

INT-2159

v. 1

CEPAL (2159)

v.1



PARAGUAY

INFORME
a la 2da Reunión del
COMITE ESPECIAL SOBRE POBLACION Y DESARROLLO

ARUBA-1998

DGEEC- Secretaría Técnica de Planificación- Presidencia de la República

A) INTEGRACIÓN DE LOS ASUNTOS DE POBLACIÓN EN EL PROCESO DE DESARROLLO

1. Importancia que el gobierno otorga a los temas de población y desarrollo

La temática de población y desarrollo tiene en las distintas instancias del estado paraguayo -Poder Ejecutivo y Legislativo, gobiernos departamentales, etc.- una importancia desigual. En el último quinquenio se dieron logros significativos en algunas áreas, y las autoridades gubernamentales han expresado en reiteradas ocasiones su preocupación por la alta tasa de crecimiento demográfico y por los efectos negativos de algunas manifestaciones de la dinámica poblacional sobre el desarrollo nacional, como la alta tasa de natalidad, la migración rural-urbana, las inequidades de género o el proceso de destrucción del medio ambiente.

Pueden señalarse como avances positivos evidentes la producción y análisis de datos estadísticos y variables demográficas, la estructuración de planes y creación de organismos y direcciones estatales que incorporan las variables de población en su agenda, la promulgación de leyes y decretos pertinentes, y diversos proyectos sectoriales ligados a población.

Pero estos esfuerzos no siempre se hallan coordinados entre sí, tienen frecuentemente carácter discontinuo y no se ubican dentro de una política global que asuma en forma explícita las relaciones entre dinámica poblacional, equidad social, protección medio-ambiental y crecimiento económico.

2. Institucionalización de la incorporación de las variables de población en el desarrollo

La Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos de la Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia de la República funciona hasta el momento como organismo de coordinación y enlace de las distintas instancias públicas y privadas encargadas de llevar adelante los compromisos asumidos por el Paraguay en el Programa de Acción de El Cairo (CIPD, 1994).

El Poder Ejecutivo, a través del Decreto 12.515 (22.II.1996) ha creado una Dirección de Población en el Ministerio del Interior, responsable de la coordinación operativa entre los organismos que realizan actividades relativas a la población. Esta iniciativa abre la posibilidad de la definición y puesta en marcha de una Política de

Población, inexistente hasta el momento en el país. Problemas de tipo presupuestario han postergado, sin embargo, la operacionalización institucional de este decreto.

Por decreto No. 9.235 (VI.95) el Ejecutivo ha creado la Secretaría de Acción Social, en cuyo "Plan Estratégico de Desarrollo Social" se han incorporado en forma rigurosa las variables de población. Esta Secretaría dependiente del Ejecutivo tiene por funciones coordinar las acciones, políticas y programas destinados a mejorar la calidad de vida de la población, fundamentalmente los referidos a grupos humanos más vulnerables.

Un organismo con rango ministerial creado por Ley No. 34 el 18.IX.1992, la Secretaría de la Mujer (SM), empezó a funcionar efectivamente desde 1994. A través de diversos planes y proyectos de carácter intersectorial y con una efectiva convocatoria de sectores privados (ONG's, grupos de mujeres) la SM ha logrado incluir en la agenda de actividades de otras secretarías de estado (Salud, Educación, Agricultura y Ganadería, Justicia y Trabajo), en la del Parlamento y en la de muchas gobernaciones y municipios la problemática de género.

En lo que respecta a la capacitación de profesionales en el área de población y desarrollo, aún en ausencia de una política gubernamental explícita, continuaron desarrollándose distintos cursos de pos-graduación y seminarios específicos. El personal técnico de la DGEEC sigue en forma permanente cursos de actualización y perfeccionamiento en centros académicos del país y del exterior. Por su parte, la Facultad de Economía de la Universidad Nacional ha fortalecido su Departamento de Estudios en Población y Desarrollo (creado en 1990), que está abierto a profesionales de distintas formaciones universitarias.

Anualmente, al menos dos profesionales paraguayos de diferentes ramas participan de los cursos de posgrado en Población y Desarrollo Sustentable, que se dictan en el CELADE y/o en la Universidad de Chile, con becas de la FNUAP.

Si bien estos esfuerzos contribuyeron a sensibilizar muchos profesionales en el tema de población y desarrollo, el carácter fragmentado y discontinuo de la formación y capacitación y la ausencia de una instancia institucionalizadora de los temas de Población y Desarrollo de carácter nacional, dificultan la creación de una masa crítica de recursos humanos, indispensable para la incorporación efectiva de las variables poblacionales a los planes de desarrollo.

Si la DGEEC desarrolló en forma muy importante durante el último quinquenio su capacidad de producir, analizar y divulgar datos demográficos, se registran falencias en aquellos organismos públicos que por sus funciones son usuarios naturales de estas informaciones y estudios. Estas carencias son especialmente graves en la mayoría de los gobiernos departamentales y municipales, sin recursos humanos ni condiciones técnicas para utilizar la abundante producción de datos existente.

Finalmente, un proyecto de ley presentado en 1996 por el Poder Ejecutivo al Congreso, de creación del Ministerio del Ambiente (que incluía la estructuración de un Consejo Nacional de Desarrollo Sostenible) no logró obtener aprobación parlamentaria durante este gobierno.

3. Efectos de las políticas públicas y las estrategias de desarrollo sobre las tendencias socio-demográficas

La inexistencia de políticas nacionales de población y la desconexión entre variables de población y desarrollo impiden la evaluación de los efectos de políticas de desarrollo efectivamente implementadas sobre la dinámica poblacional. Si existe -a nivel gubernamental y privado- una conciencia creciente del impacto que las migraciones, la urbanización, la tasa de crecimiento, las inequidades de género o los problemas ambientales causa sobre la organización social o sobre las demandas de bienes y servicios, el proceso contrario no es claramente percibido ni analizado.

Al no existir consenso político sobre escenarios demográficos deseables en el futuro, tampoco se miden ni reconocen los efectos de las políticas públicas sobre la dinámica demográfica. Ciertamente los diversos programas sectoriales (colonización y reforma agraria, educación en temas de género, salud reproductiva, control de impacto ambiental de proyectos industriales o de infraestructura, acción social, etc.) incluyen evaluaciones periódicas -cualitativas y cuantitativas- de logros.

En los últimos años, los diversos organismos públicos (Ministerios de Agricultura y Ganadería, Educación y Culto, Justicia y Trabajo, Salud Pública y Bienestar Social, Secretaría de la Mujer, Secretaría de Acción Social, Secretaría Técnica de Planificación, etc.) implementan una pluralidad de proyectos destinados a campesinos, mujeres, jóvenes o familias de escasos recursos que podrían tener efectos -directos o indirectos- sobre la dinámica poblacional.

En su mayoría, estos proyectos están siendo apoyados o financiados por organismos multilaterales (FNUAP, PNUD), el Banco Mundial, el BID, el BIRF, o la cooperación de países europeos, asiáticos y estadounidenses.

Además de las políticas y proyectos de alcance nacional (v.g.: inclusión de temas de población y desarrollo en los nuevos currículum escolares, servicios de salud reproductiva y planificación familiar, capacitación de jóvenes en temas de género y salud reproductiva, programas regionales de desarrollo sostenible, etc.) algunos de los específicamente destinados a grupos sociales postergados con posibles efectos sobre comportamientos demográficos son:

Salud: Plan Nacional de SR, capacitación de voluntarios de salud y parteras empíricas en áreas rurales, programas de prevención y SR (Pap's) móviles en el interior, habilitación de guarderías comunitarias

Área Social: Promulgación del nuevo Código Laboral (Ley 213/1993) que mejora las condiciones de trabajo de la mujer y los jóvenes; Plan Estratégico de Desarrollo Social (1996), villa de connacionales repatriados en Itá.

Género: Plan Nacional para la prevención y Sanción de la Violencia Contra la Mujer, Programa de Igualdad de Oportunidades para la Mujer en la Educación (PRIOME).

Mujeres rurales: Proyecto de capacitación de mujeres campesinas -con componentes de género y SR- a través de la Dirección de Extensión Agropecuaria, creación de comités de mujeres campesinas (PDH-FJ), Educación para el Desarrollo a mujeres líderes del interior, Programa de apoyo a campesinas para acceso al crédito y la asistencia técnica, etc.

Infancia, Juventud, vejez: Programas de educación en SR para jóvenes, asistencia a guarderías y hogares para niños pobres y ancianos, creación de Centros de Bienestar de la Infancia y la Familia, asistencia alimentaria a niños y mujeres embarazadas de menores recursos, Plan Nacional de Acción con Adultos Mayores, etc.

4. Efectos de las tendencias sociodemográficas y estrategias de desarrollo

El efecto que las variables socio-demográficas tienen sobre las estrategias de desarrollo es percibido, como ya se señaló, de manera difusa o ambigua en esferas gubernamentales. Algunas de estas variables - distribución y crecimiento poblacional, estructura por edad y sexo, etc.- son contempladas como indicadores de futura demanda por algunos proyectos nacionales de educación, salud, obras públicas y comunicaciones. Con el objeto de prever la expansión de sus servicios, las respectivas secretarías de estado han elaborado "mapas" basados en proyecciones poblacionales.

El Atlas de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) elaborado por la DGEEC en 1994 (en base a datos censales del '92) fue un instrumento usado como criterio de selección de programas y proyectos financiados por la Secretaría de Acción Social (caracterización de estratos más carenciados, regionalización de pobreza, etc.).

De cualquier modo, el interés gubernamental está más centrado en el crecimiento poblacional y las demandas de la población infantil y juvenil. Los efectos del proceso del envejecimiento de la población ocupan sólo recientemente algún lugar en las estrategias o políticas estatales de un país cuyo 60% de la población tiene menos de 24 años.

El Plan Nacional de Acción con Adultos Mayores, aprobado en 1997 por Resolución No. 550 del MSPyBS, contó en su elaboración con el apoyo técnico de la OPS-

OMS y con las sugerencias de representantes de ONG's locales. Participaron en él otros organismos gubernamentales como la DGEEC-STP, el MEC, la SAS, el IPS, la DIBEN, la Municipalidad de Asunción, etc.

La puesta en marcha de este plan intersectorial implica a instituciones públicas y privadas, con los objetivos de establecer un sistema de pensiones no contributivas, elevar el monto de las pensiones regulares y reactualizarlas periódicamente según la inflación, ofrecer servicios sociales adecuados, mejorar el sistema de salud, prevención y asistencia médica de ancianos, sensibilizar a la población sobre la tercera edad, facilitar el acceso de los adultos mayores a bienes culturales y potenciar su participación ciudadana.

5. Políticas de población

Paraguay es uno de los pocos países de América Latina que carece de políticas poblacionales definidas por el estado. Una o dos décadas atrás, el discurso gubernamental insistía en la escasa población global del país, percibiendo como único problema la concentración de pobladores rurales pauperizados en algunos departamentos circundantes a la capital.

Las altas tasas de crecimiento poblacional, la inequidad en la distribución de servicios de salud reproductiva, la problemática de género y la relación entre la población y el desarrollo fueron planteadas inicialmente en la agenda de ONG's y de agencias multilaterales, para trasladarse posteriormente al espacio estatal. Estos temas cobraron relevancia recién después de la transición iniciada en el '89.

Se ha señalado que en el discurso reciente de titulares de poderes gubernamentales, y en el marco constitucional la temática de población y desarrollo empieza a ser percibida como relevante; la prioridad otorgada a problemas políticos y económicos en la primera década de la transición supuso la postergación de políticas poblacionales explícitas. Por ende, no existe en la actualidad una Política o algún Programa Nacional de Población.

Esta carencia trata de suplirse con proyectos y políticas sectoriales - en las Secretarías de Estado de Salud y Bienestar Social, Educación, Agricultura, Mujer y entes como la DIBEN, Secretaría Técnica de Planificación y la de Acción Social de la Presidencia de la República.

Algunos cambios alentadores se dieron, sin embargo, en el discurso y las intenciones de dos poderes del estado -Ejecutivo y Legislativo- respecto al componente poblacional del desarrollo. En sus discursos oficiales, el Ejecutivo ha enfatizado su preocupación ante las altas tasas de crecimiento poblacional que aún registra el país y sus efectos nocivos sobre las posibilidades de desarrollo económico.

Por su parte, el Parlamento (1993-1998) mantiene en la Cámara de Senadores una Comisión Permanente de Energía, Recursos Naturales, Población y Ecología, y otra Comisión de Desarrollo Social, Población y Vivienda que funciona en la Cámara Baja.

El marco jurídico establecido en la Constitución de 1992 incorpora en diversos artículos la temática de Población y Desarrollo. El Artículo No. 6 del Cap. I *De la Calidad de vida* atribuye al Estado la promoción de la misma a través de “planes y políticas que reconozcan factores condicionantes, tales como la extrema pobreza y los impedimentos de la discapacidad o la edad. El estado también fomentará la investigación de los factores de población y sus vínculos con el desarrollo económico y social, con la preservación del ambiente y con la calidad de vida de sus habitantes”.

El artículo 48 del Cap. III *De la igualdad de derechos del hombre y de la mujer* otorga jurídicamente a ambos los mismos “derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales. El Estado promoverá las condiciones y creará los mecanismos adecuados para que la igualdad sea real y efectiva, allanando los obstáculos que impidan o dificulten su ejercicio y facilitando la participación de la mujer en todos los ámbitos de la vida nacional”.

El Capítulo IV *De los Derechos de la Familia* incluye artículos sobre la maternidad y paternidad responsable (Art. 55), la Juventud (Art. 56) y la Tercera Edad (Art. 57). Según el Art. 61 *De la planificación familiar y de la salud materno infantil* el “Estado reconoce el derecho de las personas a reconocer libre y responsablemente el número y la frecuencia del nacimiento de sus hijos, así como a recibir, en coordinación con los organismos pertinentes, educación, orientación científica y servicios adecuados en la materia. Se establecerán planes especiales de salud reproductiva y salud materno infantil para la población de escasos recursos”.

Los capítulos VI *De la Salud* y VII *De la Educación y De la Cultura* establecen claramente derechos de todos los habitantes a ambos servicios, y en el relativo a la educación se fija incluso (Art. 85) la proporción del presupuesto nacional (20%) que deberá ser destinada a este rubro. Dos artículos de la Sección II *De la Reforma Agraria* (Capítulo XI) se refieren también a cuestiones relativas a población y desarrollo.

El Art. 114 asigna como objetivo de la Reforma agraria “la incorporación efectiva de la población campesina al desarrollo económico y social”, y entre las distintas bases de la reforma se listan “la defensa y la preservación del ambiente”, el apoyo a las mujeres campesinas -y en especial a las mujeres cabeza de familia-, la “participación de la mujer campesina, en igualdad con el hombre, en los planes de la reforma agraria” y “el fomento de la migración interna, atendiendo a razones demográficas, económicas y sociales”.

Como ya se señaló, ni la preocupación manifestada por el Ejecutivo en la problemática de población y desarrollo ni el marco constitucional favorable han sido canalizados hasta el momento en una Política de Población explícita.

El Paraguay participó -a través de delegaciones gubernamentales y de ONG's- de la Conferencia de El Cairo, tocándole en la ocasión a la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos de la STP de la Presidencia de la República la misión de coordinar la preparación del Informe Nacional. Como una consecuencia de ese papel, esa institución mantiene hoy día -en carácter mas técnico que político- la función de seguimiento de los acuerdos y recomendaciones del Programa de Acción de la CIPD.

Sin embargo, en los primeros meses de 1998 la Secretaría Técnica de Planificación ha iniciado la elaboración de una Visión Estratégica de País, en la que se ha encarado una labor inicial de complementación de enfoques y proyecciones futuras de escenarios sociales y económicos vinculados con proyecciones de población y comportamientos futuros de la dinámica demográfica.

La ausencia de una política de población supone que tampoco existen escenarios demográficos deseados, ni políticas globales dedicadas a apuntalar estos hipotéticos escenarios futuros. El gobierno no ha fijado metas respecto al tamaño de población considerada ideal a corto o a mediano plazo, aunque los programas sectoriales -Salud, Educación- están orientados a la disminución de la alta Tasa de crecimiento existente en el país.

En lo que hace a educación, desde 1994 el Ministerio de Educación y Culto ha llevado a las aulas la Reforma Educativa, que incluye cambios importantes del curriculum escolar, actualización de docentes y preparación de nuevos materiales didácticos para los niveles de educación básica, media y de alfabetización de adultos. Los temas de población y desarrollo, equidad de género, familia, salud reproductiva, derechos humanos y protección de medio ambiente han sido incorporados de manera transversal en diversas materias de todos los grados, y forman parte de la formación básica de los alumnos y alumnas del país.

Un ambicioso proyecto de formación en población, desarrollo y salud reproductiva está implementándose, desde 1998, en las Fuerzas Armadas. Los cursos de formación de conscriptos, oficiales y jefes incluyen una materia especial dedicada a estos temas, con material didáctico y de apoyo preparado para al efecto. Un proyecto similar se está iniciando con la Policía Nacional.

La Secretaría de la Mujer, la Subsecretaría de Juventud, la Dirección de Extensión Agropecuaria, y diversas ONG's (CECTEC, CEPEP, BECA, PROMUR, SEFEM, CDE, etc.) llevan adelante proyectos de formación o capacitación con componentes de género y salud reproductiva.

Por su parte, la Secretaría de Acción Social lleva adelante el Programa de Acción Social, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de sectores más vulnerables y de extrema pobreza, como el de niños/as y adolescentes de la calle y/o en situación de riesgo, mujeres en situación de riesgo, tercera edad, campesinos pobres, minusválidos e indígenas.

B) EQUIDAD DE GENERO Y HABILITACIÓN DE LA MUJER

1. Equidad de género y participación socio-política

Ya antes de las Conferencias del Cairo y de Beijing, se habían producido importantes avances en la superación de obstáculos que impedían la igualdad legal entre mujeres y hombres en el Paraguay. Desde el inicio de la transición, la reforma de diversos Códigos (Civil, del Trabajo y Penal) y los articulados de la nueva Constitución Nacional (1992) lograron concretar gran parte de las reivindicaciones de Igualdad ante la Ley levantadas con fuerza en las dos últimas décadas por organizaciones de mujeres.

Existe voluntad política del gobierno de lograr la equidad de género, y compromiso de la sociedad civil organizada al respecto. Desde el gobierno central, la creación de la Secretaría de la Mujer -con rango Ministerial- en 1993 y la implementación de varios programas estatales que asumen la perspectiva de género -prevención y erradicación de la violencia contra la mujer, salud reproductiva, capacitación agraria e igualdad de oportunidades en la educación, etc.- dan cuenta de otros tantos avances institucionales.

La voluntad política y social para lograr la equidad de género se expresa en varios articulados de la Constitución Nacional: el Art. 46 "De la igualdad de las personas", el 47, "De las garantías de la igualdad", el 48 - "De la Igualdad de Derechos del Hombre y de la mujer", el 55 "De la maternidad y la paternidad", y el 61 "De la Planificación Familiar y la Salud materno-infantil" establecen diversos derechos y garantías destinados a aminorar la discriminación de género.

En cuanto a las medidas destinadas a combatir la discriminación en el plano político, las luchas por la cuota de participación no han logrado aún importantes resultados. Pese a que dos partidos incorporaron a sus estatutos la cuota femenina en listas electorales -la Asociación Nacional Republicana con el 10%, y el Encuentro Nacional con el 30%- y que el Código Electoral fue reformado otorgando un porcentaje mínimo de 20% a las mujeres en listas plurales, la participación efectiva de las mujeres en espacios de poder es todavía mínima.

El actual Congreso tiene sólo un 5,6% de integrantes mujeres; tres diputadas y cuatro senadoras sobre 125 parlamentarios. Excepción hecha de la Secretaria de la Mujer, el actual Gabinete no cuenta con titulares femeninas en carteras ministeriales. Existen dos viceministras (Educación y Relac. Exteriores) y una embajadora. En el Poder Judicial, ninguna mujer integra el Consejo de Magistratura, la Corte Suprema de Justicia ni el Tribunal Superior de Justicia Electoral.

De hecho, el sistema de integración proporcional (D'Hont) permite cumplir con el articulado de cuota femenina sin asegurar el ingreso de mujeres en las listas electas

(parlamento, gobernaciones, juntas departamentales y municipales), ya que las candidatas son colocadas en los últimos lugares de las listas plurales, aquellos con escasas posibilidades de ingreso efectivo. De acuerdo a las actuales listas de candidaturas propuestas al electorado, es probable que en la próxima legislatura (1998-2003) el porcentaje de mujeres parlamentarias sea incluso inferior a la actual.

La Secretaría de la Mujer tiene un proyecto de Formación de líderes, con el objetivo de elevar la capacidad de empoderamiento de las mujeres, en base a debates de temas de interés con mujeres del sector público. Diversas ONG's -DECIDAMOS, Mujeres por la Democracia, SEFEM, PROMUR, CDE, BECA, GEMPA, Red de Mujeres Múncipes, etc.- cuentan igualmente con programas de investigación, formación, capacitación y debates de militantes y líderes políticas.

Entre las medidas aplicadas en el último quinquenio para fortalecer la inserción social de las mujeres y el pleno ejercicio de sus derechos sobresale el Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres, aprobado en 1997 como política de estado. Hasta la creación de este plan, los mayores proyectos y programas públicos destinados a promover la inserción y participación de las mujeres en los ámbitos sociales, económicos y la plena vigencia de sus derechos reproductivos son:

Pyto. Rol de la Mujer en el Desarrollo Rural (DEAG-MAG)

Pyto. Apoyo a la Salud Reproductiva, que dio origen al Plan Nacional de Salud Reproductiva (multisectorial: SM-MSPyBS-ONG's)

Pyto Plan de Igualdades para las Mujeres en Educación (PRIOME-MEC)

Pyto de apoyo a Microempresarios (con componentes de género) (MIC)

Diversas iniciativas para la mujer trabajadora de la Dirección de Promoción de la Mujer y del Servicio Nacional de Empleo (MJT)

Programa de Promoción de la Mujer en el Desarrollo (PDH-DIBEN)

Programa de Prevención y Erradicación de la Violencia contra la Mujer (multisectorial: SM-MI-MSPyBS-Poder Judicial-ONG's)

Programas para mujeres o con componente mujer en proyectos de Alimentación, Nutrición, Educación agropecuaria y apoyo a asentamientos campesinos (MAG)

La Municipalidad de Asunción ha creado un Departamento de la Mujer, y tiene disposiciones que regulan la participación igualitaria de mujeres y hombres en las Comisiones Vecinales. Otras municipalidades (Concepción, Encarnación, Areguá, M.R. Alonso, Fernando de la Mora, etc.) cuentan con secretarías sociales con componentes de género. Un proyecto de Centros de Información de los Derechos de la Mujer (CIDEM) empezará a implementarse próximamente en el interior del país, a través de las gobernaciones, con el apoyo de la Secretaría de la Mujer.

2. Políticas públicas, incluidas las de población y género

La Secretaría de la Mujer fue creada para “incidir en las políticas públicas para la incorporación de un enfoque de género”, y realiza sus funciones progresivamente, introduciendo de esta perspectiva -como tema transversal- en las políticas de los distintos ministerios, y señalando las repercusiones de políticas, planes y programas sobre las relaciones de género.

La presencia de la Secretaría de la Mujer en las reuniones de Gabinete del Ejecutivo, los diversos programas multisectoriales (de varios ministerios y ONG's) implementados y la mayor sensibilización de las autoridades respecto a las cuestiones de género suponen una presencia creciente del tema de la equidad en el diseño, la ejecución y la evaluación de los programas gubernamentales. La repercusión de las políticas sobre las relaciones de género no han logrado todavía tener un seguimiento ni una evaluación continuos.

En ausencia de políticas globales de población, la perspectiva de género está sin embargo presente en muchos programas sectoriales y multisectoriales con repercusiones sobre el desarrollo y la calidad de vida de toda la población.

3. Superación de las inequidades de género y habilitación de la mujer

Persisten, sin embargo, situaciones estructurales de discriminación negativa que afectan a las mujeres en general, y a las de sectores más pauperizados y campesinas en particular. Factores ligados a la historia precolombina y colonial paraguaya y a hábitos y mentalidades bien enraizados han generado niveles considerablemente altos de jefatura femenina del hogar: el 21,5% de los hogares paraguayos tenía en 1992 una mujer como cabeza de familia. La Encuesta de Hogares de 1996 ha detectado un 26,6% de hogares urbanos encabezados por mujeres, porcentaje que para la capital se elevaba al 34,4% (era de 28% en 1992). La tendencia parece orientarse hacia el incremento de la jefatura femenina: en 1982, la tasa nacional era de apenas 18%.

La tasa de analfabetismo femenino ha descendido del 22,9% (1982) al 10,7% (1992) en una década. En 1996 la tasa de analfabetismo de mujeres urbanas era algo mayor (6,4%) al de hombres urbanos (4,0%), y las diferencias en nivel de instrucción persisten en detrimento de la población femenina, de acuerdo a la EH-96. En la población urbana de 15 años y más hay más mujeres sin ninguna instrucción (4,2%) que hombres (2,4%); aunque el porcentaje es casi idéntico de la población masculina (10,8%) y femenina (11,1%) con nivel superior a la secundaria.

La actual matrícula en educación primaria, media y universitaria no registra importantes variaciones de género. En 1996, la asistencia escolar de la población urbana de 7 a 12 años era de 95,7% para niños y de 95,3% para niñas, aunque la asistencia decae en edades adolescentes: en la población de 13 a 18 años era de 72,7% para hombres y de 69,3% para mujeres.

En lo que hace a participación en actividades económicas de la mujer, cabe destacar los esfuerzos realizados por la Encuesta de Hogares del año 1995 para captar el trabajo femenino. La tasa de actividad de la PEA femenina osciló alrededor del 56,24% a nivel nacional, discriminándose en 53,20% para áreas urbanas y 60,07% para las áreas rurales. Por su parte, la tasa de participación masculina a nivel nacional fue del 82,33%, diferenciada en áreas urbanas (77,66%) y rurales (87,22%).

Las discriminaciones salariales según género son todavía intensas: los hombres ganan -en ámbitos urbanos- un 31% más que las mujeres (4.700 Gs frente a 3.600 Gs por hora de trabajo en 1996); y estas diferencias son mucho más altas en las ramas de actividad de comercio o servicios (de 42,7% y 40,7% respectivamente) que en las de manufactura (26,3%), transporte (13,3%) o finanzas (4,3%).

Además de los programas nacionales encarados por la Secretaría de la Mujer y otros Ministerios para erradicar la discriminación jurídica, social y laboral de la mujer, existen medidas en las siguientes áreas:

a) La legislación rural vigente no prohíbe la tenencia de tierras a mujeres, aunque en la práctica las campesinas detentan sólo excepcionalmente títulos de propiedad. Aún en los casos en que sean ellas las principales productoras, factores culturales hacen que la tierra se titule a nombre de algún miembro masculino de la familia. Un proyecto de reforma del Estatuto Agrario (aún no aprobado por las Cámaras) contempla diversos artículos (Art. 11, 18, 26, 28, 34, 40, 47, 109, 290, 343, etc.) expresamente redactados para combatir las inequidades de género y fomentar acciones positivas a favor de las mujeres campesinas.

b) La Reforma Educativa en sus distintas áreas (educación básica, secundaria, formación docente, etc.) ya ha incorporado la perspectiva de género en todo el sistema educativo del país, con apoyo financiero y asesoría técnica de organismos internacionales como el BID el BM. A partir del PRIOME - proyecto ejecutado desde 1997 por la SM y el MEC- se ha asegurado la continuidad de la incorporación de esta perspectiva en el curriculum, formación docente y textos futuros.

c) En el aspecto laboral, el Dcto. 8.421 (1991) amplió las funciones de la Dirección de Promoción Social de la Mujer Trabajadora del Ministerio de Justicia y Trabajo, buscando mejorar las "oportunidades e igualdad de condiciones en el empleo" de la mujer, a través de la promoción social y la capacitación técnica y profesional. Los mecanismos de esta Dirección buscan incrementar la participación femenina y evitar -a través de acciones positivas- su discriminación en el mercado laboral, lograr igualdad en el trato de mujeres empleadas, controlar el cumplimiento de las leyes laborales que otorgan derechos a las trabajadoras y sensibilizar en temas de género.

El Servicio Nacional de Empleo (también dependiente del MJyT) tiene también como objetivos lograr una mayor equidad social para sectores vulnerable como jóvenes, mujeres, discapacitados e indígenas.

La Secretaría de la Mujer, a través de proyectos intersectoriales con el MJyT, el MIC, el Servicio Nacional de Promoción Profesional, el Ministerio de Integración, la Asociación Paraguaya de Empresarias Ejecutivas y Profesionales del Paraguay (APEP) y la Asociación de Microempresarias del Paraguay (APME), las centrales sindicales y varias ONG's trata de paliar problemas más urgentes detectados en la condición laboral de las mujeres. Se trata del paliar el desempleo, la subutilización de mano de obra femenina, el subempleo invisible, la pobreza y los menores ingresos de las jefas de hogar.

d) En términos de la estructura jurídica, la Constitución Nacional (1992), la reforma del Código del Menor (1991), Código Civil (1992) y del Trabajo (1993-95) han incorporado la perspectiva de género que prohíbe toda forma de discriminación legal, consagra la igualdad de oportunidades, establece normas equitativas para la maternidad, el cuidado de los hijos y los niveles de remuneración, con el objeto de establecer la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres.

Si bien la reforma del Código Penal (1997) ha obviado -por motivos políticos- la discusión sobre despenalización del aborto y mantenido la legislación de comienzos de siglo al respecto, incluyó sin embargo otros articulados -sobre acoso sexual, violencia doméstica y violencia contra la mujer- destinados a erradicar la discriminación de las mujeres en el ámbito penal.

El cumplimiento de esta importante serie de leyes, acciones positivas, programas y proyectos deben enfrentar -en forma desigual- distintas dificultades:

a) las derivadas de la escasez de fondos públicos: la mayoría de programas y proyectos dependen de financiamiento exterior, y no cuentan con rubros propios importantes del Presupuesto, lo que puede arriesgar su continuidad y extensión en el futuro.

b) Pese a la importante labor de la Secretaría de la Mujer, es necesario intensificar la coordinación intersectorial de los programas relativos a mujer, salvando las dificultades inherentes a la desconexión- e incluso duplicación- de proyectos en los distintos entes. En general, existe aún mucha disparidad entre las diferentes políticas y programas públicos en lo que hace a la inserción de una perspectiva de género.

c) Los programas con componente mujer tienen un seguimiento desigual de resultados, y -salvo los de salud reproductiva, educación y extensión agropecuaria- aún están fuertemente concentrados en Asunción y el Departamento Central. Esto es particularmente grave en lo que respecta a los programas de sensibilización ciudadana, y capacitación de mujeres rurales.

d) Si los logros de la incorporación de una perspectiva de género en la legislación son importantes, puede deplorarse el control insuficiente y la ausencia -en leyes y decretos- de sanciones claras para el incumplimiento de estas normativas.

e) Las luchas reivindicatorias de grupos de mujeres, y la posterior implementación de leyes, programas y medidas destinadas a combatir su discriminación son relativamente recientes en el Paraguay. Como muchas de estas medidas tienen efectos perceptibles en el mediano y largo plazo, resulta difícil evaluar sus resultados a poco tiempo de su promulgación o puesta en marcha.

f) Finalmente, una de las dificultades más graves es la persistencia de actitudes y mentalidades discriminatorias por parte de los distintos actores (políticos, empresariales, agentes de justicia y seguridad pública, etc.) concernidos en estos programas.

En la última década, el Paraguay ha suscrito diversos convenios internacionales relativos a derechos humanos y equidad de género. La Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación en Contra de la Mujer ya fue ratificada por el Parlamento en 1986 (Ley 1215/86). También se han suscrito la Declaración de Beijing (1995) y los Documentos de las Conferencias sobre Desarrollo y Medio Ambiente (Río de Janeiro) y Desarrollo Social (Copenhague).

Los estudios y publicaciones periódicas de la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) como los Censos de Población y Vivienda, Encuestas de Hogares, investigaciones específicas y documentos de divulgación popular incluyen indicadores para examinar las disparidades de género, posibilitando el estudio de su desarrollo en el tiempo.

Otro tanto ocurre en los informes anuales de diversos Ministerios y Secretarías (especialmente los de Salud, Educación, Secretaría de la Mujer, Ministerio del Interior, Secretaría de Acción Social, I.P.S., etc.). Ciertamente es que la variable género debería incluirse, en el futuro, en los estudios oficiales relativos a variables de la economía, diversos programas de capacitación, apoyo crediticio de entidades financieras del estado, composición y jerarquía de funcionarios públicos, etc.

En términos generales, las inequidades de género han disminuido en diversos ámbitos: educación y capacitación, participación en el mercado de trabajo, atención en salud reproductiva, igualdad ante la ley, disminución de estereotipos de género, etc. En otros ámbitos, estas desigualdades permanecen o están adquiriendo formas nuevas. La recesión y las medidas de ajuste macroeconómico de los últimos años están generando una "feminización de la pobreza" perceptible a través de varios indicadores.

Pese a una mayor incorporación de las mujeres a la Población Económicamente Activa, las amplias disparidades salariales y la discriminación de los puestos de jerarquía persisten. Las medidas contra el acoso sexual en lugares de trabajo, la violencia doméstica y la violencia contra la mujer no han alcanzado todavía logros importantes.

La alta tasa de jefatura femenina de los hogares, la desigual distribución de responsabilidades en las tareas domésticas y la crianza de los hijos siguen perjudicando la condición de las mujeres. Pese a los evidentes avances en salud reproductiva, un

preocupante rejuvenecimiento de la fecundidad está registrándose en mujeres (sobre todo urbanas) en la última década.

Se ha mencionado además los insuficientes logros en lo que hace a participación de la mujer en cargos políticos. Si la transición ha visto una creciente participación femenina en la militancia políticas, esta no se traduce en un "empoderamiento" de las mujeres en cargos representativos ni puestos públicos de mayor jerarquía.

4. Promoción del papel de la mujer en el desarrollo y equidad de género

El Plan Estratégico de la Reforma Educativa señala como objetivo principal mejorar la calidad de vida de hombres y mujeres a través de una educación que fomente capacidades para mejorar el medio ambiente y valorar la familia como núcleo social básico. La perspectiva de género está presente en la redacción de libros de texto (unos 200.000 están siendo distribuidos por año, gratuitamente, entre escolares) y fascículos a docentes, para los niveles de educación escolar Básica y Secundaria.

Las acciones de fortalecimiento de la gestión educativa se basan en los valores de "la democracia, la familia y el mejoramiento del medio ambiente, la perspectiva de género" entre otros. Los estereotipos de género -presentes en los manuales anteriores a la reforma- fueron efectivamente sustituidos por contenidos e imágenes destinados a terminar con la discriminación contra las mujeres y lograr la equidad de género en todos los ámbitos.

