida la planificación familiar) para atender las necesidades de los grupos más vulnerables, es una de las estrategias fundamentales utilizadas en la extensión de cobertura de los servicios. Se estima que al inicio de la actual administración, aproximadamente 10 millones de mexicanos no tenía acceso a servicios de salud. A través de esta estrategia, hoy 6 de esos 10 millones ya están protegidos con ese paquete básico a través de centros de salud y brigadas móviles que cubren 33 mil localidades del país. La meta del Gobierno de México es que en el año 2000 la totalidad de esos 10 millones, sean cubiertos por este esquema.
- Atender la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, la cual está

integrada por personas que ya no desean tener más hijos o pretenden espaciar su descendencia, pero que -por problemas de acceso y falta de información adecuada, pertinente y comprensible - no hacen algo para cristalizar sus preferencias reproductivas. El problema de la demanda insatisfecha afecta con mayor intensidad a algunos grupos, particularmente los residentes en comunidades indígenas, áreas rurales dispersas y los habitantes en zonas urbanas marginadas.

- Mejorar la calidad de la atención en los programas de salud y salud reproductiva, adecuando la estructura y organización de los servicios a las demandas y prioridades de las personas. Para lograrlo, el sector salud ha propiciado la reestructuración de las instituciones que lo conforman, introduciendo medidas que hacen más eficiente la provisión de los servicios y aprovechan mejor los recursos humanos y materiales disponibles, al tiempo que promueven la participación activa de la población.
- Impulsar un enfoque integral de planificación familiar y salud reproductiva.
- Establecer un sistema eficiente de vigilancia, seguimiento y evaluación de dichos servicios.

Los múltiples avances logrados en materia de planificación familiar requieren ser consolidados. Para ello, resulta imprescindible encarar el reto que significa mejorar la calidad de los servicios y optimizar los recursos institucionales mediante la acción coordinada. Con ello, se reconoce que cuando los servicios son de calidad, su provisión no sólo satisface la demanda, sino que también la propicia. Para lograr este objetivo, deben vencerse profundas inercias asociadas con las desigualdades sociales y de género, y con las insuficiencias de nuestro desarrollo. Asimismo, se requiere revisar sistemáticamente las prioridades y estrategias de los programas de planificación familiar. Es necesario consolidar los mecanismos y acciones que privilegien la perspectiva de los usuarios y la demanda calificada de los servicios, que estimulen mucho más la participación de los hombres en la planificación familiar, y que respondan a las necesidades de los diferentes segmentos de la población.

### Preferencias reproductivas

La formación de las preferencias e ideales reproductivos es un proceso dinámico y sumamente complejo. Las fuentes de esas preferencias son múltiples y diversas: los individuos y las parejas las moldean en función de su pertenencia a grupos y redes sociales específicas, las obtienen de las instituciones sociales con las que tienen contacto (familia, escuela, religión, instituciones de salud, etc.), de las ideologías en boga, de su posición en la estructura social, del mercado y de los medios de comunicación masiva. Con el propósito de medir las preferencias reproductivas y sus cambios en el tiempo, en algunas encuestas de fecundidad se han ensayado diferentes aproximaciones. Una de ellas es a través de la pregunta: «si pudiera escoger el número de hijos, cuántos tendría». Con base en este indicador se estima que entre 1976 y 1987 se produjo una reducción

de cerca de 1.2 hijos en el número ideal declarado por las mujeres unidas en edad reproductiva, pasando de 4.5 a 3.3 hijos en ese periodo. Entre 1987 y 1995 el número ideal de hijos descendió ligeramente en algunos grupos de edad (véase la gráfica 18).

Las preferencias por un número determinado de hijos muestran marcadas diferencias de acuerdo al nivel de escolaridad o la residencia rural-urbana de las personas. Así, la brecha observada en el número ideal de hijos entre las mujeres sin educación formal y aquellas con secundaria y más era de 2.4 hijos en 1987 y se redujo a 1.8 hijos en 1995. Incluso entre las mujeres que concluyeron la educación primaria y las que han cursado algún grado de secundaria se observa una diferencia de casi un hijo (3.4 y 2.7 hijos deseados, respectivamente). Por su parte, las mujeres de las áreas rurales (localidades menores de 2,500 habitantes) señalan un ideal de 3.7 hijos frente a 3.1 hijos de las mujeres que residen en las localidades urbanas (véase la gráfica 19).

### Conocimiento de métodos anticonceptivos

Una de las condiciones indispensables para que las personas puedan ejercer su derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo, es que conozcan los métodos anticonceptivos, dispongan de información acerca de cómo y dónde obtenerlos, sobre cuáles son los más convenientes para sus condiciones, y que sepan su modo de operación para emplearlos de modo seguro y efectivo. Al respecto, puede decirse que el conocimiento de los medios de regulación de la fecundidad era, hasta antes de 1970, relativamente escaso entre la población en edad reproductiva del país y se concentraba en los estratos acomodados de las grandes ciudades. Uno de los primeros efectos de las campañas de comunicación emprendidas por los programas de planificación familiar fue la difusión de este conocimiento en los grupos menos favorecidos de la sociedad. Así, mientras que en 1969 sólo 27 por ciento de las mujeres residentes en las zonas rurales y semiurbanas conocía la píldora como medio de regulación de los nacimientos, en 1979 la proporción alcanzó cerca del 80 por ciento. En 1992 y 1995, prácticamente todas las mujeres unidas (93.6 y 95.3%) conocían algún método anticonceptivo.

Las pastillas son el método anticonceptivo más conocido y ello ha sido así desde mediados de los años setenta. Le siguen el dispositivo intrauterino (DIU), los hormonales inyectables y la esterilización femenina u oclusión tubaria bilateral (OTB). En la actualidad, cerca del 90 por ciento de las mujeres declara conocer esos cuatro métodos y alrededor del 80 por ciento sabe de la existencia de los métodos locales. Una proporción significativamente menor conoce la vasectomía (30%), lo cual puede ser resultado de la incipiente participación de los varones en la planificación familiar. En contraste, los métodos denominados naturales son los que presentan la menor proporción de personas que declara conocerlos (véase la gráfica 20).

El menor conocimiento sobre métodos anticonceptivos se observa entre las mujeres sin hijos (14.6% no conoce ninguno), las de menor nivel de escolaridad (25.6%) y las que viven en áreas rurales (20.8%), lo que alude a la necesidad de encarar el problema de falta de información sobre anticoncepción y planificación familiar en amplios segmentos de la población mediante programas eficientes de educación y

comunicación en la materia (véanse las gráficas 21 a 23).

### Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos

La práctica de la planificación familiar se ha extendido de manera notable en las últimas dos décadas. La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos a nivel nacional creció de 30 por ciento en 1976 a 63.1 por ciento de las mujeres unidas en edad fértil en noviembre de 1992 y a 66.5 por ciento en diciembre de 1995. Con base en los datos provenientes de la ENCOPLAF (levantada en diciembre de 1996), el CONAPO estima que en 1997 el 67.6 por ciento de esas mujeres utiliza un método anticonceptivo, lo cual equivale a 10.5 millones de usuarias (gráfica 24). En las nueve entidades del país con mayor rezago demográfico, consideradas como prioritarias por el Gobierno de la República (Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Estado de México, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Veracruz), los niveles de uso también han aumentado considerablemente. La prevalencia en esos estados pasó de 58.2 por ciento en 1992 a 63.2 por ciento en 1995 y a 64.7 por ciento en 1996.

La información relativa a la experiencia de las mujeres en materia de planificación familiar permite integrarlas en tres grandes categorías: usuarias actuales de anticonceptivos, usuarias en el pasado pero no actuales (ex-usuarias), y mujeres que nunca han empleado un medio para evitar el embarazo (nunca usuarias). El porcentaje de mujeres unidas agrupadas en la tercera categoría ha disminuido considerablemente de 1976 a 1995. En la década de los años setenta, más de una de cada dos parejas nunca había utilizado un método de planificación familiar, en tanto que hoy en día esta proporción es de una de cada cinco (19.7%)

La mayor prevalencia de uso de métodos anticonceptivos se presenta en los grupos de edad centrales (25 a 39 años) y en los últimos años se advierte un desplazamiento que además abarca el grupo 40-44 años (véase la gráfica 25). En contraste, los grupos de edades extremos (15-19 y 45-49) presentan niveles relativamente bajos de uso de métodos anticonceptivos. De cualquier forma, es necesario reconocer que la prevalencia anticonceptiva de ambos grupos de edad se ha incrementado desde 1976. Hoy en día una de cada dos mujeres que están en la etapa final de su vida reproductiva practica la planificación familiar. En el grupo de mujeres unidas más joven (15 a 19 años) también se ha incrementado el nivel de uso: de 20 por ciento, que prevaleció a finales de los setenta y principios de los ochenta, a 30.2 por ciento en 1987 y a 36 por ciento en 1995. Sin embargo, estos datos revelan que las parejas jóvenes por lo general no utilizan métodos anticonceptivos para retrasar o posponer un embarazo y son quienes concentran el mayor porcentaje de la llamada demanda insatisfecha.

### Diferencias socioeconómicas en el uso de métodos anticonceptivos

A pesar de los esfuerzos por ampliar el acceso a los servicios de planificación familiar en las comunidades más alejadas y dispersas, aún persisten amplios segmentos de la población y muchos lugares en el país donde no existe provisión de servicios. En consecuencia, todavía se observan importantes diferencias en esta práctica según

escolaridad y residencia rural-urbana. Así, el uso de métodos anticonceptivos ha sido tradicionalmente menor entre las mujeres que viven en localidades rurales. No obstante, la brecha que separa a las residentes de áreas rurales y urbanas se ha reducido de manera sistemática. En 1976 el nivel de uso de métodos anticonceptivos en las áreas urbanas era tres veces mayor que en las rurales; para 1987 era de prácticamente el doble y en 1995 era 35 por ciento superior (gráfica 26). Sin embargo, incluso con estos importantes cambios, 32 por ciento de las mujeres casadas o unidas que viven en las áreas rurales de México nunca han usado un método para regular su fecundidad, mientras que en las ciudades este porcentaje es de 15 por ciento.

La práctica de la planificación familiar también es menor entre las mujeres de menor escolaridad. En 1976 una de cada ocho mujeres unidas que nunca había asistido a la escuela y una de cada cuatro mujeres que no había concluido la primaria empleaba algún método anticonceptivo, en tanto que cerca del 60 por ciento de las mujeres con algún grado de secundaria o más lo utilizaba. En la actualidad, esta tendencia continúa su paso, pero la diferencia en el uso de métodos anticonceptivos entre los grupos de escolaridad ha disminuido: entre las mujeres unidas sin escolaridad es de 48.4, en comparación con 67.8 por ciento de las mujeres que han concluido sus estudios de primaria y 73.5 por ciento para las que han cursado algún grado de secundaria o más. Cabe destacar que los mayores incrementos en la prevalencia de uso de anticonceptivos se han dado principalmente entre las mujeres unidas con menores niveles de instrucción (gráfica 26).