A nivel de formación terciaria, la EH-96 registró un mayor porcentaje de población urbana femenina (11,1%) que masculina (10,8%) con nivel educativo superior al de la secundaria. Siguen existiendo, sin embargo, carreras universitarias tradicionalmente "femeninas" y "masculinas": el volumen de mujeres inscritas en facultades de Filosofía y Ciencias Humanas triplica o cuadruplica el de los hombres, mientras algunas carreras técnicas (Ciencias físicas y Matemáticas) tienen una mujer por cada nueve alumnos varones matriculados.

El analfabetismo ha disminuido en los últimos años. El Censo de 1992 registraba -para la población urbana- una tasa global de 6,2% de analfabetos, discriminada en 6,3% para hombres, y 6,1% para mujeres. En la EH-96 esta tasa global cayó -en cuatro años- a 5,3% , aunque el sesgo de género parece haberse ampliado: el 4% de la población urbana masculina era analfabeta, mientras el 6,4% de la población urbana femenina se ubicaba en la misma categoría. Este sesgo se amplía en la población adulta: el 14,7% de mujeres urbanas de más de 45 años son analfabetas, frente al 8,8% de hombres del mismo grupo de edad.

Las diferencias entre matrícula masculina y femenina en la primaria y secundaria (en instituciones públicas y privadas) ha sufrido mínimas variaciones en los últimos años. En 1994, en la educación primaria, la matrícula masculina (427.244 alumnos) abarcaba el

51,6% del total, y la femenina, el 48,4% restante (400.603 alumnas). En 1996, los porcentajes eran, respectivamente, de 51,5% (456.306 alumnos) y de 48,5% (429.554 alumnas).

Esta mínima ventaja porcentual de niños sobre niñas matriculadas del ciclo primario se altera en la formación secundaria, que incluye educación básica y bachillerato humanístico, técnico y comercial. En 1994 los varones matriculados en colegios públicos y privados (115.448 alumnos) alcanzaban el 48,9% del total de la matrícula, mientras la matrícula femenina (120.466 alumnas) hacía el 51,1% del total. Estas cifras porcentuales se mantuvieron en 1996, con 138.053 varones matriculados (48,9%) frente a 144.383 mujeres (51,1%).

En lo que respecta al reconocimiento y valoración del trabajo femenino en todos los ámbitos, no existe un programa o proyecto específico destinado a fomentar estas actitudes. La Secretaría de la Mujer tiene entre sus objetivos "elaborar planes y programas tendientes a promover el acceso libre, igual y solidario de la mujer al trabajo, la seguridad social, la vivienda, la propiedad, la explotación de la tierra, la administración de empresas y el crédito".

La actual administración de la SM se ha propuesto sensibilizar los sectores públicos y privados en el tema de género, trabajo y empleo, articular acciones con sectores relevantes y monitorear y evaluar acciones del Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres (1997-2001). Se ha firmado un Convenio Marco de Cooperación entre la SM y el MJyT, que prevé programas de actividades e instancias responsables para "coordinar y ejecutar acciones conjuntas para mejorar la situación laboral de las mujeres así como promover la igualdad de trato y oportunidades" en el empleo.

Diversos proyectos encarados por esta Secretaría, el Ministerio de Justicia y Trabajo, Educación e Integración, el SNPP, otros entes y Secretarías estatales, corporaciones empresariales, Gobernaciones y Municipalidades tienen a este componente entre sus objetivos generales, o podrían lograr efectos positivos en este sentido.

Debe reconocerse el activo papel que en la última década juega la prensa -radios, periódicos y canales televisivos- en la valorización del trabajo de la mujer y en la lucha por su igualdad laboral. Los grupos feministas y de mujeres asociados en la CMP y diversas ONG's llevan adelante proyectos y programas orientados a estos mismos objetivos.

Se ha mencionado las inequidades de género que subsisten a nivel de salarios e ingresos. La EH-96 registra que si los niveles salariales son casi iguales entre empleados públicos de áreas urbanas (los hombres ganan 0,6% más que las mujeres) o empleados privados (6,1%); las inequidades son muy marcadas entre empleados/as domésticos (los hombres ganan un 46,4% más); obreros públicos (30% más) y obreros privados (24,3% más).

Como los Censos no incluyen indicadores fiables de medición de ingresos o salarios, y la Encuesta de Hogares 1996 es una de las primeras en registrar datos estadísticos de toda la población urbana del país, es imposible evaluar la variación de estas disparidades en el último quinquenio.

Tampoco existen estadísticas que permitan medir la discriminación de las mujeres de los cargos técnicos, de gerencia o de mayor jerarquía-responsabilidad en empresas privadas. Estas inequidades parecen ser menores en actividades de servicios (docencia, finanzas, comercio, etc.) y más evidentes en industrias y manufacturas, o actividades tradicionalmente ligadas al mundo masculino (construcción, transporte, etc.)

El Paraguay había ya ratificado en 1964 el Convenio 100 de la OIT relativo a la igualdad de remuneración entre la mano de obra masculina y femenina por un trabajo de igual valor (Ley 925/64). Si bien el nuevo Código laboral fomenta la igualdad de oportunidades de empleo para hombres y mujeres, aún falta reglamentar muchos de sus articulados. Parece necesario implementar medidas más específicas (y acciones positivas) para asegurar efectivamente esta igualdad. La ONG SEFEM ha elaborado un Plan de Igualdad de Oportunidades para la Mujer Trabajadora aprobado por un comité conjunto del MJT-SM-FEPRINCO y Centrales Sindicales.

Faltan estudios y estadísticas sobre niveles de remuneración por cargo y sexo, incentivar la capacitación profesional de mujeres en áreas no tradicionalmente femeninas, definir procedimientos de contratación de personal con criterios de selección no sexistas, sensibilizar al sector empresarial hacia la contratación de mano de obra femenina calificada y promover programas de formación de mujeres que alienten su acceso a puestos de dirección y mando.

Existen escasos programas destinados a formar o capacitar a las mujeres en ocupaciones tradicionalmente masculinas. El SNPP tiene programas de formación y promoción profesional que capacitan a mujeres en actividades no tradicionales. Las escuelas agropecuarias y de mecánica agrícola distribuidas en todo el país registran una proporción variable de matrícula femenina, y las Municipalidad de Asunción y Concepción tienen Escuelas-Taller en Artes y oficios de construcción, con un 10 a 25% de matrícula femenina.

Por su parte, el proyecto "Mujer rural, género, desarrollo y SR" del DEAG-MAG - en marcha desde 1986- incluye un componente de capacitación de la mujer campesina en agricultura, cría de ganado, floricultura, piscicultura, etc. Entre los diversos proyectos de ONG's y cooperativas de formación y capacitación laboral a las mujeres pueden citarse:

PROMUR: Proyecto de Educación no formal, cuyo objetivo es formar a mujeres rurales y facilitar la transferencia de tecnología para generación de ingresos.

CPC: Programa de Capacitación de la Mujer Rural, capacitación laboral y apoyo a proyectos productivos

CECTEC: Programa Mujer Campesina de promoción técnica y profesional de las mismas. Escuela Agroecológica, de formación teórico-práctica en producción agropecuaria.

BASE-ECTA: Proyecto Desarrollo hacia el tercer milenio, capacitación sobre actividades agropecuarias, manejo de finca, etc.

REDRURAL: Programa de Capacitación para Jóvenes rurales, con componente de género.

Sin estudios de seguimiento de la ubicación laboral de mujeres formadas en ocupaciones no tradicionales, es difícil evaluar los resultados de estos esfuerzos pioneros del sector público y privado.

Tanto el Código Laboral como la Ley 200 del Funcionario público otorgan a las trabajadoras y empleadas derechos a permisos por maternidad, lactancia, etc. La normativa laboral que obliga a empresas e industrias con más de 50 empleadas u obreras mujeres a instalar guarderías adecuadas tiene un alto incumplimiento en el sector privado. De cualquier modo, no son muchas las oficinas o industrias que cuentan con esa cifra de obreras o empleadas, el sistema productivo nacional se basa en pequeñas empresas familiares o de trabajadores por cuenta propia con escaso número de empleados por unidad.

A mediados de 1997, el Estado había instalado -en programas de Bienestar Social- unas 86 guarderías comunitarias en todo el país, a fin de dar apoyo a las madres trabajadoras. La Secretaría de Acción Social proyecta extender estos servicios en el futuro.

La Municipalidad de Asunción ha instalado un sistema de guarderías -en su sede central y en algunos barrios- para hijos/as de funcionarios y para madres trabajadoras. El proyecto de Hogares Comunitarios "Mita Roga" es ejecutado por el MEC, los Municipios y la ONG Centro de Promoción Social, facilitando un sistema de crianza cooperativo de niños/as de hasta 5 años, mientras la madre trabaja. El resto de las escasas guarderías accesibles a madres trabajadoras de ingresos medios o bajos están a cargo de entidades benéficas o asistenciales.

5. Educación, equidad de género y habilitación de la mujer

La SM ha implementado, desde su creación, programas de capacitación de mujeres destinados a eliminar estereotipos que reproducen su rol subordinado en la sociedad y la economía. Entre ellos están el de "Educación para el Desarrollo de mujeres de la zona del embalse de Itaipú Binacional"; "Mujeres instructoras de Mujeres", y sobre todo, el "Plan Nacional de Prevención y Violencia contra la Mujer" y el "Programa de Igualdad de Oportunidades para la Mujer en la Educación" (PRIOME).

La SM firmó hasta el momento convenios con nueve gobiernos departamentales de Caazapá, Cordillera, Paraguari, Itapúa, San Pedro, Caaguazú, Misiones, Ñeembucú y Alto Paraguay (de los 17 existentes) por el que se proporciona materiales audiovisuales y desarrollan tareas de capacitación de mujeres. Desde 1998 un proyecto con cooperación

europaea, el CIDEM, planea crear Centros de Iniciativas y Desarrollo para la Mujer en varias ciudades del interior del país.

Algunos programas educativos -la Reforma Educativa del MEC que ha empezado a funcionar en las aulas desde 1994, a la que se sumó posteriormente el PRIOME y un proyecto de capacitación en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva para las FFAA, en marcha desde 1998- cuyos objetivos incluyen la eliminación de estereotipos de género, y tienen como beneficiarias a las poblaciones de niños/as y adolescentes del sistema escolar básico y secundario, a toda la población masculina adolescente o joven que hace su conscripción obligatoria en las FF.AA. y al personal militar en general.

Desde hace dos décadas, diversos proyectos educativos/de comunicación de ONG's dedicadas a la temática de género incluyen el componente de eliminación de estereotipos sexistas. En forma directa o indirecta, la eliminación de estereotipos de género está incluido en varios proyectos recientes del sector público o privado:

MAG-DEAG: Mujer Rural, Género, Desarrollo y Salud Reproductiva: su objetivo es mejorar la autoestima de mujeres organizadas y el conocimiento de sus derechos cívicos. En 1997 se creó el Departamento de Relaciones Interinstitucionales de Género en el MAG.

CPC: Capacitación de la mujer rural: incluye la capacitación de mujeres en derechos sociales, económicos y políticos y su promoción en espacios sociales

CECTEC: Programa Mujer Campesina: incluye comprender y revalorar el rol de la mujer en la familia y en la comunidad

HELVETAS: Plan Trienal de Promoción de la mujer: tiene como objetivo formar promotoras y apoyar grupos de base para disminuir la discriminación de género

Red de Mujeres Municipales: Tiene por objetivo fortalecer el desarrollo de políticas públicas género-sensitivas en tres municipios

Otras ONG's como el Colectivo 25 de noviembre, Kuña Aty, Alter Vida y el CDE llevan adelante proyectos de acción o investigación que incluyen este componente.

En lo que hace a comunicación educativa, la SM ha llevado a cabo una "Campaña de Sensibilización Radial sobre la Violencia Doméstica". Cabe señalar la importante función cumplida en los últimos años por la prensa en la difusión del temas de equidad de hombres y mujeres. Las páginas y suplementos de periódicos tradicionalmente dedicados a la mujer fueron adquiriendo -más bien debido a la iniciativa de mujeres periodistas que a políticas editoriales de los propietarios de medios- una perspectiva de género. La importante presencia de mujeres locutoras y conductoras de programas va extendiendo progresivamente esta temática a los medios de comunicación radiales y televisivos.

Estos logros aislados deberían, sin embargo, ser coordinados en campañas sistemáticas por la equidad de género -centradas en las radios del interior y en los canales televisivos nacionales- de modo a asegurar su extensión y continuidad futura.

6. Los hombres y la equidad de género

El Plan Nacional de SR y PF (MSPyBS) estimula la participación de hombres en programas tradicionalmente dirigidos a mujeres. Varios proyectos de entes públicos y ONG's que trabajan con sindicatos y corporaciones empresariales, las acciones de promoción por medios de comunicación social y los programas de capacitación en Población, Desarrollo y SR con las FF.AA. y la Policía también promueven esta participación igualitaria de hombres y mujeres.

Se iniciaron talleres de vasectomía a profesionales de SR y PF del MSPyBS - especialmente en uno de los hospitales populares de la capital, el de San Pablo- y se ha incentivado igualmente la distribución de preservativos masculinos en todas las unidades de servicios de salud pública.

Aparte de los programas de formación y sensibilización -Reforma Educativa del MEC, el Plan Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar del MSPyBS, el ya mencionado Programa con las FF.AA.y la Policía, las campañas de concientización en género de las ONG's, las de la prensa- etc.- no existen campañas nacionales orientadas a conseguir que los hombres compartan con las mujeres las responsabilidades relativas al hogar y al comportamiento sexual y reproductivo.

En este sentido, se perciben ciertos avances en la población urbana de mayor nivel educativo, pero las tradiciones patriarcales que delegan en la mujer toda la responsabilidad hogareña y de salud (incluyendo SR) subsisten con fuerza en las zonas rurales y en las marginales urbanas.

7. Adolescencia, educación sexual y equidad de género

La Reforma educativa incluye, en sus contenidos, educación sexual y para la familia desde los primeros grados del ciclo básico. El programa de formación de las FFAA también está orientado a conscriptos de 17 a 20 años, en la perspectiva de género. Por su parte, la Subsecretaría de la Juventud del MEC está implementando un programa de formación de monitores en SR y sexualidad a jóvenes, capacitando promotores jóvenes en todo el país.

El Ministerio de Salud Pública (MSPyBS) está poniendo en marcha un Plan Nacional de Atención Integral a la Salud del Adolescente, con apoyo de la OPS/OMS y participación de ONG's y de la Universidad Nacional, que incluye componentes en SR. El mismo Plan Nacional de SR y PF de este ministerio incluye acciones -de información y servicios- destinadas a jóvenes de ambos sexos.

En la capital de un importante departamento, se ha puesto en marcha con apoyo de la FNUAP, la Cruz Roja Paraguaya y la Región Sanitaria del MSPyBS, un Servicio de Asistencia Integral al Adolescente que incluye consejería, asesoramiento psicológico y

servicios de SR y PF. Este pretende constituirse en modelo piloto, a ser replicado posteriormente en otras ciudades del interior del país.

Un programa de Apoyo a la Salud Reproductiva en Adolescentes del MSPyBS destinado a los departamentos de San Pedro, Cordillera y Central está siendo apoyado por fundaciones europeas y el CECTEC lleva a cabo un programa de Educación Sexual para Jóvenes Varones y Mujeres del Área Rural a nivel nacional. También la ONG BECA está implementando un proyecto de Educación sexual de Adolescentes, con apoyo de organismos multilaterales.

C) SALUD, DERECHOS REPRODUCTIVOS, EQUIDAD SOCIAL Y BIENESTAR DE LA FAMILIA

1. Alcances de los programas de Salud Reproductiva

Bajo conducción del MSPyBS y con la participación del CEPEP, un Consorcio de ONG's de Mujeres y la Secretaría de la Mujer, se ha formulado y puesto en vigencia el Plan Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, coherente con el Programa de Acción de la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo. Este plan tiene carácter prioritario en todos los establecimientos del MSPyBS. Consecuentemente, en 1996 el departamento de Salud de la Madre pasó a denominarse de Salud de la Mujer, y el de Protección Familiar fue sustituido por el de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, todo ello con apoyo del FNUAP.

En los últimos tres años, se han construido y habilitado 175 nuevos Puestos de Salud, 20 Centros de Salud, 6 hospitales materno-infantiles y decenas de Centros de Bienestar a la Infancia y la Familia en todo el país, además de ampliar y equipar los ya existentes. Dos grandes proyectos -BM/BID- de fortalecimiento de la atención materna e infantil en las regiones sanitarias -con componente de SR- proveerán de cobertura sanitaria a unos tres millones y medio de habitantes de bajos ingresos.

Los resultados a nivel de extensión de cobertura fueron importantes: los servicios sanitarios públicos (consultas médicas, partos, vacunaciones, hospitalizaciones, etc.) entre 1993 y 1997- ha tenido un incremento del 34% al 49% a nivel nacional. Por Ley 1032 (1996) se ha creado el Sistema Nacional de Salud, dentro de la política de reforma del Estado, que prevé la reestructuración y descentralización de los servicios de salud pública del país.

Debe señalarse, sin embargo, el escaso rubro asignado dentro del Presupuesto General de Gastos a los programas de SR y Salud materno infantil, que dependen más bien en el financiamiento de organismos multilaterales, agencias de cooperación internacional y en fondos de préstamos externos.

El Plan Nacional de SR y PF tiene un carácter integral, incluyendo servicios para maternidad sin riesgos, atención al embarazo, parto y puerperio, etc. En 1994 se ha aprobado un Plan Nacional de Reducción de Morbinatalidad Materna y las Normas de Atención al Programa de Protección de la familia, con enfoques destinados a la prevención de embarazos de alto riesgo. En 1996 se aprobó un Manual Nacional de normas y procedimientos para la prevención y el control de Cáncer de cuello uterino.

En los primeros meses de 1998 se publicó la versión revisada y ampliada de Normas de PF. Del mismo modo, el Plan de Reducción de Morbi-mortalidad materna se ha integrado al Plan Nacional de SR., formando un todo con el mismo.

Las consultas prenatales del MSPyBS tuvieron fuertes variaciones interanuales en el último quinquenio, aunque pueden suponerse subregistros importantes: hubo 299.481 consultas en 1992; se registraron 346.156 en 1994 y 289.572 en 1997. El número de embarazadas atendidas fue de 128.231 en 1994, descendiendo a 110.194 en 1997. Por su parte, la cantidad de partos atendidos en instituciones de salud pública se elevó de 43.730 (año 1993) a 48.431 (1997) y el número de púerperas atendidas aumentó de 33.091 (1993) a 39.026 (1997).

Todas las orientaciones y servicios de SR y PF de puestos, centros de salud y hospitales del sector público incentivan el uso de preservativos masculinos y femeninos como forma de prevenir las ETS y el SIDA. El Plan Nacional de Lucha contra el Sida extendió sus programas de educación para la prevención y servicios de atención a pacientes a las principales ciudades del país, contando desde 1995 con presupuesto propio y laboratorios especializados en diferentes departamentos del país. Este Plan cuenta con el apoyo activo de diversas ONG's y fundaciones privadas.

2. Salud Reproductiva y equidad social

Pese a la mayor intersectorialidad que están cobrando diversos programas de SR, desarrollo, educación, equidad de género, etc.; no existe aún una integración efectiva entre políticas de Población, Desarrollo y Salud Reproductiva. La ausencia de políticas nacionales de población o de escenarios demográficos deseados para el futuro puede explicar -parcialmente- estas carencias.

Los proyectos multisectoriales la Secretaría de la Mujer, el Consejo Nacional de Salud Reproductiva del MSPyBS; el PRIOME en el Ministerio de Educación, o el Plan Nacional de Desarrollo Social de la SAS podrían servir de base a una definición - y una mayor integración- en el futuro.

Los Censos, las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud Reproductiva (realizadas quinquenalmente por el CEPEP con el apoyo de agencias de cooperación internacional) y los informes del mismo MSPyBS aportan informaciones detalladas que permiten definir grandes grupos -regionales y sociales- más vulnerables o carenciados en términos de SR y PF.

Las ENDSR (1985-1990-1995) discriminan las variables de fecundidad, prevalencia y tipo de métodos anticonceptivos y relaciones sexuales por regiones geográficas (Gran Asunción, zonas Norte, Centro-Sur y Este), áreas (urbanas o rurales), nivel de instrucción, edad y estado civil. El MSPyBS tienen detectados grupos de riesgo de embarazo e intensifican su atención hacia los mismos, a través de orientaciones y servicios.

Un estudio realizado con apoyo del FNUAP -en imprenta- ha permitido aplicar una metodología estadística y desagregar estas informaciones a nivel de departamentos y distritos. Podrán señalarse, por lo tanto, al gobierno, las áreas prioritarias de atención para las políticas de SR y PF.

También existen estudios pioneros -desarrollados en su mayoría por investigadores privados o ONG's- sobre el impacto de programas de educación, mentalidades, comportamiento sexual y reproductivo de mujeres rurales y urbanas- que sirven de referencia en el diseño de programas públicos y privados.

Ante la ausencia de estudios amplios que investiguen aspectos del comportamiento sexual y reproductivo de grupos socio específicos (v.g. jóvenes rurales, población guaraní o hispano parlantes, mujeres indígenas, informales urbanos, etc.), la atención a las identidades socio-culturales de los/as usuarios/as depende de la experiencia profesional o sensibilidad humana del personal de programas de SR en cada localidad.

3. Salud Reproductiva: estrategias de participación

La Ley 1032 (30.XII.1996) de creación del Sistema Nacional de Salud impulsa la descentralización de los servicios de salud pública y da participación a las comunidades usuarias. De acuerdo al Plan Nacional de SR y PF, la Dirección Gral. de Salud Familiar delega en las regionales sanitarias la función de ejecución de servicios de atención y consejería. Estas, a su vez, supervisan la ejecución a nivel de Hospitales Regionales, Centros y Puestos de Salud.

La descentralización permitirá el traspaso de la toda la infraestructura hospitalaria/asistencial (incluyendo los servicios de SR y PF) a los gobiernos departamentales y municipales, para elevar la eficiencia de los servicios públicos. A nivel

local, el sistema prevé la participación comunitaria de Consejos departamentales y distritales de salud.

Desde 1993, el proyecto de Apoyo a la Salud Reproductiva y Planificación Familiar llevado a cabo por el MSPyBS con el apoyo de la FNUAP se llevó a cabo con la participación del CEPEP (una ONG dedicada hace más de dos décadas a la SR y PF), un Consorcio de varias ONG's con experiencia de trabajo con mujeres y desde 1994, la Secretaría de la Mujer.

Por el decreto ministerial No. 3197 (15.IV.1994) se creó el Consejo Nacional de SR y PF, reuniendo a estos mismos organismos públicos, ONG's, representantes de la Universidad Nacional, Sanidad Militar y Policial, entre otros.

4. Progreso en el logro de metas acordadas

De acuerdo a las cifras divulgadas por el PNUD en sus Informes anuales de Desarrollo Humano, la tasa de mortalidad infantil del Paraguay había tendido un significativo descenso de 66 a 47 muertos por cada 1.000 nacidos vivos entre 1960 y 1992. La TMI volvió a descender de 47 a 42 entre 1992 y 1994. La variación por quinquenios de esta tasa, según los indicadores demográficos de la DGEEC, fue de 43, 3 por mil en 1990-1995, y está estimada en 39,2 por mil para el quinquenio 1995-2000. Las cifras oficiales del Ministerio de Salud Pública registraban una tasa muy inferior: de 21,68 por mil nacidos vivos en 1994, ésta habría descendido a 20,90 en 1996.

La Tasa de mortalidad de menores de 5 años -de acuerdo al informe de IDH-PNUD- cayó también significativamente, de 55 por 1000 nacidos vivos (1992) a 34 (1995). Este indicador tiene una base de medición diferente en los datos oficiales del MSPyBS: en 1994 era de 101,71 por 100.000 habitantes y descendió dos años más tarde a 89,32 (1996).

La política estatal prioriza la asignación de recursos a la salud primaria materno-infantil, y ha beneficiado de importantes financiamientos de entes financieros y de cooperación internacional. En el último quinquenio los principales programas y proyectos de apoyo a salud materno-infantil (incluyendo a los sectores sociales más desfavorecidos) fueron:

- * UNICEF-MEC de producción de materiales educativos que incluyen el componente de atención sanitaria materna-infantil.
- * OMS -MSPyBS, de desarrollo y reproducción humana destinado a fortalecer los servicios de salud materno-infantil.
- * PMA- PAEN, que incluye la promoción del control médico de madres gestantes y reducción de la deficiencia de yodo en embarazadas.
- * HELVETAS - Centro de Cooperativistas de Guairá-Caazapa (CPC), que incluye la capacitación de la mujer en salud familiar.

* UNICEF-MSPyBS de maternidad e iniciativas hospitalarias, destinado a disminuir la tasa de mortalidad infantil y materna, atención prenatal, del parto y puerperio. Programas de Salud Materno-perinatal, los 16 Hospitales Amigos de la Madre y el Niño, programas de Supervivencia y Desarrollo Infantil.

*FNUAP-MSPyBS, PAR/88/P01, de fortalecimiento del Programa de Salud Familiar; el PAR/93/P01 para la realización de programas intersectoriales de Salud Reproductiva y Planificación Familiar; y el PAR/94/P02 para el Plan Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.

* BIRF-MSPyBS: Programa de Salud Materna y Atención al Niño en 6 departamentos del país.

*BID-MSPyBS: Programa de Reforma a la Atención Primaria en Salud, Área Materno Infantil, en otros 8 departamentos del país.

* Iniciativas de Maternidad Sin Riesgo, y Parteras amigas del Niño y la Madre.

La variación de esperanza de vida al nacer por quinquenios (DGEEC) era de 68,51 en 1990-95, con diferencias según sexo: la de mujeres alcanzaba 70,83, mientras la de hombre era de 66,30. Se estima que para el quinquenio 1995-2000 la esperanza de vida progresará en un año (será de 69, 67), siendo siempre mayor en mujeres (71,99 años) que en hombres (67,47 años).

De acuerdo a los Informes de IDH, la esperanza de vida al nacer se incrementó, entre 1960 y 1992, de 63,8 a 67,2 años (para toda la población paraguaya). Para 1994, ésta había progresado a 68,8 años.

También en lo que hace a mortalidad materna, dado el subregistro de nacimientos y muertes, existe gran disparidad entre los datos de las diferentes fuentes. Los informes del PNUD sobre Desarrollo Humano registraban una tasa de 200 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos en 1988; que habría descendido a 160 para el año 1990. En datos oficiales del MSPyBS la tasa de mortalidad materna volvió a caer de 139,50 a 123,25 muertes por cada 100.000 nacidos vivos entre 1994 y 1996.

Por su parte, la última ENDSR de 1995-6 registró una tasa de mortalidad materna de 191 por 100 mil nacidos vivos: entre sus causas principales están el aborto (37,6%), la infecciones (31%) y las toxemias (21%). Esta última estimación situaría al Paraguay entre los países con mayor índice de mortalidad materna del sub-continente.

Finalmente, no existen registros confiables que permitan medir las diferencias sociales y territoriales de las tasas de mortalidad materna e infantil, lo que hace imposible evaluar si las variaciones existentes se han ampliado o disminuido.

5. Demanda insatisfecha de planificación familiar

El gobierno no se ha fijado metas u objetivos cuantitativos respecto a los niveles futuros de fecundidad de la población, ni tampoco existen metas cuantitativas respecto al suministro de métodos anticonceptivos. Sin embargo, los servicios públicos de SR brindan asistencia y distribuyen estos métodos en todas las unidades sanitarias del país de acuerdo a la demanda expresada por los/as usuarios/as.

A nivel nacional, la demanda insatisfecha de anticonceptivos ha disminuido en forma importante la última década: era del 20,0% de mujeres de 15 a 49 años con riesgo de embarazo no planeado en la ENDSR 1990 y esta demanda insatisfecha cobraba mayor importancia entre campesinas: afectaba al 16% de las mujeres urbanas y al 24,8% de las rurales.

El porcentaje de mujeres en riesgo de embarazo no planeado era (ENDSR 1995) de 14,4% para todo el país, o sea, el de mujeres en edad fértil que necesitan servicios de planificación familiar. Las diferencias seguían siendo marcadas entre mujeres del área urbana (10,7%) y rural (18,6%). Esta tasa se eleva considerablemente entre mujeres casadas (22%), las del grupo etario de 25 a 44 años (22-28%), mujeres sin instrucción o con niveles educativos inferiores a la primaria (20-25%) y en madres con 4 o más hijos (22-36%).

6. Ampliación y mejoramiento de oferta de anticonceptivos

De acuerdo a las cifras las dos últimas ENDSR, la prevalencia al uso de métodos anticonceptivos efectivos se incrementó en términos globales del 44,1% al 50,5% a nivel nacional entre 1990 y 1995. existen sin embargo disparidades según los grupos de edad: concierne al 37% del grupo de mujeres de 15 a 19 años y al 58% de las mujeres casadas o unidas de 30 a 39 años.

La prevalencia más alta corresponde a mujeres de educación secundaria o superior (64,2%), y la más baja, a las de 2 años o menos de instrucción (32,8%). Pese al incremento importante, en el último quinquenio, del uso de métodos anticonceptivos en general, estas diferencias ligadas a nivel de instrucción se mantienen.

Se mantuvieron las diferencias entre porcentajes de mujeres por áreas: las prácticas anticonceptivas afectan al 45% de las mujeres rurales y al 56,2% de las urbanas. Los métodos más seguros (Píldora, DIU, Condomes, Esterilización femenina, vasectomía o inyecciones) son empleados por el 46,3 % de las mujeres urbanas, y por sólo el 34,8% de las rurales, entre quienes predomina el uso de métodos vaginales, el de Billings y de ritmo y otros de casi nula eficacia (método del retiro, uso de hierbas medicinales, etc.).

Los proyectos institucionales e intersectoriales del MSPyBS implementados en los últimos años están destinados a ampliar y mejorar la oferta de servicios de SR y PF según la opción de los /as usuarios/as. Desde inicios de la década anterior, con el apoyo del FNUAP se pusieron en marcha programas de fortalecimiento técnico de los gestores de servicios

públicos de SR y PF, ampliándose y perfeccionándose la infraestructura de los hospitales, centros y puestos de salud en todo el país.

Con el apoyo técnico y de materiales del Family Health International, se ha capacitado a los profesionales del sector público en los avances de la metodología anticonceptiva. Se realizaron igualmente talleres de Humanización de la atención en varias regiones sanitarias del país.

La búsqueda de una mayor participación de los hombres en la SR y PF es un componente que forma parte de diversos proyectos educativos y de servicios del sector público -el Plan Nacional de SR y PF, del PRIOME-MEC, el de formación en Población, Desarrollo y SR de las FFAA, los de Salud Reproductiva para adolescentes, etc.- y de otros gerenciados por el CEPEP y otras ONG's del sector privado.

7. Riesgos de la Salud Reproductiva

El comportamiento sexual y reproductivo de las jóvenes ha cambiado en los últimos años. El porcentaje de mujeres de 15 a 24 años que reportó haber tenido relaciones sexuales premaritales aumentó del 35,1% en 1987 al 46,1 % en 1995, según las ENDSR. El inicio de la actividad sexual es precoz: casi un tercio de las jóvenes adultas que reportaron haber tenido relaciones premaritales la tuvieron antes de los 16 años. Este porcentaje se incrementa fuera del Gran Asunción, en áreas rurales y entre jóvenes de bajo nivel de instrucción.

Como el Código Penal sigue penalizando todos los casos de aborto, no existen registros confiables de este fenómeno que se mantiene clandestino. En 1994, los servicios del MSPyBS registraron unos 413 casos de complicaciones por aborto en jóvenes menores de 19 años, cifra que se elevó a 510 en 1996. Del 2 a 4% de este total concierne a niñas menores de 14 años. Los programas de educación y servicios de SR y PF son encarados como medio de prevención de embarazos no deseados y de disminución de las tasas de abortos.

El MSPyBS, a través de su Dirección General de Educación y Promoción de la Salud, realiza campañas educativas tendientes a prevenir los embarazos no deseados. Otros programas ya mencionados de formación en SR a adolescentes (los del MEC, Subsecretaría de la Juventud y las ONG's) están dirigidos a disminuir el embarazo adolescente, pero no existen proyectos de nivel nacional destinados a paliar las consecuencias psico-sociales o asegurar la permanencia de madres adolescentes en el proceso educativo. De cualquier modo, la normativa existente no impide a las adolescentes embarazadas continuar sus estudios en el sistema educativo público. Algunas instituciones humanitarias como la Cruz Roja brindan apoyo a madres solteras jóvenes (alojamiento, servicios de salud pre y post-parto, etc.).

8. Derechos y Salud Reproductiva

Por el Art. 61 de la Constitución de 1992, *De la planificación familiar y de la salud materno infantil* el "Estado reconoce el derecho de las personas a reconocer libre y responsablemente el número y la frecuencia del nacimiento de sus hijos, así como a recibir, en coordinación con los organismos pertinentes, educación, orientación científica y servicios adecuados en la materia. Se establecerán planes especiales de salud reproductiva y salud materno infantil para la población de escasos recursos".

El MSPyBS revisa periódicamente sus normas, procedimientos y reglamentos para adecuarlos a los marcos jurídicos constitucionales e internacionales. Otro tanto sucede con las restantes secretarías de Estado (Educación, de la Mujer, etc.). A nivel parlamentario, no fue sin embargo posible despenalizar legalmente el aborto (en ninguna de sus formas o causales), y sigue existiendo una ley sumamente restrictiva al respecto.

El Paraguay no presenta obstáculos jurídicos ni normativos sobre información o acceso a información o servicios de SR y PF a personas adultas o adolescentes. Las carencias y limitaciones se deben, más bien, a la insuficiencia de programas de información/comunicación/educación en salud reproductiva y planificación familiar.

En la última ENDSR (95-96) sólo un 51,5 % de mujeres de 15 a 24 años de edad reportó haber recibido cursos de educación sexual en la escuela, y esta situación es más grave en áreas rurales (sólo el 37,1%) que en las urbanas (donde el 63,2% manifestó haberlos recibido). Esta educación ponía mayor énfasis en temas como el desarrollo del cuerpo, anatomía y fisiología de los aparatos reproductores, relaciones sexuales y enfermedades venéreas que en métodos anticonceptivos.

En la ENDSR 1990, un 17% de las mujeres adolescentes o jóvenes de 15 a 19 años encuestadas estaba embarazada o había ya tenido al menos un embarazo o parto, y este porcentaje se elevó ligeramente en la ENDSR de 1995-96, alcanzando ya al 18,7% de las jóvenes de ese rango de edad.

Sólo un 25,5% de las adultas jóvenes (32,5% en áreas urbanas, 16,3% en las rurales) reportaron haber empleado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Este porcentaje era bastante menor una década antes, de 12,2% en la ENDSR 1987. Un 35% de mujeres (solteras, unidas o casadas) que no usaron métodos anticonceptivos aducen como razón el desconocimiento de estos métodos, y aproximadamente un 6% sostuvo que "no esperaba embarazarse".

La mayoría de los programas de SR y PF ya citados (públicos y privados) buscan fomentar la responsabilidad de las parejas y la personas sobre su propia salud reproductiva, y lograr un mayor conocimiento de los métodos anticonceptivos seguros en existencia. La perspectiva de género -presente en casi todos ellos- fomenta una participación igualitaria de hombres y mujeres en las decisiones relativas a su vida sexual y reproductiva.

9. Salud Reproductiva y bienestar familiar

El Capítulo IV De los Derechos de la Familia de la Constitución Nacional incorpora varios artículos -el 49 "De la protección de la Familia", el 50, "Del derecho a constituir familia", el 52 "De la unión en matrimonio", el 53 "De los hijos", el 55 "De la maternidad y de la paternidad" y el art. 60 "De la protección contra la violencia".

El estado se obliga a garantizar la protección integral de la familia, como fundamento de la sociedad y en ella el hombre y la mujer tienen las mismas obligaciones y derechos. La familia, la sociedad y el Estado están obligados a proteger a los niños/as del abandono, la violencia, el abuso o la explotación, y el ejercicio de la maternidad y paternidad responsables será protegido y fomentado por el Estado.

Estos artículos precisan en muchos casos de reglamentación legal y excepción hecha de su inserción en los contenidos curriculares del reforma educativa, aún no se desarrollaron programas nacionales destinados a sancionar efectivamente su cumplimiento.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Para) fue ratificada por el Parlamento paraguayo en 1995 (Ley 605/95). La SM puso en marcha un ambicioso "Plan Nacional de Prevención y Sanción de la Violencia contra la Mujer", en coordinación con el Ministerio del Interior, el de Justicia y Trabajo y el Poder Judicial, con un componente en comunicación, la Campaña de Sensibilización radial sobre las formas de violencia doméstica.

La misma Secretaría de la Mujer y varias ONG's -Colectivo 25 de Noviembre, Kufia Aty- proporcionan servicios de asistencia ginecológica, psicológica o jurídica a las mujeres víctimas de violencia, a través de programas todavía bastante concentrados en Asunción y el Área Metropolitana.

Finalmente, no existen políticas ni programas de apoyo a familias monoparentales, salvo iniciativas de carácter mas bien asistencial por parte de organismos como la DIBEN o la Secretaría de Acción Social.

GUIA TEMATICA DEL INFORME

A) INTEGRACIÓN DE LOS ASUNTOS DE POBLACIÓN EN EL PROCESO DE DESARROLLO

1. Importancia que el gobierno otorga a los temas de población y desarrollo

** La incorporación de las variables de población en el desarrollo constituye un tema relevante de la agenda gubernamental?*

** Existe un esfuerzo sostenido en favor de la armonización de las relaciones recíprocas entre la dinámica de población, el medio ambiente, la equidad social y el crecimiento económico?*

2. Institucionalización de la incorporación de las variables de población en el desarrollo

** Se han promovido arreglos institucionales (organizacionales) para asegurar la incorporación de estas variables?*

** Se ha visto expresada esta incorporación en documentos programáticos o en políticas y proyectos sectoriales, como en aquellos vinculados a la superación de la pobreza, el perfeccionamiento de los recursos humanos y la sustentabilidad ambiental?*

** Se ha propiciado la capacitación de técnicos y profesionales en esta materia?*

3. Efectos de las políticas públicas y las estrategias de desarrollo sobre las tendencias socio-demográficas

** Se hacen evaluaciones sistemáticas sobre los impactos de las estrategias de desarrollo y de las políticas (y proyectos) sectoriales sobre las variables de población?*

** Existe un reconocimiento explícito de los efectos sociodemográficos que se desprenden de las políticas públicas?*

** Se dispone de políticas y proyectos destinados a grupos sociales postergados que tengan efectos sobre los comportamientos demográficos?*

4. Efectos de las tendencias sociodemográficas y estrategias de desarrollo

** Existe un reconocimiento explícito de los efectos de las variables y los comportamientos sociodemográficos sobre las estrategias de desarrollo y las políticas públicas?*

** Se examinan las repercusiones de estos comportamientos sobre las estrategias? Si es así, que criterios se emplean para medir la incidencia de las tendencias demográficas sobre las estrategias de desarrollo?*

** De que forma se examinan los efectos de las tendencias del proceso de envejecimiento de la población?*

5. Políticas de población

** Existe, o se estima necesario que exista, una política explícita de población?*

** Hay un organismo responsable de supervisar el cumplimiento de las orientaciones de la política de población?*

** Existe un organismo responsable del seguimiento de los acuerdos y recomendaciones contenidos en el Programa de Acción de la CIPD y del Plan de Acción Regional en Población y Desarrollo?*

** Se han diseñado escenarios demográficos convenientes y posibles mediante intervenciones sectoriales e intersectoriales deliberadas?*

** Se cuenta con programas de educación y comunicación destinados a crear conciencia social sobre los temas de población y su relación con el desarrollo sustentable, la equidad social y los derechos humanos?*

** Existen programas de población dirigidos especialmente a grupos sociales más postergados?*

B) EQUIDAD DE GENERO Y HABILITACIÓN DE LA MUJER

1. Equidad de género y participación socio-política

** Existe voluntad política y social para llegar a la equidad ?*

** Se dispone de mecanismos que garanticen la participación y representación equitativa de mujeres en diversos planos del proceso político y la vida pública?*

* *Que medidas se han aplicado para fortalecer la inserción social de las mujeres y el pleno ejercicio de sus derechos (incluidos los reproductivos)?*

* *Se han presentado dificultades para la aplicación de estas medidas?*

2. Políticas públicas, incluidas las de población y género

* *Se consideran las repercusiones de las políticas públicas (en sus etapas de diseño, ejecución y evaluación) sobre las relaciones de género?*

* *Los programas y políticas de población incorporan una perspectiva de género?*

3. Superación de las inequidades de género y habilitación de la mujer

* *Cuales son las áreas o variables sociales y económicas en las que se hacen más notorias las diferencias según género?*

* *Que tipo de medidas se adoptaron para erradicar la discriminación jurídica, laboral, social o política de la mujer? (Política ya en B1)*

* *Se han presentado dificultades para la aplicación de estas medidas?*

* *Se ha suscrito la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación en contra de las mujeres?*

* *Existen indicadores oficiales para examinar la evolución de las inequidades (sociales, políticas, económicas o culturales) de género?*

* *Estas inequidades se han atenuado o agudizado en los últimos cinco años?*

4. Promoción del papel de la mujer en el desarrollo y equidad de género

* *De que modo las políticas educativas de calificación de recursos humanos (educación, capacitación, desarrollo de talentos, difusión de conocimientos) permiten que las mujeres realicen plenamente sus posibilidades y contribuyan al proceso de desarrollo?*

* *Cual ha sido la evolución reciente (en los últimos 4 o 5 años) de la tasa de analfabetismo masculino y femenino? Cómo han evolucionado las matrículas femeninas y masculinas en la primaria y secundaria en el mismo lapso? (Ver 3)*

* *Que medidas se han adoptado para promover el reconocimiento y la valoración del trabajo femenino en todos los ámbitos?*

* *Se ha contribuido a garantizar la igualdad de oportunidades de empleo, con remuneración equitativa entre varones y mujeres? (ver 3)*

* *Existen políticas y programas destinados a incrementar la capacidad de las mujeres para desempeñarse en ocupaciones distintas a las tradicionales? Hubo obstáculos en la aplicación de estas medidas?*

* *Existen disposiciones normativas que faciliten a las mujeres combinar las funciones domésticas o de crianza con su participación laboral?*

5. Educación, equidad de género y habilitación de la mujer

* *Que tipo de programas se han implementado con el fin de eliminar los estereotipos que reproducen los roles subordinados de las mujeres?*

* *Hubo obstáculos en la aplicación de estos programas?*

* *En el diseño de planes de estudio de la educación -formal e informal- se ha incorporado la perspectiva de género, con el fin de introducir cambios positivos en las actitudes, valores y creencias sobre la sexualidad y roles masculinos y femeninos en el hogar. (Ver 4)*

* *Se ha promovido la comunicación educativa sobre cuestiones relacionadas con la equidad entre géneros?*

6. Los hombres y la equidad de género

* *Se estimula la participación masculina en programas que tradicionalmente son dirigidos exclusivamente a mujeres, como los de Salud Reproductiva y planificación familiar?*

* *Existen medidas orientadas a conseguir que los hombres compartan con las mujeres responsabilidades del hogar y las relativas al comportamiento sexual y reproductivo?*

7. Adolescencia, educación sexual y equidad de género

* *Se han promovido actividades de educación sexual bajo la perspectiva de género dirigidas a jóvenes y adolescentes?*

* *Que programas se han puesto en marcha para prevenir el embarazo entre adolescentes?*

C) SALUD, DERECHOS REPRODUCTIVOS, EQUIDAD SOCIAL Y BIENESTAR DE LA FAMILIA

1. Alcances de los programas de Salud Reproductiva

* Se han establecido programas de Salud Reproductiva coherentes con la definición del Programa de Acción de El Cairo?

* El sistema de atención primaria a la salud (nacional y local) ha incrementado la cobertura de atención a la Salud Reproductiva en los últimos 5 años para que antes del año 2.015 llegue a toda la población de las edades apropiadas?

* La atención ofrecida por programas de SR tienen carácter integral, es decir, proporciona acceso a servicios para una maternidad sin riesgos (atención profesional embarazo, parto y puerperio)? Datos cualitativos y cuantitativos.

* Los programas de Salud Reproductiva incorporan medidas tendientes a prevenir las ETS y el VIH/SIDA?

2. Salud Reproductiva y equidad social

* Hay integración efectiva entre programas de Salud Reproductiva y políticas intersectoriales dirigidas a combatir la pobreza, las inequidades de género y la deserción escolar?

* Existe una clara identificación social y territorial de grupos poblacionales más vulnerables que requieren atención prioritaria en Salud Reproductiva?

* Los programas de Salud Reproductiva prestan adecuada atención a la identidad socio-cultural de los usuarios?

3. Salud Reproductiva: estrategias de participación

* Que medidas se adoptaron para descentralizar los programas de atención a la Salud Reproductiva?

* Participan las ONG's (incluso los grupos femeninos) en el proceso de adopción de decisiones gubernamentales relativas a desafíos y problemas de la Salud Reproductiva?

4. Progreso en el logro de metas acordadas

* Que avances se han obtenido en los últimos 5 años en la disminución de la tasa de mortalidad infantil de menores de 1 año y menores de 5 años -o hasta 50 y 70 defunciones por 1000 nacidos vivos, respectivamente, si ello representa un tasa de mortalidad menor- tomando como referencia los valores observados en 1990? Cómo se reflejan estos avances en las magnitudes de las tasas?

* Que medidas se adoptaron para destinar preferentemente los recursos de atención primaria de salud infantil a la población más desprotegida?

* Que progresos se obtuvieron en los últimos 5 años en la extensión de la esperanza de vida al nacer, que permitan el cumplimiento de la meta de 70 años de vida en el año 2000?

* Que medidas se han adoptado en los últimos 5 años con el propósito de lograr que en el año 2.000 se cumpla la tarea de reducir, con respecto al valor observado en 1990, por lo menos un 50% de la tasa de mortalidad materna?

* Que cambios se han obtenido en la tasa de mortalidad materna? Se han obtenido progresos en los últimos 5 años en cuanto al objetivo de reducir drásticamente las diferencias sociales y territoriales de mortalidad materna e infantil?

5. Demanda insatisfecha de planificación familiar

* Se amplió en los últimos 5 años la oferta de servicios de planificación familiar de manera a que contribuya al logro de la meta de reducir en un 50% para el año 2000, la demanda insatisfecha de anticonceptivos? (Datos cuantitativos)

* Se dispone de estimaciones actuales sobre la demanda insatisfecha de planificación familiar?

* Se han identificado -social y territorialmente- grupos de población más afectados por esa demanda insatisfecha? Cómo se procuró satisfacer sus requerimientos?

6. Ampliación y mejoramiento de oferta de anticonceptivos

* Cual ha sido la evolución reciente de la tasa de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos?

* Que medidas se adoptaron en los últimos 5 años para ampliar y mejorar la oferta de servicios de planificación familiar para que según la opción de las parejas, se amplíe el abanico de opciones apropiadas para las parejas y los individuos según la edad, el número de hijos ya tenidos y el tamaño deseado de familia?

** Se han diseñado mecanismos para fortalecer la competencia técnica de los prestadores de servicios de planificación familiar, mejorar su capacitación en comunicación y la orientación interpersonal con los usuarios? Se perfeccionó la estructura y organización de estos servicios? Ver C 4*

** Se han desarrollado estrategias orientadas a lograr una mayor participación de los hombres en la planificación familiar, o promover una mayor responsabilidad al respecto?*

7. Riesgos de la Salud Reproductiva

** Se adoptaron medidas explícitamente dirigidas a reducir el aborto y aumentar un parto y embarazo seguro?*

** Existen programas y mecanismos dirigidos a prevenir el embarazo de las adolescentes, a paliar sus consecuencias psico-sociales y favorecer la continuidad de estas adolescentes en el proceso educativo? Ver B 7.*

8. Derechos y Salud Reproductiva

** Se han evaluado y revisado, en los últimos 5 años, las disposiciones legales que pudieran significar obstáculos al pleno ejercicio de los derechos reproductivos?*

** Se han logrado avances en la eliminación de barreras legales, médicas y reglamentarias innecesarias, para la información y el acceso a servicios y métodos de planificación familiar?*

** Se ha propiciado el establecimiento de mecanismos dirigidos a facilitar que las parejas y la personas asuman la responsabilidad de su propia salud reproductiva?*

** Que medidas se han adoptado con el fin de lograr que todas las personas en edad reproductiva tengan un real conocimiento de los métodos anticonceptivos seguros para la salud, así como de su lugar de obtención?*

** Se cuenta con programas de información, educación y comunicación para lograr una participación igualitaria de hombres y mujeres en las decisiones relativas a su vida sexual y reproductiva?*

** Existen modelos de atención integral a la SR de los adolescentes, que incluyan componentes en educación en población y planificación familiar y se adecuen al contexto socio-cultural en el que se desarrollan?*

** Se han eliminado -en los últimos 5 años- los obstáculos jurídicos y normativos que impiden el suministro de información y salud reproductiva a los adolescentes?*

9. Salud Reproductiva y bienestar familiar

** Se incorpora en la formulación de las políticas públicas la dimensión familiar con el propósito de afianzar la viabilidad de las familias, asegurando el debido respeto a las características étnicas y religiosas?*

** Se dispone de programas destinados a que, dentro del ámbito de la familia, se adquieran actitudes consistentes tanto con un comportamiento sexual y reproductivo responsable como con un respeto mutuo en las relaciones entre géneros?*

** Existen programas destinados a apoyar la institución de la familia en su papel fundamental de socializadora de nuevas generaciones, asegurando los medios para que dentro de la misma se difundan valores éticos compartidos y se eduque para la vida cotidiana?*

** Se han puesto en práctica medidas concretas -de conciliación- para prevenir todas las formas de violencia intrafamiliar?*

** Se han promovido programas de educación -formal e informal- y servicios de información destinados a fomentar la paternidad y la sexualidad responsable y la vida en familia y la sexualidad?*

** Que iniciativas se han adoptado con el propósito de apoyar a las familias monoparentales y a proporcionarles los medios necesarios para que la participación laboral sea compatible con las obligaciones familiares?*

CONTENIDO**Pág.****A) INTEGRACIÓN DE LOS ASUNTOS DE POBLACIÓN EN EL PROCESO DE DESARROLLO**

1. Importancia que el gobierno otorga a los temas de población y desarrollo.....	2
...	
2. Institucionalización de la incorporación de las variables de población en el desarrollo.....	4
3. Efectos de las políticas públicas y las estrategias de desarrollo sobre las tendencias socio-demográficas.....	5
4. Efectos de las tendencias sociodemográficas y estrategias de desarrollo.....	6
...	
5. Políticas de población.....	

B) EQUIDAD DE GENERO Y HABILITACIÓN DE LA MUJER

1. Equidad de género y participación socio-política.....	8
2. Políticas públicas, incluidas las de población y género.....	11
3. Superación de las inequidades de género y habilitación de la mujer....	18
4. Promoción del papel de la mujer en el desarrollo y equidad de género.	20
5. Educación, equidad de género y habilitación de la mujer.....	
6. Los hombres y la equidad de género.....	
7. Adolescencia, educación sexual y equidad de género.....	

C) SALUD, DERECHOS REPRODUCTIVOS, EQUIDAD SOCIAL Y

BIENESTAR DE LA FAMILIA

1.	Alcances de los programas de Salud Reproductiva.....	20
2.	Salud Reproductiva y equidad social.....	23
3.	Salud Reproductiva: estrategias de participación.....	25
4.	Progreso en el logro de metas acordadas.....	26
5.	Demanda insatisfecha de planificación familiar.....	27
6.	Ampliación y mejoramiento de oferta de anticonceptivos.....	28
7.	Riesgos de la Salud Reproductiva.....	
8.	Derechos y Salud Reproductiva.....	
9.	Salud Reproductiva y bienestar familiar.....	

GLOSARIO DE SIGLAS

APEP: Asociación Paraguaya de Empresarias, Ejecutivas y Profesionales del Paraguay
 APME: Asociación de Microempresarias del Paraguay
 BASE-ECTA: Educación, Comunicación, Tecnología Alternativa
 BECA: Base Educativa y Comunitaria de Apoyo
 BID: Banco Interamericano de Desarrollo
 BIRF: Banco Interamericano de Reconstrucción y Fomento
 BM: Banco Mundial
 CECTEC: Centro de Educación y Tecnología Campesina
 CDE: Centro de Documentación y Estudios
 CMP: Coordinación de Mujeres del Paraguay
 DEAG: Dirección de Extensión Agropecuaria
 DIBEN: Dirección Nacional de Beneficencia
 EH: Encuesta de Hogares (DGEEC)
 ENDSR: Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva
 CIDEM: Centros de Información de los Derechos de la Mujer
 CIPD: Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo
 DGEEC: Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos
 FEPRINCO: Federación de la Producción, la Industria y el Comercio

FNUAP: Fondo de Población de las Naciones Unidas
GEMPA: Grupo de Estudios de la Mujer Paraguaya
IPS: Instituto de Previsión Social
MEC: Ministerio de Educación y Culto
MI: Ministerio de Integración
MIC: Ministerio de Industria y Comercio
MJT: Ministerio de Justicia y Trabajo
MSPyBS: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas
OIT: Organización Internacional del Trabajo
ONG: Organización No Gubernamental
PEA: Población Económicamente Activa
PDH: Programa de Desarrollo Humano
PF: Planificación Familiar
PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PRIOME: Programa de Igualdad de Oportunidades para la Mujer en la Educación
PROMUR: Centro de Promoción de la Mujer
SAS: Secretaría de Acción Social, Presidencia de la República
SEFEM: Servicios de Formación y Estudios de la Mujer
SM: Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República
SNNP: Servicio Nacional de Promoción Profesional
SR: Salud Reproductiva



**REPUBLICA DE PANAMA
GABINETE SOCIAL**



COTEPO
Comité Técnico de Población



UNFPA
Fondo de Población de
las Naciones Unidas
Proyecto PAN/96/P01

**AVANCES DE PANAMA EN
LA EJECUCION DEL
PROGRAMA DE ACCION
DE LA CONFERENCIA
INTERNACIONAL SOBRE
POBLACION Y
DESARROLLO, 994**

INFORME NACIONAL

Panamá, Julio de 1998



**REPUBLICA DE PANAMA
GABINETE SOCIAL**



UNFPA
Fondo de Población de
las Naciones Unidas
Proyecto PAN/96/P01

INDICE

Capítulos	Páginas
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. PARTICIPACIÓN PANAMÁ EN LA CONFERENCIA.....	4
III. LA OCTAVA ENCUESTASOBRE POBLCAIÓN Y DESARROLLO A LOS GOBIERNOS.....	7
IV. AVANCES EN LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE ACCIÓN EN PANAMÁ.....	8
A. Relaciones entre Población, el Crecimiento Económico Sostenido y el Desarrollo Sostenible.....	8
B. Igualdad y Equidad entre los Sexos y la Habilidad de la Mujer.....	15
C. La Familia, sus Funciones, Derechos, Composición y Estructura.....	18
D. Crecimiento y Estructura de la Población.....	22
1. Tamaño y Evolución de la Población en Panamá.....	22
2. Componentes del Crecimiento Demográfico.....	23
3. Composición de la Población.....	25
4. Perspectivas Futuras.....	25
E. Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva.....	27
F. Salud, Morbilidad y Mortalidad.....	33
G. Distribución de la población, Urbanización y Migración Interna.....	36
H. Migración Internacional.....	38
I. Población, Desarrollo y Educación.....	40
J. Tecnología, investigación y Desarrollo.....	43
K. Actividades Nacionales.....	45
L. Colaboración con el Sector no Gubernamental y Cooperación Internacional.....	48
V. DOCUMENTOS CONSULTADOS.....	50

I. INTRODUCCION

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), se celebró en El Cairo, Egipto, del 5 al 13 de septiembre de 1994. Delegaciones de 179 Estados acordaron un Programa de Acción sobre Población y Desarrollo para los próximos 20 años, que centra la atención en la satisfacción de las necesidades de las mujeres y los hombres como personas, más que en el logro de objetivos demográficos. En el preámbulo del documento, se hace alusión a actividades relevantes en el ámbito internacional, que refuerzan y complementan los acuerdos consensuados en esta Cumbre Mundial.

La CIPD fue organizada, principalmente por el Fondo de Población de las Naciones Unidas y se celebró en un momento decisivo de la historia de la cooperación internacional. Para entonces, era evidente el creciente reconocimiento de la interdependencia de las cuestiones mundiales de población, desarrollo y medio ambiente, lo cual hace posible promover el crecimiento económico sostenido en el marco del desarrollo sostenible. Nunca antes se han tenido tantos recursos, conocimientos y tecnologías para lograr esta meta; no obstante, la existencia de obstáculos económicos y políticos a nivel nacional e internacional, han frenado seriamente un desarrollo socialmente equitativo y ecológicamente racional.

En los dos últimos decenios, gracias a los esfuerzos nacionales e internacionales se ha avanzado en pro del bienestar humano; sin embargo, en numerosos países las personas que viven en la pobreza absoluta han aumentado; muchos de los recursos básicos necesarios para la supervivencia de las generaciones futuras se están agotando; se intensifica la degradación del medio ambiente, se experimenta un crecimiento sin precedentes de la población así como las desigualdades sociales y económicas. Hay problemas ecológicos, como el cambio climático mundial, debido en gran parte a modalidades insostenibles de producción y consumo.

Alrededor de 1994 la población mundial se estimaba en 5,600 millones de personas. Durante los próximos 20 años, es decir, hacia el 2015, con sus actos u omisiones las naciones del mundo elegirán entre una gama de posibles futuros demográficos, que oscilan entre una variante baja de 7,100 millones de personas a una alta de 7,800. La diferencia de 700 millones de personas en un breve período de 20 años, es superior a la población actual del Continente Africano. Por consiguiente, se espera que el logro de los objetivos y metas del presente Programa de Acción, que comprende también 20 años, dé como resultado un crecimiento de la población mundial a niveles inferiores a los de la proyección media de Naciones Unidas (7,500 millones).

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo no es un acontecimiento aislado. Su Programa de Acción se basa en el considerable consenso internacional a que se ha llegado desde la Conferencia Mundial de Población, celebrada en Bucarest en 1974 y la Conferencia Internacional sobre Población, celebrada en Ciudad de México, en 1984. Esta Conferencia recibió un mandato más amplio, con respecto a las cuestiones de desarrollo, lo que indica una mayor conciencia y determinación de que la población, la pobreza, las modalidades de producción y de consumo y el medio ambiente están estrechamente interrelacionados, por lo que no se puede considerar ninguno de ellos en forma separada.

La CIPD se complementa con otras actividades internacionales efectuadas recientemente, dando lugar a recomendaciones compatibles para el bienestar de la humanidad. Estas son: La Conferencia Mundial para el Examen y Evaluación de los logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, Nairobi, 1985; la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, New York, 1990; en 1992, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, Río de Janeiro y la Conferencia Internacional sobre Nutrición celebrada en Roma; en 1993, la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, que tuvo lugar en Viena y el Año Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo. Finalmente, coincidieron en el año 1994, la Conferencia Mundial sobre el Desarrollo Sostenible de los pequeños Estados Insulares en Desarrollo, Barbados y el Año Internacional de la Familia.

Asimismo, los resultados de la Conferencia de El Cairo están estrechamente relacionados a otras importantes eventos que se celebraron en 1995 y 1996, como la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, Copenhague; la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing; la Segunda Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos (Hábitat II) en 1996 y la preparación del Programa de Desarrollo, así como la celebración del Cincuentenario de las Naciones Unidas. Se espera que estos acontecimientos sirvan para reiterar el llamamiento de la CIPD, para que se invierta más en las personas.

En los últimos 20 años muchas partes del mundo han experimentado notables cambios demográficos, sociales, económicos, ambientales y políticos, los cuales han contribuido a mejorar el nivel de vida de las personas; sin embargo, queda aún mucho por hacer. Los objetivos y las medidas del Programa de Acción, servirán para abordar los problemas y las relaciones de importancia decisiva entre la población y el crecimiento económico sostenido, en el marco del desarrollo sostenible. Para lograrlo, habrá que proceder a una adecuada movilización de los recursos a nivel nacional e internacional.

El Programa de Acción recomienda a la comunidad internacional una importante serie de objetivos y metas sobre población y desarrollo, entre los que figuran: El crecimiento económico

sostenido en el marco del desarrollo sostenible; la educación, sobre todo de los niños y las niñas; la igualdad y equidad entre los sexos; la reducción de la mortalidad neonatal, infantil y materna y el acceso universal a servicios de salud reproductiva, en particular, de planificación de la familia y de salud sexual. También se abordan cuestiones relacionadas con la población, el medio ambiente y las modalidades de consumo; la migración interna e internacional; la prevención y la lucha contra el VIH/SIDA, y la tecnología, la investigación y el desarrollo.

Se reconoce que en los próximos 20 años, es posible que los gobiernos no puedan alcanzar los objetivos y metas de la Conferencia del Cairo, sin ayuda. Por tanto, todos los miembros de la sociedad y todos los grupos tienen el derecho e incluso la responsabilidad de desempeñar un papel activo en los esfuerzos para alcanzar esos objetivos. En casi todos los países surgen nuevas asociaciones entre la industria, las empresas, las organizaciones no gubernamentales y los grupos comunitarios, lo que tendrá una influencia directa y positiva en la aplicación del presente programa.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, no crea ningún derecho humano internacional nuevo, pero afirma que las normas de derechos humanos universalmente reconocidos se aplican a todos los aspectos de los programas de población. El Programa de Acción requerirá el establecimiento de un terreno común, con pleno respeto de los diversos valores religiosos y éticos y de los medios culturales. Los resultados de esta Conferencia se medirán en función de la fuerza de los compromisos que se contraigan y de lo que se haga para cumplir los mismos, como parte de una nueva asociación mundial, basada en un sentimiento de responsabilidad compartida, de los unos por los otros y de todos por el planeta tierra, nuestro único hogar.

II. PARTICIPACION DE PANAMA EN LA CONFERENCIA

La delegación oficial que participó en la Conferencia estuvo integrada por ocho representantes del Organismo Ejecutivo: el Embajador de Panamá en Egipto (Jefe de la Delegación); el Encargado de Negocios de Panamá en ese país; la Subdirectora de Planificación Económica y Social y la Jefa de la Sección de Población del Ministerio de Planificación y Política Económica; el Director del Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud, la Directora de la Oficina de Educación y Población del Ministerio de Educación; el Director de Planificación del Ministerio de Trabajo y Bienestar Social y la Directora de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República.

También participaron cuatro miembros del Organismo Legislativo así como el Director Ejecutivo de la Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (APLAF), en representación de las ONG's. Como aporte a la Conferencia se preparó el "Informe Nacional sobre Población", que además de describir el contexto demográfico de la República de Panamá, hace alusión al marco de la política de Población, la Planificación y la Programación en el país; de los aspectos operacionales de la ejecución de programas de Población y Planificación de la Familia y finalmente, se refiere al Plan Nacional de Acción para desarrollar en el futuro. Al respecto, se consideran prioritarias una serie de medidas de carácter demográfico, social, económico, ambiental y de coordinación y administración de programas, los cuales se resumen en los siguientes 18 puntos:

- 1). Extender la atención primaria de salud y los programas de saneamiento ambiental a toda la población.
- 2). Ampliar la cobertura de los servicios de salud materno infantil y del adolescente, incluyendo planificación familiar. Lo anterior supone,
- 3). Descentralizar a nivel de distrito (segunda división político-administrativa) la toma de decisiones y los recursos. Igualmente,
- 4). Crear consejos técnicos de población a nivel de distritos, que con la colaboración de COTEPO, logren
- 5). Coordinar las acciones económico-sociales que se den a nivel local con los de carácter demográfico, y procuren
- 6). Estudiar los efectos recíprocos de ambos tipos de acciones, a fin de reforzar los

favorables y modificar los desfavorables.

- 7). Evaluar a nivel socio-espacial, la magnitud de los cambios en la estructura por edad de la población.
 - 8). Determinar el impacto de esos cambios sobre los sistemas de educación, salud, seguridad social, oferta de mano de obra, comportamiento reproductivo de la población y su distribución espacial, para
 - 9). Tomar las medidas que dichos cambios aconsejen.
 - 10). Crear estímulos que desalienten la intensificación de la concentración urbana, la dispersión rural y la apertura desordenada de fronteras agrícolas, logrando una distribución mas equilibrada de la población en el territorio nacional.
 - 11). Organizar registros adecuados de migración internacional, a fin de establecer su verdadera magnitud, efectos económicos, sociales y culturales, en la sociedad panameña.
 - 12). Continuar alentando los programas de desarrollo rural, para frenar la migración rural-urbana y generar empleo.
 - 13). Redoblar los esfuerzos para hacer cumplir las disposiciones legales de protección al medio ambiente y los recursos naturales, para el logro de un desarrollo sustentable.
 - 14). Considerando los principios de equidad, intensificar los esfuerzos, tanto en las áreas urbanas como rurales, para:
 - Elevar el nivel de empleo y disminuir el subempleo y desempleo.
 - Reducir la pobreza e indigencia.
 - Mejorar la condición y status de la mujer.
 - Rescatar a los menores en condiciones de vida deplorables.
 - Darle a la familia la importancia que merece, para su desarrollo y protección.
-
- Mejorar la nutrición de la población, en particular, la de las madres, niños y

adolescentes.

- Ampliar los programas de viviendas destinados a los estratos menos favorecidos.
 - Asegurar el acceso a la tierra, a los grupos cuya subsistencia depende de poder explotarla.
- 15). Asegurar el efectivo funcionamiento de la democracia, ampliando la participación popular en la toma de decisiones y ejecución de programas.
 - 16). Expandir las acciones en el campo de "Educación en Población" a toda la población escolar y a la ciudadanía en general.
 - 17). Facilitar el funcionamiento de ONG's, especialmente las que trabajan con grupos vulnerables, como son las mujeres, los niños, los adolescentes y los indígenas
 - 18). Reforzar la capacidad administrativa, gerencial y de investigación de las instancias responsables de los programas de población, a fin de evaluar los mismos.

Finalmente, se señala que para la ejecución de las anteriores medidas, será necesario integrarlas en un marco programático coherente. Además, coordinar a través del Comité Técnico de Población (COTEPO), todas aquellas acciones relacionadas con aspectos demográficos, a fin de determinar los efectos recíprocos entre esas acciones y las medidas de carácter socio-económico.

La puesta en marcha de actividades como las descritas, requerirá de recursos financieros adicionales, tanto de parte del Gobierno Nacional, como del Sector Privado, Clubes Cívicos, ONG's Nacionales, la propia comunidad, así como la asistencia multilateral, bilateral y de las ONG's internacionales.

III. LA OCTAVA ENCUESTA A LOS GOBIERNOS SOBRE LA POBLACION Y EL DESARROLLO

En el Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo, en el Cairo, se recomendó a los Gobiernos y a los Parlamentarios, en colaboración con la comunidad internacional y las organizaciones no gubernamentales, trazar los planes necesarios y adoptar las medidas requeridas para determinar, evaluar, supervisar y justipreciar el progreso realizado hacia la consecución de las metas del Programa de Acción. La Octava Encuesta Demográfica entre los Gobiernos constituye una medida destinada a aplicar esa recomendación.

La primera de estas encuestas que realizó Naciones Unidas entre los Gobiernos, la llevó a cabo la División de Población en 1963, atendiendo a una solicitud de la Asamblea General. En 1973 se llevó a cabo una Segunda Encuesta, como parte de los preparativos de la Conferencia Mundial de Población que se celebró en Bucarest en 1974. A partir de entonces, y en cumplimiento del Plan de Acción Mundial sobre Población aprobado en dicha Conferencia, se pidió que se efectuara cada cinco años una evaluación de los progresos logrados, atendiendo a los objetivos y recomendaciones del Plan. Por consiguiente, estas Encuestas Demográficas se efectuaron en los años 1976, 1978, 1982, 1987 y en 1992.

La Octava Encuesta Demográfica entre los Gobiernos, que se adelanta en 1998, suministrará informaciones valiosas sobre los avances logrados a nivel nacional en la Aplicación del Plan de Acción Mundial emanado de la Conferencia de 1994; los cuales serán evaluados por la Secretaría de Naciones Unidas en una Asamblea General Extraordinaria, que se llevará a cabo en junio de 1999, en un proceso denominado "5 años después de El Cairo" o CIPD+5. Previo a este evento, se hará un examen de la aplicación del Plan de Acción sobre Población y Desarrollo en la Región Latinoamericana y el Caribe, en la próxima reunión del Comité Especial sobre el tema, durante el período de sesiones de la CEPAL, que tendrá lugar en Oranjestad, del 11-16 de mayo de 1998.