Si bien se han logrado avances considerables en la difusión de la planificación familiar en México, todavía esta práctica muestra niveles en varios estados que están muy por debajo del promedio nacional. Así, por ejemplo, Oaxaca presenta una prevalencia de uso de 48.3 por ciento y Chiapas de 51.1 por ciento, que corresponden al nivel que tenía el país en su conjunto hacia 1985. Para otras cuatro entidades (Guerrero, Puebla, Michoacán e Hidalgo), se encuentran niveles de uso semejantes a los observados para el conjunto del país en 1990. De hecho, aproximadamente una de cada tres mujeres casadas o unidas en Chiapas y Oaxaca nunca ha usado un método de planificación familiar, proporción 73 por ciento mayor que la observada para el conjunto del país. Inclusive, es posible apreciar que en varios estados (Puebla, Oaxaca y Guerrero) las mujeres casadas o unidas que viven en las localidades rurales tienen niveles de uso de anticonceptivos inferiores a 40 por ciento.

### **Demanda insatisfecha de planificación familiar**

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos (es decir, mujeres expuestas a un embarazo que no hacen uso de método anticonceptivo alguno, a pesar de su deseo expreso de querer limitar o espaciar su descendencia) ha disminuido sistemáticamente en los últimos años. De acuerdo con los datos disponibles (ENFES, 1987 y ENPF, diciembre de 1995), la demanda total (es decir, la suma de la demanda efectiva y la demanda insatisfecha) de métodos anticonceptivos se incrementó de 77.8 a 80.6 por ciento de las mujeres unidas en edad fértil en 1987 y 1995, respectivamente. De estos totales, la demanda efectiva (es decir, la proporción de usuarias de métodos) representó 52.7 y

66.5 por ciento, y la demanda insatisfecha 25.1 y 14.1 por ciento en esos años, respectivamente. Con base en esta información, puede decirse que el incremento observado en la demanda efectiva (13.8 puntos porcentuales) entre 1987 y 1995 se debió fundamentalmente a la considerable disminución de la demanda insatisfecha (11 puntos porcentuales) y una proporción significativamente menor al aumento de la demanda total (2.8 puntos porcentuales).

El cuadro 1 muestra que la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos presenta marcadas diferencias según residencia rural-urbana, regiones y grupos sociales del país:

La necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos entre las mujeres que residen en las áreas rurales duplica al de las residentes de áreas urbanas. Entre las primeras asciende a casi 22 por ciento, mientras que entre las segundas es de 11.5 por ciento. Si se lograra abatir la brecha entre las intenciones reproductivas y las prácticas de la regulación de la fecundidad, la brecha que separa a las mujeres rurales y urbanas sería de ocho puntos porcentuales, en lugar de los 19 puntos que alcanza en la actualidad.

El nivel de escolaridad también marca diferencias muy acentuadas. Las mujeres unidas sin escolaridad presentan una necesidad insatisfecha (22.6%) ligeramente superior a la observada en las áreas rurales (22%).

En los grupos de mujeres más jóvenes, de 15 a 19 y de 20 a 24 años de edad, se observa una muy elevada necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos (31.3 y 19.2 %, respectivamente) al igual que en las mujeres sin hijos o con sólo uno (39.2 y 14.5%).

## f) Salud reproductiva

La perspectiva de la salud reproductiva reconoce el derecho de toda persona a regular su fecundidad segura y efectivamente; tener y criar hijos saludables; comprender y disfrutar su propia sexualidad; y permanecer libre de enfermedad, incapacidad o muerte asociadas con el ejercicio de su sexualidad y reproducción. Los principios básicos que orientan las acciones en materia de salud reproductiva son: (i) la libertad de elección, que se refiere al derecho de las parejas a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número, espaciamiento y calendario de los nacimientos; (ii) los vínculos con la sexualidad, que reconoce la importancia que tiene para las personas una vida sexual satisfactoria y segura; y (iii) la atención al contexto cultural y socioeconómico, que es concebido como inseparable de la salud reproductiva, y que alude, entre otros muchos aspectos, a los papeles y roles sociales y familiares de hombres y mujeres, así como su acceso a la información, la educación, los recursos materiales y financieros y los servicios de salud.

Diversos autores han identificado, a través del examen de algunas acciones y programas en este campo, una serie de etapas que evidencian la evolución del pensamiento y las intervenciones que se agrupan hoy en día bajo el paraguas conceptual

de la salud reproductiva. Los programas de planificación familiar, de salud materno-infantil y de maternidad sin riesgos aparecen como momentos iniciales del proceso de reflexión y acción, cuyas aportaciones, así como las críticas que les fueron formuladas, contribuyeron a definir los rasgos característicos del enfoque de la salud reproductiva, el cual vino a expresar una convergencia de opiniones, respecto a la idea de que los programas de población requerían replantear su base ética, poner mayor atención en la salud de las mujeres, garantizar el ejercicio de sus derechos reproductivos y atender sus necesidades más apremiantes en este campo.

El enfoque de la salud reproductiva además tiene la virtud de reconocer la existencia de complejos vínculos entre la sexualidad, la reproducción y la salud de los individuos y, en su caso, de su descendencia. Por esta vía, este enfoque recupera aspectos previamente abordados de manera independiente, como son los problemas de salud materno-infantil, la infertilidad y la esterilidad y las enfermedades de transmisión sexual, al tiempo que propicia el establecimiento de vínculos explícitos entre las tres dimensiones antes citadas (reproducción, sexualidad y salud) y los derechos humanos del individuo, enlazándolos con los conceptos de derechos reproductivos y sexuales.

En síntesis, el enfoque de la salud reproductiva ha contribuido a promover una comprensión y evaluación más realista de las fuerzas que afectan las motivaciones, decisiones y comportamientos sexuales y reproductivos de las personas; comprender el significado de la sexualidad en sus contextos ético, social y de salud; tomar en cuenta las fuerzas sociales que modelan los derechos y la condición de la mujer tanto en la sociedad y en la comunidad como en la familia, sin descuidar temas relacionados con el papel y derechos de los hombres en esos mismos ámbitos, así como las relaciones de poder entre los sexos y las parejas; dar visibilidad a los procesos económicos, sociales, institucionales y culturales y a explorar la influencia que éstos ejercen en las decisiones, elecciones y comportamientos individuales.

Los temas más comunmente incluidos bajo el paraguas conceptual de la salud reproductiva son: derechos reproductivos; planificación familiar; enfermedades de transmisión sexual; salud materno infantil; salud de la mujer; y embarazo adolescente. Aunque diferentes investigadores, instituciones y organizaciones sociales probablemente añadirían a esta lista básica otros tópicos, éstos pueden ser considerados como denominador común del enfoque de la salud reproductiva.

### **Mortalidad y Salud Materna**

Entre las mujeres en edad reproductiva, los riesgos asociados con el embarazo, parto o puerperio son una causa importante de muerte. En México, la mortalidad materna ha disminuido considerablemente en años recientes. Se estima que entre 1980 y 1996, la tasa de mortalidad materna se redujo de 9.5 a 4.8 defunciones por diez mil nacidos vivos, lo que equivale a cerca de 1,100 muertes por año. Muchas de estas defunciones ocurren después de embarazos no deseados o abortos realizados en condiciones precarias o peligrosas. Los riesgos de salud asociados al embarazo han disminuido debido, entre otros factores, a los avances logrados en el otorgamiento de servicios integrales de salud



reproductiva. El sector salud ha implementado diversas estrategias que buscan garantizar el acceso de las mujeres a la atención profesional del parto. Asimismo, ha ampliado y subrayado la importancia de las intervenciones contenidas en la atención prenatal. Además de la evaluación del desarrollo del embarazo y la detección temprana de riesgos y complicaciones, las visitas de atención prenatal son usadas para promover la importancia y los beneficios asociados a la práctica de la planificación familiar y la lactancia exclusiva.

### Atención prenatal

En la gran mayoría de los casos, el embarazo es un proceso que transcurre sin complicaciones. Existen, sin embargo, condiciones de la madre y el feto que si no se detectan y tratan de manera oportuna y adecuada, pueden poner en riesgo la salud e incluso la vida de ambos. Diversos estudios han mostrado los beneficios de la atención prenatal como una estrategia para la detección oportuna de complicaciones, y como una intervención eficaz para promover la salud de la madre y del recién nacido. Este efecto se logra a través de la educación para la salud; la identificación de las mujeres expuestas a riesgos específicos y su referencia, de ser necesario, a servicios de salud especializados; y la detección y el tratamiento oportunos de los problemas que así lo requieran. La protección que obtienen quienes asisten a los servicios de atención prenatal se refleja en un riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto hasta 15 veces menor. Sin embargo, la efectividad de la atención prenatal varía según el número de visitas que se realicen durante el embarazo, la edad gestacional en que se inicia, la capacitación técnica del proveedor de los servicios, y las acciones concretas que se lleven a cabo en cada consulta.

Los servicios de atención prenatal son ofrecidos por las instituciones del sector público, social y privado. La cobertura de la atención prenatal en el país ha aumentado de 54.9 por ciento en 1974-1976 a 86.1 por ciento en 1993-1995. Los médicos proporcionan el 94.6 por ciento de las atenciones, las enfermeras el 1.3 por ciento, y las parteras tradicionales el 4 por ciento, siendo más frecuente el uso de parteras entre las mujeres sin escolaridad y entre las mujeres que se embarazan entre los 45 y los 49 años. De acuerdo a la encuesta más reciente, 6.8 por ciento de las mujeres embarazadas no recibía ninguna forma de atención prenatal. El número de consultas constituye un elemento importante de la eficiencia y calidad de la atención prenatal. En 1995, el Sistema Nacional de Salud otorgó 8.8 millones de consultas de atención prenatal, por lo que cada mujer recibió, en promedio, 3.9 consultas. Sin embargo, entre las mujeres sin escolaridad o con primaria incompleta un porcentaje muy elevado de mujeres no recibió ninguna atención. El programa vigente se propone alcanzar un promedio de cinco consultas por mujer.

### Atención del parto

El análisis de la atención del parto muestra un aumento en la proporción de partos atendidos por personal profesional, de 70.5 por ciento en 1985-1987 a 88.5 por ciento en 1993-1995. Sin embargo, existen grandes diferencias si se considera la escolaridad de

la mujer o su lugar de residencia. Así, mientras que en el Distrito Federal 97 de cada cien nacimientos son atendidos en clínicas, en Chiapas sólo 22 por ciento de los partos ocurren en algún centro de salud.

En México, una proporción considerable de mujeres en edad fértil de la población rural son atendidas por parteras tradicionales, por lo que actualmente estas últimas se vinculan formalmente a la estructura de servicios institucionales, como parte de la estrategia de ampliación de cobertura del Programa de Salud Materno-Infantil.

Del total de partos atendidos entre 1989 y 1994, el 76 por ciento se resolvió por vía vaginal y el 24 por ciento restante mediante operación cesárea. Se considera que la tasa de cesárea registrada en el Sistema Nacional de Salud es muy alta. En 1996, esta cifra estaba cercana al 30 por ciento. Diversas estrategias han sido puestas en marcha para reducir la utilización de cesárea a 20 por ciento para el año 2000.