IV. AVANCES EN LA EJECUCION DEL PROGRAMA DE ACCION

A. RELACIONES ENTRE POBLACION, EL CRECIMIENTO ECONOMICO SOSTENIDO Y EL DESARROLLO SOSTENIBLE

1. Bases para la Acción - Medidas Necesarias

El desarrollo sostenible entraña la viabilidad de la producción y el consumo con relación a todas las actividades económicas, con el objeto de utilizar los recursos en forma racional; por tanto, se debe integrar explícitamente la población en las estrategias económicas y de desarrollo, para garantizar realmente la disminución de la pobreza y aumentar la calidad de vida de la población.

Las estrategias de desarrollo deben reflejar las consecuencias de la dinámica de la población y las modalidades de producción y consumo. Se requiere efectuar evaluaciones periódicas sobre los progresos hacia la integración de la población en programas de desarrollo y medio ambiente, y crear los mecanismos internos necesarios para tal fin. Por otro lado, la voluntad política deberá fortalecerse con programas de educación, información y aumento en la asignación de recursos. En este sentido, es importante involucrar al sector privado y la sociedad civil organizada, así como mejorar la base de conocimientos, mediante el fomento de las investigaciones.

2. Avances Logrados en el País

Desde fines de la década del 60, el gobierno nacional advirtió la necesidad de atender los problemas de la población dentro de las estrategias del desarrollo. No obstante, los avances más significativos en esta materia se han dado en las últimas dos décadas, y se han fortalecido las medidas pertinentes, después de la Cumbre Mundial de Población y Desarrollo del año 1994.

En 1969 se creó la Comisión Nacional de Política Demográfica (CONAPODE), bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud. No obstante, durante casi 30 años en Panamá no se ha adoptado una política de población explícita, pero si se han puesto en vigor algunas políticas sociales con claros efectos demográficos, entre las cuales se pueden mencionar, a manera de ejemplos:

- a). Las medidas preventivas y curativas de salud, las cuales han logrado la reducción de la mortalidad general y particularmente, la mortalidad infantil y materna.
La mortalidad infantil estimada en Panamá, varió de 69 por mil nacidos vivos en 1960 a 27 por mil en 1990 y 21.9 por mil en 1997.
La tasa de mortalidad materna ha descendido de 2.0 por mil nacidos vivos en 1960 a 0.7 en 1997.
- b). La política de salud materno infantil aumentó el acceso de la mujer a métodos anticonceptivos eficaces, reconociéndose la importancia de la salud reproductiva en favor del desarrollo integral, que a su vez se ha visto reflejada en un descenso de la fecundidad en Panamá.
Entre 1965 y 1995, el promedio de hijos por mujer en Panamá ha variado de 6 a 3. Es decir, se ha reducido en un 50%.
- c). La ampliación de la educación pública ha contribuido a mejorar las condiciones de vida de un amplio sector de la población.
En 1960 el promedio de años aprobados era 3.9. Datos del Censo de Población indican que este promedio alcanzó 6.7 años para 1990.
- d). La orientación del gasto público hacia los sectores sociales desde la década del 70, ha permitido otros avances importantes como la reducción del analfabetismo, la expansión y descentralización de la educación superior, el aumento de la cobertura con asistencia profesional en el parto, una mayor disponibilidad de personal médico y de enfermería por habitante, el aumento de la población con acceso a agua potable y servicios sanitarios y el aumento de la Esperanza de Vida al Nacer.

Estas disposiciones ilustran, cómo las políticas gubernamentales han incidido favorablemente en los cambios que se han producido en las variables demográficas del país. Esto a su vez ha confirmado la interacción y recíproca influencia de los factores poblacionales y los económico-sociales, que sugiere la conveniencia de adoptar una política explícita de población. Como resultado de esos avances, también se observaron mejoras en las condiciones de vida de la población en su conjunto. Sin embargo, hay que reconocer que una proporción importante de los habitantes del Istmo, no ve plenamente satisfechas sus necesidades esenciales.

En el marco de las recomendaciones de la CIPD, en el sentido de hacer evaluaciones que permitan conocer la integración de la población en los programas de

desarrollo, se realizó en el Ministerio de Planificación y Política Económica (MIPPE) en el año 1997, la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENV), con el apoyo financiero del PNUD, el BID, la Agencia Suiza de Desarrollo y Cooperación (SDC) y el Banco Mundial, organismo que además brindó la asistencia técnica. Durante este proceso, se utilizaron por primera vez metodologías especiales para medir la pobreza y el bienestar de las personas. Esto es, la determinación de la línea de pobreza en función del consumo mínimo de alimentación requerido por las personas, más el consumo de bienes y servicios esenciales como vivienda, transporte, educación, salud y vestuario, lo cual no es comparable con investigaciones sobre esta materia, realizadas anteriormente. El valor de la línea de pobreza se estimó en 726 Balboas de consumo al año por persona, lo que indica que las personas que estén por debajo de este nivel de consumo se clasifican como pobres.

Los resultados indican que el 37% de la población de Panamá vive en una "Pobreza Total", lo cual comprende a un poco más de un millón de personas. La "Pobreza Total" implica, que no pueden satisfacer las necesidades alimentarias ni los costos de los bienes y servicios esenciales, como son la vivienda, el transporte, educación, salud, vestido, etc. Asimismo, reveló la Encuesta, que el 22% de los nacionales viven en condiciones de "Pobreza Extrema" o indigencia, o sea, que ni siquiera tienen los recursos suficientes para satisfacer sus necesidades mínimas de alimentación.

A lo interno del territorio nacional, el drama se magnifica, cuando vemos que mientras en las ciudades la "Pobreza Total" afecta al 16% de la población, en el campo ésta comprende al 63% de los habitantes, alcanzando más del 90% en las áreas indígenas y las de difícil acceso. Igualmente, en el campo la "Pobreza Extrema" alcanza al 43% de la población y se eleva a 78 y 88% en las áreas de difícil acceso e indígenas, respectivamente.

También la encuesta muestra la vinculación que se da entre la pobreza y la educación. Tanto en la población de 25 años y más de edad como en los jefes de hogar, el nivel de escolaridad de los "Pobres Total" y los "Pobres Extremo", es la mitad o menos de la que alcanza la población calificada como "No Pobre" por la encuesta. Y como consecuencia de esta realidad, entre los "Pobres Total" y "Pobres Extremo", el 26 y el 34% de los niños menores de cinco años, respectivamente, están desnutridos. En tanto que en la población no calificada en estos grupos, sólo se da un 5% de desnutrición.

En Panamá la razón entre el Gasto Social y el Producto Interno Bruto (PIB) ha

girado en torno al 9%, cifra semejante a la de Colombia, Brasil y Venezuela, pero por debajo del porcentaje que destinan Chile, Uruguay y Costa Rica (16%). Sobre el particular, el Programa de Naciones Unidas ha estimado aconsejable que la razón entre el Gasto Social y el PIB se mantenga en torno al 10%. Puede decirse que el gasto social del gobierno ha aumentado de manera sostenida desde 1990, cuando el promedio per-cápita se ubicaba en 160 Balboas. Para 1995, el Gasto social por persona fue de 250 Balboas.

La necesidad de prestar atención de manera específica a los requerimientos de los sectores más vulnerables, determinó una nueva definición del Gasto Social para el período 1994-2000. El Gobierno Nacional está ejecutando una serie de programas y proyectos sociales, cuyo monto asciende a 819 Balboas, dirigidos principalmente a atender las necesidades de estos grupos, los cuales algunos se detallan a continuación:

a). Sector Educación

- *Proyecto de Educación Básica.* 58 millones de Balboas/ Gobierno-BIRF. Está focalizado en los 185 corregimientos más pobres de la República y su objetivo es mejorar el acceso y la calidad de la educación básica, ampliar la cobertura de la educación preescolar, dotar a las escuelas multigrado de materiales y capacitar a sus maestros. Todos los estudiantes del primero al noveno grado (41% de la matrícula del país), recibirán libros de texto. Se rehabilitarán y equiparán 1,704 aulas de primaria y se reemplazarán 348.
- *Programa de Equipamiento Colegios del Area Técnica.* 16 millones de Balboas/ Gobierno-Gobierno de España. El propósito es dotar de equipos a 225 laboratorios o talleres de 62 colegios técnicos profesionales. Se estima que con este proyecto se beneficiarán 40,364 estudiantes de todo el país.
- *Programa de nutrición escolar.* 40 millones de balboas/ Gobierno. Se suministra diariamente una ración alimenticia a alrededor de 360,000 estudiantes de educación preescolar y de primaria oficial.

b). Sector Salud

- *Programa de rehabilitación de los servicios de salud.* 52.7 millones de Balboas / Gobierno - BID. Este fondo está destinado a reforzar los programas preventivos de salud pública y a capacitar a más de 4,000 funcionarios en salud pública, gerencia y modernización de los servicios de salud.
- *Programa de construcción y equipamiento de Hospitales.* 80.8 millones de Balboas/ Gobierno - Gobiernos de España y China. Se equipará el Hospital San Miguel Arcángel y se construirán cuatro hospitales regionales en Santiago, Aguadulce, Las Tablas y La Chorrera, con capacidad de 904 camas, con el fin de reemplazar los hospitales existentes, en grado avanzado de deterioro.
- *Proyecto Salud Rural.* 41.7 millones de Balboas/ Gobierno - BID. Los planes de este proyecto son reducir la incidencia de la desnutrición en niños menores de cinco años, mujeres embarazadas o en estado de lactancia; incrementar cobertura en el suministro de agua potable y saneamiento básico rural, en los 28 distritos más pobres del país. Se calcula que unas 22,000 madres y 110,000 niñas y niños recibirán suplemento alimenticio y cuidados de salud. Además, unas mil comunidades tendrán acceso a agua potable y a 30,000 letrinas.

c). Sector vivienda, acceso a servicios públicos básicos y desarrollo a nivel local

- *Programa de viviendas de interés social.* 69.9 millones de Balboas./ Gobierno - BID. Se crearán subsidios y mecanismos de financiamiento conjunto con la banca privada, que permitirán que más de 30,000 familias de bajos y medianos recursos mejoren sus condiciones habitacionales.
- *Programa de Inversión Social.* Este programa es ejecutado por el Fondo de Emergencia Social (FES), con asistencia financiera de organismos internacionales, para aliviar la pobreza mediante la construcción de pequeñas obras de infraestructura social y económica.

■ *Programa de Inversión Local (PROINLO) y Obras Comunitarias.*

302.5 millones de Balboas./ Gobierno - BID_BIRF_FIDA. Desde 1995 ha contado con un financiamiento fijo anual de 22 millones de balboas, destinado a la construcción de pequeños proyectos de infraestructura social, económica y de vivienda, y proyectos de producción comunitaria.

d). **Desarrollo Rural Sostenible**

■ *Proyecto de Desarrollo de las Comunidades Ngobe-Bugle.* Población afectada por pobreza extrema. 14 millones de Balboas/ Gobierno-FIDA. El proyecto elevará las condiciones de vida de aproximadamente 5,000 familias, a través de la promoción y organización de las comunidades, capacitación y asistencia técnica, creación de fondos comunitarios para financiamiento de actividades productivas y la construcción y mejora de caminos de acceso.

■ *Proyecto de Desarrollo Sostenible del Darién.* 14.3 millones de Balboas/ Gobierno - FIDA. El proyecto se desarrolla en comunidades de extrema pobreza y contribuirá a elevar el nivel de vida de 2,900 familias (72%) indígenas. El objetivo es aumentar la autosuficiencia alimentaria para mejorar la nutrición y proteger el medio ambiente y los recursos naturales.

■ *Proyecto Pobreza Rural y Recursos Naturales.* Reducir la pobreza rural en la zona central del país; fortalecer el sistema nacional de áreas protegidas y restaurar los sistemas agrícolas degradados.

■ *Programa de titulación de tierras en Veraguas.* 4.5 millones de Balboas/ Gobierno -BID. Veraguas es una de las provincias más pobres del país, donde conviven el latifundio y el precarismo. Se realizará el catastro a 613 mil hectáreas y se expedirán 46,000 títulos de propiedad.

■ *Desarrollo Rural con Equidad de Género y Fortalecimiento del Liderazgo de la Mujer Rural.* 353,000 Balboas/ Gobierno -FAO-AECI. A través de estos proyectos se espera mejorar las condiciones de vida de 100 productoras de alimentos y sus familias en el distrito de Atalaya y fortalecer 10 organizaciones de mujeres rurales en los distritos de Chame y Capira, por medio de actividades de capacitación, asistencia técnica, crédito para la producción y titulación de tierras.

e). **Sector Trabajo**

- *Proyecto de un Sistema de Capacitación y Empleo Basado en Requerimientos de Mercado.* 5.4 millones de Balboas/ Gobierno-FIDA-FOMIN. El objetivo es fortalecer la capacidad para iniciar la modernización del sistema de empleo y capacitación. Se beneficiarán 2,000 jóvenes de ambos sexos y se mejorará la competitividad de 300 empresas y la productividad de por lo menos el 75 % de sus empleados.

El medio ambiente

La formulación de una estrategia ambiental para el desarrollo sostenible, tiene como uno de sus objetivos mejorar la calidad de vida de las personas que viven en Panamá, en el marco de un uso sostenible de los recursos naturales y de la generación de una calidad ambiental que ofrezca mayores opciones para la satisfacción de las necesidades básicas, recreativas, estéticas y espirituales.

En este sentido, se busca alcanzar un balance adecuado entre el campo y la ciudad, a través de la definición de planes estratégicos que promuevan un desarrollo socioeconómico y cultural integral. En este proceso, es evidente la necesidad de evaluar, en los planes de desarrollo del país, tanto el potencial que tienen determinadas áreas, como el impacto que las actividades de las personas tienen en zonas especialmente frágiles, o que ameritan un uso específico como la *cuenca hidrográfica del Canal*.

En la presión sobre los recursos naturales, se combina en mayor medida, la actividad de algunos sectores de la industria manufacturera con el resultado de los hábitos culturales de las personas que cultivan la tierra y se suman elementos como la migración interna. Los desplazamientos de las zona rurales a otras áreas de carácter similar, están marcadas por la búsqueda de nuevas tierras de producción. La provincia de Darién y algunos sectores de la cuenca del Canal, presentan el mayor impacto de estos movimientos de la población. La migración rural-urbana o de poblados pequeños a las ciudades, también presenta claras motivaciones económicas y de búsqueda de mejores oportunidades de lograr una calidad de vida adecuada. Quienes migran esperan encontrar acceso a la educación y a nuevas fuentes de trabajo.

En resumen, en el campo de las relaciones entre población, crecimiento económico sostenido y desarrollo sostenible, una de las mayores dificultades que encuentra el país es la falta de sistemas de medición específicos, que permitan conocer el impacto de los programas y proyectos puestos en práctica para atender las necesidades de los sectores más vulnerables. En este sentido, la ENV constituye un logro y una herramienta, que permitirá orientar la Estrategia Social del Estado hacia un fortalecimiento de las esferas relativas al capital humano, la integración social y la lucha contra la pobreza.

El manejo y la protección de los recursos naturales, así como la conveniencia del que el Estado defina políticas claras sobre el tema, es uno de los puntos donde la actividad de la sociedad civil organizada ha tenido una mayor incidencia. En los últimos cuatro años, se ha fortalecido y actualizado el marco legal que regula el uso de los recursos naturales renovables. Los incentivos fiscales a la reforestación, la obligatoriedad de presentar estudios de impacto ambiental, la regulación sobre el uso y manejo del agua y los manglares, así como la aprobación de la ley del medio ambiente, en mayo de 1998, presentan pasos específicos en la definición de una reglamentación en este sector.

B. IGUALDAD Y EQUIDAD ENTRE LOS SEXOS Y HABILITACION DE LA MUJER

1. Bases para la Acción - Medidas Necesarias

El empoderamiento y la autonomía de la mujer, así como el mejoramiento de su condición política, social, económica y sanitaria, constituyen en sí un fin de gran importancia; además, lo anterior es indispensable para lograr el desarrollo sostenible. Es preciso que mujeres y hombres participen por igual en la vida productiva y reproductiva, incluida la crianza de los hijos y el mantenimiento del hogar.

Dado que en todas las sociedades la discriminación, por razones de sexo, suele comenzar en las etapas más tempranas de la vida, una mayor igualdad para la niña es un primer paso necesario para asegurar que la mujer realice plenamente sus posibilidades y participe en pie de igualdad en el proceso de desarrollo.

El hombre desempeña un papel clave en el logro de esta igualdad de los sexos, puesto que, en la mayoría de las sociedades, ejerce un poder preponderante en casi todas las esferas de la vida.

Las medidas que se tomen deberán tender a habilitar a la mujer en todos los aspectos de la vida nacional y eliminar la desigualdad entre hombres y mujeres a la mayor brevedad. Por tanto, es preciso potenciar el valor de las niñas para sus propias familias y para la sociedad, más allá de su definición de futuras madres y encargadas del cuidado de los niños.

2. Avances Logrados en el País

En la Declaración y Plataforma de Acción surgidas de la "Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer", que tuviera lugar en Beijing en el año 1995, se pueden apreciar los 12 objetivos y medidas estratégicas aprobadas para alcanzar la igualdad y equidad entre mujeres y hombres. En Panamá se han reportado adelantos en dos áreas, destacándose entre ellas, la superación de la mujer en cuanto a su capacitación y educación, y en la atención en salud. Sin embargo, en lo referente a la participación de la mujer en la fuerza laboral, generación de ingresos, el ejercicio del poder y la adopción de decisiones, tanto en el seno familiar como en la sociedad, la mujer panameña ha mantenido una posición desventajosa.

En el campo de la salud, la ejecución de programas preventivos y curativos, en especial dirigidos a atender la salud materno infantil, con énfasis en la salud reproductiva, ha favorecido a las mujeres de manera sostenida. El impacto de estos programas puede medirse en la reducción a límites mínimos de la mortalidad materna. En 1955, la tasa de mortalidad materna era de 2.3 por mil nacidos vivos y en 1997 era de 0.7 por mil.

En cuanto al acceso y promoción de la mujer a la educación las estadísticas revelan en Panamá la condición de igualdad con los hombres, logrando mayores niveles que éstos en la educación media y superior. Sin embargo, en los grupos más vulnerables de la sociedad, como las áreas rurales de difícil acceso y las comunidades aborígenes, los hombres tienen un nivel de escolaridad mayor que las mujeres.

A pesar de que las mujeres presentan en promedio, un mayor nivel de escolaridad que los hombres, tiene más dificultad para ingresar al mercado laboral. Cuando se analiza

la participación de la mujer en la fuerza laboral, el panorama cambia. Su participación sigue siendo la mitad que la de los hombres, apreciándose un leve incremento a través del tiempo (42% de la población femenina de 15 años y más, en 1996). A esto hay que añadir la mayor dificultad que encuentra la mujer con relación a los hombres, para ingresar al mercado laboral; manteniendo así una tasa de desocupación que es el doble de la de los varones (20% de la PEA femenina de 15 y más, en 1996). Otros aspectos que caracterizan a la mano de obra, como es la ocupación y los salarios, también presentan mayores desventajas para éstas.

El incremento de la participación de la mujer en los cargos de elección popular, ha sido mínimo desde 1948, año en que fue aprobado el voto femenino. Un ejemplo de esto es la Asamblea Legislativa. Con el fin de contar con un marco legal que garantice la participación de la mujer en la adopción de decisiones, en julio de 1997 se aprobó la Ley N° 2, que establece que debe existir un mínimo de 30% de mujeres en las listas de postulaciones a cargos de elección popular y en las directivas de los partidos políticos. Una de las metas es apoyar y hacer respetar la asignación de la cuotas electorales para las mujeres, en las dos instancias descritas en la ley, durante el proceso electoral que culmina en 1999.

Después de la CIPD en 1994 y de la Mujer en 1995, el Gobierno Nacional inició una política de atención, formulando proyectos de desarrollo dirigidos especialmente a la mujer. Este planteamiento estuvo precedido por la aprobación del Código de la Familia, en el año 1994, donde se establecen disposiciones que mejoran sustancialmente la situación de la mujer dentro del ámbito familiar y de la comunidad, tal como la igualdad de derechos y deberes de los cónyuges, la legalización del matrimonio de hecho, la participación en las ganancias habidas en el matrimonio.

Mediante Ley sancionada en el año 1995, se tipifican los Delitos de Violencia Intrafamiliar y Maltrato de Menores, se ordena el establecimiento de dependencias especializadas para la atención de las víctimas de estos delitos, se reforman y adicionan artículos al Código Penal y Judicial, y se adoptan otras medidas. Ya en 1980, el Gobierno Nacional había ratificado la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

A finales del año 1997, se tomó la decisión de crear el Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia (MJMNF), cuyos objetivos generales son impulsar el desarrollo humano por la vía de la participación y la promoción de la equidad, así como la organización, administración, coordinación y ejecución de políticas, planes, programas y diversas acciones tendientes al fortalecimiento de la familia, la comunidad y de los grupos de atención prioritaria.

La Dirección Nacional de la Mujer, es la entidad encargada de atender los asuntos de la mujer en el MJMNF. Entre sus funciones cabe destacar la de promover la equidad entre los géneros, a través de la ejecución de políticas dirigidas a elevar y mejorar la condición de la mujer; desarrollar las investigaciones y estudios pertinentes; diseñar políticas públicas que faciliten la incorporación de la equidad de género en los planes nacionales de desarrollo y establecer relaciones y coordinar actividades con instituciones gubernamentales y organismos no gubernamentales, de carácter nacional e internacional, para el intercambio de experiencias e información, así como para ejecución de acciones que favorezcan la promoción de la mujer.

Este nuevo ministerio se crea por la necesidad de redimensionar y relevar el problema social, para lograr una mayor coordinación y coherencia institucional; definir políticas globales para los marginados; uso racional de los recursos y para lograr eficiencia en el gasto social.

De cara a los compromisos adquiridos por Panamá en la CIPD y en la Conferencia de Beijing, el Estado ha fortalecido el marco legal e institucional, lo que permitirá plantear un desarrollo con equidad. A corto plazo, es indispensable considerar los datos de cada sexo por separado en las estadísticas nacionales y proyecciones de población, con el fin de que la sociedad reconozca que la contribución económica de las mujeres está subestimada y que tal contribución tiene un papel fundamental en el desarrollo del país.

La capacitación de las personas que formulan políticas, estrategias, programas y proyectos en temas que permitan incorporar la perspectiva de género en los planes de desarrollo, potenciará la plena ejecución de las medidas que se tomen desde el gobierno con el fin de contribuir al empoderamiento de las mujeres. Como en otros puntos, es necesario fortalecer la evaluación del impacto de los proyectos, a través de la capacitación y del acceso a los instrumentos requeridos.

C. LA FAMILIA, SUS FUNCIONES, DERECHOS, COMPOSICION Y ESTRUCTURA

1. Bases para la Acción - Medidas Necesarias

Aunque hay diversas formas de familia en los diferentes sistemas sociales,

culturales, jurídicos y políticos, la familia es la unidad básica de la sociedad y, por consiguiente, tiene derecho a recibir protección y apoyo amplios.

Las familias son sensibles a las tensiones que provocan los cambios sociales y económicos. En los últimos años las condiciones han empeorado para muchas familias, debido a la falta de empleo remunerado. Cada vez hay más familias vulnerables: con un solo progenitor, pobres, con ancianos o discapacitados, familias desplazadas, con toxicomanías, maltrato de los niños y violencia doméstica, desintegración familiar, abandono de los niños a sus propios medios, la explotación laboral y sexual, los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual.

Los gobiernos deberían formular políticas en que se tengan en cuenta a las familias en lo relativo a la vivienda, el trabajo, la salud, la seguridad social y la educación, como objeto de crear un medio ambiente armónico que combata la violencia doméstica. Además, vigilar el efecto que tales medidas procuren al bienestar de la familia.

Los gobiernos, en cooperación con los empleadores, deberían facilitar y promover los medios necesarios para que la participación en la fuerza laboral sea compatible con las obligaciones familiares, especialmente en el caso de las familias con niños pequeños. Dichos medios podrían incluir seguro médico y seguridad social, guarderías y salas de lactancia en el lugar de trabajo, jardines de infancia, trabajos de jornada parcial, licencia paterna y materna remunerada, horarios flexibles y servicios de salud reproductiva y de salud infantil. Aplicar medidas para eliminar los matrimonios entre menores.

2. Avances Logrados en el País

De acuerdo a los resultados de la Encuesta de Niveles de Vida (ENV) realizada por el MIPPE en el año 1997, los hogares en Panamá cuentan con un promedio de 4.2 personas, lo que denota a través del tiempo, una tendencia a la reducción de su tamaño; en lo cual tienen efectos determinantes el desarrollo económico y social, el costo de la crianza de los hijos, el descenso de la fecundidad, etc. No obstante, en los grupos con mayores carencias, como son los "Pobres Total" y los "Pobres Extremo", el promedio de personas por hogar se eleva a 5 y 6, respectivamente.

La misma fuente informa que, uno de cada cuatro jefes de familia son mujeres y el número de trabajadores por hogar tiende a ser dos, lo cual denota la presión económica que obliga tanto al hombre como a la mujer a participar en el mercado laboral. A ello también ha contribuido el aumento del nivel de escolaridad de los jefes del hogar, que

casi llegan a terminar el primer ciclo de secundaria (8.4 años de estudio). Sin embargo, dentro de los grupos más vulnerables, los jefes de hogar se encuentran en situación de desventaja: tanto en los "Pobres Total" como en los "Pobres Extremo", los jefes de hogar no llegan a terminar la educación primaria (5.2 y 4.2 años de estudio, respectivamente).

En cuanto al ingreso económico de la familia, el Censo de 1990 reveló que este es un poco mejor cuando el jefe del hogar es hombre (260 balboas mensuales) que cuando es mujer (197 balboas mensuales); diferencia que se hace mayor cuando se refiere a las familias que viven en las ciudades, donde el ingreso familiar cuando el jefe es varón, alcanza los 463 balboas mensuales, en contraposición a los 285 balboas que reciben los hogares con jefe mujer. La situación es más dramática y preocupante en las familias que viven en el campo, donde el ingreso familiar es menos de la mitad del promedio nacional (102 balboas mensuales). En este sentido, vale resaltar que más de una tercera parte de los hogares jefaturados por mujeres (34.3%), tiene ingresos inferiores a 100 balboas mensuales.

Con respecto a la condición de las viviendas y el medio ambiente que las rodea, ésta ha mejorado de manera sostenida, lo cual se puede observar en los siguientes índices correspondientes al año 1997: 87% de población servida con agua potable, 92% con servicio sanitario, 15% de viviendas con piso de tierra y casi un 70% de cobertura en cuanto a la atención de salud, por parte de clínicas y hospitales públicos, así como centros y sub-centros de salud. Por otro lado, cada día la familia panameña se encuentra mejor comunicada, a nivel nacional e internacional, al evidenciar que tres de cada cuatro personas tiene acceso a la radio y a la televisión.

No obstante, los grupos pobres, postergados desde el punto de vista económico, siguen padeciendo las consecuencias de esa situación: entre el 63 y 73% tienen servicio de agua potable, del 20 a 30% carecen de servicio sanitario y entre el 35 a 47% habitan en viviendas con piso de tierra. Por el contrario, la cobertura de los servicios de salud suministrados por las clínicas y hospitales públicos, así como por centros de salud y sub-centros, está llegando al 80% de estos grupos marginados.

Lo que acontece dentro del seno de la familia, de alguna forma se proyecta en la comunidad. A pesar de los avances que se perciben en las relaciones familiares y su condición social y económica, en Panamá se ha incrementado de manera alarmante la delincuencia, lo cual agobia principalmente en las ciudades.

Las estadísticas de "detenidos" muestran el incremento de éstos, lo cual casi alcanza a 20 personas por cada 1000 habitantes. De los detenidos, el 90% son varones y

el 20% son menores de 20 años. Dentro de la diversa gama de delitos cometidos, ocupan un lugar importante, los que contravienen el orden jurídico familiar y el estado civil, los hurtos y robos; contra la vida e integridad personal; la posesión y tráfico de drogas, así como el portar armas y municiones en forma ilegal.

Aunque hasta la fecha los programas de desarrollo social no explicitan a la familia, hay que reconocer que todo lo que se ha hecho a este respecto, ha favorecido en la mayoría de los casos a la familia panameña. No obstante, es a partir de la década de los 90, cuando el Gobierno Nacional siente la necesidad de enfocar de manera explícita programas de desarrollo que tengan sus repercusiones más directas en la familia. Así surge el "Código de la Familia", aprobado en el año 1994, donde se establecen disposiciones que favorecen a la mujer, los niños y las niñas, y a la familia en su conjunto.

Panamá también cuenta con la *Ley 50*, que promueve la lactancia materna y dispone, entre otras medidas, la habilitación de espacios en los centros de trabajo para que la mujer trabajadora cuente con las condiciones para amamantar. Además, el Estado panameño, se ha comprometido a respetar y cumplir algunas recomendaciones de los convenios de la Organización Internacional del Trabajo, que incidirán en el bienestar de la familia, tales como la *Recomendación 90*, que propone instituir servicios para que los trabajadores que tengan cargas familiares y el *Convenio 156*, que establece que las responsabilidades familiares no deben constituir de por sí una causa de despido.

Como una medida para respaldar el cumplimiento de la *Ley 27*, que tipifica los delitos de violencia intrafamiliar, el Programa Mujer, Salud y Desarrollo del Ministerio de Salud, elaboró el Plan Nacional contra la violencia intrafamiliar, la divulgación de la ley 27 y la capacitación de funcionarios, líderes comunitarios, adolescentes y mujeres en temas de violencia intrafamiliar.

En 1997, se creó el Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia (MJMNF), cuyos objetivos generales son impulsar el desarrollo humano por la vía de la participación y la promoción de la equidad; así como la organización, administración, coordinación y ejecución de políticas, planes, programas y diversas acciones tendientes al fortalecimiento de la familia, la comunidad y de los grupos de atención prioritaria.

La Dirección Nacional para atender los asuntos de la Familia, entidad adscrita al MJMNF, tiene entre sus funciones: identificar y analizar en el terreno la situación de la familia; ejecutar acciones que contribuyan al desarrollo integral de la misma; divulgar los deberes y derechos que señalen las leyes para el grupo familiar; fomentar el desarrollo de

servicios públicos y privados, para la protección y asistencia de los diferentes miembros del hogar; organizar y capacitar a las familias a nivel comunitario para su participación en el desarrollo y evaluar los resultados de los proyectos vinculados a la familia.

Frente al número de personas que componen un hogar, los datos sugieren que podría estarse dando un estancamiento en las tendencias de reducción de la fecundidad. En general, en lo que se refiere a este campo, cabe destacar que Panamá presenta adelantos en lo que se refiere al marco legal y a la adopción de medidas internacionales que protegen el bienestar de la familia. El desafío radica en hacer cumplir tales leyes, lo que implica involucrar al sector privado, a los grupos organizados de la sociedad civil y a las propias entidades estatales encargadas de promover y aplicar dichas medidas. De igual modo, es necesario promover entre las personas el ejercicio de los derechos consignados en las nuevas leyes. En este sentido, la creación del MJMNF incorpora un elemento más, que debe favorecer el bienestar de las familias, en la medida en que pone a disposición del desarrollo de este sector, una infraestructura estatal especializada en el tema.

D. CRECIMIENTO Y ESTRUCTURA DE LA POBLACION

1. Bases para la Acción - Medidas Necesarias

Al tratar de resolver las cuestiones relativas al crecimiento demográfico, los países deberían reconocer la relación recíproca entre el nivel de fecundidad y el de mortalidad, y tratar de reducir los niveles elevados de mortalidad infantil y materno infantil. Se exhorta a los países a que promulguen y apliquen estrictamente leyes contra la explotación económica, el abuso físico y mental o el descuido de las niñas y niños,

Los gobiernos deberían fortalecer sus sistemas de apoyo y de seguridad, tanto oficiales como no oficiales, para las personas de edad y eliminar todas las formas de violencia y discriminación contra las personas de edad.

Las poblaciones indígenas debería poder administrar sus tierras y se debería proteger y renovar los recursos naturales y los ecosistemas de los que dependen. Se exhorta a los gobiernos a que establezcan la infraestructura apropiada para atender las necesidades de las personas con discapacidad, en particular en lo referente a su educación, capacitación y rehabilitación.

1. Tamaño y Evolución de la Población de Panamá

El Censo Nacional de 1990 estimó la población de la República de Panamá en 2.4 millones de habitantes para dicho año. Esto significa un incremento demográfico de 1.3 millones de personas en 30 años, como consecuencia de una tasa de crecimiento que evolucionó de 3.3% anual en la década del 60 a 2.6% en la del 80, dando lugar a la duplicación de la población del país en solo 24 años. Se espera que la tasa de crecimiento para los años 90 sea de 1.9%.

2. Componentes del Crecimiento Demográfico

La contracción que ha experimentado la tasa de crecimiento demográfico en Panamá durante los últimos 30 años, se ha debido al descenso de la tasa de fecundidad, lo cual se comenzó a manifestar alrededor del año 1965. Es así como en el período de tiempo mencionado, el promedio de hijos por mujer en Panamá ha variado de 6 a 3, es decir, que se ha reducido en un 50%.

No obstante, dentro del territorio nacional se marcan importantes diferenciales, apreciándose en las áreas rurales un promedio de 3.8 hijos por mujer, que viene siendo casi el doble de lo que se observa en las áreas urbanas (2.1). La mayor comunicación y acceso a los servicios, que se ve favorecido con la concentración de la población, ejerce una influencia importante en el descenso de la fecundidad.

En cuanto a las tasas de fecundidad por edad de la madre, éstas destacan las mayores frecuencias de nacimientos en el tramo de los 20-24 años, seguido muy de cerca por las edades 25-29. Es así como las mujeres entre 20-29 años aportan más de la mitad (54%) del total de los nacimientos que ocurrieron en el país en el año 1990.

La tendencia de descenso de la fecundidad en Panamá ha sido más pronunciada en la década del 70, moderada en el período 80-90 y más leve al inicio, en la década del 60. A ello ha contribuido el descenso experimentado por la fecundidad de las mujeres en todas las edades, pero particularmente en el tramo de los 20-24 y 25-29 años, donde las tasas son más altas. Sin embargo, la mayor velocidad de descenso experimentado por las tasas de las mujeres de 30-49 años, ha afectado la estructura de éstas, concentrando el mayor aporte de nacimientos entre las edades 20-29. En cuanto a la tasa de fecundidad de las jóvenes de 15-19 años, ésta experimentó la menor velocidad de descenso, lo cual hizo incrementar su importancia relativa de 12 a 16%, en el mismo período. Debido a los riesgos tanto físicos como a las consecuencias sociales, económicas y psicológicas desfavorables que afectan a las madres adolescentes, este es un sector que debe recibir especial atención.

De acuerdo con los resultados de un estudio retrospectivo de la fecundidad, basado en el Censo de 1990, encaminado a establecer los factores determinantes de los niveles de la fecundidad en Panamá, se pudo constatar que de las ocho variables estudiadas, las que marcan mayores diferencias, entre las categorías que las constituyen, son en orden de importancia: el Nivel de instrucción, el Estrato socio-ocupacional del Jefe del Hogar y el Estado conyugal. Siguiendo en importancia los Contextos espaciales donde reside la mujer, el Ingreso del jefe del hogar y la Participación de la mujer en la actividad.

La mayor fecundidad la experimentaron las mujeres con poca instrucción (6.5 hijos) y las que viven en hogares cuyo jefe labora en el Sector Agrícola (6 hijos), reduciéndose a la mitad, cuando éstas superaron el primer ciclo de la secundaria, pertenecen a hogares donde la ocupación del jefe es catalogada como alta o media y los ingresos de éste superan los B/.1,000 mensuales.

Con respecto al estado conyugal de la mujer, cabe resaltar que las "unidas" tienen un mayor número de hijos que las "casadas"; sin embargo, la diferencia de fecundidad entre ambos grupos está influida, en gran medida, por las condiciones sociales y económicas diversas que caracterizan a las mujeres de ambos grupos. Las unidas tienen menor nivel de instrucción que las casadas; se encuentran en mayor proporción en hogares cuyo sustento procede del sector agrícola y el ingreso mensual es menor a los B/.200 mensuales.

A pesar de que la fecundidad ha experimentado una disminución importante en los últimos 30 años, la velocidad de crecimiento de la población sigue produciendo incrementos absolutos, a lo cual ha contribuido en gran medida, el rápido descenso de la mortalidad, en el mismo período. Es así como de acuerdo a los cálculos realizados para elaborar las proyecciones de población, la esperanza de vida al nacer en Panamá, pasó de 62 años en 1960 a 72 en 1990, alcanzándose en las mujeres un nivel superior: 75 años.

En Panamá, el nivel de la mortalidad en la segunda mitad del siglo XX ha experimentado un marcado descenso, que se sintetiza en una ganancia de 19 años en la esperanza de vida al nacer, a lo largo de 40 años. La mortalidad ha disminuido en los distintos contextos socio-espaciales, beneficiándose primero y mejor los grupos en condiciones económicas y sociales más favorables, como son los que habitan en las localidades urbanas. La sobremortalidad masculina de 1.8 años menos de esperanza de vida al nacer frente a la mujer, alcanzó casi cinco años en 1990. Este fenómeno se repite en los diferentes niveles de desagregación geográfica.

La dinámica de la población de Panamá durante el período considerado, ha sufrido

modificaciones a causa del movimiento de personas a través de sus fronteras internacionales; pero éstos han sido más significativos en los desplazamientos internos. Respecto a estos últimos, los más importantes son los que se han dado desde las áreas rurales a las urbanas.

La migración internacional es el componente que adolece de información estadística fidedigna. Por tanto, urge atención prioritaria la cooperación técnica nacional e internacional, incluyendo la cooperación entre países, para intercambiar información, a fin de establecer un sistema estadístico que beneficie los estudios de población.

3. Composición de la Población: (Sexo y edad)

La población del país continúa presentando índices de masculinidad superiores a 100; lo cual sugiere que el mayor número de nacimientos de varones que de niñas, ha logrado neutralizar en el total de habitantes los efectos de la mortalidad diferencial que favorece a las mujeres. Por otro lado, la migración internacional mayoritariamente masculina, pareciera no haber alcanzado magnitudes significativas en el caso de Panamá.

A través de los censos, la población masculina excede a la femenina entre los menores de 15 años y mayores de 30 hasta los 69 años. No obstante, en el tramo 15-29 la sobre-mortalidad masculina hace que el índice tienda a 100; así mismo, a partir de los 70 años, la mayor longevidad femenina determina índices de masculinidad inferiores a 100. Entre los 15 y los 29 años, la sobremortalidad masculina se incrementa debido a causas relacionadas con la violencia, como accidentes de tránsito y los homicidios.

La composición por sexo en el área urbana permite advertir que no ha variado el patrón de migración interna en Panamá: la mujer se desplaza desde el campo a las ciudades en mayor proporción que el hombre; de ello resulta que el índice de masculinidad sea mayor en el área rural.

La estructura por edad resume la historia demográfica, la cual se caracteriza en Panamá, por la pérdida de importancia relativa de la población infantil y juvenil (menores de 15 años), como consecuencia del descenso de la fecundidad; y en el aumento proporcionalmente mayor de las edades adultas (edades productivas), y en el incremento aun mayor de la población de 60 años y más, que evidencia un leve proceso de envejecimiento de la población del país, por efecto del descenso de la mortalidad. Por demás, tales cambios son más marcados en las ciudades que en el campo.

4. Perspectivas Futuras

Cuando la fecundidad alcanza bajos niveles, como ya se aprecia en Panamá en 1990 (3 hijos por mujer), los decrementos futuros de la fecundidad continuarán dándose, pero más lentamente. De acuerdo a las proyecciones, se ha estimado que en el país se alcanzará una tasa global de fecundidad de 2.2 hijos por mujer, alrededor del 2015. Esto implica un acercamiento al nivel de reemplazo, que es cuando se tienen los hijos suficientes para asegurar la existencia de ambos padres y continuar reproduciendo la población. De esta manera el número de los nacimientos anuales se mantendrá más o menos constante por un tiempo y luego comenzará a disminuir, variando de 63,000 en el quinquenio 1990-95 a 58,000, en el 2010-15.

Para entonces, Panamá ya habrá alcanzado los 3 millones y medio de habitantes, habiéndose incrementado en un millón de personas en solo 25 años; encontrándose en este total a 909,000 mujeres en edad fértil, lo cual implica un incremento de 50% en el mismo período. Por tanto, una población que alcance el nivel de reemplazo, puede seguir creciendo, ya que la alta fecundidad del pasado ocasiona una gran concentración de mujeres en edad reproductiva, y de ahí que el total de nacimientos siga superando al total de las defunciones.

Por consiguiente, una vez que se alcance el nivel de reemplazo en Panamá, alrededor del 2015, habrán de transcurrir por lo menos 55 años más, para que cada nuevo nacimiento sea contrarrestado por una defunción; y en ausencia de movimientos migratorios internacionales importantes, la población del país deje de crecer y se haga estacionaria alrededor del año 2070, es decir, dentro de dos generaciones.

Lo que acontezca en la reproducción humana en Panamá a fines de esta centuria y en el Siglo XXI, debe ser tomado en cuenta con seriedad en los planes de desarrollo del país, a corto, mediano y largo plazo; por cuanto ello será casi en exclusividad lo que decida, cuánto seremos y la distribución por edad que tenga la población futura.

Este conocimiento es vital en la toma de decisiones en materia de salud, educación, empleo, vivienda, seguridad social, transporte, comunicaciones, etc. Asimismo, para la preservación de los recursos naturales y un medio ambiente habitable, para una población que se seguirá expandiendo con mucha fuerza durante los próximos 70 años, hasta llegar a estabilizarse. A esto hay que agregar la necesidad de corregir y resolver los problemas que actualmente padecen diversos sectores de nuestra población, lo cual frena el mejoramiento de su calidad de vida, como son: el desempleo y subempleo crónico; la marginalidad y limitaciones educativas; la inadecuada distribución del ingreso, de la tierra y los servicios básicos; el déficit habitacional, etc.

A lo interno de la geografía nacional y de los distintos estratos sociales y

económicos, el drama se magnifica, a causa de las marcadas diferencias que se aprecian actualmente en los niveles de la fecundidad, lo cual contribuye a agravar el desbalance que afecta a la procreación, la formación de la familia y la condición de la mujer en nuestro país. Porque son precisamente las más pobres, las que tienen menos instrucción y viven más aisladas, las que no pueden ejercer su derecho de tener el número deseado de hijos, a quienes puedan ofrecer una vida digna en todos los aspectos. Su alta fecundidad no solo contribuye a que estos grupos humanos crezcan más rápidamente, sino que ello también gravita en el deterioro de su calidad de vida.

Por tanto, se hace necesario la plena integración de la mujer en la proceso de desarrollo, la promoción de la justicia y la movilidad social, así como una distribución más equitativa del ingreso y los servicios, que permitan alcanzar estas metas.

En cuanto a la atención de los adultos mayores, los discapacitados y la población indígena, en el país se han tomado algunas medidas tendientes a brindar la oportunidad de una mejor educación, acceso a los servicios de salud y elevar el nivel de vida. Lo anterior se incluye en las acciones a cargo del Ministerio de Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia, en cuya estructura organizacional se han incluido Direcciones Nacionales encargadas de estos grupos meta.

E. DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SALUD REPRODUCTIVA

1. Bases para la Acción-Medidas Necesarias

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear responsablemente. Ello implica el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas a decidir el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos, previniendo de esa manera los embarazos no deseados; y a disponer de la información y medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

Mediante el sistema de atención primaria de salud, los países deben esforzarse por que la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015. Esta debe abarcar información, educación y servicios de planificación de la familia, atención prenatal y post-parto, promoción y práctica de la lactancia materna, salud materno-infantil, tratamiento de la infertilidad y la prevención del aborto.

Todos los países deben evaluar la magnitud de las necesidades nacionales no atendidas de servicios de planificación familiar de buena calidad, prestando especial atención a los grupos más vulnerables y desatendidos de la población, logrando su cobertura total lo antes posible, en todo caso para el año 2015.

La incidencia mundial de las enfermedades de transmisión sexual es alta y sigue aumentando, lo cual ha empeorado con la aparición de la epidemia del VIH. Por consiguiente, los programas de salud reproductiva deberán intensificar sus esfuerzos de prevención y tratamiento de éstos, para garantizar tanto la salud de los adultos como la de los productos de la concepción.

Se debe prestar apoyo a actividades y servicios en materia de educación sexual integrada para los jóvenes, con la asistencia y orientación de los padres y en consonancia con la Convención sobre los Derechos del Niño. Hacer hincapié en la responsabilidad de los varones en cuanto a su propia salud sexual y fecundidad. Los países deben proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, información y asistencia en materia de salud reproductiva, para reducir el número de embarazos entre los adolescentes, tanto para el bienestar de su salud física como social.

2. Avances Logrados en el País

El Ministerio de Salud, con el apoyo de los servicios médicos proporcionados por la Caja de Seguro Social y las instituciones privadas, han desarrollado en el país programas altamente eficientes en el campo de la Salud Materno Infantil, que involucran actividades de planificación familiar y atención a las enfermedades de transmisión sexual; con una cobertura nacional que abarca a toda la estructura etarea de la población. Con ello se ha mejorado la atención del parto, garantizando una mejor salud, tanto a la madre como al niño; esto se ve reflejado en el descenso a niveles mínimos de la mortalidad materna y la mortalidad infantil.

Para darle seguimiento al Plan Nacional de Acción para el Desarrollo Humano, la Infancia y la Juventud: 1992-2000, en cumplimiento de las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y la Convención de los Derechos del Niño, el Ministerio de Salud ha venido impulsando los siguientes programas y proyectos:

- a) Reforzar la capacidad administrativa a los niveles regionales y locales, promoviendo la descentralización del sistema de salud.

- b) Capacitar al personal técnico-administrativo, en el campo de la Salud Materno-Infantil y del personal tradicional (parteras empíricas) en la atención prenatal, del parto y el puerperio, lo cual ha incrementado sustancialmente el porcentaje de partos sin riesgo.
- c) Programas de giras médicas asistenciales a las áreas de difícil acceso.
- d) En áreas de difícil acceso, se entregan anticonceptivos orales a las mujeres.
- e) Dotar de alimentos y suplementos de hierro y ácido fólico, para ser suministrados a las embarazadas desnutridas y de alto riesgo.
- f) Se desarrolla un importante esfuerzo para mejorar la nutrición, especialmente de los niños en edad escolar. Se suministra complementos alimentarios; desarrollo de proyectos de producción de alimentos a través de huertos escolares, comunitarios y granjas avícolas.
- g) Se aplican permanente las vacunas para prevenir enfermedades transmisibles a los niños menores de cinco años.
- h) Se promulgó la Ley por lo cual se protege y fomenta la lactancia materna, la cual se ha puesto en práctica a través de la iniciativa de "Hospitales Amigos de los Niños".
- i) Se ha implantado el Sistema de Información Perinatal, en casi todas las Regiones de Salud.
- j) Actualización de las normas de atención integral de la mujer, la embarazada de alto riesgo e implementación de una nueva tarjeta de control de salud.
- k) Revisión y actualización de normas de atención del embarazo, parto y puerperio, 1995.
- l) Revisión y actualización de normas de detección de lesiones en el cuello uterino, 1997.
- m) Elaboración del Plan Nacional (1995-99) de Salud de la Mujer, la Madre, la Niñez, el Escolar y el Adolescente.

- n) Divulgación por los medios de comunicación, de mensajes de promoción de la salud.
- ñ) Desarrollo de proyectos de mejoramiento del medio ambiente y dotación de servicios sanitarios y de acueductos rurales.

El Gobierno Nacional se propone reducir el nivel de la fecundidad en las edades donde son más frecuentes los embarazos de alto riesgo, es decir, en las jóvenes menores de 20 años así como en las mujeres de 35 y más. En el primer caso se proyecta lograr una tasa no mayor de 60 nacimientos por mil mujeres, y para el grupo de más edad, una tasa igual o menor de 15 por mil. De acuerdo a la tendencia de las tasas observadas recientemente, quizás ello pueda darse alrededor del año 2015.

Como parte de las actividades de Planificación Familiar, el gobierno proporciona anticonceptivos directamente, por conducto de las instituciones de salud pública; apoya y permite el suministro de anticonceptivos a través de fuentes no gubernamentales.

De acuerdo a los resultados de la última Encuesta sobre Salud Materno-Infantil, realizada en Panamá en el año 1984, entre las mujeres de 15-44 años de edad Casadas o Unidas, el 58% usaban algún medio de regulación o control de la fecundidad, siendo el método más popular, la esterilización (32%). El uso de medios de control aumenta con la edad de la mujer, variando de 23% en las de 15-19 años, hasta alcanzar más de 70% a partir de los 35 años, y cuando ya se han tenido tres hijos. Al continuar el descenso moderado de la fecundidad en las décadas del 80 y 90, es de suponer que el porcentaje de usuarias de algún método anticonceptivo, incluyendo la esterilización, haya aumentado a más del 60%.

La Encuesta de 1984 reveló que a nivel nacional, el 13% de las mujeres de 15-44 años de edad, estaban necesitando servicios de Planificación Familiar (comprende a las que no quieren tener más hijos, no están embarazadas y no usan métodos anticonceptivos); en ese entonces, ello abarcaba a un poco más del 60,000 mujeres. Por otro lado, los mayores porcentajes de demandantes vivían en el área rural, eran indígenas, se encontraban en el tramo de los 20-29 años, eran casadas o unidas, tenían menor nivel educativo y no trabajaban. Por otro lado, tenían uno o dos hijos o seis y más.

Uno de los aspectos que requiere especial atención en las acciones de salud sexual y reproductiva, es el embarazo entre adolescentes, ya que cada año, aproximadamente dos

de cada diez nacimientos ocurren en madres cuyas edades oscilan entre 15 y 19 años. Cifras de 1995 señalan que un poco menos de la mitad de esas adolescentes que se convierten en madres, apenas tenían estudios primarios o eran analfabetas.

El embarazo durante la adolescencia no solo significa un mayor riesgo de complicaciones para la salud, sino que además limita el desarrollo de las adolescentes en lo económico, social y psicológico. Con frecuencia, las adolescentes embarazadas se ven obligadas a abandonar el sistema educativo, lo que les impide capacitarse para obtener mejores trabajos y salarios cuando llegan a la vida adulta. El Código de la Familia, aprobado en 1994, dispone que los establecimientos educativos deben generar programas especiales para garantizar que las adolescentes embarazadas no interrumpan sus estudios.

En Panamá, el acceso a la "esterilización" no está limitada a los varones, en cambio, para las mujeres las restricciones son: tener 28 años o más de edad y tres hijos; también puede hacerse por razones médicas; en el caso de las multíparas y por razones socio-económicas graves.

Las actividades de Planificación Familiar que se ejecutan actualmente en el país, están regidas y cuentan con el soporte de las siguientes disposiciones y ejecutorias:

- El Programa de Salud Materno-Infantil, que lideriza el Ministerio de Salud (MINSA).
- La aprobación del Código de Uso de Sucedáneos de la Leche Materna.
- Creación de la Comisión de Salud Sexual y Reproductiva, 1995.
- La aprobación de la ley que tipifica los Delitos de Violencia Intrafamiliar y Maltrato de Menores.
- Creación del Instituto de Reproducción Humana.

El Gobierno ha promovido una mayor participación de la comunidad en los servicios de atención de la salud reproductiva, mediante asociaciones con organizaciones no gubernamentales locales: Comités de Salud y Juntas de Agua. Así mismo se destaca la asociación con ONG's, como el nuevo Convenio entre APLAFA-MINSA, firmado en 1997, para el apoyo de la atención de las mujeres y adolescentes. Se han revisado las Normas de atención de Planificación Familiar, para la eliminación de barreras médicas y se subvencionan los Programas de Planificación Familiar en la atención primaria. Desarrollo y fomento de los programas de atención integral del escolar y el adolescente. Programa de prevención de ETS (SIDA) y de prevención de la farmacodependencia. Forma parte del Plan de Estudios de las escuelas públicas, la Educación en materia de Salud Reproductiva y de Planificación Familiar.

La política de Salud Materno-Infantil en Panamá ha ampliado el acceso de la pareja a métodos anticonceptivos eficaces, reconociendo la importancia de la salud reproductiva, como estrategia para favorecer el desarrollo integral y no como un freno al crecimiento de la población.

Se reconoce que es una responsabilidad del sector salud, el informar y asistir a la pareja cuando el embarazo constituye riesgo de enfermar o morir, para la madre o el producto de la concepción.

Es política del Ministerio de Salud: educar, informar y asistir a las parejas en materia de planificación familiar, de acuerdo a los siguientes objetivos:

- Propiciar a la pareja la posibilidad de decidir libremente el número de hijos que desean tener y cuando los desea.
- Habilitar a la pareja para espaciar los nacimientos, evitar embarazos no deseados, y en edades de mayor riesgo para la salud de la madre.
- Ofrecer tratamientos para la infertilidad.

Con todas las acciones que se llevan a cabo en campo de la Salud Reproductiva es de vital importancia que se haga el esfuerzo necesario, a fin de evaluar tales medidas, después de más de 10 años de no tenerse ninguna información al respecto.

Sigue constituyendo una preocupación la práctica del aborto inducido. En Panamá no se tienen medidas confiables recientes sobre la magnitud de este problema, pero se intuye que es grave. La Ley solo permite su práctica, para salvar la vida de la embarazada, en caso de violación o incesto y si se sabe o presume que el feto tiene defectos genéticos; finalmente, para ser aprobado debe ser consultado con profesionales de la especialidad.

En lo que concierne a las enfermedades de transmisión sexual, las estadísticas del Sistema de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles, señalan que en el periodo de 1983 a 1996, uno de cada cinco casos registrados ocurrió en personas entre 10 y 19 años. Las estadísticas indican que entre 1984 y 1996, se habían registrado 1,288 casos de SIDA en el país.

La política de salud materno-infantil ejecutada en Panamá, ha reconocido la importancia de la salud sexual y reproductiva como estrategia para favorecer el desarrollo integral. Sin embargo, el país no cuenta con sistemas de información que permitan conocer el impacto de las medidas citadas en esta área. Un ejemplo es que desde 1984 no

se realiza una encuesta sobre salud sexual y reproductiva.

Aunque existen programas específicos impulsados por los Ministerios de Salud y Educación, así como por grupos organizados por la sociedad civil, este tema requiere ser tratado y divulgado en mayor escala, desde un enfoque integral sociocultural y médico, entre los jóvenes del campo y la ciudad.

F. SALUD, MORBILIDAD Y MORTALIDAD

1. Bases para la Acción

Uno de los principales logros del Siglo XX ha sido el aumento sin precedentes de la longevidad humana. En el último Siglo, la Esperanza de Vida al Nacer en el mundo ha aumentado en unos 20 años y el riesgo de fallecimiento en el primer año de vida se ha reducido en casi un 60%. Sin embargo, estos logros no están a la altura de las mejoras, mucho mayores, previstas en el Plan de Acción Mundial sobre Población y Desarrollo, y en la Declaración de Alma Ata, aprobada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de 1978. Hay todavía poblaciones de países enteros y grupos importantes en muchos países, con tasas muy elevadas de morbilidad y mortalidad. Las diferencias ligadas a la situación socio-económica o a factores étnicos son a menudo notables. En muchos países con economías en transición, la tasa de mortalidad ha aumentado considerablemente, como consecuencia de las muertes causadas por Accidentes y Actos de Violencia.

El aumento en la Esperanza de Vida refleja progresos significativos en la Salud Pública y en el acceso a los Servicios de Atención Primaria de Salud. Entre los logros más importantes figura la vacunación de alrededor del 80% de los niños de todo el mundo y el uso difundido de tratamientos de bajo costo.

Los países deberían proponerse alcanzar para el año 2005, una Esperanza de Vida al Nacer superior a los 70 años y para el 2015, superior a los 75 años. Reducir las diferencias de mortalidad y morbilidad entre hombres y mujeres, así como entre regiones geográficas, clases sociales, grupos étnicos y poblaciones indígenas.

En cuanto a los niños, la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, celebrada en 1990, aprobó un conjunto de metas para el año 2000, que incluye la reducción de las tasas de mortalidad de lactantes y niños menores de cinco años, en un tercio o a 50 y 70 por 1000 nacidos-vivos, respectivamente, si estas cifras son menores.

2. Avances Logrados en el País

En los últimos 40 años, la Esperanza de Vida al Nacer en Panamá, aumentó en 19 años, es así como en el período 1990-95 se estimó en 73 años para ambos sexos, elevándose a 75 años en las mujeres. Las proyecciones al 2015 sugieren que en ese año la Esperanza de Vida al Nacer puede alcanzar los 76 años a nivel nacional. Sin embargo, hay importantes diferencias dentro de la geografía nacional, las cuales marcan mayores niveles de mortalidad en las poblaciones que viven en el campo, en los grupos aborígenes y en los más deprimidos de la sociedad. De manera que se considera inaceptable el nivel actual de la mortalidad general, infantil y materna, que se sigue observando en los grupos más pobres y aislados de la geografía nacional. Por tales motivos, el Gobierno ha adoptado algunas medidas que se mencionan en el capítulo anterior, relativas al Programa de Salud Materno Infantil.

Debido, sobretudo, a que se han tomado medidas para evitar la muerte después del primer mes de nacimiento, la tasa de mortalidad infantil estimada en Panamá, varió de 69 por mil nacidos vivos en 1960 a 27 por mil en 1990, de manera que se han alcanzado las metas trazadas en la Cumbres Internacionales. Las causas de la mortalidad post-neonatal (un mes y más), se deben a factores que pueden ser controlados con la aplicación de medidas de prevención y atención primaria. La política de salud materno-infantil ha incidido de manera positiva en la morbilidad y mortalidad de niños y niñas menores de cinco años. Junto al importante descenso de la mortalidad en las edades jóvenes, se ha dado una considerable disminución de la mortalidad materna, la cual se mantiene por debajo de una por mil nacidos-vivos. Igualmente, durante el período 1994-1996, ha aumentado la cobertura de vacunación de niños y niñas menores de un año y en los casos de menores de uno a cuatro años, los porcentajes de vacunación superan el 90%, para todo tipo de vacunas.

Los registros de mortalidad general, infantil y materna son mayores en la población indígena y en los grupos con acceso a menos recursos, lo cual ha dado origen a una mayor expansión de los servicios de salud a las zonas habitadas por estos grupos. Se ha reforzado la capacidad administrativa a los niveles regionales y locales, con el fin de promover la descentralización del Sistema de Salud. Se han capacitado parteras empíricas en la atención prenatal, del parto y puerperio y se han ejecutado programas de giras médicas asistenciales. Para atender la nutrición, especialmente de los niños y las niñas en edad escolar, se suministran complementos alimentarios y desarrollan proyectos de producción de alimentos en huertos escolares y comunitarios.

La incidencia y letalidad de las enfermedades infecciosas y parasitarias han cedido significativamente, y aquellas prevenibles mediante vacunas, están prácticamente bajo control. De manera que en 1990, sobresalen como causas de defunción: los distintos tipos de cáncer, las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades del corazón y las del aparato respiratorio; así como los accidentes, suicidios y homicidios, y otros hechos violentos. La incidencia de estas enfermedades, así como la importancia creciente de la diabetes y la cirrosis, y en el incremento de casos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida, vienen gravitando factores relacionados con estilos de vida (tabaquismo, alcoholismo, consumo excesivo de grasas, adicción a drogas, promiscuidad sexual, entre otros).

El cambio estructural de la mortalidad se refleja en la incidencia en el grupo de edades avanzadas. Ahora las defunciones de personas de 60 años y más representan un mayor porcentaje, y a causa de la mayor longevidad, habrá de producirse en el futuro un incremento en el número de las defunciones, a pesar de que las expectativas de vida sean mayores.

Sigue siendo motivo de preocupación especial, las enfermedades emergentes y re-emergentes, como son: el Dengue, SIDA, Malaria, Tuberculosis y el Cólera.

Con respecto al SIDA, se han adoptado las siguientes medidas: Pruebas de detección en la sangre y protección de los productos sanguíneos; campañas de información y educación; Formación de los profesionales de la salud; Fomento del empleo de preservativos y Promulgación de normas jurídicas. El Gobierno Nacional ha impuesto restricciones a la entrada al país de personas infectadas con el virus del SIDA, cuando se exige presentar certificado de buena salud, en que conste que no se padece de Enfermedades infecto-contagiosas o mentales. Existen grupos organizados: Programa Nacional contra el SIDA y el Grupo Temático ONUSIDA, que velan por que se cumplan las acciones tendientes al control de esta enfermedad.

En el marco de la Reforma y Modernización de las políticas públicas de Salud, durante 1996 el Ministerio de Salud presentó y puso en vigor algunas normas de salud de la población y de salud ambiental, que deben implementarse entre 1997 y 1999. Una de las áreas que ha recibido mayor atención es la promoción y participación social de la salud. La creación de la comisión Nacional de Directivos de Comités de Salud, la capacitación de líderes y dirigentes de comités y la apertura de los primeros Centros de Promoción de la Salud, responden a esta política.

G. DISTRIBUCION DE LA POBLACION, URBANIZACION Y MIGRACION INTERNA

1. Bases para la Acción

A principios del decenio de 1990, alrededor de la mitad de los gobiernos del mundo, sobre todo de los países en desarrollo, consideraban que las pautas de distribución de la población en sus territorios no eran satisfactorias y deseaban modificarlas. Un aspecto clave es el rápido crecimiento de las zonas urbanas, en que se prevé que residirá más de la mitad de la población mundial en el año 2005.

Durante el último decenio se ha tomado mayor conciencia de la situación de las personas que se ven obligadas a abandonar sus lugares de residencia habitual por diversas razones. Las causas abarcan toda una gama que va desde la degradación del medio ambiente, desastres naturales, conflictos internos, hasta las carencias y limitaciones para el desarrollo humano.

2. La Situación de Panamá

El Censo de Población de 1990 nos informa que más de la mitad de los habitantes del istmo (54%) se encuentran viviendo en centros urbanos y el 46% restante permanece en las áreas rurales (localidades con menos de 1,500 habitantes), de las cuales solo un 11% son accesibles por carretera todo el año. Esta distribución de la población ha sido la consecuencia de un rápido crecimiento de las ciudades (3.2% anual entre 1980-90), a lo cual ha contribuido importantes movimientos migratorios internos, que responden a los diferentes estilos de desarrollo y patrones de asentamientos humanos que se dan dentro del territorio nacional; en detrimento de las áreas rurales, cuya tasa de crecimiento fue de 1.9% anual, para el mismo período.

Una desagregación de los centros urbanos de acuerdo con el tamaño de los conglomerados revela que, 60 de cada 100 personas que viven en áreas urbanas, residen en la ciudad de Panamá (capital del país). Un 25% vive en cinco conglomerados intermedios (25,000-99,999 habitantes), que comprenden las localidades de Colón, David, La Chorrera-Arraiján, Chitré y Santiago. Finalmente, el 15% restante vive en localidades de menos de 25,000 hasta 1,500 habitantes; entre las que destacan Aguadulce, Changuinola, Puerto Armuelles y La Concepción, por constituir importantes centros de desarrollo.

A través de los censos se ha podido percibir en nuestro país una marcada

tendencia hacia la concentración de la población en las ciudades mayores, así como la proliferación con poco peso demográfico, de las localidades pequeñas, que aparte de contribuir a densificar la red urbana, gravitan en una mayor dispersión demográfica.

Vemos así que mientras el 95% de las localidades cuentan con menos de 500 habitantes, éstas solo comprenden menos de un tercio de toda la población, dándose una tendencia constante de descenso. En contraposición, en el otro extremo solo hay dos localidades con 100,000 y más habitantes, en donde se encuentra otro tercio de toda la población, con tendencia al aumento de su importancia relativa. En cuanto a las localidades intermedias (con 500-99,999 habitantes), se aprecian aumentos menos marcados, tanto en su número como en la población que albergan, sobresaliendo las localidades con 10,000 a 99,999 habitantes.

La migración interna acumulada a través del tiempo revela que ésta ha afectado mayormente a las provincias de Panamá y Darién, donde según el Censo de 1990, el 33 y 36% de su población, había nacido en otra provincia; siguiéndole en importancia: Colón (24%) y Bocas del Toro (15%). Sin embargo, en cuanto al volumen de los no-nativos, la provincia de Panamá mantiene el liderazgo.

La existencia de flujos migratorios importantes de tipo rural-urbano y rural-rural, ha contribuido a acentuar el desequilibrio social originado por el acelerado y desordenado proceso de redistribución y concentración de la población. Dado que en la Región Interoceánica se concentra el mayor porcentaje de la actividad económica, es evidente su efecto en la concentración de la población. En este sentido, es importante indicar que el 56.3 % de la población del país vive en la Región Metropolitana, que comprende las provincias de Panamá y Colón.

Las cifras sobre la composición por sexo y edad en el área urbana, indican que no ha variado el patrón de migración interna en Panamá: la mujer se desplaza del campo a las ciudades en mayor proporción que el hombre, por esto se registran más hombres que mujeres en el área rural. Las mujeres dejan el campo, debido a las dificultades para obtener acceso a la tierra cultivable y a la comercialización de sus productos, así como a la falta de empleo remunerado. En la ciudad, las mujeres que migran se ocupan en el sector servicios.

Durante la década del 70, el Estado tomó algunas medidas para desalentar la migración interna hacia el área metropolitana, como la descentralización de distintas oficinas gubernamentales y del sistema educativo. También se promovió el desarrollo de agroindustrias y el desarrollo rural integrado. Aunque estas medidas tuvieron resultados

en algunas regiones, a través de los censos se ha podido constatar una marcada tendencia hacia la concentración de la población en las ciudades mayores. Para atender esta situación, en el año 1996, se suscribió un convenio entre el Gobierno, el BID y el PNUD para la ejecución del Plan Metropolitano del Pacífico y del Atlántico, cuyo principal objetivo es diseñar un plan de desarrollo urbano, con el fin de que el Ministerio de Vivienda mejore sus procedimientos de planificación y control de estas áreas en los próximos 25 años.

Uno de los puntos que debe recibir mayor atención en lo que se refiere a la migración interna, es el impacto de ésta sobre la Cuenca del Canal. Al respecto, el Plan Nacional y Regional de uso de suelos de la Región Interoceánica enfatiza la necesidad de preservar la cuenca del canal y las áreas de compatibilidad para uso exclusivo de la operación de la Vía Acuática, por lo que establece una serie de medidas tendientes a evitar la migración hacia el área canalera.

Como medida complementaria, el Gobierno ejecuta el *Proyecto Municipios Siglo XXI, por un Desarrollo Sostenible*, cuyo propósito fundamental es promover el desarrollo humano integral y sostenible en 12 municipios y un corregimiento, que presentan serios problemas. Se pretende que la misma comunidad detecte sus problemas y con la asistencia necesaria, trace un plan de acción para solucionarlos e impulse su desarrollo, con lo que se espera retener a la población en su lugar de origen.

H. MIGRACION INTERNACIONAL

1. Bases para la Acción

Las relaciones económicas, políticas y culturales internacionales desempeñan un papel importante en las corrientes de población entre los países; por tanto, los distintos tipos de migraciones internacionales están vinculados con esas relaciones, que a la vez afectan y se ven afectadas por el proceso de desarrollo.

Los desequilibrios económicos, la pobreza y la degradación del medio ambiente, combinados con la falta de seguridad, la violación de los derechos humanos y los distintos grados de desarrollo de las instituciones judiciales y democráticas, son todos factores que afectan a las migraciones internacionales.

2. Lo Acontecido en Panamá

En los albores del Siglo XX la inmigración internacional fue significativa en Panamá, cuando un importante contingente humano, procedente principalmente de las Islas del Caribe, vinieron a reforzar la mano de obra que construyó el Canal Interoceánico. Muchos de ellos se quedaron, lo cual dió lugar a que en 1930 los extranjeros constituyeron alrededor del 10% de la población total del país. No obstante, en los años venideros su importancia relativa ha ido decreciendo, hasta alcanzar menos del 3% de la población total, según el Censo de 1990; pero también es cierto que su importancia numérica ha ido en aumento, hasta llegar a más de 61,000 personas. La influencia de esta población se deja sentir en la fuerza laboral, lo cual ya está constituyendo un elemento de preocupación.

En cuanto a las corrientes de emigración internacional procedentes de Panamá, poco es lo que se sabe, debido a la falta de informaciones, Durante la década del 80 este movimiento fue importante, debido a la crisis política que padeció el país en esa época, sin embargo, superada la misma, un alto porcentaje de los que se fueron, regresaron.

Esto ha obligado a hacer estimaciones del saldo migratorio internacional, mediante métodos demográficos indirectos. Hasta ahora dichos cálculos han sugerido para Panamá un saldo migratorio negativo, pero de poca importancia numérica, en relación con la población total del país. No obstante, el reciente crecimiento sostenido de los extranjeros que se radican en el país, hace suponer que dicho saldo tiende a ser positivo.

Esto permite concluir, sobre la necesidad de revisar y actualizar las Leyes vigentes sobre Migración, cuyas últimas modificaciones datan del año 1980; y por otro lado, establecer un sistema estadístico eficiente, para lo cual se hace necesaria la cooperación internacional entre países y organizaciones vinculadas al tema.