Una estrategia que ha arrojado magníficos resultados con relación a la salud materna infantil es el alojamiento conjunto de la madre y el recién nacido y la promoción de la lactancia materna, que son elementos fundamentales del Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre. En 1997, cuatro de cada cinco centros de atención inscritos en este programa habían recibido la certificación internacional auspiciada por UNICEF, lo que coloca a México en el primer lugar en América Latina y entre los primeros tres en el mundo en cuanto a certificación de hospitales.

### **Madres adolescentes**

Las madres adolescentes son un grupo particularmente preocupante dada la frecuencia con la cual se registran complicaciones asociadas con la reproducción en este grupo de edad. Por ejemplo, aunque los embarazos en adolescentes contribuyen únicamente con el 13.6 por ciento de la tasa global de fecundidad registrada en el país, la proporción de complicaciones de salud es similar a la observada en la población en su conjunto.

Para apoyar las acciones de salud reproductiva dirigida a los adolescentes, la Dirección General de Salud Reproductiva ha capacitado a 301 profesionales de la salud, entre médicos, trabajadoras sociales, enfermeras, promotores y psicólogos. En 1996, el programa otorgó 146,196 consultas a los adolescentes, de las cuales el 37 por ciento correspondieron al área de salud reproductiva. Las consultas más frecuentes fueron por motivos psicológicos, atención prenatal, anticoncepción, problemas ginecológicos y enfermedades de transmisión sexual. Asimismo, en 1996 se atendieron 9,266 partos, 3,116 cesáreas y 1,458 abortos en los módulos hospitalarios, como parte de un proceso de consejería y orientación, alcanzando una cobertura de anticoncepción postevento obstétrico de 50.7 por ciento. El método más utilizado en el postevento obstétrico fue el dispositivo intrauterino con 81.1 por ciento de aceptación, seguido de los hormonales orales (15.7%) y de la oclusión tubaria bilateral (3.2%).

Lo anterior implica orientar más recursos y esfuerzos para fortalecer las estrategias de educación sexual, así como para hacer ampliamente disponible la información sobre

salud reproductiva entre jóvenes.

### **Cáncer cérvico-uterino y mamario**

Desde la década de los sesenta, el cáncer se encuentra entre las diez principales causas de muerte en México. En 1990, el cáncer constituyó la tercera causa de muerte después de las enfermedades del corazón, los accidentes y la violencia. La mortalidad relacionada con el cáncer es distinta para las mujeres y los hombres, padeciendo las primeras, en orden de magnitud, tumores de cuello de útero, estómago, mama, tráquea, bronquios y pulmón.

Los cánceres cérvico uterino y mamario representan alrededor del 5 por ciento de la mortalidad entre mujeres de 15 años de edad y mayores. En 1996, la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino observada fue de 4.9 por 100,000 mujeres y de cáncer mamario 3.8. Como resultado del análisis de información epidemiológica y demográfica, el sector salud ha comenzado el proceso de actualizar las prácticas de salud destinadas a detectar tempranamente los casos de cáncer cérvico-uterino, extendiendo la cobertura de exámenes de Papanicolaou y diseminando información con relación al autocuidado.

### **Atención en la etapa postmenopáusica**

En los próximos años, casi 6 millones de mujeres alcanzarán la etapa postmenopáusica. El sector salud ha previsto la necesidad de comenzar la planeación de servicios al respecto y, en la actualidad están siendo estudiadas diversas estrategias. Es importante destacar que, hoy en día, existen en México servicios especializados para atender las necesidades de salud de mujeres postmenopáusicas. Sin embargo, estos servicios son ofrecidos por el sector privado y, por lo tanto, no están disponibles para la totalidad de la población femenina que los requiere. Las instituciones públicas de salud se proponen incluir el tratamiento postmenopáusico dentro de los servicios de salud reproductiva.

### **Atención de la osteoporosis**

Además de los cambios hormonales asociados con la entrada en el periodo menopáusico y el aumento del riesgo potencial de desarrollar cáncer, una preocupación de las autoridades de salud en el país es el desarrollo de osteoporosis. Una campaña de comunicación a través de medios masivos comenzó hace varios años acerca de la importancia de la dieta y el ejercicio. Como resultado, la población se ha vuelto cada vez más receptiva hacia este problema de salud.

### **Enfermedades de transmisión sexual, infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)**

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) tienen una larga historia y representan un problema de salud pública de primer orden. El impacto de las ETS, y muy

particularmente del SIDA, rebasa el ámbito sexual e invade los terrenos social, económico y político.

La importancia y la necesidad de control de las ETS residen no sólo en las infecciones agudas que causan, sino también en las complicaciones y secuelas que las caracterizan, y en el papel que juegan en la transmisión del VIH. Se conocen más de 20 microorganismos que se pueden transmitir por contacto sexual, pero los más comunes son seis: tres de ellos producen las consideradas ETS clásicas (sífilis, gonorrea y chancro blanco), y los otros tres, las conocidas como "nuevas" ETS (clamidia, infección herpética e infección por el virus de inmunodeficiencia humana).

Entre las secuelas de las ETS se encuentran la infertilidad y otras complicaciones en la capacidad reproductiva de la persona. Las mujeres, por ejemplo, sufren un largo deterioro de la salud reproductiva y, en muchas ocasiones, las secuelas que provocan representan una fuente importante de mortalidad, como los embarazos ectópicos y el cáncer cérvico-uterino, además de profundos efectos personales como la infertilidad o el dolor crónico.

Las ETS presentan una alta prevalencia en la población, sobre todo en las edades productivas. Según datos de la Secretaría de Salud, durante 1992 se registraron más de 100 mil casos nuevos de tricomoniasis urogenital, con una tasa de incidencia de 119 casos por cada 100 mil habitantes, seguida de la candidiasis urogenital, con una incidencia de 105.9. Adicionalmente, las ETS ulcerativas han sido identificadas como cofactores predisponentes en el contagio de VIH, además de que constituyen un mecanismo de fácil circulación del virus entre la población.

Las ETS también tienen efectos sociales que afectan la armonía familiar. Por su importancia, hombres y mujeres deben ser informados de los riesgos de contraer estas enfermedades, además de tener acceso a servicios curativos y a diagnósticos tempranos.

En México se han realizado importantes esfuerzos para reorientar los programas de ETS hacia la prevención. Asimismo, se han llevado a cabo estudios para identificar grupos de población de riesgo y elaborar estrategias preventivas más eficaces. Sin embargo, existen muy pocos datos confiables con respecto a la prevalencia de las ETS entre las mujeres de la población general, ya que la mayor parte de la información proviene de los llamados "grupos de alto riesgo" (trabajadoras del sexo comercial u hombres que acuden a las clínicas de enfermedades venéreas), o de poblaciones seleccionadas, como las mujeres que asisten a las clínicas de atención especializada.

El Population Council y otras instituciones colaboradoras están realizando un programa de investigación sobre ETS en tres estados del país - Chiapas, Guerrero y Oaxaca -, a fin de determinar su prevalencia en mujeres que no corresponden a los grupos de alto riesgo.

El primer caso de SIDA en México se identificó en 1981. A partir de entonces, el crecimiento en el número de casos sigue incrementándose de manera continua, presentándose tres tipos de tendencias: hasta finales de 1986 el incremento fue lento; de

1987 a 1990 fue de tipo exponencial; y a partir de 1991 se ha amortiguado con una tendencia a la estabilización.

En 1983 el SIDA fue incluido entre las patologías de obligatorio reporte y vigilancia epidemiológicas. Hasta diciembre de 1997, más de 33,000 casos habían sido registrados en México. Sin embargo, se considera que esta cifra subestima el nivel de casos de SIDA en el país, debido tanto al retraso con el que se reportan, como el subregistro. Se estima que el número de casos de SIDA en el país, una vez ajustada la información por deficiencias en su registro, era de alrededor de 52,000 a finales de 1997. Se calcula que el número de personas seropositivas rebasa los 183,000. Un rasgo importante de la evolución de la epidemia de SIDA en México es el reciente incremento del número de casos en las áreas rurales. Esta tendencia está fuertemente asociada al antecedente migratorio a los Estados Unidos de América.

En México, la transmisión sexual es la principal vía de contagio del VIH. La amplia difusión de las formas de contagio de la enfermedad, aunada al fortalecimiento de las medidas de examen y manejo de productos sanguíneos, ha disminuido la transmisión asociada a transfusiones sanguíneas. En diciembre de 1996 se habían registrado un total de 795 casos en población menor de 15 años. De entre estos, en el 47 por ciento se considero la transmisión perinatal como vía de contagio.

De acuerdo con información registrada hasta octubre de 1996, la infección por VIH en el 2 por ciento de los casos, lo que equivale a 401 personas, estaba asociada al uso de drogas intravenosas. Sin embargo, la importancia relativa de esta forma de contagio se eleva sustancialmente en algunas ciudades. En Baja California, la prevalencia de VIH entre usuarios de drogas intravenosas era de 9 por ciento y en Ciudad Juárez de 6 por ciento.

En 1994 se registraron más de 3,500 defunciones debidas a SIDA. La tasa de mortalidad por esta causa era de 3.9 por 100,000 habitantes. Para 1995, el número de defunciones había aumentado a 4,029, lo que equivale a una tasa de mortalidad de 4.4 por 100,000. El mayor número de defunciones se observa en el grupo de 25 a 44 años de edad.

Si bien la proporción de mujeres y hombres infectados se ha mantenido constante en los últimos años, las fuentes de información confirman que el patrón de transmisión ha cambiado, sobre todo en la población femenina. Este cambio se atribuye fundamentalmente al descenso de casos por transfusión sanguínea a favor del incremento de casos atribuibles a transmisión heterosexual que, en las mujeres, se observa principalmente en las edades reproductivas.

## g) Derechos reproductivos

Los servicios de planificación familiar deben proveerse con apego a la NOMSPF. Este documento es de observancia obligatoria en todas las unidades de salud de los sectores público, privado y social, y establece los principios y criterios de operación en la materia, a fin de que, en un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y las parejas, pueda realizarse la selección adecuada, la prescripción y la aplicación de los métodos anticonceptivos para asegurar un uso correcto y satisfactorio de los mismos. Los responsables de las unidades de atención médica están obligados a verificar que el personal efectúe la prestación de los servicios de planificación familiar atendiendo criterios de calidad, de conformidad con lo establecido por la NOMSPF.

Los servicios de planificación familiar se ofrecen de manera gratuita en todas las instituciones, dependencias y organismos del Sector Público. El personal de estos servicios está obligado a garantizar a la persona la libre elección informada de los métodos anticonceptivos para que pueda ejercer una demanda calificada de los mismos. Con este fin, es imprescindible que el prestador de servicios brinde al usuario información sobre los distintos métodos de planificación familiar (incluidos los métodos naturales), sus mecanismos de acción, sus formas de uso y sus posibles efectos colaterales. El usuario tiene el derecho a expresar sus dudas y a que el prestador de los servicios de planificación familiar las responda comprensible y satisfactoriamente. Además, cuando las personas opten por el empleo de algún método anticonceptivo permanente (oclusión tubaria bilateral y vasectomía), todas las instituciones o dependencias que presten el servicio están obligadas a recabar previamente su consentimiento por escrito.