I. POBLACION, DESARROLLO Y EDUCACION

1. Bases para la acción - Medidas Necesarias

En los últimos 20 años se ha registrado un aumento en el nivel de educación en todo el mundo. No obstante, la falta de enseñanza básica y los bajos niveles de alfabetización de los adultos, continúan limitando el proceso de desarrollo en todos los ámbitos. La enseñanza es un instrumento indispensable para mejorar la calidad de la

vida.

La erradicación del analfabetismo es condición indispensable para el desarrollo humano. Se debe facilitar el acceso universal a la enseñanza primaria, como se convino en la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos, celebrada en Tailandia en 1990.

La información, educación y comunicación en materia de población debe llegar al público en todos los niveles. Ello también es indispensable para el desarrollo humano sostenible y para allanar el camino a la modificación de las actitudes y los comportamientos.

2. La Situación en Panamá

Panamá es uno de los países de la Región Latinoamericana que mayor proporción de recursos destina a la educación, y los avances logrados son en gran medida, resultado de ello; sin embargo, los principales problemas de la educación en Panamá son de carácter cualitativo y consisten en adecuarla a los adelantos científicos, tecnológicos y culturales, considerando también los problemas del medio ambiente que afectan a la sociedad. Según estimaciones para 1991, el 40% de la Población Económicamente Activa (PEA) de 15 años y más de edad (340,000 personas), tenía necesidades de capacitación y formación profesional, a fin de ser más productivos en su puesto de trabajo. Y dentro del grupo de los desocupados, el 75% no estaban calificados para poder competir en el mercado laboral y lograr un empleo o bien, crear su propia fuente de ingreso.

A pesar de que las leyes vigentes en el territorio nacional señalan que la educación primaria es obligatoria y gratuita, diversidad de factores obstaculizan este objetivo, lo cual trae como consecuencia lógica que existan personas marginadas de la educación elemental. Ello ha traído como consecuencia, que a pesar del importante decrecimiento del analfabetismo en Panamá (11% en la población de 10 años y más en 1990), el número de estos aumente, debido a la misma dinámica poblacional (190,000 en 1990). Es indudable que este problema persiste, porque posiblemente los grupos más vulnerables, como son los que viven en áreas dispersas rurales, en grupos marginados social y económicamente y en comunidades indígenas, no han recibido un tratamiento especial, ya que en las comunidades indígenas de Panamá, casi la mitad de las personas de 10 años y más de edad son analfabetas.

Cuando se analiza la matrícula de las escuelas primaria y media, se puede apreciar que mientras un 20% de la población estudiantil ingresa al primer grado o año, en el último año de cada nivel solo se retiene la mitad de éstos, vale decir, alrededor del 10%.

En los indicadores de educación se puede apreciar una tasa de 80 % de personas graduadas en la escuelas primarias y un 52% en la enseñanza media. La deserción escolar ha disminuido a 1.8 para la educación primaria y 5.2 para la media.

No obstante, a pesar de todo ello, se observa un mejoramiento sostenido en la educación de la población panameña. Esto puede apreciarse mejor en el grupo de 20-24 años de edad, que son los jóvenes que por su edad han tenido la oportunidad de llegar hasta el nivel medio de la educación. Según el Censo de 1990, alrededor del 30% de esta generación logran alcanzar el segundo ciclo de la educación secundaria. También se ha incrementado el porcentaje que llega a cursar estudios universitarios (alrededor del 13% de la generación de 20-24 años).

Con el objetivo de atender los requerimientos cualitativos de la educación, se planteó la necesidad de desarrollar el sistema educativo sobre la base de la descentralización, como estrategia administrativa y dentro de un proceso de ampliación y modificación de las formas de participación de los agentes, en los distintos niveles de gestión del sistema, para lo cual se utilizaron los siguientes criterios:

- realidad geográfica y política y necesidades sociales, económicas y culturales
- autonomía
- delegación y cobertura de la autoridad
- mecanismos de comunicación, información y retroinformación.

En cada región escolar funcionarán Asambleas pedagógicas, Centros de colaboración, Asociaciones de docentes, padres de familia y estudiantes, Congresos indígenas, Juntas municipales de educación y Comisiones técnicas de investigación educativa, que serán organismos de consulta y apoyo a la gestión educativa.

Esta estrategia cuenta con un marco legal, en virtud de la Ley Orgánica de Educación, aprobada en 1995, que dispone una reforma del Sistema Educativo. Entre las medidas se destacan las siguientes:

- La educación es una inversión social y debe beneficiar a todos. A tal efecto, para su financiamiento se dispondrá de los recursos suficientes, tanto del sector oficial como del privado.
- Debe contribuir al desarrollo integral del individuo con énfasis en la capacidad crítica, reflexiva y creadora.

- Debe contribuir a la formación, capacitación y perfeccionamiento de la persona como recurso humano, con la perspectiva de educación permanente, para que participe eficazmente en el desarrollo social, económico, político y cultural de la nación.
- La educación en las comunidades indígenas se desarrollará conforme a las características, objetivos y metodología de la educación bilingüe intercultural.
- El Ministerio de Educación es la entidad rectora del Sistema y por tanto coordina todas las instituciones vinculadas a la educación, que existen en el país, tales como:
 - Universidades y Centros de Estudios Superiores.
 - Instituto para la Formación y Aprovechamiento de los Recursos Humanos (IFARHU).
 - Instituto Nacional de Cultura (INAC).
 - Instituto de Deporte (INDE).
 - Instituto para la Formación Profesional (INAFORP).
 - Instituto Panameño de Habilitación Especial (IPHE).
 - Consejo Nacional de Educación Superior; Comisión Coordinadora de la Educación Nacional; Confederación de Padres de Familia y Asociaciones Estudiantiles.

Para el logro de estas políticas y metas, es necesario poner un acento especial en la atención de los grupos de población más pobres y con mayores requerimientos educativos y en el desarrollo de las potencialidades de las niñas y los niños y la juventud, para que participen activamente en la adquisición de los nuevos conocimientos científicos y tecnológicos, así como de los valores de una cultura de paz y equidad.

J. TECNOLOGIA, INVESTIGACION Y DESARROLLO

1. Bases para la Acción

Los datos válidos, fiables, oportunos, pertinentes desde el punto de vista cultural y comparables en el plano internacional, son la base para desarrollar, ejecutar, supervisar y

evaluar políticas y programas.

Los países deben crear y mantener bases de datos cualitativos y cuantitativos fiables, que permitan determinar los vínculos entre cuestiones relativas a la población, educación, salud, pobreza, bienestar de la familia, el medio ambiente y el desarrollo, desglosado a los niveles apropiados y deseados, a fin de satisfacer las necesidades del desarrollo, ejecución, supervisión y evaluación de políticas y programas.

Aumentar el apoyo a la investigación, básica y aplicada, biomédica, tecnológica, clínica, epidemiológica y social para reforzar los servicios de salud reproductiva; inclusive el mejoramiento de los métodos de regulación de la fecundidad: fáciles de utilizar, seguros, eficaces y asequibles.

Alentar y promover investigaciones socioculturales y económicas sobre las políticas y programas de población y desarrollo, incluidas las prácticas locales, en especial, sobre las relaciones entre población, alivio a la pobreza, medio ambiente, y crecimiento económico sostenido y desarrollo sostenible.

2. Situación Actual de Panamá

Panamá tiene una tradición censal que se remonta a principios de este siglo y que ha significado el levantamiento consecutivo de nueve censos. En el año 1990 el Gobierno Nacional recibió un importante apoyo del UNFPA para la ejecución del Censo Nacional de Población y Vivienda. El proyecto culminó con todo éxito, dando lugar a que Panamá fuera uno de los pocos países de la región que en este decenio ha publicado oportunamente sus resultados. La información recabada es de calidad y ha sido ampliamente utilizada en la planificación, ejecución y evaluación de actividades económicas y sociales diversas. También se cuenta con proyecciones de población, por sexo y grupos de edad para todos los niveles geográficos.

Actualmente, el país se prepara para realizar los Censos del 2000, en los que por primera vez se utilizarán técnicas modernas, como la cartografía automatizada, lo que permitirá avanzar hacia un sistema de información geográfica. Estas labores están a cargo de la Dirección de Estadística y Censo, ente rector del Sistema Estadístico Nacional (SEN).

La disponibilidad de información demográfica detallada, ha hecho posible que Panamá esté en condiciones de prever el curso que seguirán las principales variables

demográficas y preparar proyecciones de población por sexo y edad, hasta el año 2025.

El Sistema Estadístico Nacional proporciona una diversidad de informaciones que permiten conocer la magnitud y tendencia del desarrollo económico y social en el país, así como de sus aspectos demográficos. Estos últimos son suministrados por las Estadísticas vitales y comprende principalmente a los nacimientos, defunciones y las defunciones fetales. En las estadísticas de registro de nacimientos se ha logrado una cobertura y calidad satisfactoria, no así en el caso de las defunciones y muertes fetales, donde se requiere realizar esfuerzos adicionales para mejorar tanto su cobertura como calidad. Se considera indispensable llevar adelante un plan de mejoramiento de los sistemas de captación de información sobre las causas de muerte y propiciar su procesamiento y utilización. Estos datos, en los diversos contextos geográficos y socioeconómicos, constituyen una vía apropiada para abordar el análisis de las relaciones entre población, salud y medio ambiente.

Durante los últimos años, se ha fortalecido el Programa de Encuestas de Hogares, la ejecución de Encuestas Especiales y las Estadísticas de Registro, con el propósito de contribuir a mejorar los sistemas de información para la toma de decisiones y la definición de las políticas públicas. En este sentido, es importante reconocer la labor que desarrolla la Dirección de Estadística y Censo, no solo en la tarea de formar y dirigir la Estadística Nacional, sino en la de brindar la Capacitación a los organismos que conforman el SEN y normar la recolección, elaboración, procesamiento y presentación de los datos.

Existe preocupación por las dificultades para conocer las tendencias en el campo de la migración internacional, ya que el país no dispone de instrumentos apropiados para la recopilación de información sobre esta materia, pues los datos de entradas y salidas de pasajeros, conducen a cifras muy contradictorias. Se considera que por el tamaño de la población, el ingreso masivo y focalizado de extranjeros, afecta sensiblemente a la población receptora, lo cual aunque hasta ahora no representa un problema grave, requiere de un estudio que permita adoptar medidas y establecer políticas migratorias.

Con respecto a la salud sexual y reproductiva, es necesario prestar atención al hecho de que, la última Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar, se realizó en Panamá en 1984. Esta actividad fue incluida en el Programa de Población y Desarrollo, con la finalidad de que se ejecutara en 1994; sin embargo, por motivos de distinta índole, no se llevó a cabo. Obviamente, que se hace necesario la realización de esta investigación en Panamá, a fin de contar con informaciones que permitan evaluar las acciones ejecutadas en el campo de la Salud Reproductiva y la

Planificación Familiar, en un período de más de 10 años.

En el campo de la investigación, se ha incursionado en la elaboración de estudios en aspectos de fecundidad, la participación de la mujer en el proceso de desarrollo y otras áreas, que han permitido identificar las necesidades de los grupos vulnerables. Entre estas investigaciones, se encuentra el Estudio de Niveles de Vida realizado por el MIPPE en 1997, que incluye la primera Encuesta Nacional de Niveles de Vida en Panamá, la cual recogió informaciones diversas vinculadas a la población, como son: Datos de la vivienda y el hogar; Características demográficas de la población; Cuidados del niño y lactancia materna; Suministro de suplementos alimenticios; Inmunización, morbilidad en niños menores de cinco años y Nivel de desnutrición; Acceso a servicios de salud; Fecundidad y Salud materna; Educación y Capacitación para el trabajo; Migración; Actividad económica, Ingresos y Gastos.

La riqueza de informaciones contenidas en esta investigación permitirá el análisis cruzado de las variables demográficas, con las actividades sociales y económicas que se ejecutan en el país, permitiendo así apreciar los efectos recíprocos de tales variables.

Se ha organizado el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (SENACYT). La secretaría que coordina dichas actividades, ha preparado un plan estratégico para el desarrollo de la Ciencia y la Tecnología en Panamá, que se encuentra en ejecución. A través de este programa se dispondrá de Indicadores de Ciencia y Tecnología, que entre otras cosas facilitará informaciones sobre el desarrollo científico y tecnológico del país.

K. ACTIVIDADES NACIONALES

1. Bases para la Acción

Se insta a los gobiernos a desarrollar los mecanismos institucionales que permitan la formulación, ejecución y evaluación de políticas y programas de población, así como sus estrategias de desarrollo. Es importante crear conciencia social sobre los temas de población y sus relaciones con el desarrollo sustentable y los derechos humanos, por medio de programas de educación y comunicación. En este sentido, se reconoce la necesidad de lograr la participación de las personas, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado en su carácter de asociados.

Asimismo, se exhorta a los gobiernos a que presten atención a la aplicación de

sistemas de información sobre la gestión de las cuestiones de población y desarrollo, y que destines una mayor proporción de los gastos del sector público al área social, especialmente para la erradicación de la pobreza en el marco del desarrollo sostenible.

2. Avances logrados en el país

En 1983 se adicionó a la Constitución Política de la República, como Artículo 108, la disposición que determina que "es deber del Estado establecer una política de población que responda a las necesidades del desarrollo económico y social del país". En el aspecto político cabe resaltar también, que después de la Cumbre Mundial de 1994, en Panamá se constituyó la "Comisión de Población, Ambiente y Desarrollo" dentro de la Asamblea Legislativa, la cual tiene la responsabilidad de examinar y evaluar los proyectos de ley sobre la materia, antes de que estos sean tratados por el pleno de la Cámara Legislativa. En esta forma se le está dando la atención que merecen estos temas, a un nivel similar a aspectos, como son: los Derechos Humanos, la Salud Pública y la Seguridad Social, el Trabajo, la Educación y la Vivienda, todos ellos de interés social.

En 1992, se creó el Gabinete Social, como ente asesor del Organo Ejecutivo en asuntos sociales, que tiene como misión fundamental, recomendar acciones que procuren el diseño y la ejecución de las políticas sociales enmarcadas dentro de los principios de desarrollo. El Gabinete Social está integrado por el Ministerio de Salud, quien lo coordina, los Ministerios de Educación, Vivienda, Trabajo y Desarrollo Laboral, Obras Públicas, Desarrollo Agropecuario, Planificación y Política Económica y el nuevo Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia. Cuenta con una Secretaría Técnica, a la que están adscritas la Comisión Multisectorial y el Comité Técnico de Población (COTEPO), este último desde noviembre de 1997.

Cabe resaltar que en los 17 años de existencia, COTEPO ha resultado ser un instrumento eficaz de coordinación en las cuestiones de población. A través de su intervención se han realizado estudios sectoriales, se han estimulado las actividades de capacitación y se ha propiciado la consideración de los factores demográficos en algunos programas de planificación económico- social.

En virtud a la disposición contenida en la Constitución, el COTEPO presentó una propuesta de "Declaración sobre Población y Desarrollo", la cual fue presentada en la Conferencia Mundial de 1994. Esta contiene los lineamientos básicos tendientes a adoptar una política nacional de población, que permita legar a las futuras generaciones

una organización social justa y participativa, una economía eficiente, una base de recursos naturales renovada y un ambiente saludable, que les garantice una adecuada calidad de vida.

Tales lineamientos, algunos de los cuales ya se encuentran en ejecución, se proponen principalmente: reducir las diferencias en los niveles de mortalidad y fecundidad de los distintos grupos sociales; reforzar la red de salud para la atención primaria en áreas marginales, dando prioridad a la salud reproductiva y vida familiar. Reforzar e incrementar en áreas de difícil acceso, los programas de información, educación y servicios de salud reproductiva y planificación familiar; se enfatiza en elevar la condición social de la mujer y la atención integral de los adolescentes, y se hacen recomendaciones referentes a la desnutrición, la pobreza y el desempleo; y a la necesidad de un ordenamiento del espacio nacional que facilite la provisión de servicios y logre una equilibrada redistribución de la población en el territorio nacional, que garantice la protección del ecosistema.

También se enfatiza en continuar reforzando los sistemas de información sobre población y desarrollo y que el COTEPO continúe siendo la instancia gubernamental que dé seguimiento permanente a las acciones en el campo de la población y el desarrollo.

Este Comité ha participado en diferentes Comisiones Nacionales, en la elaboración de Estrategias, Planes y Programas, entre los que se destacan: la Estrategia Nacional para Reducir la Pobreza, que es uno de los instrumentos complementarios del Programa de Desarrollo y Modernización del Estado y del Plan de Acción de Desarrollo Humano, Infancia y Juventud: 1992-2000.

La Acción del COTEPO se ha fortalecido con el apoyo técnico y financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), y más recientemente con la ejecución del Programa Nacional de Población y Desarrollo, que finalmente abarcó un período de seis años: 1989-1995. Como resultado de esta ejecutoria, puede afirmarse que Panamá ha avanzado sistemáticamente en la integración de las variables demográficas en los planes de carácter económico y social, y que en ellos se procura medir el impacto que pueden tener en el logro de los objetivos planteados.

Las áreas que integraron el Programa Nacional de Población y Desarrollo, se señalan a continuación:

- a). **Servicios de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar**
 - Salud de la Mujer y del Adolescente (MINS)

- Salud y Educación Sexual del Adolescente en Areas Marginadas (APLAFA).
 - Capacitación en Salud Reproductiva de Enfermeras y Docentes, así como estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Panamá.
- b) **Información, Educación y Comunicación en Población. Ministerio de Educación (ME).** A raíz de este proyecto, se creó de manera permanente la Oficina de Educación en Población, a partir del año 1992.
- c) **Reunión y Análisis de Datos de Población**
- Censos Nacionales de Población y Vivienda de 1990.
 - Consolidación y Fortalecimiento del Comité Técnico de Población (COTEPO).
 - Fortalecimiento de la Capacidad Nacional para la Formulación y Ejecución de Proyectos de Género, Población y Pobreza (COPRAM).

L. COLABORACION CON EL SECTOR NO GUBERNAMENTAL Y COOPERACION INTERNACIONAL

Las ONG's en Panamá realizan diversas actividades en temáticas diferentes, tales como: Medio ambiente, Salud, Familia, Niños y Personas de la tercera edad. En 1993 habían inscritas alrededor de 190 ONG's. La mayoría de las acciones que ellas realizan no se registran, y mucho menos la población beneficiada con las mismas.

La fortaleza de la ONG's estriba en su capacidad para complementar los programas gubernamentales, ya que:

- Trabajan a nivel de base, involucrándose directamente con la gente.
- Manejan proyectos pequeños que les permite experimentar, innovar o actuar como catalizadores, asumiendo riesgos con mayor facilidad.
- Por ser pequeños, son más abiertos y menos dogmáticos; tienden a ser flexibles.
- Su personal tiene un alto grado de compromiso hacia el trabajo que realizan.
- Pueden ofrecer igual o mejores servicios a costos administrativos y operacionales más bajos.

En síntesis, dada su orientación de índole popular y el enfoque integrado que

aplican al desarrollo, las ONG's emprenden actividades que el Gobierno y los Organismos Internacionales de asistencia no pueden o no desean acometer por sí mismos.

En Panamá, la colaboración entre éstas, el Gobierno y los Organismos Internacionales de ayuda es deficiente en general: a menudo la causa fundamental es la falta de información acerca de cuáles son las ONG's, qué hacen y qué aptitudes técnicas y administrativas poseen. Muchas ONG's no tienen conocimiento de las prioridades y programas del Gobierno y de los Organismos Internacionales; además, los trámites burocráticos muchas veces obstaculizan una mejor relación entre ellos. No obstante, se considera que estas barreras son totalmente superables, y un buen ejemplo de ello lo constituye la trayectoria de la Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (APLAFA), que viene trabajando en el país por más de 30 años, en colaboración con el Ministerio de Salud y más recientemente, con el Ministerio de Educación, en actividades tales como: Salud Reproductiva, Planificación de la Familia, Educación en Población, Educación Sexual y a partir de 1997, en la Atención Integral del Adolescente.

En cuanto a la Cooperación Internacional, son múltiples las actividades de Población y Desarrollo del Gobierno Nacional y las ONG's, que han recibido el apoyo técnico y financiero de organismos internacionales. Entre las que cabe resaltar el Programa Nacional de Población y Desarrollo patrocinado por el FNUAP. Otros tantos organismos que cabe mencionar, son: el PNUD, el BID, la UNICEF, el Banco Mundial (BM), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), la UNESCO, la OMS, la OIT, etc.

Asimismo, a través de acuerdos bilaterales, Panamá se ha beneficiado de la cooperación técnica y económica, en el campo socio-económico, ambiental y tecnológico, procedentes de países como: Estados Unidos de América, Alemania, Canadá, España, Japón, la Unión Europea, etc. Es de esperar que todos estos apoyos continúen y si es posible, se incrementen y adicione otros.

V. DOCUMENTOS CONSULTADOS

- N.U. Programa de Acción. Población y Desarrollo. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo, 1994.
- MIPPE. Panamá. Informe Nacional sobre Población. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo, 1994.
- Panamá. Informe de la Delegación Oficial. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo, 1994.

- N. U. Octava Encuesta Demográfica entre los Gobiernos, 1998 (COTEPO).
- MIPPE (COTEPO). Situación Socio-demográfica de la fecundidad en Panamá, en las Postrimerías del Siglo XX (Documento Técnico, 1995). (Inédito). (Redactado por Vilma Médica, Demógrafa Nacional).
- Dirección de Estadística y Censo (DEC):
 - Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1990.
 - Proyecciones Demográficas, 1990-2025.
 - Estadísticas Vitales recientes.
 - Indicadores Sociales de la República
 - Panamá en Cifras 1992-1996
- MIPPE. Programa de Desarrollo Social: Período 1994-99 (principales proyectos en ejecución), 1997.
- N. U. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 1995.
- Panamá. Código de la Familia, 1994.
- Panamá. Ley por la cual se crea el Ministerio de la Juventud, La Mujer, La Niñez y la Familia, 1997.
- MIPPE (COTEPO). Informe Nacional. Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social Copenhague, 1995.
- MINSA. Nivel de la fecundidad y uso de anticonceptivos en Panamá. Análisis de la Encuesta sobre Salud Materno Infantil y Planificación Familiar, realizada en 1984-85 (Informe redactado por Vilma Médica, Demógrafa Nacional).
- MINSA. Acciones realizadas en el Campo de la Salud, entre 1994-95.
- MINSA. Plan Nacional de Salud de la Mujer, la Madre, la Niñez, el Escolar y el Adolescente, 1995-99 (con apoyo del FNUAP y la UNICEF).
- MINSA. Evaluación del Plan de Acción para la reducción de la mortalidad materna.

- Despacho de la Primera Dama. Programa: Municipios Siglo XXI. Por un Desarrollo Humano Sostenible, 1996.
- MIPPE. Identificación de Necesidades de Asistencia Técnica, Municipio Siglo XXI, 1997 (PNUD).
- MIVI. Plan Metropolitano del Pacífico y del Atlántico, 1997 (BID-PNUD).
- MIPPE. Estudio de Niveles de Vida. Boletín Informativo No. 5, abril 1998 (PNUD, BID, BM).



MINISTERIO DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y
PLANIFICACIÓN
VICEMINISTERIO DE PLANIFICACIÓN Y
ORDENAMIENTO TERRITORIAL
DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN
ESTRATÉGICA
UNIDAD DE POLÍTICAS DE POBLACIÓN

INFORME NACIONAL

SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE ACCIÓN
DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL
SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO

Mayo - 1998

INDICE

	Pag.
DATOS SOCIODEMOGRAFICOS	I
INTRODUCCIÓN	1
I. SITUACION SOCIODEMOGRAFICA	3
1. <i>Situación del desarrollo humano</i>	4
2. <i>El contexto demográfico</i>	4
2.1 <i>Situación y perspectivas de la dinámica poblacional</i>	4
2.2 <i>Redistribución espacial de la población</i>	5
2.3 <i>El proceso de urbanización</i>	6
2.4 <i>Prospectiva de la población</i>	7
3. <i>Población y salud</i>	7
3.1 <i>Mortalidad infantil y materna</i>	7
3.2. <i>Fecundidad y Salud Reproductiva:</i>	8
II. EL NUEVO ESCENARIO PARA LAS CUESTIONES DE POBLACIÓN	11
2.1 <i>Las grandes reformas</i>	12
2.2 <i>Las Estrategias Nacionales de Desarrollo</i>	13
2.3 <i>Integración de los asuntos de población en el proceso de desarrollo</i>	14
2.4 <i>La salud integral y las estrategias</i>	
- <i>de salud sexual y reproductiva</i>	17
2.5 <i>Las cuestiones de equidad de genero</i>	20
2.6 <i>La población de adolescentes y de jóvenes</i>	26

BOLIVIA

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

AÑO 1997 (*)		PERIODO 1990-95 (**)	
Población		Tasa de crecimiento (%)	2.41
Total	7.767.046	Tasa bruta de natalidad	35.68
.... Femenina	3.908.028	Tasa bruta de mortalidad	10.17
.... Masculina	3.859.017	Tasa neta de migración	-1.43
.... Urbana	4.699.063	Tasa global de fecundidad	4.8
.... Rural	3.067.983	Tasa bruta de reproducción	2.34
Porcentaje urbano	60.5%	Tasa de mortalidad infantil (por mil)	75.1
Edad Funcional (%)		Esperanza de vida	59.33
.... Niños (0-4)	15 Hombres	57.7
.... Escolar(5-14)	25.1 Mujeres	61.0
.... Adoles/Jóvenes (10-24)	31.5		
.... Ancianos (65+)	3.9		
.... Mujeres (15-49)	24.3		
Edad mediana	19		
Densidad (hab/km2)	7.0		
Población al año 2002 (*)	8.706.292		
PIB per cápita	US\$ 860		

(*) Proyecciones UPP/97 sobre la base del Censo de Población y Vivienda, 1992

(**) Proyecciones de Población INE/CELADE

INTRODUCCION

En poco tiempo más se cumplirán 5 años desde aquel evento internacional realizado en 1994 en El Cairo-Egipto. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, con participación de 179 Estados dio forma definitiva a un Programa de Acción sobre población y desarrollo con un horizonte de 20 años. A este acontecimiento Bolivia asistió con la experiencia acumulada en el tratamiento de asuntos poblacionales y de los fenómenos sociales en el marco del desarrollo sostenible, traducida en la Declaración de Principios sobre Población y Desarrollo Sostenible, el cual recoge el firme compromiso de emprender acciones para su cumplimiento y refleja la convicción de que los problemas de la pobreza, la inequidad, el deterioro del medio ambiente y los cambios demográficos, no pueden ser tratados aisladamente, sino que requieren de una visión integral en una perspectiva que articule el corto y el largo plazo. Desde esa perspectiva la población trasciende la dimensión meramente demográfica, constituyéndose en el sujeto principal del Desarrollo Sostenible.

La gestión del actual Presidente Constitucional Hugo Banzer Suárez tiene la característica de ser la última en el presente siglo siendo responsabilidad de este gobierno profundizar, con acciones concretas en el área de población y desarrollo que contribuyan a mejorar las condiciones de vida del habitante boliviano y asumir las recomendaciones de la Conferencia

Internacional sobre Población y Desarrollo.

Para tal efecto se ha formulado y se va a ejecutar un programa de desarrollo integral basado en los pilares de oportunidad, equidad, institucionalidad y dignidad, que hará posible que Bolivia supere las principales restricciones que han impedido su crecimiento y desarrollo.

Las acciones y políticas emprendidas por el actual gobierno están enmarcadas en los fundamentos de La Declaración de Principios sobre Población y Desarrollo Sostenible que señalan que las políticas referidas a población deberán ser decididas en el más amplio marco de autonomía y soberanía de la nación, sin lugar para coacción o presión alguna de naturaleza extranacional o internacional, respondiendo solamente al consenso que resulte del mejor interés del pueblo boliviano.

Por su parte, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, establece un nuevo consenso sobre dos puntos fundamentales: i) la potenciación de la mujer y el mejoramiento de su condición son indispensables para realizar el pleno potencial del desarrollo económico y social y ii) la potenciación de la mujer es un importante objetivo en sí mismo, vale decir, que a medida que las mujeres adquieren la misma condición, las mismas oportunidades y los mismos derechos sociales, económicos y jurídicos que los hombres, a medida que adquieren el derecho

a la salud reproductiva y el derecho a la protección contra la violencia basada en el sexo, se mejorará el bienestar humano.

A esta altura, la comunidad nacional e internacional desea conocer los avances y logros que se han obtenido de las acciones emprendidas en relación a las recomendaciones de la Conferencia, principalmente con vistas al tratamiento en las agendas públicas de la temática población-desarrollo, los desafíos y los obstáculos que aun deben vencerse para alcanza las metas establecidas.

Este informe preparado por el Gobierno de Bolivia para el Vigésimo Séptimo Período de la CEPAL, hace hincapié en cuatro aspectos: la institucionalización de los asuntos de población en la planificación del desarrollo, las cuestiones de equidad y género, el camino recorrido en materia de salud reproductiva y las perspectivas en asuntos de la población adolescente. Cada uno de estos procesos ha tenido distintos grados de avance y consolidación en el marco de las políticas públicas emprendidas por Bolivia.

I. SITUACIÓN SOCIODEMOGRAFICA

1. SITUACIÓN DEL DESARROLLO HUMANO

Los informes sobre Desarrollo Humano de 1994 y 1997 ubican al país en el lugar 113 destacando que Bolivia está considerado entre los más pobres, con un PIB per cápita de US\$764 en 1993 cuando el promedio latinoamericano ascendía a US\$2,389 y, para 1996 este indicador se situaba en US\$860. A pesar de haber disminuido entre 1976 y 1992 de 83% a 76% el porcentaje de los hogares, para esta última fecha cerca de la mitad de los hogares urbanos estaba en situación de pobreza, contra más del 90% en las áreas rurales. Los departamentos que presentan una proporción más elevada de pobreza (entre 76.8 y 80.6% de los hogares) son Pando, Potosí, Beni y Chuquisaca. En general, se han encontrado niveles de pobreza significativamente mayores al promedio en hogares indígenas y en hogares cuyo jefe tiene una baja educación. Esta situación se refuerza por una desigual distribución de ingresos, en la que el 10% de la población recibe el 36% del total. Solo el 12% de las familias consume las 2.200 calorías consideradas como necesidad mínima diaria, y se estima que una tercera parte de la población se encuentra en una situación de extrema pobreza.

Gran parte de los hogares presentan carencias o inadecuaciones en saneamiento básico, espacio, educación, salud, insumos energéticos y materiales de la vivienda. Apenas un 19% de la población rural tiene acceso a agua potable y solamente el 17.5% a saneamiento básico. En cambio, las coberturas para la población urbana son de 81.4% en agua potable y de 62.9% para saneamiento básico. El 28% de los niños

menores de tres años sufren desnutrición crónica, cifra que en las áreas rurales sube al 37%.

2. EL CONTEXTO DEMOGRÁFICO

2.1. Situación y perspectivas de la dinámica poblacional

Bolivia, con una superficie de 1,098,591 km² y 7.949.933 habitantes estimada para mediados de 1998, ha crecido a una tasa anual promedio de 2.35 entre 1993 y el presente año. La densidad demográfica nacional reciente de 7.2 habitantes por km² aumenta notablemente en el Altiplano y los Valles denotando la presión demográfica sobre los recursos naturales.

Por otra parte, la población urbana en los últimos cinco años se ha incrementado en 4.926.786 denotando una tasa de 3.87 por cien mientras que la parte rural solo lo hizo 0.11 % anual.

La dinámica demográfica que experimenta el país lo sitúa en un proceso tardío de la transición demográfica con una tasa global de fecundidad todavía elevada de 4.36 hijos por mujer en el periodo 1995-2000. Asimismo en la actualidad de la mortalidad materna (390 por 100.000 nacimientos) e infantil (70 por mil) se mantienen elevadas a nivel nacional, presentando marcadas diferencias urbano-rurales y étnicas.

2.2 Redistribución espacial de la población

La densidad de Bolivia comparada con la de países vecinos es relativamente baja, que la hace aparecer como un país escasamente poblado; sin embargo, una consideración más cuidadosa denota la coexistencia de relaciones de densidad desde menos de 3 habitantes por km² hasta 10 habitantes, si se incluye en el denominador la superficie en bruto (masas de agua, salares, tierras montañosas, etc.). Estos indicadores, si se contemplan la superficie habitable, ascienden a más de 50 en el Altiplano, 33 en los Valles y casi 5 habitantes en los Llanos.

En términos de la concentración urbana regional respecto a la población urbana total del país, el Altiplano es la región que aún hegemoniza esa concentración (44.2% en 1992). Por otra parte, los Llanos y los Valles también han incrementado su grado de urbanización (32 y 24 %, respectivamente).

De un modo general, se puede indicar que la población boliviana, si bien en los últimos años ha experimentado algún cambio en su distribución espacial, se caracteriza todavía por la supremacía que presentan las regiones del Altiplano y los Valles, ya que concentran el 74 % de la población nacional. Estas mismas regiones aún tienen predominio de población urbana.

Movimientos Migratorios Internos

En años recientes los movimientos migratorios inter-departamentales han asumido características peculiares. El Censo de Población y Vivienda de 1992, establece que los departamentos de Cochabamba,

Tarija, Santa Cruz y Pando, se constituyen en los centros con características inmigratorias. Como saldo neto positivo estos departamentos estarían incrementado anualmente su población, por efecto de la migración. Por el contrario, los departamentos de Potosí, Oruro, Chuquisaca y, en alguna medida, La Paz estarían teniendo una pérdida neta de población.

Cochabamba, es el departamento de mayor receptividad migratoria. Esto se manifiesta en el hecho de que de ser un departamento expulsivo en épocas pasadas, para el periodo 1987-92 pasa a constituirse en un departamento de fuerte atracción, recibiendo población generalmente procedente de los departamentos de Potosí, Oruro y La Paz, en ese orden. Por otra parte, Santa Cruz continúa recibiendo inmigrantes mayormente procedentes de Cochabamba, Chuquisaca, La Paz, y Beni.

Otros departamentos que se reciben población son Tarija y Pando; el primero es receptor de poblaciones de Potosí y Chuquisaca; y, el segundo de Beni y La Paz.

Se prevé que estos procesos aun continúan, ha a no ser que las acciones emprendidas por las grandes reformas hayan logrado reorientarlos. Las investigaciones futuras podrán mostrar estos aspectos.

2.3 El Proceso de Urbanización

La velocidad del proceso de crecimiento urbano en Bolivia se va haciendo cada vez más intensa, lo que implica desafíos cada vez más insospechados. De mantenerse una tasa de crecimiento urbano de 4.16%, como es la que se registra entre el período 1976 a 1992, el tiempo de duplicación de su actual tamaño de población será apenas entre 16 y 17 años, exacerbando aún más, los enormes retos consistentes en la creación de nuevos empleos estables, viviendas y servicios básicos colectivos

La velocidad promedio del proceso urbano en Bolivia se viene dando en forma muy intensa y se distribuye principalmente en tres ciudades correspondientes a las tres grandes regiones del país. Por tanto, la urbanización es un tanto más equilibrada, a diferencia de muchos países en desarrollo, cuya dinámica de la población es fuertemente atraída por un centro primal metropolitano, con un poder de atracción, sin precedentes de los movimientos migratorios.

Las ciudades, no obstante constituirse en los principales centros de actividad económica, están débilmente estructuradas alrededor del sector industrial y están muy poco articuladas al campo. Sin embargo devienen en el escenario de recepción del constante drenaje social de la población empobrecida, porque como recientes estudios han demostrado que es en las ciudades donde se tiende a absorber el desempleo, a través del sector terciario de la economía, en la rama del comercio.

Se debe destacar que el proceso de urbanización que está experimentando

Bolivia no obedece a una transición gradual de países con economía agraria hacia países con economías industriales, sino que la urbanización acontece por su atraso. La descomposición de las estructuras agrarias tradicionales, la pérdida de productividad, el muy bajo nivel de ingreso y la pobreza en los contextos de origen, inducen a la migración de origen rural con destino urbano.

Este proceso, no sólo ha consolidado las ciudades del eje central, sino ha propiciado la creación de nuevos centros urbanos. Sin embargo, el predominio aún lo detentan las grandes localidades urbanas, produciendo una serie de problemas que se toman difíciles de enfrentar por los gobiernos municipales.

Dado que el proceso de concentración urbana obedece a estrategias de sobrevivencia de la población, sobre todo rural, y no a una planificación, las ciudades crecen en forma desordenada e incontrolable. Esto resulta en crecientes déficit en servicios básicos, y un constante aumento del desempleo en estas ciudades. Por ejemplo, en una ciudad como El Alto, con un crecimiento poblacional de más del 9% anual, es difícil imaginar que la economía de la ciudad crezca a un ritmo superior, para poder generar fuentes de empleo y atender las necesidades básicas de los nuevos pobladores.

2.4 **Prospectiva de la población**

La magnitud probable de la población futura.

Para mediados del año 1998 se ha estimado para Bolivia una población de 7.9 millones de habitantes y para el año 2002 se prevé una población de 8.6 millones de personas con una tasa de crecimiento para ese periodo de 2.24.

Un indicador resumen de las variadas formas de incremento descritas, es la tasa de crecimiento. Sin embargo, a pesar de las particularidades indicadas, la población boliviana en las próximas décadas seguirá manteniendo el carácter joven. Como edad mediana se espera un cambio de 19.14 en 1990 a 19.97 en el año 2000. Este indicador implica, por una parte, que la población con edades inferiores a los 15 años estará por encima del 35 % respecto a la población total; como contraparte, en el otro extremo de edades (población con 65 y más años) tendrá todavía una escasa representatividad, que no excederá en el mejor de los casos de 5 %. En cambio, la población considerada en edad de trabajar asumirá ligeros incrementos, que es posible que signifiquen el 58 % de la población total.

3. POBLACION Y SALUD

3.1 **Mortalidad infantil y materna**

Situación Actual: Niveles y Diferenciales.

Para 1992, Bolivia aún se ubicaba en el grupo de países latinoamericanos con tasas altas de mortalidad infantil. Sin embargo, este nivel comparado obtenido mediante información del censo de 1976 indica que esos 15 años se ha producido un descenso importante de 151 a 75 niños fallecidos de cada 1.000 nacidos vivos. Esta tendencia se confirma con los datos de la Encuesta de Demografía y Salud de 1994 (ENDSA).

A pesar de la reducción observada, asociada a programas de salud de la mujer y el niño y campañas masivas de inmunización, no se evidencia todavía una mejora substancial en el nivel de vida de la población; por lo tanto los progresos registrados en esta materia deben ser considerados como insuficientes, ya que persisten los patrones de morbimortalidad con rasgos epidemiológicos en los que predominan y persisten enfermedades infecciosas (diarreicas y respiratorias), además de las nutricionales.

Los indicadores globales ocultan grandes diferencias al interior del país. Los niveles en el ámbito urbano y rural, muestran tasas de 58 y 94 por mil respectivamente. La mortalidad que prevalece en el área rural, es igual a la que prevalecía en el área urbana del departamento Pando hace 16 años aproximadamente.

Por otra parte, la mortalidad infantil y de la niñez, representa el 49.0 % del total de muertes ocurridas en todas las edades, valor que se encuentra por encima del promedio estimado para América Latina (34 %).

Otro aspecto que llama la atención es la alta Mortalidad Materna, que afecta a las mujeres en edad reproductiva, principalmente como resultado de complicaciones del embarazo, alumbramiento, puerperio y del aborto inducido. Se estima aproximadamente el nivel de Mortalidad Materna en 390 por cada 100.000 nacidos vivos. En el ámbito regional, la mortalidad en el Altiplano reporta 591 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, en los Valles 286 y en los Llanos 166 (ENDSA, 1994).

Perspectivas de la mortalidad

De acuerdo a últimas proyecciones de población, se espera que para el año 2000 la tasa de mortalidad infantil alcanzaría a 60 por mil nacidos vivos, mientras que para el período 2005-2010 estaría alrededor de 46 por mil. Estas reducciones se expresan descenso del 20 % y un aumento de la esperanza de vida al nacer. Este indicador para el período 1990-95 queda establecido en 59.3 años y para los periodos venideros, 1995-2000, 2000-2005 y 2005-2010, se prevé esperanzas de vida de 61.4, 63.6 y 65.7 años, respectivamente.

3.2. Fecundidad y Salud Reproductiva

El número de hijos tenidos

La Tasa Global de Fecundidad (TGF) de acuerdo a los resultados del Censo de Población de 1992, es de 5 hijos. Pese a ser una de la más alta de América Latina, la TGF de Bolivia ha mostrado una ligera disminución en el curso de las últimas décadas; de 6.50 en el período 1970-75 descendió a 4.8 para el período 1990-95. Entre 1976 y 1992 en el área urbana, la fecundidad descendió de 5.2 a 4.2; y en áreas rurales de 7.8 a 6.3 hijos por mujer.

El grado de escolaridad de la mujer es un factor determinante en su comportamiento reproductivo. Según datos de la Encuesta de Demografía y Salud (ENDSA, 1994), las mujeres sin instrucción formal tenían un promedio de 6.5 hijos y las con educación básica, 6.0. En cambio, las mujeres que habían alcanzado el nivel medio o superior tenían una TGF de 2.7 hijos por mujer.

El número de hijos deseados

Las variaciones en la TGF demuestran que la regulación de la natalidad ya es práctica en Bolivia. Sin que exista una política explícita referente a la fecundidad, las familias han ido acomodando su comportamiento reproductivo a los diversos contextos que les rodean. Sin embargo, debido al acceso limitado a la educación sexual, información y servicios anticonceptivos, existe una brecha significativa entre el deseo y la realidad reproductiva de las mujeres bolivianas. Según datos de la ENDSA-94, el promedio de hijos deseados es de 2 para todo el país, que contrasta con la realidad de 4.8. Inclusive

las mujeres con educación media o superior tienen un promedio de tres hijos en lugar de los dos que desearían tener.

Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

Existe una brecha importante entre los niveles de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en el país. Según información disponible el 82% de las mujeres en edad fértil dicen conocer o haber oído hablar de algún método anticonceptivo.

Sin embargo, apenas el 45.3% de las mujeres en edad fértil, casadas o unidas, recurre actualmente a la anticoncepción. El 27.6% utiliza algún método tradicional y sólo el 17.7%, algún método moderno.

Las cifras globales sobre el uso de métodos anticonceptivos encubren grandes diferencias socioeconómicas y regionales. El grado de escolaridad de la mujer tiene influencia en el uso de métodos. Se ha encontrado que el 66.2% de las mujeres con educación media o superior eran usuarias, en comparación con sólo en 22.7% entre las mujeres sin educación formal.

Razones del no-uso de métodos anticonceptivos

Las investigaciones coinciden en señalar, como principal razón del no-uso de métodos, el desconocimiento de los mismos. "Haber oído hablar" de un método no es lo mismo que entender su funcionamiento o conocer sus verdaderas ventajas y riesgos. A la falta de educación sexual se suman la desinformación, el rumor y el miedo, factores que influyen fuertemente en la baja prevalencia y uso por parte de mujeres y

hombres.

De acuerdo a datos recientes, las mujeres con menor conocimiento de los métodos y sus fuentes de suministro tienen menores posibilidades de planificar sus embarazos, son las mujeres del área rural, de 35-39 años de edad, sin instrucción y con cinco hijos o más. La desigualdad social y la postergación de la mujer campesina y analfabeta se reflejan también en la falta de acceso a la educación sexual, información y servicios de planificación familiar.

Repercusiones del bajo nivel de conocimiento y uso de métodos

Los elementos indicados reflejan, en gran parte, la imposibilidad de traducir el deseo reproductivo en realidad. Indican la falta de poder de decisión de las mujeres sobre su propia fecundidad, hecho que constituye una expresión más de la negación de sus derechos, socioeconómicos y políticos.

El hecho de postergar o evitar nacimientos en mujeres con alto riesgo reproductivo tiene efectos positivos en la salud y supervivencia del niño y de la madre, cualquiera que sea el estrato socioeconómico de la mujer. Sin embargo, la planificación familiar no puede sustituir una mejora en las condiciones generales de vida de la población, pero puede constituir un recurso valioso, entre muchos otros, para proteger la salud de madres y niños.

Se estima que aproximadamente el 24.2% de las mujeres unidas (casadas y convivientes) en edad fértil, presentan necesidad no satisfecha, de las cuales un mayor porcentaje tiene el deseo de limitar los

embarazos (18.3) y se caracteriza por ser mujeres con 5 hijos o más, de 25 a 34 años de edad y el nivel de escolaridad por debajo del ciclo medio. Los más altos porcentajes de mujeres que quieren espaciar (15.7%) se encuentran entre las mujeres jóvenes de 15 a 19 años.

Perspectivas y Proyecciones de la Fecundidad

Las últimas proyecciones, basadas en los censos nacionales de 1976 y 1992, consideran que la fecundidad tendrá una declinación de aproximadamente 1.3 hijos en los próximos 20 años (de 4.8 prevista para el período 1990-95 a 3.5 esperada entre los años 2005 y 2010

Vale remarcar que el número de 3.5 hijos por mujer proyectado para el período 2005-2010 continúa siendo más elevado que la TGF deseada de 3.2 hijos detectada en 1989.

II. EL NUEVO ESCENARIO PARA
LAS CUESTIONES DE
POBLACIÓN

2.1. Las grandes reformas

Bolivia, ha experimentado cambios importantes en su estructura económica, social y política, que configuran un nuevo escenario para las acciones en población y desarrollo.

En el ámbito político, se ha logrado consolidar el sistema democrático. Los sectores políticos lograron importantes acuerdos que hicieron posible la modernización del sistema democrático y el establecimiento de instituciones independientes que fortalecen la institucionalidad del país. Se reformó la Constitución Política del Estado, se estableció la Corte Nacional Electoral, se promulgó la Ley SAFCO, se modernizó el sistema de justicia, entre otros.

En lo social, el Estado comienza a prestar mayor atención a los sectores sociales y a la dotación de infraestructura física, se implementó la Reforma Educativa, se reformó el sistema de pensiones y está en curso el Plan Estratégico del Sector Salud.

En el ámbito económico, se implantó en el marco del Programa de Ajuste Estructural. A partir de la segunda mitad de los ochenta se logró estabilizar la economía, se liberalizaron los mercados de bienes y servicios, entre otros. Por otro lado, se iniciaron las grandes reformas orientadas a modificar el papel del Estado en la economía, se privatizó las empresas públicas menores y se capitalizó las grandes empresas estatales y se creó el sistema de regulación sectorial independiente y altamente técnico.

Siguen en curso las grandes reformas como:

a) La Participación Popular.

Promulgada en 1994, esta Ley inicia una nueva etapa en el país, al descentralizar los recursos del Estado y las actividades en sectores sociales antes centralizados. En su aplicación se dan cambios fundamentales en la operación de servicios básicos como los de salud y educación y se hace una distribución más equitativa de los recursos nacionales con la incorporación de las comunidades en la gestión de los recursos y en los programas de inversión municipal, incluyendo la supervisión y fiscalización por las comunidades del uso de los recursos; permite a la población asumir la solución de sus propios problemas y la construcción de su futuro, al mismo tiempo facilita al Estado procesar las demandas sociales de un modo más eficiente.

b) La Descentralización administrativa.

Ley dictada en 1995, transfiere a las prefecturas la responsabilidad de la planificación del desarrollo; la gestión y orientación de la inversión pública; la administración de los recursos humanos y financieros en el ámbito departamental. Así, las Prefecturas van adquiriendo, en forma paulatina, la capacidad de constituirse en el nexo con los gobiernos municipales del departamento.

c) La Reforma Educativa.

Busca la transformación del sistema educativo a fin que sea capaz de satisfacer las

necesidades de aprendizaje y formar recursos humanos acordes a las demandas del desarrollo del país. El carácter plurilingüe e intercultural de la enseñanza permite fortalecer el respeto a la diferencia étnica, social, cultural y ecológica, y también superar las discriminaciones de género en el proceso educativo. Por su parte, el refuerzo de las acciones de educación no formal, principalmente a través de los mecanismos de la participación popular, resalta la importancia del manejo adecuado del patrimonio natural y el desarrollo de prácticas y patrones de comportamiento acordes con el desarrollo sostenible.

d) **Ley del Instituto Nacional de Reforma Agraria (Ley INRA).**

Mediante esta Ley se pretende alcanzar una distribución más equitativa de la tierra, promoviendo el acceso a tierras fiscales de grupos de campesinos e indígenas sin este recurso. Asimismo busca garantizar el derecho de los pueblos y comunidades indígenas originarios sobre sus tierras comunitarias. Esta Ley que se complementa a la de participación popular, da la posibilidad de crear Distritos Municipales Indígenas como mecanismo para la preservación de las unidades socioculturales y su consolidación a través del ejercicio de funciones de administración pública delegadas por los gobiernos municipales.

2.2 Las Estrategias Nacionales de Desarrollo

Bolivia, ha adoptado como paradigma del desarrollo el concepto de desarrollo sostenible, con el objetivo de lograr en las mejores condiciones la superación de los niveles de pobreza y elevar el nivel de vida de todos los habitantes bolivianos. En ese ámbito, la población no solamente debe ser entendida como la mera suma de los habitantes en un determinado espacio geográfico sino como objeto y sujeto de ese desarrollo.

Distintos gobiernos han incorporado la nueva concepción del desarrollo. Así en la Estrategia Nacional de la gestión pasada es concebido como el proceso que busca conciliar el crecimiento económico, la equidad social y el uso racional de los recursos naturales, en un marco de creciente participación popular y de descentralización administrativa que aseguren la gobernabilidad, respondiendo a la necesidad de vincular el presente con el futuro de la nación, articulando los aspectos humanos, la calidad ambiental y el mantenimiento y recuperación de los recursos naturales y su aprovechamiento económico racional.

En la actualidad el Gobierno Nacional en el marco del nuevo Plan "Bolivia XXI: País Socialmente Solidario", se basa en el paradigma del "desarrollo sostenible, cuya esencia es la relación armónica de ser humano y naturaleza y destaca que el desarrollo con identidad, equidad, preservación del medio ambiente y los recursos naturales no será posible sin que el ser humano constituya en todas sus dimensiones el eje articulador de la

economía, la sociedad y el Estado

El nuevo Plan General de Desarrollo Económico y Social" reconoce que acelerar el crecimiento económico implica impulsar el despliegue productivo con competitividad, que conduzcan a organizar y dirigir el fortalecimiento de las capacidades productivas y comerciales de la Nación, teniendo como meta el "mejorar la calidad de vida, especialmente del ser humano empobrecido". De ese modo entre los objetivos definidos de manera consensuada entre el Estado y la sociedad civil se encuentran: la disminución drástica de la pobreza urbana y rural, la seguridad humana, la generación de empleo estable tanto en cantidad como en calidad, la distribución equitativa de la riqueza y la seguridad ciudadana.

Los lineamientos de estrategia incluidos en el marco conceptual, aquellos que tienen *relación más estrecha con asuntos de población y desarrollo son:*

- * el potenciamiento y la transformación productiva;
- * la ocupación armónica del territorio
- * la inversión en desarrollo humano sostenible
- * desarrollo equilibrado.

A su vez, entre los objetivos estratégicos del plan de desarrollo económico y social no se pierde de vista la **relación armónica entre población - territorio**, la igualdad de oportunidades para la población, el aprovechamiento racional de los recursos naturales y la preservación del medio ambiente.

Se sustenta así el reconocimiento de los vínculos que existe entre la dinámica de la población y los aspectos del desarrollo sostenible, necesarios para la consideración en la planificación socioeconómica; ellos junto a otros objetivos estratégicos, de manera combinada contribuyen a mejorar las condiciones de vida de la población boliviana evitando mayores desequilibrios en el desarrollo.

2.3 Integración de los asuntos de población en el proceso de desarrollo.

El tratamiento de los asuntos poblacionales y la inserción de las variables demográficas en la planificación del desarrollo han tenido un relativo avance, a partir de las actividades emprendidas por la Unidad de Políticas de Población (UPP), dependiente de la Dirección General de Planificación Estratégica del Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, mediante acciones de difusión, comunicación y capacitación y de otras instituciones que trabajan en la temática como el Instituto Nacional de Estadística (INE), organizaciones gubernamental y ONG's.

La UPP tiene como objetivos institucionales contribuir al logro del desarrollo sostenible y al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes del país, a través de la institucionalización de los asuntos poblacionales en las políticas y programas del desarrollo económico y social; promover la incorporación de las variables demográficas en los planes de desarrollo, mediante acciones de difusión, comunicación y capacitación y crear la capacidad técnica en las administraciones departamentales y

gobiernos municipales a fin que emprendan acciones y programas

Los esfuerzos emprendidos en esta materia posibilitaron, en comparación con el pasado, que exista hoy una mayor conciencia entre los tomadores de decisión y en otras instancias de la sociedad de la importancia de considerar los factores poblacionales en la planificación del desarrollo. En este sentido, en el país se han logrado avances importantes en la integración de políticas e información en población en los planes nacionales de desarrollo, encaminada a avanzar en los esfuerzos de planificación del desarrollo. Sin embargo, queda mucho camino por delante para incorporarla definitivamente en la agenda gubernamental.

En la perspectiva de promover acciones tendientes a la incorporación de los temas de población, se ha propuesto lineamientos de políticas de población en el Plan de Gobierno en sus dimensiones económica, ambiental y social, cada una con objetivos y lineamientos estratégicos concretos: aprovechamiento óptimo del territorio, calidad de vida, aprovechamiento sostenible de los recursos naturales renovables y no renovables y disminución drástica de la pobreza rural y la marginalidad urbana, respectivamente.

Por otro lado, a la luz de los procesos de descentralización y participación popular, que asignan nuevas responsabilidades a las Prefecturas y Gobiernos Municipales, se han desarrollado diversas acciones de comunicación, difusión y capacitación en coordinación organismos gubernamentales y no gubernamentales, con la finalidad de promover la

institucionalización de las variables demográficas en las actividades de planificación de estos ámbitos de decisión. Sin embargo, se está lejos aún en que se tome en cuenta en forma plena las características que asumen las interrelaciones de los cambios poblacionales con los factores sociales y económicos, entre otros.

Se han desarrollado actividades de investigación vinculadas a la temática de población y otras de variada naturaleza, y su promoción al interior del Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, y su divulgación a niveles municipales para su posterior tratamiento en los planes de desarrollo. De aquí que ya se pueda vislumbrar ciertos avances y logros, en un espacio donde los temas poblacionales todavía necesitan muchas acciones para su oportuna consideración en la planificación del desarrollo, en una perspectiva de relaciones mutuas entre variables demográficas y fenómenos socioeconómicos

Avances, logros y desafíos en asuntos de población.

La incorporación de los temas poblacionales en el Plan Nacional de Desarrollo, es un importante logro a destacarse. La propuesta define como objetivos y políticas, la reorientación de los movimientos migratorios, el apoyo a la población urbano periférica, la racionalización del uso, manejo y conservación de los recursos naturales, mejoramiento de la calidad ambiental, salud reproductiva, perspectiva de género, etc. No obstante, la inserción de las variables poblacionales en la planificación, es un proceso de largo aliento, principalmente

cuando el objetivo está orientado a la definición de programas y/o políticas de población, como instrumento que contribuye al desarrollo sostenible y a la elevación del nivel y calidad de vida de los habitantes, por lo que los esfuerzos realizados hasta ahora deberán ser profundizados.

El país ha logrado avances importantes en el conocimiento de su dinámica demográfica y de ciertos tópicos que forman parte de la relación población - desarrollo. La información del Censo de Población de 1992, de las Encuestas de Demografía y Salud y de otras encuestas y estudios han permitido la realización de análisis con detenimiento sobre tópicos específicos. Sin embargo, hay dos limitaciones que merecen destacarse: 1) dada la focalización en ciertos aspectos que por su naturaleza, tienen estas fuentes, no siempre responden a las demandas de conocimiento que se generen en los nuevos procesos de transformación social, política e institucional que vive el país; 2) No siempre los análisis se realizan con miras a dar respuestas a interrogantes relacionadas con políticas que se están o que necesitan ser implementadas.

Un esfuerzo importante por contar con información demográfica en el ámbito municipal, ha sido el desarrollado por la UPP y INE que desagregaron la información del Censo de 1992, en atención a las múltiples necesidades. En este sentido, se han elaborado afiches demográficos, bases de datos con información de población para 1992 y elaborado proyecciones de población hasta ese nivel geográfico.

Por otra parte, existe un área de población y desarrollo que se torna cada vez más crítica dentro de una visión de desarrollo: la relación entre población y medio ambiente. Los esfuerzos volcados hacia el ordenamiento territorial abordan ese tema bajo el ángulo de los recursos naturales. Sin embargo, es necesario desarrollar una visión más integrada y compleja de cómo la dinámica demográfica de crecimiento y redistribución, los esfuerzos de desarrollo en distintos espacios nacionales y el manejo de los recursos naturales se interrelacionan, y qué intervenciones concretas deben ser contempladas al respecto.

Es necesario ampliar las actividades de difusión, información, comunicación y capacitación, realizadas mediante foros, talleres, seminarios, etc., que se constituyen instancias de sensibilización y compromiso para profundizar aún más, el tratamiento de aspectos poblacionales en la planificación en sus diversas modalidades.

Quedan tareas pendientes por realizar en materia de la integralidad de los temas en población en los diferentes ámbitos sectoriales. Se prevé, con seguridad, que estos impactos habrán de mostrar avances importantes en los indicadores demográficos y en los procesos poblacionales, más allá de los previstos, como expresión de lo que se ha hecho en el área de salud y la educación, principalmente, como dos elementos claves del bienestar de la población.

Consolidar la institucionalidad de los temas de población en los diferentes ámbitos gubernamentales, sectoriales y regionales, que junto a los aspectos de la descentralización administrativa y la

participación popular, sugiere el reto del tratamiento de los asuntos de población en esos ámbitos.

2.4: La salud integral y las estrategias de salud sexual y reproductiva.

La salud reproductiva: avances, logros y desafíos.

Desde inicios de la presente década se registraron algunas iniciativas de apertura hacia la salud reproductiva con la institucionalización del tema de la mujer en el marco de la lucha contra la pobreza, el ajuste estructural y el desarrollo humano. Sin embargo hay que reconocer que la temática es compleja porque existen múltiples factores de orden social, económico y cultural, que influyen en la dimensión de la familia y las características de la población en general.

En los planes y estrategias de desarrollo de años recientes se destacan el reconocimiento del derecho de toda la población a la información sobre salud reproductiva para decidir libremente cuantos hijos tener y cuando tenerlos. Esta información debe ser completa, objetiva y veraz en una perspectiva integral que incluya componentes biológicos, psicológicos, culturales y espirituales, sobre una base respetuosa de la ética, los valores y cultura propios del país para lograr "una sexualidad biológica y éticamente sana como base de una vida familiar responsable".

Probablemente la institucionalización que hoy goza la salud reproductiva es uno de los aspectos que más avances y logros se han

conseguido en la definición de políticas públicas en materia de población. Las acciones para que ello ocurra han tenido un recorrido sin precedentes, fruto de un proceso de apertura a la temática; donde ha participado tanto la sociedad civil como las instituciones públicas y privadas.

Como aspectos importantes, se debe mencionar:

- a) Las acciones realizadas por la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, agrupación voluntaria, conformada por diversas instituciones tanto públicas como privadas, lideradas por el Ministerio de Salud. Dicha Estrategia esta identificada con un objetivo común contribuir al mejoramiento de la salud de los niños y de las mujeres principalmente. Este esfuerzo nacional cuenta con el apoyo técnico y financiero de organismos de cooperación como USAID-Bolivia, OPS-OMS, el UNPFA, Misión Británica, GTZ, entre otras.
- b) Las diferentes acciones en materia de salud reproductiva que se plantean en estrategias y programas gubernamentales se ven reflejadas en declaraciones oficiales, en foros internacionales como la Conferencia Andina sobre Maternidad sin Riesgos, Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en el Cairo, y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing

En el año 1994, el gobierno de Bolivia, en su Declaración de Principios sobre Población y Desarrollo Sostenible, expresa que la salud de la población es un

factor crucial para el desarrollo y es obligación del gobierno asegurarla especialmente de las madres y los (las) niños(as). En este marco, la salud reproductiva se considera como parte de la salud integral y, por tanto, la planificación familiar y la práctica anticonceptiva deben ser consideradas no-solo como aspectos inherentes a la salud de la mujer, sino que constituyen fenómenos y hechos sociales inmersos en la complejidad de la dinámica social, cultural y económica del país.

Se reconoce a la salud reproductiva como un componente de la salud integral (biológica, mental y social) y en razón que tienen las personas para gozar plenamente de todas sus potencialidades. Existe consenso al señalar que los componentes de la salud reproductiva, son la atención al embarazo, parto, lactancia, ETS-SIDA, cáncer cervico uterino y de la mama, inmunización del toxoide tetánico, esterilidad y planificación familiar. Respecto a este último componente, se plantea como un derecho fundamental de las parejas a decidir libre y responsablemente sobre el número y espaciamiento de los hijos, en el marco del mutuo respeto y de igualdad de derechos del hombre y la mujer.

Como resultado de las actividades realizadas durante la fase preparatoria de la CIPD, el Gobierno da inicio en 1994 al Plan Vida, Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Perinatal, que sienta las bases de una acción concertada entre el sector salud y la sociedad. Los contenidos de dicho Plan se basan en la búsqueda del ejercicio del derecho a la salud, en la ubicación de ella como condición y

resultado del desarrollo integral, un componente importante de este Plan es la salud reproductiva.

En la actualidad se ha diseñado el Plan Estratégico de Salud (PES) que tiene como objetivo "iniciar un sistema universal de salud, de consenso y participación social, mediante un proceso de Reforma del Sector, que culmine con la Ley de la Salud, convirtiendo las políticas de salud real y efectivamente en políticas de Estado". Entre los Programas Nacionales de Salud Pública priorizados, se tiene, el Programa de Atención Integral de la Mujer y la Salud Sexual y Reproductiva, que considera los siguientes subprogramas: atención de la mujer no embarazada, enfoque de riesgo reproductivo, planificación familiar, prevención del aborto, disminución de la sífilis materna congénita, detección precoz del cáncer de cérvix uterino, enfermedades de transmisión sexual, toxoide tetánico.

Por otro lado, se debe destacar el aumento significativo en las coberturas de los servicios de salud reproductiva y de las acciones de capacitación de los recursos humanos y el diseño e implementación de estrategias comunicacionales destinadas a diseminar mensajes educativos y de promoción.

Se debe mencionar la incorporación de la perspectiva de género en los temas de salud reproductiva, a partir del reconocimiento de los derechos humanos y los derechos de la mujer. Estos temas, forman parte del PES, la Reforma Educativa y las Políticas de Género, que en el futuro deben tender a su consolidación.

Otras acciones importantes son, la implementación del Seguro sobre Maternidad y Niñez, en la actualidad denominado Seguro Básico de Salud, con el objetivo atender a mujeres y niños de bajos recursos, prestando servicios gratuitos de salud.

Información oficial (ENDSA, SNIS), entre otros) muestra que los partos y las consultas institucionales se han incrementado. En la actualidad, se han adoptado medidas de reforzamiento en la programación y servicios, lo cual se prevé aumentara las coberturas de salud y posibilitara mejoras en la salud materna e infantil.

Como parte de las estrategias destinadas a reducir la mortalidad materna y mejorar la situación de la mujer, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva que desarrolla el Ministerio de Salud, plantea acciones de carácter integral, como el acceso a los servicios para una maternidad segura y saludable, incluyendo antecedentes e información cualitativos y cuantitativos sobre la atención profesional durante el embarazo, parto y puerperio, incluyéndose en el Seguro Básico las hemorragias del primer trimestre.

Durante los últimos cinco años se ha ampliado la oferta de servicios de planificación familiar, contribuyendo al logro de las metas de reducir en 50% para el año 2000 la demanda insatisfecha. En 1993 se cubrió a 12.000 usuarias en 1996 a 88.000, en cuatro años se ha extendido los servicios de planificación familiar casi en 700% en la red estatal. A partir de investigaciones sobre necesidades de las usuarias, también se está ampliando el abanico de opciones

anticonceptivas de acuerdo a la calidad de atención y normas

En la actualidad hay mayor reconocimiento de que la salud reproductiva, no ofrece solamente servicios de control prenatal, de partos o de métodos anticonceptivos, sino que brinda atención integral, permitiendo a la mujer expresarse en términos de la autonomía que tiene sobre su cuerpo y su salud. En este sentido, el concepto de autodeterminación de las mujeres en los servicios de salud reproductiva cobra particular importancia.

Sin embargo, quedan desafíos que aún se deben enfrentar para que los avances mencionados sean consolidados con el objeto de mejorar las condiciones de salud y vida de la población. Existe la necesidad de ampliar las coberturas de salud, tomando en cuenta las perspectivas de atención integral a la salud de la mujer, sus deseos y derechos reproductivos, que abarcan la libertad de tener o no tener hijos, de espaciar los nacimientos y de contar con la información y los medios apropiados para hacerlo.

Asimismo las iniciativas dirigidas a mejorar la salud materna tendrán éxito, no sólo con la corrección de las deficiencias aún existentes en los servicios de salud, sino que éstas formen parte de los cambios que se producen en lo social, político y económico. Más allá de estos desafíos, la posibilidad de que una mujer goce de una maternidad sana y agradable también depende de su propio comportamiento reproductivo. En este sentido, los programas que buscan garantizar una maternidad sin riesgos, implícitamente promueven el espaciamiento óptimo de los embarazos, además de prevenir los

embarazos no deseados, los nacimientos entre mujeres demasiado jóvenes o maduras y las de mujeres con alta paridad.

Se debe consolidar lo avanzado, logrando una mayor igualdad, equidad y participación de la sociedad civil en la implementación de las políticas públicas. Si bien se ha introducido el enfoque de género en asuntos de salud reproductiva, en la realidad la situación de las mujeres y de los adolescentes es todavía desigual.

También es importante ampliar la red de servicios a áreas peri-urbanas y rurales, en vista que en las áreas urbanas ya están funcionando.

La necesidad de dar una amplia difusión a los programas de salud sexual y reproductiva aplicando mecanismos apropiados para trasladarla a todos los ámbitos del país, es por demás importante. Se debe sensibilizar a la población en los temas de salud reproductiva como instrumento para reducir las altas tasas de mortalidad infantil y materna, y los índices de aborto.

Generar modelos alternativos en el marco de conceptos étnico-culturales diferentes y diversos, es un desafío, donde el sector salud deberá hacer grandes esfuerzos de acercamiento a la comunidad en forma horizontal y transparente, también es necesario que otros grupos étnicos se beneficien de las acciones como las mujeres no gestantes, los y las adolescentes y los hombres.

Dar mayor énfasis al tema de los adolescentes en materia de salud sexual y

reproductiva, debido, por una parte, a que en el país la tasa de embarazo entre las adolescentes es una de las más altas en comparación a otros países latinoamericanos y, por otra, los y las adolescentes son población de riesgo susceptibles de ser infectados por enfermedades de transmisión sexual y el SIDA. De aquí que sea necesario involucrar a los jóvenes como actores en la discusión sobre la sexualidad y la reproducción en el ámbito de la salud integral.

2.5. Las cuestiones de equidad de género.

Las políticas de equidad de género han sido ya institucionalizadas y en su aplicación se expresa la transversalidad del enfoque de género en las políticas públicas. Es innegable que la igualdad de oportunidades para superar las discriminaciones atraviesa por un aspecto importante a considerar: el garantizar la equidad de género; esto es, a través de la participación de la mujer en la dinámica económica con igualdad de oportunidades, logrando un desarrollo social con equidad de género e institucionalizando su enfoque en el diseño y gestión de las políticas públicas.

Si se presta atención a cuestiones de equidad, ellas no significan solamente ofrecer las mismas oportunidades para todos, sino acceso positivamente discriminado de las oportunidades a quienes no las tienen. En ese sentido, el Estado y la sociedad están buscando profundizar la equidad no solo a partir de un mejoramiento del ingreso, sino de la generación de mayores oportunidades de acceso a la cultura, la educación, los

recursos naturales, vivienda, el empleo, la salud y la seguridad social.

La equidad de género que ahora es parte de las políticas públicas del Estado boliviano, es un logro obtenido en varios años de movilización y labor permanente, donde el Estado, a través de su organismo pertinente tomó la iniciativa de trabajar activamente para introducir reformas destinadas a lograr el desarrollo social y sostenible con contenidos de equidad de género, un desarrollo social sostenible que alcance el desarrollo social equitativo, lo cual implica mejorar las condiciones económicas, sociales, políticas, jurídicas y culturales de las mujeres:

Así dentro del Plan General de Desarrollo Económico y Social, ha incorporado lineamientos de política y estrategias dirigidas a la mujer, reconociendo que ellas al igual que a los hombres, son actoras y gestoras del desarrollo. En ese entendido, formula políticas públicas tendientes a compatibilizar sus necesidades básicas con sus demandas históricas de autonomía organizativa, política, física y económica que le permitan fortalecer su autoestima, su capacidad de negociación, decisión y autodeterminación; incluye tanto el respeto a sus decisiones sobre sexualidad y fecundidad democratizando los roles en la familia y la sociedad como el consolidar sus derechos a la educación, a una identidad cultural propia valorando y fomentando su rol productivo.