Las instituciones de salud han asumido una amplia variedad de compromisos para garantizar la observancia obligatoria de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar; el mejoramiento permanente de la competencia técnica de los prestadores de servicios; el fortalecimiento de los procedimientos de consentimiento informado; la más amplia difusión de los derechos de la población usuaria de los servicios de planificación familiar; y la promoción y oferta de todos los métodos anticonceptivos reconocidos por la Norma, incluidos los métodos naturales y de abstinencia periódica para regular la fecundidad, cuya efectividad depende principalmente de su adecuado conocimiento, además de disciplina y perseverancia de quienes opten por ellos.

Para el cabal cumplimiento del procedimiento de consentimiento informado, las instituciones públicas de salud han realizado una intensa labor de capacitación de los prestadores de los servicios de planificación familiar, de elaboración de manuales de consejería, materiales de información, educación y comunicación, y de talleres de sensibilización orientados a mejorar la comunicación interpersonal entre los prestadores de servicios y la población que atienden.

De acuerdo al marco jurídico vigente, está prohibido obligar a hombres o mujeres a utilizar contra su voluntad métodos de regulación de la fecundidad. En los últimos años, se han fortalecido los canales institucionales de atención e investigación de casos de presunta prescripción de métodos anticonceptivos sin el consentimiento informado por parte de los

usuarios. La Ley General de Salud establece que quienes impidan el libre ejercicio del derecho de procreación, practiquen procedimientos anticonceptivos sin la voluntad de la persona o ejerzan presión para que ésta la admita, serán sancionados conforme a lo dispuesto en su artículo 421, que a la letra dice: "Se sancionará con multa equivalente de doscientas a dos mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate".

Se incurre en responsabilidad penal cuando se aplica algún método anticonceptivo permanente (oclusión tubaria bilateral y vasectomía) sin el consentimiento de la persona, en cuyo caso es aplicable el artículo 292 del Código Penal para el Distrito Federal en materia de fuero común y para toda la República en materia de fuero federal, que se refiere a las lesiones que perjudiquen en forma definitiva cualquier función orgánica (de cinco a ocho años de prisión) o incapaciten permanentemente las funciones sexuales (de seis a diez años de prisión).

La aplicación de métodos anticonceptivos reversibles sin consentimiento de la persona hacen caer, a quienes incurren en esta responsabilidad, en los supuestos del artículo 289 del mismo Código. En este caso, dependiendo de la gravedad del daño, se impondrán sanciones de tres días a cuatro meses de prisión (si la lesión tarda menos de 15 días en sanar), o bien de cuatro meses a dos años (si tardase más de quince días).

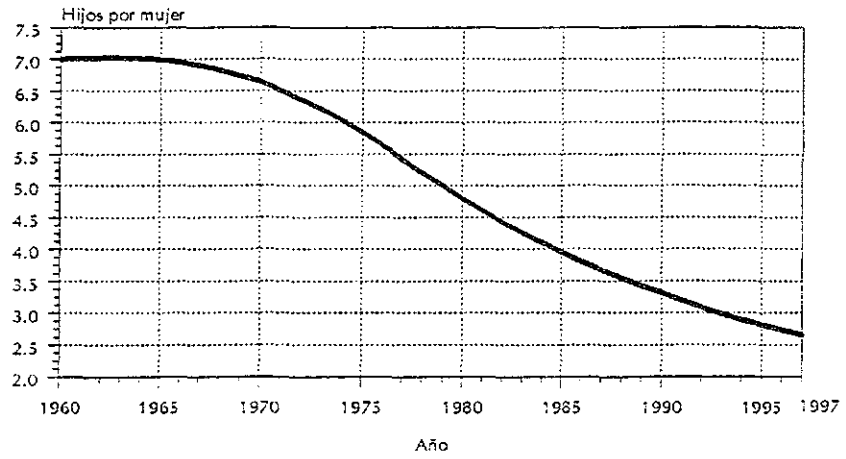
El fortalecimiento de las acciones de información, educación y comunicación en población es una condición indispensable para extender y arraigar una más sólida cultura demográfica y para favorecer la adopción de prácticas de planificación familiar comprometidas e informadas. La información, orientación y consejería en planificación familiar contribuye a habilitar o empoderar a las personas a manejar adecuadamente esta práctica y, al hacerlo, les abre nuevos horizontes. En este contexto, el empoderamiento significa el ejercicio de un poder por parte de un individuo o grupo para alcanzar un propósito específico. ¿Pero de dónde se supone que viene este poder? El supuesto usual es que es transferido de alguna parte, lo que implica una transacción de suma cero. Aquí nos referimos a otro tipo de poder, i.e., el que puede ser ejercido donde no había ninguno. Se trata del empoderamiento a través de la información o mediante un proceso de "educación para la conciencia". En este caso, el empoderamiento es un proceso de suma positiva que debe proporcionarles a las personas un sentido claro de cómo pueden mejorar sus vidas en formas prácticas, cuáles son sus derechos y cómo pueden ejercerlos; es decir, un proceso que las habilite a reconocer que pueden hacer algo para regular su capacidad reproductiva, que pueden solicitar el servicio correspondiente y recibirlo, o ser referidos oportunamente al centro de atención adecuado, que tienen el derecho a dialogar con el prestador de servicios, a plantear sus dudas y a recibir la información necesaria que les permita tomar sus decisiones de una manera libre, responsable e informada.

# **ANEXO**

## **Cuadros y Gráficas**

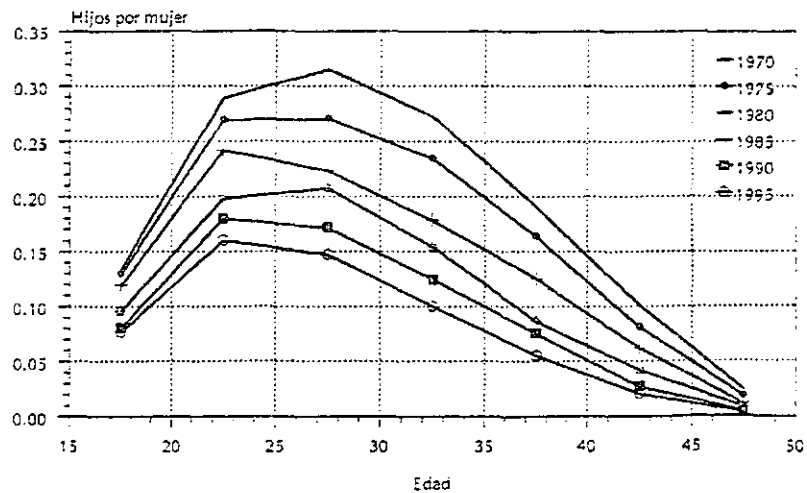


Gráfica 1. Tasas globales de fecundidad, 1960 - 1997



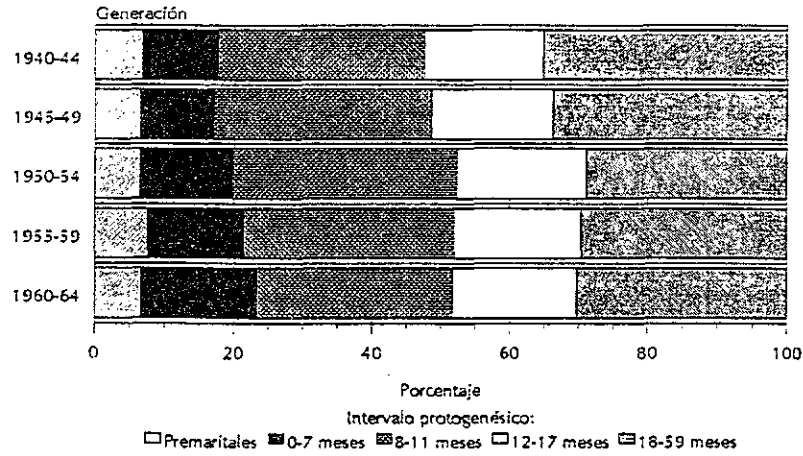
Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en las encuestas nacionales demográficas.

Gráfica 2. Tasas de fecundidad por grupos de edad para años seleccionados, 1970-1995



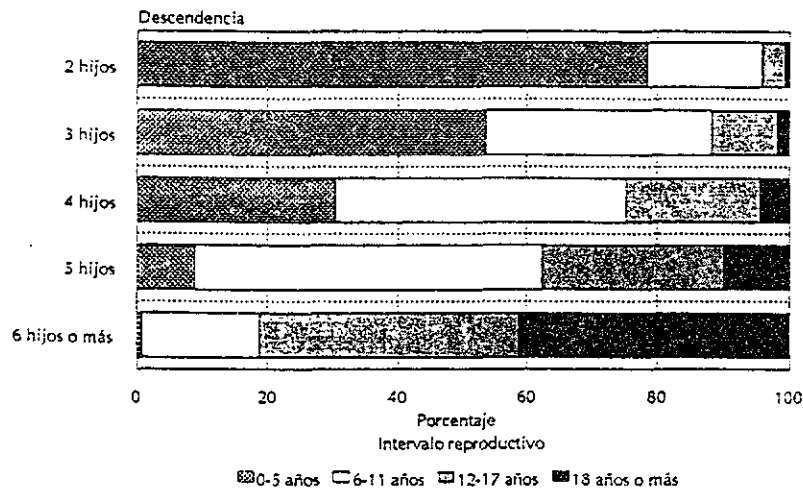
Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en encuestas nacionales demográficas.

**Gráfica 3.** Distribución porcentual de las mujeres según la duración de su intervalo protogenésico, por generación (Mujeres unidas antes de los 26 años e intervalos menores a 60 meses)



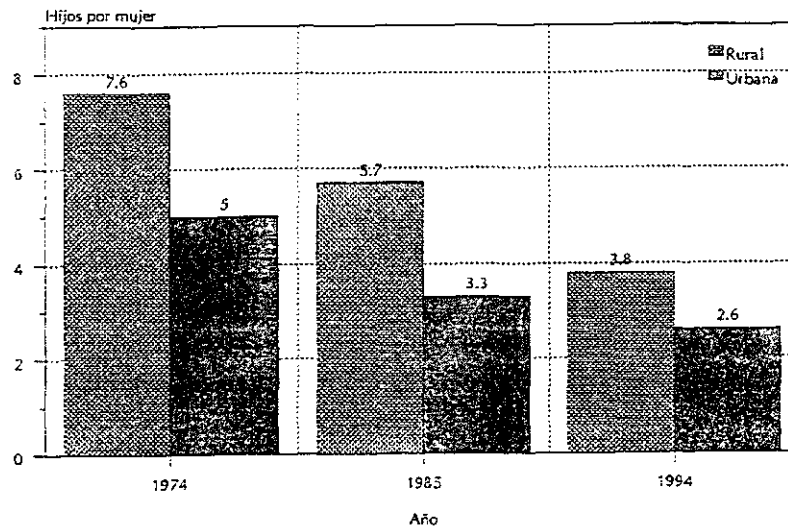
Fuente: ENADID 1992

**Gráfica 4.** Distribución porcentual de las mujeres de 45 a 54 años, según intervalo reproductivo y descendencia final, 1992



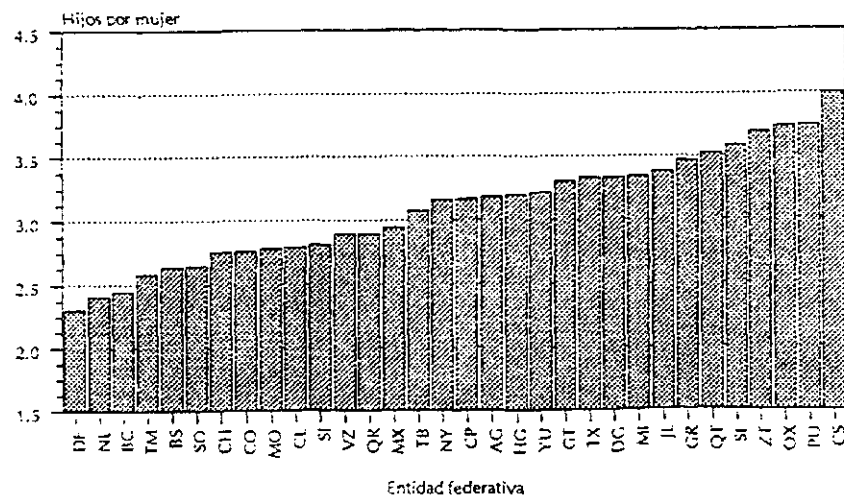
Fuente: ENADID, 1992.

**Gráfica 5. Tasas globales de fecundidad, según lugar de residencia, 1974-1994**

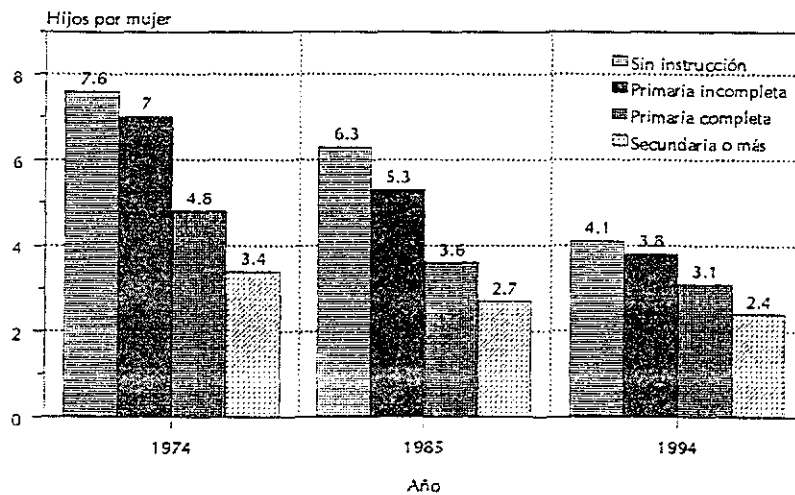


Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en encuestas nacionales demográficas.

**Gráfica 6. Tasas de fecundidad por entidad federativa, 1991-1995**

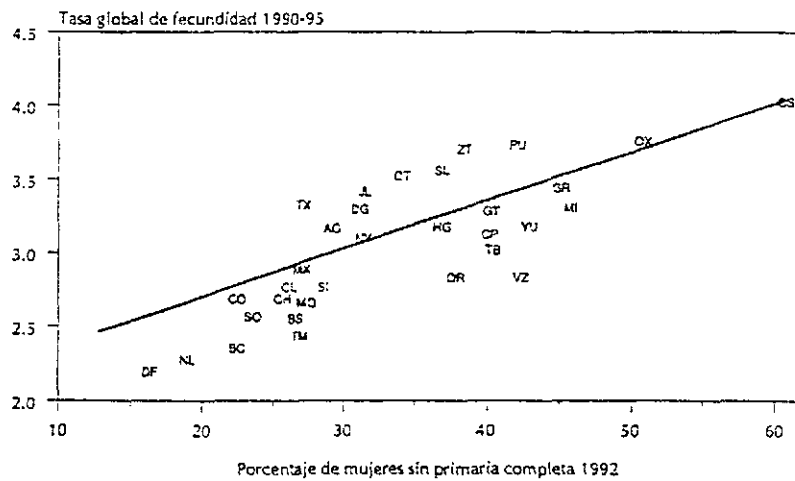


**Gráfica 7. Tasas globales de fecundidad, según nivel educativo, 1974-1994**



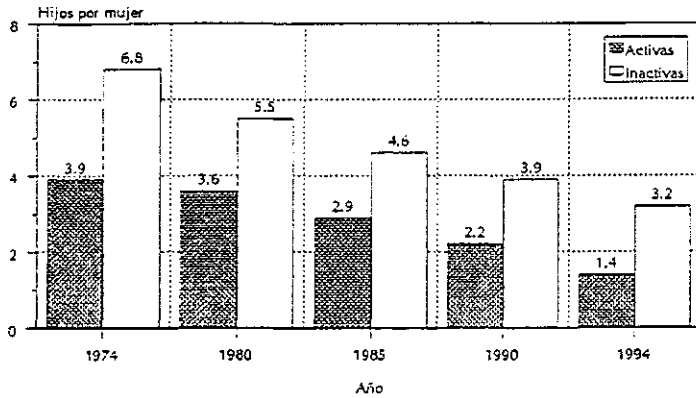
Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en encuestas nacionales demográficas.

**Gráfica 8. Proporción de mujeres sin primaria completa, según fecundidad y entidad federativa, 1991-1995**



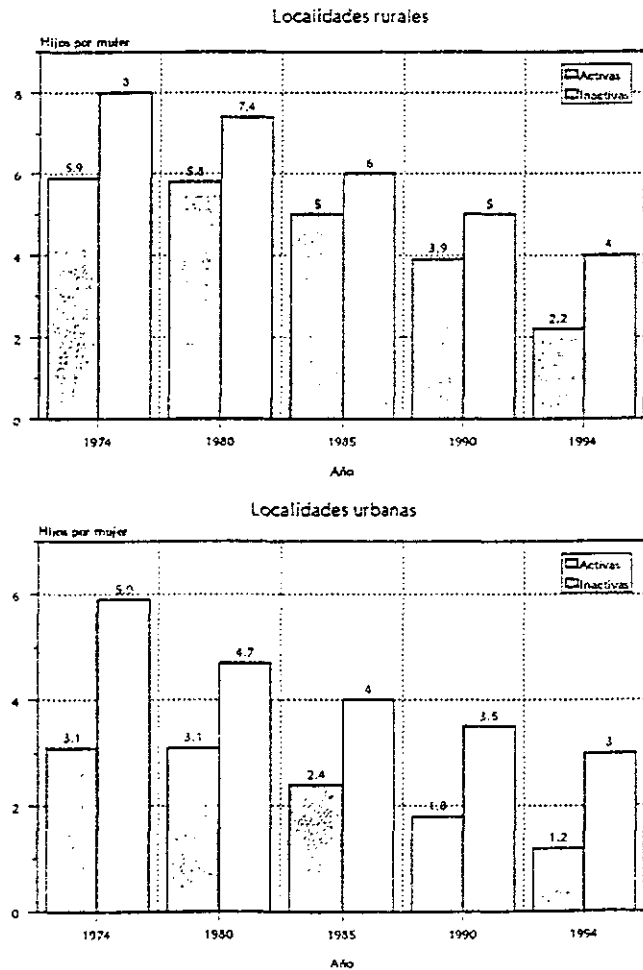
Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población  
 Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en los datos de la ENADID 1992 y la ENPF 1995.

**Gráfica 9. Tasas globales de fecundidad, según condición de participación en la actividad económica, 1974-1994**



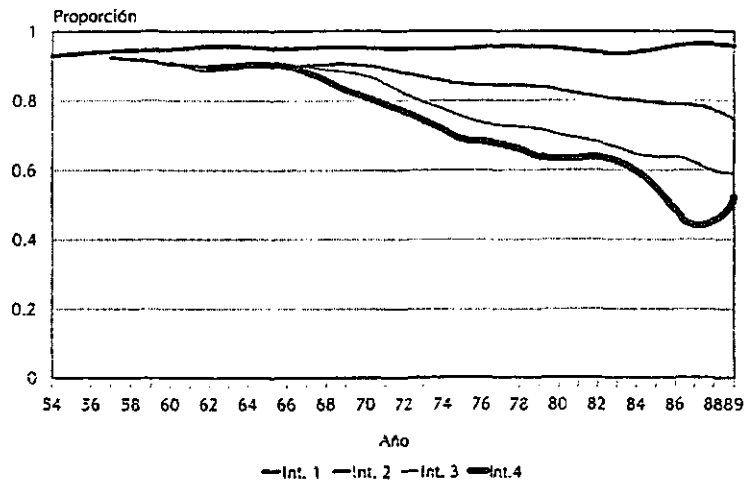
Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en las encuestas nacionales demográficas.

**Gráfica 10. Tasas globales de fecundidad, según localidad de residencia y condición de actividad, 1974-1994**



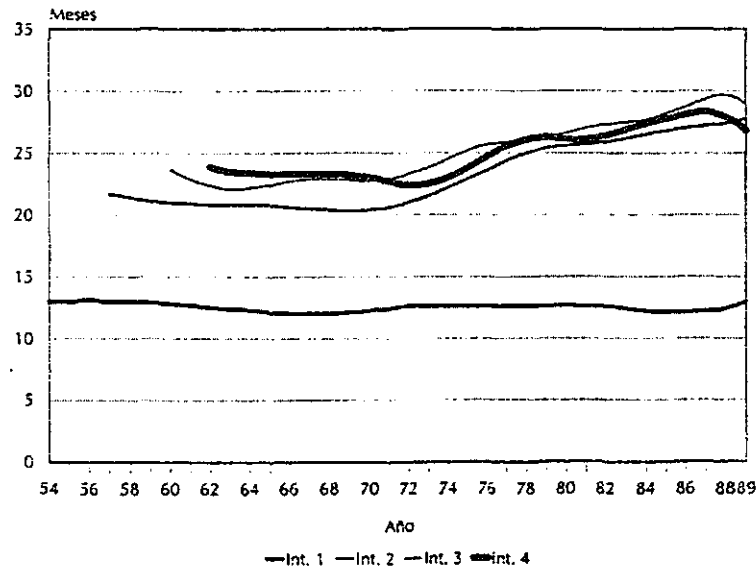
Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en las encuestas nacionales demográficas.

**Gráfica 11.** Proporción de mujeres que tienen un hijo dentro de los primeros 60 meses a partir de la primera unión o del nacimiento previo (intervalos uno al cuatro), 1954-1989



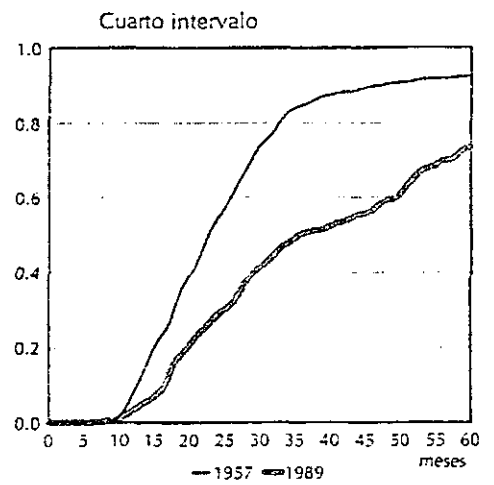
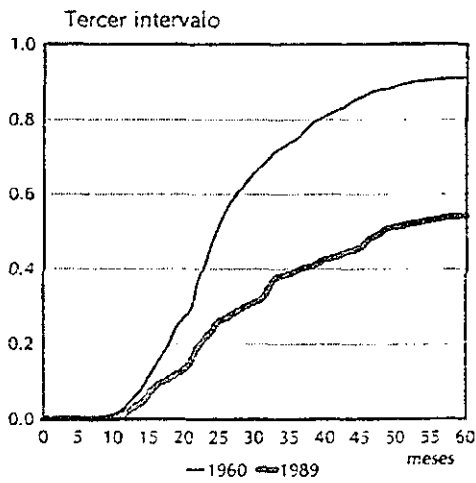
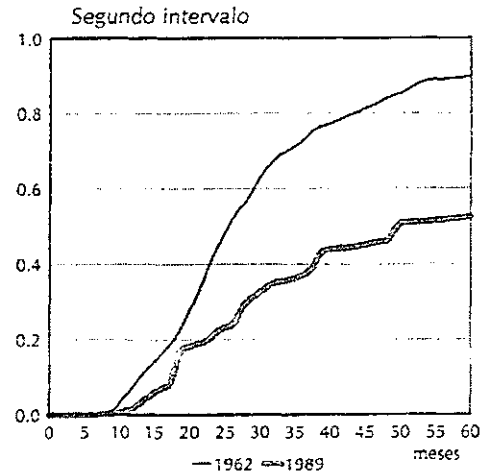
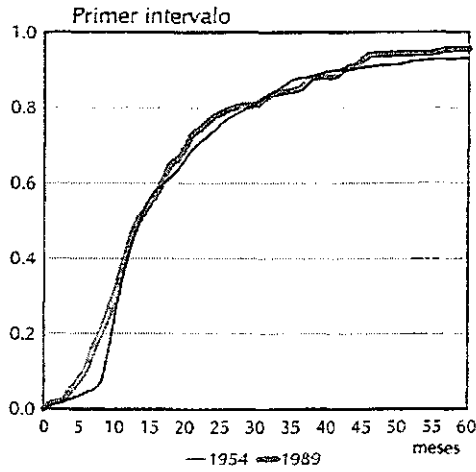
Fuente: Tuirán, R. Demographic change and family and non-family related life-course in contemporary Mexico, Tesis de doctorado, The University of Texas at Austin, 1998.

**Gráfica 12.** Mediana de la duración de los intervalos proto- e inter-genésico (intervalos uno al cuatro), 1954-1989



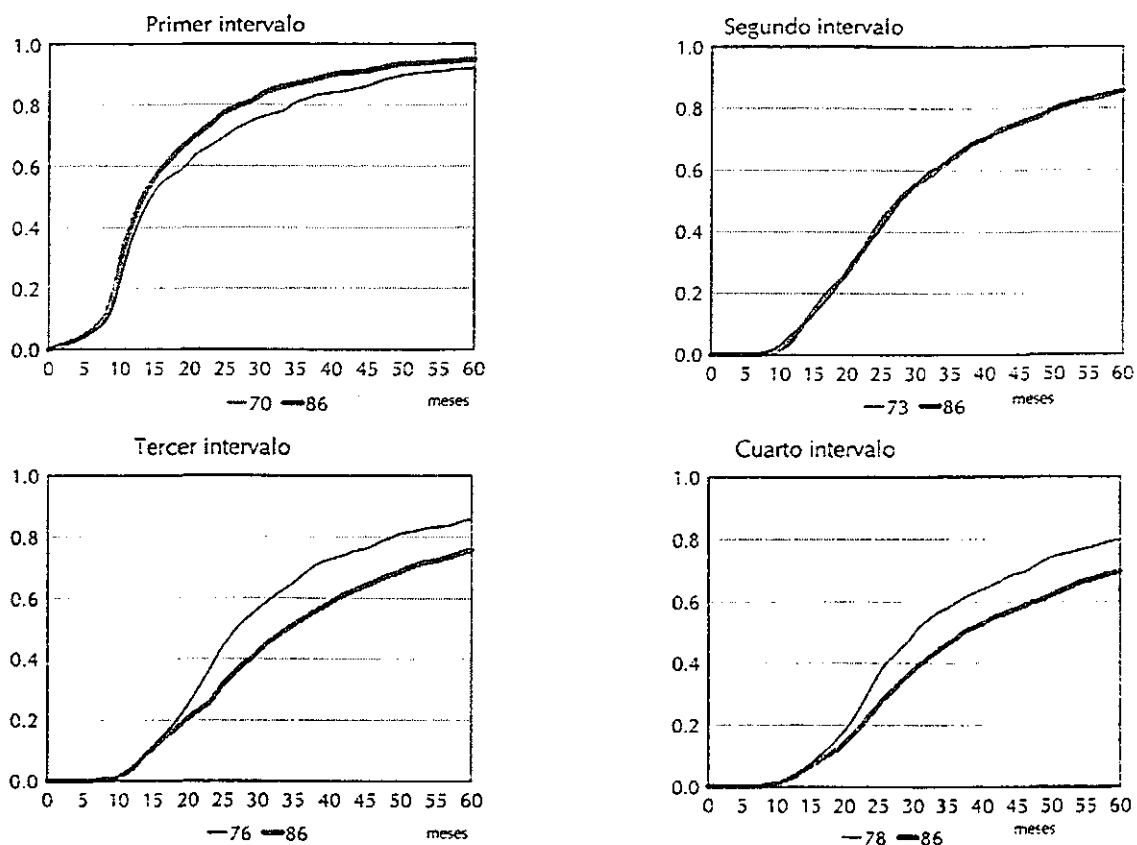
Fuente: Tuirán, R. Demographic change and family and non-family related life-course in contemporary Mexico, Tesis de doctorado, The University of Texas at Austin, 1998.

**Gráfica 13.** Proporción acumulada de mujeres que tienen un hijo a cada duración a partir de la primera unión o del nacimiento previo México, 1954-1989



Fuente: Tuirán, R. Demographic change and family and non-family related life-course in contemporary Mexico, Tesis de doctorado, The University of Texas at Austin, 1998.

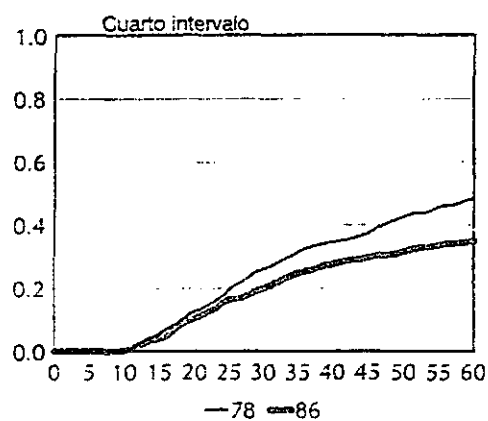
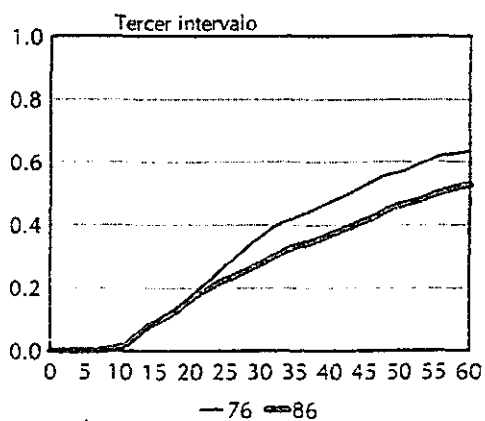
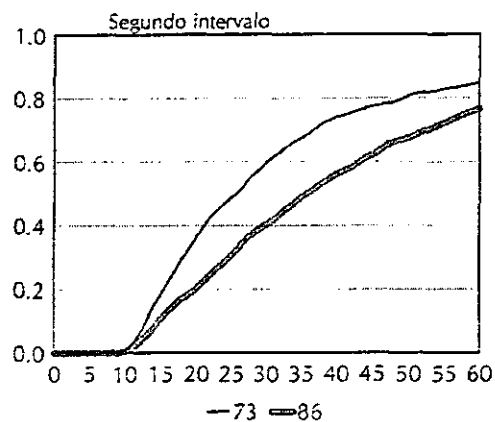
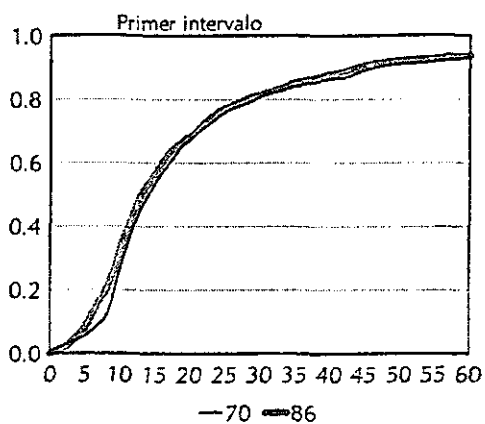
**Gráfica 14.** Proporción acumulada de mujeres que tienen un hijo a cada duración a partir de la primera unión o del nacimiento previo. Localidades de menos de 2,500 habitantes, 1970-1986



Fuente: Tuirán, R. Demographic change and family and non-family related life-course in contemporary Mexico. Tesis de doctorado, The University of Texas at Austin, 1998.

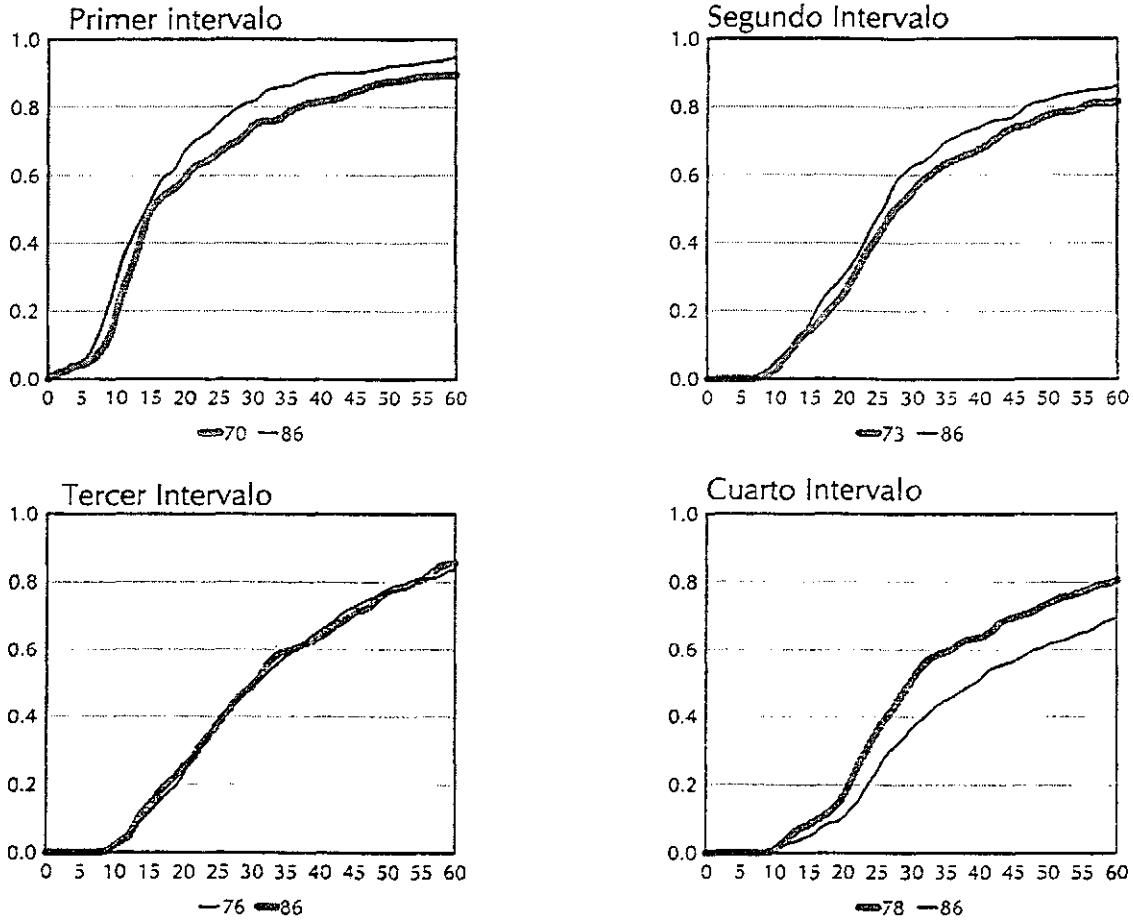


**Gráfica 15.** Proporción acumulada de mujeres que tienen un hijo a cada duración dentro de los primeros 60 meses a partir de la primera unión o del nacimiento previo. Intervalos uno al cuatro. Localidades de más de 100,000 habitantes, 1970-1986



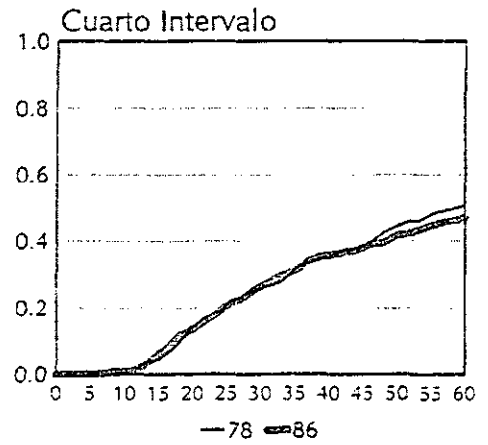
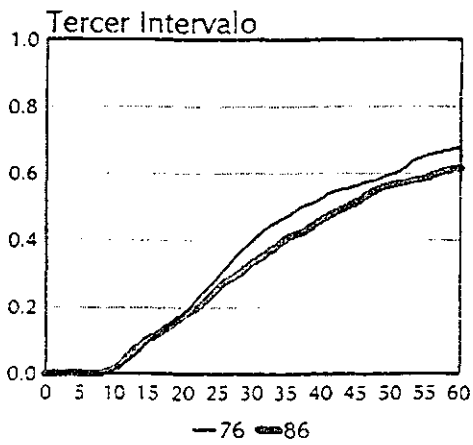
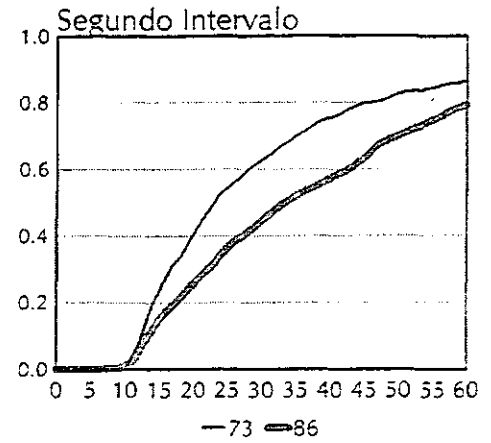
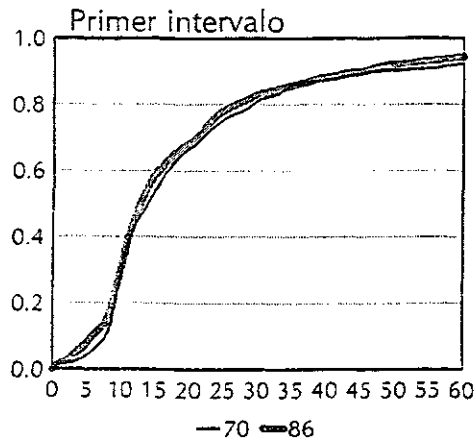
Fuente: Tuirán, R. Demographic change and family and non-family related life-course in contemporary Mexico, Tesis de doctorado, The University of Texas at Austin, 1998.

**Gráfica 16.** Proporción acumulada de mujeres que tienen un hijo a cada duración dentro de los primeros 60 meses a partir de la primera unión o del nacimiento previo. Intervalos uno al cuatro. Mujeres sin escolaridad, 1970-1986



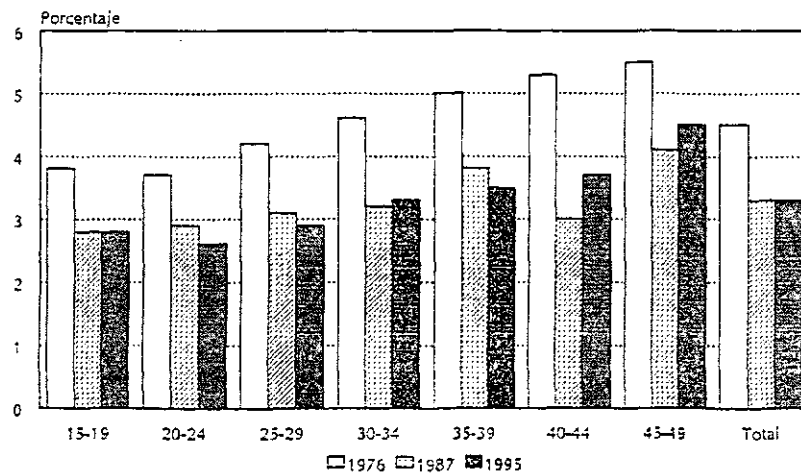
Fuente: Tuirán, R. Demographic change and family and non-family related life-course in contemporary Mexico, Tesis de doctorado, The University of Texas at Austin, 1998.

**Gráfica 17.** Proporción acumulada de mujeres que tienen un hijo a cada duración dentro de los primeros 60 meses a partir de la primera unión o del nacimiento previo. Intervalos uno al cuatro. Mujeres con más de 6 años de escolaridad, 1970-1986



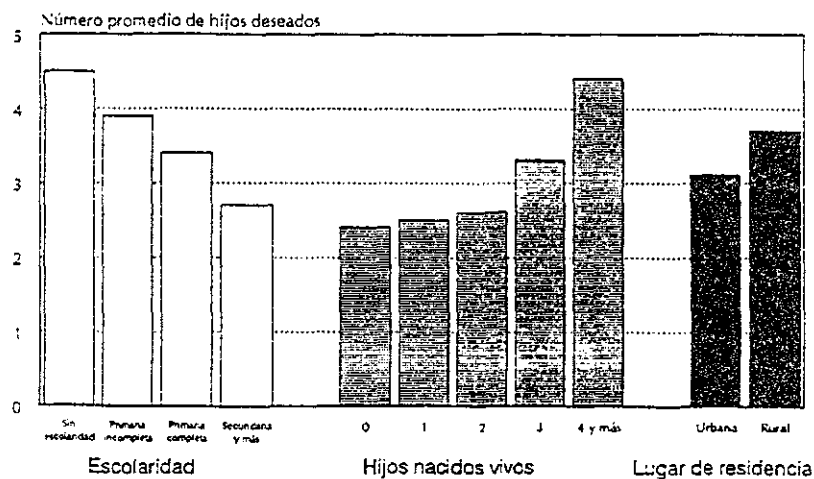
Fuente: Tuirán, R. Demographic change and family and non-family related life-course in contemporary Mexico, Tesis de doctorado, The University of Texas at Austin, 1998.

**Gráfica 18. Promedio de hijos deseados de las mujeres actualmente unidas, según grupos de edad, 1976-1995**



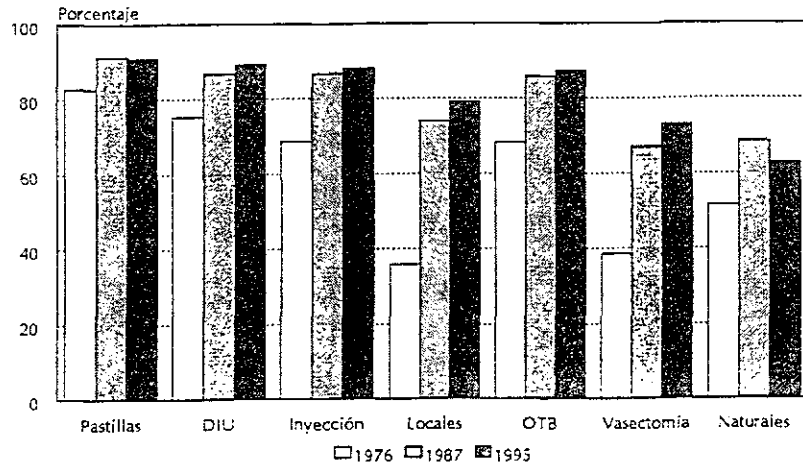
Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en: Encuesta Mexicana de Fecundidad, 1976 (EMIF); Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1987 (ENFES); Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995 (ENPF).

**Gráfica 19. Promedio del número de hijos deseados de las mujeres unidas, según escolaridad, hijos nacidos vivos y lugar de residencia, 1976-1995**



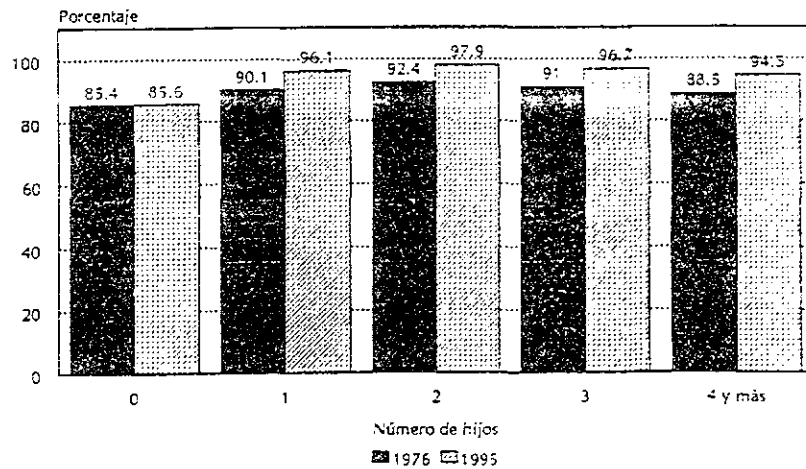
Fuente: ENPF, 1995.

**Gráfica 20.** Porcentaje de mujeres que declara conocer la existencia de distintos métodos anticonceptivos, 1976-1995



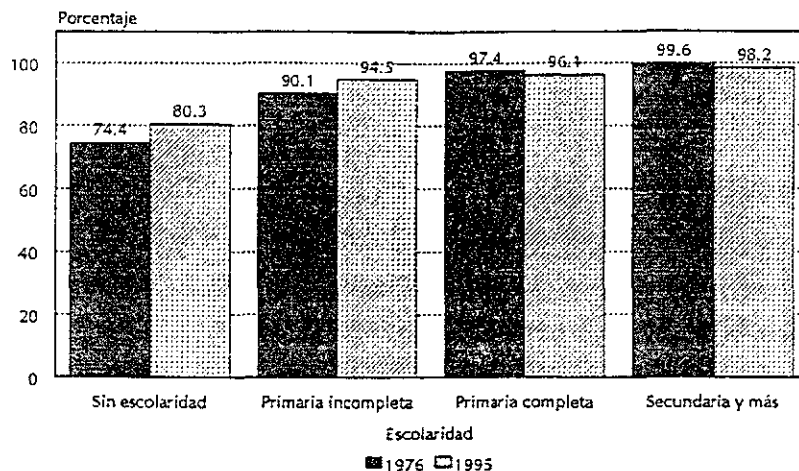
Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en EMF, 1976, ENFES, 1987, ENPF, 1995.

**Gráfica 21.** Porcentaje de mujeres que conoce al menos un método anticonceptivo, según número de hijos 1976-1995



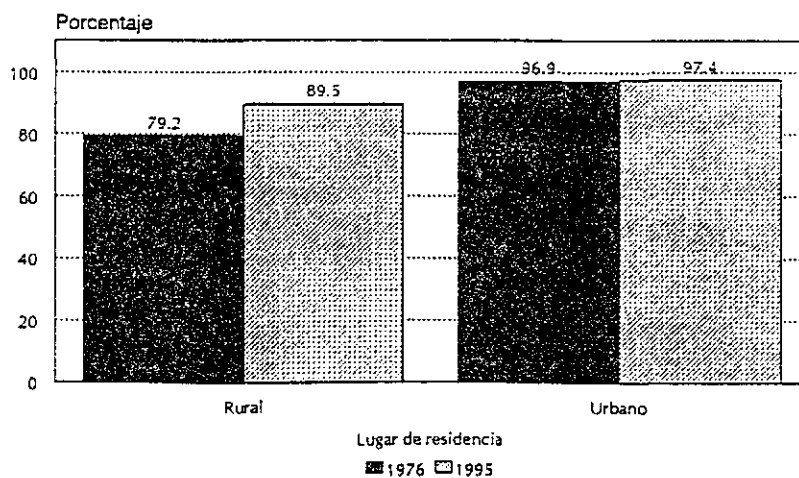
Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en: EMF, 1976, ENPF, 1995.

**Gráfica 22.** Porcentaje de mujeres que conoce al menos un método anticonceptivo, según escolaridad



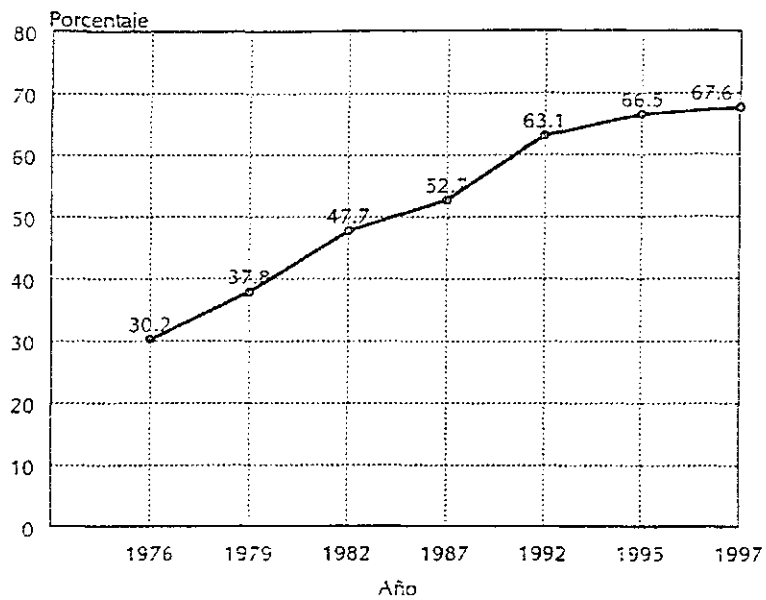
Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en: EMF, 1976, ENPF, 1995.

**Gráfica 23.** Porcentaje de mujeres que conoce al menos un método anticonceptivo, según lugar de residencia



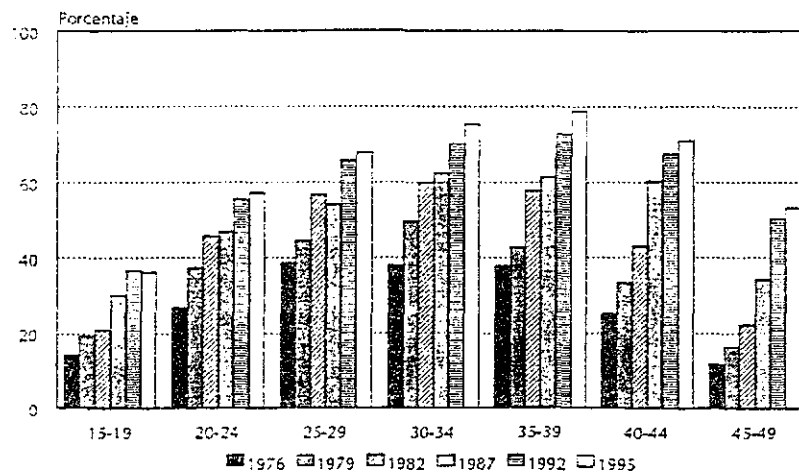
Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en: EMF, 1976, ENPF, 1995.

**Gráfica 24.** Porcentaje de mujeres unidas que usan métodos anticonceptivos, 1976-1997



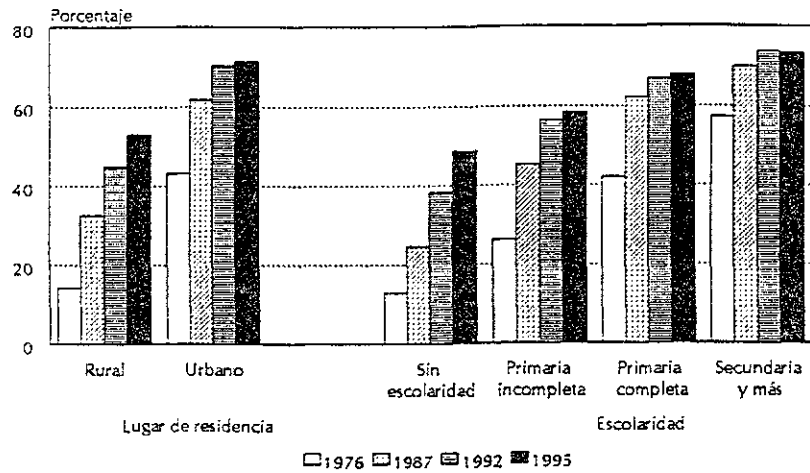
Fuente: Encuestas nacionales demográficas y estimaciones del Consejo Nacional de Población.

**Gráfica 25.** Porcentaje de mujeres unidas que usa métodos anticonceptivos, según grupos de edades, 1976-1995



Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en: EMF, 1976; ENP, 1979; END, 1982; ENFES, 1987; ENADID, 1992; ENPF, 1995.

**Gráfica 26. Porcentaje de mujeres casadas y unidas que usa métodos anticonceptivos, según lugar de residencia y escolaridad, 1976-1995**



Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en: EMF, 1976; ENFÉS, 1987; ENADID, 1992; ENPF, 1995



**Cuadro 1.** Demanda de planificación familiar entre mujeres unidas, según varias características sociodemográficas

Características	Uso de anticonceptivos			Demanda no satisfecha			Sin demanda	Infertilidad	Falla del método	Total
	Espaciar	Limitar	Total	Espaciar	Limitar	Total	insatisfecha			
<b>Grupo de edad</b>										
15-19	35.3	0.8	36.1	29.6	1.7	31.3	27.6	-	5	100
20-24	43.3	13.8	57.1	13.5	5.7	19.2	22.1	0.5	1.1	100
25-29	40.2	27.5	67.7	6.8	6.3	13.1	14.2	1	4	100
30-34	26.9	48.2	75.1	6.4	7	14.2	5.8	4.4	0.5	100
35-39	12.7	66.1	78.8	3	6.7	9.7	3.8	7.4	0.3	100
40-44	5.9	64.9	70.8	3.2	7.4	10.6	3	15.5	0.1	100
45-49	5.8	47.3	53.1	0.4	9.8	10.2	2.7	34	-	100
<b>Hijos nacidos vivos</b>										
0	15.7	1.8	17.5	38.4	0.8	39.2	21.9	20.2	1.2	100
1	51.7	7.4	59.1	12.5	2	14.5	20.5	3.8	2.1	100
2	40	37.3	77.3	4.7	4.9	9.6	9.6	2.5	1	100
3	19.2	52.8	72	3.2	7.7	10.9	6.5	7.7	2.9	100
4 y más	8.5	61.9	70.4	2.5	11.3	13.8	5.4	10	0.4	100
<b>Lugar de residencia</b>										
Rural	23.5	29.2	52.7	10.6	11.4	22	13.6	10.8	0.9	100
Urbana	26.7	44.6	71.3	6.3	5.2	11.5	9.3	6.4	1.5	100
<b>Escolaridad de la mujer</b>										
Sin escolaridad	10.2	38.3	48.5	7.8	15	22.8	6.9	21.4	0.4	100
Primaria incompleta	15.9	42.3	58.2	4.2	9.9	14.1	17	9.1	1.6	100
Primaria completa	25.8	42	67.8	9.5	6.5	16	8.1	7.2	1	100
Secundaria y más	33.6	39.7	73.3	7.9	3.8	11.7	9.2	4.2	1.6	100
Nacional	25.9	40.7	66.6	7.4	6.8	14.2	10.4	7.4	1.4	100

Fuente: Encuesta Nacional de Planificación Familiar, 1995