En ese sentido, el Estado ha incorporado el enfoque de género al desarrollo humano y sostenible, como una dimensión transversal e integral. Desarrolló

labores orientada hacia la democratización del conocimiento, el poder y las relaciones de género poniendo el acento en la Participación Popular, la Reforma Educativa, las Reformas Legales y Penales en el marco de una práctica en igualdad de condiciones entre el hombre y la mujer.

La perspectiva de género incorporada en la Ley de Reforma Educativa afirma que la nueva escuela boliviana, además de ser intercultural, debe brindar iguales oportunidades a varones y mujeres para que desarrollen todas sus potencialidades y atiendan a sus demandas, necesidades y expectativas, en el marco del respeto mutuo, sin violencia ni discriminación. La Ley de Participación Popular garantiza la igualdad de oportunidades en niveles de representación a mujeres y hombres, tanto en la sociedad civil como en los municipios. Su preocupación mayor es la incorporación del género como una dimensión integral al desarrollo humano y sostenible, haciendo especial hincapié en el desarrollo rural.

Bajo esos postulados se han desarrollado una serie de actividades y logrado avances positivos importantes que se traducen, entre otras, en la aprobación de la ley contra la violencia en la familia, la implementación de los Servicios Legales Integrales y de las Brigadas de protección de la Familia, la incorporación del Enfoque de Género en el Programa de Acciones Estratégicas para el Desarrollo Humano, la incorporación del Enfoque de Género en los Planes Operativos Anuales (PAO) de los Municipios y la implementación de los Programas Municipales de la Mujer.

Cabe destacar el rol del Estado que como principal impulsor de los asuntos de equidad y género se abocó a sensibilizar y capacitar a hombres y mujeres del sector público y privado en la defensa de los derechos humanos de la población femenina, la necesidad del Enfoque de Género en las políticas estatales, y la consolidación y difusión de las Reformas Legales, y cambios introducidos en favor de la mujer en la Educación, la Salud y el Trabajo. Como parte de las líneas de acción trazadas por el Estado fueron abordadas en materia educativa las innovaciones curriculares, capacitación y formación docente, producción de materiales, investigaciones y proyectos especiales, considerando la transversalidad de la equidad de género en el área de las Ciencias de la Vida en los programas de estudio de la educación primaria y en los módulos de aprendizaje del sistema educativo.

Sin embargo, reconociendo que la consecución de estos objetivos, y conscientes de que no es posible cambiar todo en un momento, se ha priorizado aquellas poblaciones más desfavorecidas como son: las mujeres jóvenes, adolescentes y niñas que habitan en áreas rurales y periurbanas, y a las mujeres en edad reproductiva.

De ese modo ahora se dispone de entornos y resultados favorables para profundizar la equidad de género: Entre los más destacados los que se citan a continuación.

Presencia de una voluntad política y social para llegar a la equidad. Ella se traduce en los siguientes aspectos:

- a) Jerarquización de organismos de Estado y de mecanismos e instancias responsables de incorporar el enfoque de género en las políticas públicas. Este aspecto que está referido a la creación del Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia y la transformación de la anterior Subsecretaría de Asuntos de Género en Dirección General de Asuntos de Género, al interior del Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación.
- b) En ese sentido, la Dirección General de Asuntos de Género tiene la misión concreta de formular normas estableciendo las bases institucionales para formular y ejecutar políticas hacia la consolidación de una sociedad con igualdad de oportunidades para hombres y mujeres.
- c) Mediante estos mecanismos, en una perspectiva multisectorial y multidisciplinaria se pretende atacar diversas causas de discriminación que aún existen en la sociedad boliviana, especialmente aquellas que tienen que ver con la situación de las mujeres. Esto significa implementar acciones coordinadas con todos los actores del desarrollo, llámese Estado, organizaciones e instituciones privadas o de la sociedad civil.
- d) Formulación de políticas enmarcadas en la trílogía inversión- equidad- autonomía, las mismas que plantean la incorporación de la mujer como agente activo dentro del desarrollo sostenible. Estas políticas están sustentadas en Decreto Supremo. N° 24864 de igualdad de oportunidades

entre mujeres y hombres en ellas se garantiza la igualdad de derechos entre mujeres y hombres en los ámbitos político, económico, social y cultural.

- e) El desarrollo de políticas públicas con enfoque de género, reflejado en leyes nacionales y compromisos internacionales como la Convención de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar, y Erradicar la Violencia contra la Mujer y la Plataforma de Acción Mundial de Beijing, que conduce inevitablemente a la era de las políticas públicas para lograr la equidad entre los géneros. Eventos que fueron ratificados por las leyes 1.100 de 15 de septiembre de 1989 y 1.599 de 18 de octubre de 1994, respectivamente.

Por otra parte se dispone de mecanismos que garantizan la participación y representación equitativa de mujeres y varones en los diversos planos del proceso político y de la vida pública. Estos mecanismos se refieren a:

- a) A nivel del Poder Ejecutivo cabe señalar la aprobación de la Ley de Participación Popular en 1994, que busca la incorporación de las comunidades indígenas, campesinas y urbanas a la vida política y económica del país. Esta Ley reconoce como sujetos de la participación popular a las Organizaciones Territoriales de Base y las relaciona con los órganos públicos municipales, señalando como deber específico promover el acceso equitativo de las mujeres y los hombres a nivel de representación. La Ley brinda mayores

posibilidades de participación de las mujeres en niveles de decisión local y comunal. Asimismo, la Ley amplía las atribuciones municipales hacia la formulación de políticas para las mujeres, además de ser la primera que incluye modificaciones lingüísticas con la eliminación de los genéricos masculinos.

- b) La profundización de la Participación Popular. Esta es la primera Ley boliviana que asume el enfoque de género y revaloriza el papel de la mujer en el desarrollo nacional, incorporándola como sujeto activo en la vida jurídica, política y económica del país, al disponer expresamente que hombres y mujeres participen con igualdad de oportunidades en los niveles del proceso de participación popular.
- c) La promoción de la Igualdad de Oportunidades, considera que la educación es estratégica por su potencialidad en la transformación de la condición social de las mujeres. De ahí la importancia de programas educativos de alcance nacional, como el Programa de la Prevención de la Violencia en la Escuela (PPVE), que incorpora a la Reforma Educativa nuevos contenidos, enfoques y valores, en el entendido de que "la emancipación de la persona pasa por la educación."
- d) Disposiciones legales orientadas a una mayor participación de la mujer en organismos legislativos, mediante las cuales se establecen la igualdad de oportunidades a través de medidas que permitan contrarrestar o corregir aquellas discriminaciones que son el

resultado de prácticas o sistemas sociales. Una disposición legal es la Ley de Reforma y Complementación al Régimen Electoral No 1779 del 19 de marzo de 1997. En ese sentido el sistema político boliviano dio un paso importante para la incorporación de un mínimo número de mujeres, en las listas de candidatos a senadores y diputados en sus diferentes modalidades. EL Decreto de Igualdad de Oportunidades para Hombres y Mujeres (D.S. N° 24864) incluye un articulado en el área de Participación Política y Ciudadanía en el que se dispone "... que el sistema de derechos políticos debe garantizar el acceso de hombres y mujeres en los niveles de representación y toma de decisiones para el pleno derecho y activo ejercicio de los derechos ciudadanos".

- e) Se han dictado medidas para fortalecer tanto la inserción social de las mujeres como el ejercicio pleno de sus derechos, entre ellas las referidas a los derechos reproductivos. Concretamente la Ley contra la Violencia Intrafamiliar o Doméstica establece la política del Estado contra la violencia en la familia así como las sanciones correspondientes y las medidas de prevención y protección inmediata a la víctima.
- f) Medidas que se han fortalecido la inserción social de las mujeres, así como el ejercicio pleno de sus derechos, mediante Decreto para la Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres; en él se garantiza la igualdad de derechos entre hombres y mujeres en los ámbitos político, económico, social y cultural, así

como la incorporación transversal de contenidos de género en las políticas públicas para lograr una verdadera equidad, promoviendo acciones específicas en áreas de Salud, Educación, Participación Política y Ciudadana, Violencia, Materia Legal, Comunicación y Cultura, entre otras.

Entre otros logros cabe señalar:

- a) Medios de comunicación y autoridades municipales sensibilizados tendiente a estimular la participación masculina en programas que tradicionalmente han sido dirigidos exclusivamente a las mujeres, como los de salud reproductiva y planificación familiar, abordando temas referidos a la responsabilidad compartida en cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva tales como: el control de la fecundidad en la relación de pareja, el involucramiento masculino en el ámbito doméstico y la crianza de los hijos e hijas. El proceso fue logrado a través de actividades en el marco del proyecto "Participación Política, Salud Sexual y Derechos Reproductivos" con participación de periodistas hombres en casi todo el país y autoridades de municipios.
- b) Además se ha promovido la resolución secretarial que prohíbe la expulsión de adolescentes embarazadas de los establecimientos educativos.
- c) Un mayor acceso de las mujeres a todos los ámbitos educativos y sociales, lo cual significa que no sólo representa la concreción de un derecho establecido, sino también una oportunidad para el

crecimiento de la dinámica social, con el aporte de las formas de pensar y de actuar que las mujeres han desarrollado históricamente.

- d) La situación laboral en Bolivia atraviesa por un cambio que redundará en el aumento del número de mujeres que tienen un empleo remunerado. Ellas se han incorporado en ciertos sectores y ocupaciones que se consideraban antes como un espacio reservado para los hombres y actualmente hay un número creciente de mujeres en puestos muy calificados, técnicos, de dirección y de responsabilidad.

A pesar de la variedad de logros alcanzados hasta el presente no es menos importante destacar algunos desafíos que aun se deben enfrentar. Entre ellos se puede mencionar:

- a) Que aún persisten áreas de carácter social y económico en las que se hacen todavía notorias las diferencias según género. Concretamente, las mujeres conocen cada vez más sus derechos pero están todavía coartadas por trabas sociales, económicas y culturales y que deben ser superados. En casi todos los casos siguen soportando la doble carga del trabajo y de las responsabilidades familiares, además de las dificultades de la vida cotidiana, que las pone en una situación de inferioridad en su vida laboral y las somete a un exceso de trabajo constante.
- b) Una proporción grande de mujeres en edad de trabajar dedica su tiempo y energía a las actividades del hogar, las cuales no son valorizadas social ni

económicamente, ni posibilitan mayor independencia financiera; y entre quienes participan en la actividad económica, una gran mayoría trabaja en las ramas de comercio y servicios personales o por cuenta propia a diferencia de una menor magnitud relativa de los hombres en estos rubros.

- c) Un obstáculo llamado a ser superado es la falta de decisión de las mujeres maltratadas de recurrir a los Tribunales de justicia, en busca de sanción al agresor. Se está trabajando a todo nivel para combatir esta actitud de las mujeres.
- d) No obstante lo prescrito en la Constitución Política del Estado, que garantiza la igualdad jurídica de los sexos, y otras disposiciones legales que proclaman derechos en favor de las mujeres, cuya inobservancia no está siempre adecuadamente sancionada, las mujeres aún continúan luchando por el reconocimiento de éstos y por alcanzar el sitio en la sociedad, lo cual significa que el proceso seguido en la búsqueda de igualdad de oportunidades aún es insuficiente.
- e) La falta de toma de conciencia de las mujeres sobre sus derechos, el desconocimiento de las leyes que las amparan, y de los procedimientos legales correspondientes contribuyen a la vigencia de los mecanismos sociales discriminatorios en su contra.
- f) Todavía no se hace realidad la igualdad de oportunidades en el empleo y la ocupación; pues, aunque muchas cosas han cambiado para las trabajadoras, no se

ha conseguido todavía la igualdad de oportunidades y de trato entre las mujeres y los hombres que trabajan. En términos de remuneración, las mujeres reciben en promedio la mitad de los ingresos de los hombres independientemente de la edad, de la rama de actividad, categoría ocupacional y nivel de instrucción.

- g) El principal motivo para la persistencia de las diferencias en las modalidades de formación y capacitación entre hombres y mujeres es la percepción de que existen ocupaciones para mujeres y ocupaciones para varones. Esta formación viene desde el hogar, donde a la hija se le da ciertas labores y al hijo se le da otras.

A ellos se suma la vigencia de otro problema que es el de no poder conseguir trabajo u ocupación tradicionalmente masculina, donde se da un sesgo a favor de los hombres; inclusive, los empleadores ven difícil que los trabajadores varones acepten a una compañera mujer en estas ocupaciones.

En otras palabras los problemas mencionados son generados por prejuicios sobre la condición de género que limitan sus posibilidades de competir en la esfera del trabajo en igualdad de condiciones con los varones.

Todos estos procesos de cambio deben plantearse en la perspectiva de los derechos humanos

A modo de resumen aún persisten desigualdades en varios componentes que tienen relación con asuntos de equidad y género, pero por otro lado se han alcanzado

resultados importantes en las acciones del Estado para reducir las diferencias en las oportunidades para superar las discriminaciones que atraviesa la mujer en la dinámica económica, social, cultural y política.

2.6 La población de adolescentes y de jóvenes

Los jóvenes cumplen un rol de singular importancia en la sociedad como actores y receptores de los procesos y beneficios del desarrollo y se ve afectada profundamente por las crisis socioeconómicas y políticas que se experimentan.

Los jóvenes constituyen un importante contingente de habitantes del país; sus necesidades presentes y futuras sobre todo en materia de salud, educación imponen exigencias y obligaciones importantes a las familias, las comunidades y las administraciones nacionales, departamentales y municipales, en un marco multidisciplinario de acciones. Sin embargo, para los fines que importa en este sector se inicia con un breve recuento de sus características en cuanto a su evolución y las conductas reproductivas.

1. Algunas evidencias de la población joven.

Los (as) niños(as), adolescentes y jóvenes constituyen en el 60 por ciento de la población boliviana; por otra parte, de acuerdo a diversas fuentes, la población en situación de pobreza asciende aproximadamente a un 70 por ciento, por consiguiente, los niños(as), y adolescentes, juntamente con las mujeres se consideran

como las más pobres, a este hecho se agrega la discriminación de que son objeto por razones de edad.

Recientes estudios dan cuenta que en Bolivia, a de 1995, la población de 15 a 19 años sumaba alrededor de 788 mil; si se añade a este grupo a los que tenían entre 20 y 29 años la cifra se eleva a 2.0 millones de personas, agregado que se considera como población joven. Este contingente humano es casi la tercera parte de la población total del país, si se tiene en cuenta que para el indicado año las proyecciones oficiales arrojan la cifra de 7.4 millones de habitantes.

Para el año 2000 se espera que la población joven alcance a 2.3 millones de habitantes y en una visión de más largo plazo se tiene previsto que en los próximos 15 años se incrementará en 811 mil, alcanzando en el 2010 una cifra de 2.9 millones de personas, de las cuales alrededor de 2.2 millones estarán residiendo en el contexto urbano y cerca a 700 mil en el contexto rural.

La contribución de las jóvenes al conjunto de nacimientos es cada vez más importante. En efecto, para 1995 se ha estimado 256 mil nacimientos de los cuales 174 mil (68%) provendrían de mujeres jóvenes y para el año 2010 se prevé 271 mil nacimientos, donde las mujeres de 15 a 29 años habrán dado lugar a 188 mil (69%).

Para 1995 se ha estimado un total de 256 mil nacimientos de los cuales algo más de 18 mil han fallecido antes de cumplir el primer año de vida. De esa magnitud de defunciones algo más de 10 mil han correspondido a niños nacidos de mujeres jóvenes, deduciéndose una tasa de mortalidad

infantil ligeramente superior al 60 por mil. Por otra parte, la extrapolación de la tendencia en la proporción de muertes infantiles en la población joven hace prever que hacia el 2005 la tasa de mortalidad infantil entre las mujeres jóvenes alcanzaría al 40 por mil.

Otra caracterización indica que la edad al tener el primogénito ha estado acompañado por las peculiaridades en los riesgos de muerte de los hijos. Aunque con variaciones de cierta importancia, existen evidencias de que cuando el primogénito proviene de una madre cada vez menos joven sus posibilidades de sobrevivir son mayores; en efecto, se tiene conocimiento que la proporción de niños primogénitos fallecidos alcanza al 3% entre las madres que tuvieron su primer hijo entre los 20 y 24 años de edad, y entre las madres de 15 a 17 la proporción señalada alcanza al 10%

2. Acciones en favor de la población joven.

Ante las condiciones aún desfavorables en las cuales se desarrolla la joven y las evidencias como las señaladas anteriormente, el Gobierno en el marco del Plan General de Desarrollo Económico y Social ha instituido reformas en el orden social que buscan una profunda transformación de los sistemas educativo y de salud advirtiendo, a su vez, la necesidad de que los esfuerzos se concentren en elevar la calidad y ampliar la cobertura y hacer una eficiente gestión institucional de los servicios existentes.

A fin de emprender acciones más profundas dirigidas a la población joven, el

país ha jerarquizado la instancia nacional responsable de incorporar el enfoque generacional y de la familia en las políticas públicas, con la creación del Vice-ministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, dependiente del Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación. Esta jerarquización es un avance significativo en el status institucional por cuanto pretende legitimar las normas y políticas generacionales dentro la estructura del poder ejecutivo, facilitando la articulación interinstitucional e intersectorial departamental y local.

La institución pública encargada de proponer y promover políticas sociales en muchos ámbitos de la población joven es la Dirección General de Asuntos Generacionales y Familia, dependiente del Vice-Ministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia del Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación. Entre sus objetivos están el diseño de programas y políticas tendientes a apoyar el desarrollo integral de las aptitudes sociales, culturales y económicas de la mujer y hombre bolivianos. Este organismo estatal se constituye en la instancia innovadora si se tiene en cuenta que en épocas pasadas nunca se ha diseñado políticas generacionales para la población boliviana con una estructura fundamentalmente joven.

La Dirección General de Asuntos Generacionales y Familia tiene como misión: "la responsabilidad de diseñar normas y políticas tendientes a crear las condiciones necesarias a fin que el grupo poblacional de niños(as), adolescentes, jóvenes, ancianos y las familias desarrollen integralmente todas

sus potencialidades, apoyando y supervisando la implementación e institucional de las políticas y programas a nivel nacional, departamental y municipal en el marco de la estrategia de la lucha contra la pobreza.

Por otra parte, el nuevo enfoque de las políticas sociales hace énfasis en la valoración de los recursos humanos como pilar del desarrollo humano y sostenible; por tanto, el Estado considera que es importante e imprescindible desarrollar políticas y programas dirigidas a la niñez y la adolescencia teniendo en cuenta que ellas están en etapas claves del desarrollo y constituyen el capital humano del país.

3. Instrumentos generacionales:

En ese sentido, el Gobierno en las mesas de discusión de las cuestiones de Equidad e Institucionalidad, en las instancias del Diálogo Nacional "Bolivia hacia el Siglo XXI", aborda temas relativos a la niñez y la adolescencia, reconociendo la necesidad de promover una cultura de observancia de los derechos del niño, niña, adolescentes y jóvenes y, por otra parte, mencionando la conveniencia de facilitar una educación ciudadana para la democracia en todos los ámbitos de la vida social, empezando por la escuela y la familia. Más aun, establece la necesidad de formular políticas dirigidas a eliminar toda forma de violencia, prácticas represivas, autoritarias y actitudes prejuiciosas con relación a niños(as), y adolescentes, al constituirse éstas en obstáculo para el ejercicio de los derechos humanos.

Así, en atención los mandatos institucionales, se van gestando instrumentos para superar las condiciones desfavorables en las que se desarrolla la población adolescente y joven. Estos instrumentos, que muchos están en proceso de elaboración y otros en espera de su aprobación e implementación, comprenden el diseño de diversas políticas, de normas, de gestión participativa y de fortalecimiento institucional. Entre las políticas se encuentran las diseñadas para niños y niñas trabajadores de 7 a 12 años de edad; políticas integrales para adolescentes y jóvenes; el Plan Nacional de Desarrollo Integral del adolescente y el joven; Políticas de inserción del enfoque generacional en las reformas estructurales del país: reforma sanitaria, reforma educativa y participación popular; asimismo la inserción del enfoque generacional en la políticas sectoriales de salud, educación y empleo.

Entre los instrumentos normativos se encuentra el aprobar y poner en vigencia el Código de Niña, Niño y Adolescente; La ley de juventud. Todos ellos para su aprobación y puesta en vigencia.

Paralelamente a las tareas emprendidas por el Estado, se va gestando el Plan Nacional de Desarrollo Integral Sostenible para la Adolescencia y Juventud, a cargo del Comité Técnico Nacional par la formulación de políticas a favor de la adolescencia y juventud. Este Comité es un organismo transdisciplinario y transsectorial conformado por diversas instancias del Poder Ejecutivo, el Gabinete de la Primera Dama, instituciones de la Cooperación Internacional, representantes de Organizaciones Juveniles y otras instituciones de la sociedad civil; y tiene la misión de diseñar, consensuar,

institucionalizar e implementar políticas en favor de adolescentes y jóvenes a fin de promover el desarrollo integral sostenible de ellos para alcanzar la plena autonomía y madurez biopsicosocial, involucrándose como gestores de este proceso.

En ese sentido se tienen diseñados una serie de estrategias, actividades y tareas para alcanzar objetivos en sus dimensiones política, social, ambiental y económica que, próximamente serán motivo de consideración en los diversos ámbitos del país que tienen que ver con la población joven y adolescente.

4. Una mirada en perspectiva.

El Estado Boliviano, imprimiendo su voluntad política, va avanzando paulatinamente en el camino a cumplir con los postulados de los planes y estrategias de desarrollo, los compromisos contraídos como Estado en ocasión de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994 y la Declaración de Principios del país para dicho evento. Más aun, se van creando las instancias necesarias para abordar los temas inquietantes dirigidas a la población joven.

Hay conciencia plena del esfuerzo que se debe realizar entre todos los actores sociales y económicos por dotar a la población joven una amplia gama de servicios tanto educativos como de salud, principalmente reproductiva, no en una actitud paternalista sino orientada a su total realización de sus capacidades a igualdad de condiciones a fin que sean partícipes del desarrollo nacional.

Las organizaciones no-gubernamentales que trabajan en el área juvenil desarrollando proyectos y programas para lograr de ellos una participación más activa y protagónica frente a los problemas que tienen que ver con la prevención de la drogadicción, condiciones de trabajo, servicios educativos, etc. muestran su preocupación por el futuro tanto de la niñez, la adolescencia y la juventud, incluso concitan el interés de la cooperación internacional para atender a estos grupos especiales de población. Es de prever que el fortalecimiento de estas instancias serán aspectos muy importantes para el logro de los objetivos destinados a la juventud, en particular a la población comprendida en la adolescencia.



GOBIERNO DE NICARAGUA
MINISTERIO DE ACCION SOCIAL

INFORME NACIONAL SOBRE POBLACION Y DESARROLLO
CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE ACCION DE LA CIPD 1994
AVANCES Y LIMITACIONES

Managua, Agosto 1998

I. INTEGRACION DE LOS ASPECTOS DE POBLACION EN EL PROCESO DE DESARROLLO.

Uno de los aspectos a destacar del Gobierno de Nicaragua en relación al Programa de Acción de la CIPD, es que aún antes de 1994, a raíz de la Conferencia Regional Latinoamericana y del Caribe sobre Población y Desarrollo de 1993 en México, cuando se elaboró el Informe Nacional, y luego después de la creación de la Comisión Nacional de Población que elaboró el Informe de Nicaragua para la Conferencia Internacional sobre Población de El Cairo en 1994, y posterior a ésta, el tema de población ha adquirido mayor relevancia e importancia.

Desde realizar estudios e investigaciones sobre población que sirvieron de insumos en la toma de decisiones, hasta culminar con el lanzamiento de la Política Nacional de Población en 1998 y el inicio de la formulación del Plan de Acción en Población, actualmente en proceso, que ha permitido la integración explícita de dicho tema en las diversas estrategias sociales para su incorporación en los planes y programas económicos y sociales de desarrollo, nacionales y sectoriales, que el Gobierno ha trazado en diferentes etapas.

Para el Gobierno de Nicaragua, una de las estrategias para dar cumplimiento a los enunciados de la Política Social así como de sus objetivos y principios fundamentales, es la coordinación de dicha política con la política de desarrollo del país, la política económica, agropecuaria y programa de infraestructura, con el propósito de armonizar los principales elementos que inciden en la reducción de la pobreza y el aumento de la equidad.

La Política Social define entre sus áreas y prioridades el tema de población, pues Nicaragua tiene una alta tasa de crecimiento (3.2% anual) con indicadores socio-demográficos que denotan una problemática urgente de atender, ya que persisten altas tasas de mortalidad infantil y materna así como de fecundidad. Asimismo, prevalece un desorden en el asentamiento de las poblaciones, que se refleja en altas concentraciones en pocas localidades urbanas y en comunidades rurales muy dispersas, además de la fuerte presión migratoria sobre la frontera agrícola.

Por ello, el Gobierno definió una Política Nacional de Población que abarca todos los componentes de la dinámica poblacional y contribuye con una perspectiva de largo plazo a crear condiciones demográficas favorables para el crecimiento económico-social.

AVANCES

1. Importancia otorgada por el Gobierno a los temas de Población y Desarrollo.

Los esfuerzos de integración de los criterios y consideraciones demográficas en las políticas, planes y programas de desarrollo han constituido y constituyen un tema

relevante de la Agenda del Gobierno de Nicaragua.

Se reconoce que estos esfuerzos son de importancia para contribuir a lograr una mejor adecuación de la dinámica económica y social con las necesidades que plantean el volumen, ritmo de crecimiento, composición y distribución de la población, con miras a promover la equidad y elevar la calidad de vida de los nicaraguenses.

Desde un inicio, los resultados de los Informes tanto para México como para El Cairo, así como los hallazgos retrospectivos y proyectivos de la situación socio-demográfica de Nicaragua para el período 1950-2040 - encontrados al elaborar los documentos "Población y Desarrollo-Diagnóstico", "Nicaragua: Siglo XXI, Escenarios Socio-Demográficos. Premisas y Avances" y el "Primer Borrador de Distribución Espacial de la Población en el Territorio" de 1994-, alertaron al Gabinete Social de Gobierno sobre la importancia de atender el tema de población. En consecuencia, se instruyó a la Comisión Nacional de Población con el fin de que elaborara los insumos necesarios para la formulación de una Propuesta de Política de Población.

Después de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo y su Programa de Acción, con los elementos de juicio resultantes de los estudios y siguiendo las pautas de los compromisos contraídos en la CIPD, el Gobierno de Nicaragua a través de su Gabinete Social estableció un conjunto de lineamientos y directrices, 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. Estos lineamientos y directrices constituyeron la base e inicio del proceso de elaboración de la Política Nacional de Población, que fué discutida y en cierta medida consensuada con la sociedad civil mediante un proceso de consulta, incorporándose así en la Agenda del Gobierno la importancia de las relaciones entre población y desarrollo.

Desde entonces, a través de la primera Comisión Nacional de Población de apoyo técnico interinstitucional, asumida en su instancia máxima por el Gabinete Social de Gobierno, con el Ministerio de Acción Social como coordinador, elaboró una Propuesta de Política Nacional de Población emitida en Junio de 1996.

El Gobierno actual, en su preocupación e interés por contribuir a disminuir los altos índices de pobreza y extrema pobreza que alcanza a la mayoría de los nicaraguenses, y consciente de que la efectividad de la política de población depende de su estrecha coordinación con la política social y económica, mediante la Comisión Nacional de Población (creada por Decreto Presidencial e integrada por los Ministros del Sector Social), revisó y reformuló la Política de Población a la luz de la nueva realidad. En su nueva versión, la PNP, fue firmada en Diciembre de 1997 y presentada oficialmente por el Presidente de la República en Mayo de 1998, en el marco de la Política Social del nuevo Gobierno.

Los objetivos de la Política Nacional de Población están en correspondencia con los

establecidos en el Programa de Acción de la CIPD.

La PNP reitera y sostiene 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 nicaraguenses.

En Julio de 1998, durante el acto oficial realizado por el Gobierno de Nicaragua con motivo de la celebración del Día Mundial de Población, tanto la Ministra de Acción Social coordinadora de la Comisión nacional de Población como el Presidente de la República, reafirmaron públicamente su intención de implementarla a través de un Plan Nacional de Acción. La formulación de este Plan de Acción fué caracterizado como un elemento fundamental de la Política Social del Gobierno, lo cual evidencia un compromiso creciente de parte del actual Gobierno para la integración de factores de población en su estrategia global de desarrollo.

En el futuro Plan de Acción en población, el Gobierno asume el compromiso de contribuir a mejorar el acceso a los servicios básicos de educación y salud a la población de los sectores más pobres y vulnerables, especialmente la mujer, habida cuenta que la pobreza y las graves desigualdades sociales tienen una gran influencia en los indicadores demográficos y estos a su vez influyen sobre ellas.

Con un carácter integrador tiene como propósito promover, coordinar y hacer converger los esfuerzos de las instituciones gubernamentales (Ministerio de Acción Social, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Instituto Nacional Tecnológico, Instituto Nicaraguense de la Mujer, Fondo Nicaraguense de la Niñez y Familia, Comisión Nacional para la Promoción y Defensa de los Derechos de la Niña y Niño, Instituto Nicaraguense de Estadísticas y Censos e Instituto Nicaraguense de Estudios Territoriales).

Es evidente pues, que el Gobierno de Nicaragua realiza un esfuerzo sostenido en favor de la armonización de las relaciones recíprocas entre la dinámica de la población, el medio ambiente, la equidad social y el crecimiento económico. En el sector social se está implementando una serie de transformaciones integrales que se armonizan con las reformas generales económicas del país.

Hay que agregar que el proceso desarrollado a nivel gubernamental y la convocatoria a las organizaciones sociales alrededor de estos temas, ha generado un debate nacional cuyas repercusiones continúan incidiendo en las políticas, planes, programas y proyectos nacionales.

2. Institucionalización de los esfuerzos de intervención de variables demográficas en la la planificación del desarrollo.

El Gobierno de Nicaragua, a través de su Gabinete Social y la Comisión Nacional de Población en sus diferentes etapas, ha promovido arreglos institucionales para asegurar la incorporación de las variables demográficas. La Comisión ha fortalecido los vínculos y mecanismos de coordinación de las diferentes instancias gubernamentales del sector social involucradas.

Estas instancias participan directamente como miembros de la Comisión, lo que asegura que las orientaciones surjan de la cooperación de todas ellas. Su Secretaría Técnica sirve de enlace técnico y mantiene el flujo de comunicación entre la Comisión y los Ministerios de líneas.

También se ha visto expresada su incorporación en políticas, documentos programáticos y proyectos sectoriales e intersectoriales. Así, la Política Nacional de Población es parte integrante de la Política Social, la cual a su vez se integra a los diferentes Planes o Programas Nacionales de Desarrollo, tanto de la Administración anterior (Plan Nacional de Desarrollo 1990-1996, que incluyó un capítulo sobre Política Social y Desarrollo Humano; Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, que incluyó también la Política Nacional de Población dentro de la Agenda Social), como la Administración actual en el Programa 1997-2000¹.

El Plan Nacional de Desarrollo 1997-2000 (cuyo objetivo es lograr un crecimiento económico en un ambiente adecuado y de forma sostenible con equidad social ampliando el acceso a las oportunidades, a una distribución equitativa del ingreso y la creación de fuentes de trabajo), reconoce la relación entre la dinámica demográfica y los procesos económicos y sociales, planteando que la Política Nacional de Población que defina e impulse el Gobierno, recoja esos rasgos en su diseño y en su instrumentación, y contribuya con una perspectiva de largo plazo a crear condiciones socio-demográficas favorables para el crecimiento económico-social.

En Abril de 1998, en los documentos presentados por el Gobierno al Grupo Consultivo en Ginebra, se incluyó un apartado sobre población, reconociendo como prioritaria y urgente para el desarrollo la consideración de la situación demográfica del país y la dificultad que representa el crecimiento acelerado de la población para brindar servicios básicos de calidad en educación y salud.

Con los demás países centroamericanos, en el marco del Sistema de Integración Centroamericano se hacen esfuerzos para impulsar el desarrollo de los distintos programas nacionales, principalmente en avanzar en el campo de su sostenibilidad. Así, se desarrolla un sistema de indicadores sociales y de pobreza, que incorpora con especial importancia la información sociodemográfica.

1

Carta de Intención y Memorandum de Políticas Económicas para el FMI

También se plantean programas y proyectos relativos al tema de población, por ejemplo el programa Regional de Salud Reproductiva que funciona como experiencia piloto en tres países centroamericanos incluyendo a Nicaragua como apoyo y respaldo a los planes y programas nacionales. En este programa, se abordan temas como Población y Estrategias de Desarrollo y Políticas de Población; Salud Reproductiva, Planificación Familiar y Sexual; Información, Educación y Comunicación en materia de Población; Población y Desarrollo Local.

También se propicia la capacitación de técnicos y profesionales en la materia, formando recursos humanos 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. Este proceso de capacitación desarrolla en profesionales de ciencias sociales, económicas y de comunicación, así como en líderes comunitarios, la capacidad de abordar los temas de población con conocimientos técnicos y sobre la base de los principios de la Política Nacional de Población.

Se insta a los ministerios y entes autónomos a la formulación y afinamiento de sus propias estrategias a partir de programas bien estructurados que apunten en convergencia interinstitucional y bajo el criterio de intersectorialidad, al objetivo principal de lucha contra la pobreza.

Pero quizás el avance más importante en cuanto a la institucionalización de la incorporación de las variables de población en el desarrollo se ha dado al reglamentar la Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo (de Junio de 1998), la cual en su Arto. 10, crea el Consejo Nacional de Planificación Económica y Social, como órgano de apoyo de la Presidencia de la República para dirigir la política económica y social del país. Este espacio se considera como una prometedora opción para coordinar el área social y el área económica y por ende incrementar la consideración de las variables de población. También representa una oportunidad para mejorar la relación entre el gobierno y la sociedad civil, ya que en el Consejo estarán representadas organizaciones empresariales, laborales, cooperativas, comunitarias y otras que determine el presidente de la República.

Asimismo en el marco de la modernización del estado, dentro del proceso de municipalización se pretende incorporar las variables demográficas en la planificación del desarrollo local.

Desde la sociedad civil (organizaciones del Movimiento de Mujeres en coordinación con la Red de Mujeres de Latinoamérica y del Caribe), se realizan esfuerzos orientados al seguimiento de los compromisos adquiridos por Nicaragua en el Plan de Acción de la CIPD en seis ejes temáticos (Mejorar la condición de la Niña, Responsabilidad Masculina, Participación Organizada de las Mujeres, Calidad de Servicios en Salud Sexual y Reproductiva, Atención Humanizada del Aborto Inseguro).

Es de anotar la prolífera producción de estudios, informes, documentos programáticos o en políticas y proyectos sectoriales e intersectoriales que el Gobierno ha venido elaborando. Entre ellas se destacan:

- Informe Nacional sobre Población en Nicaragua, para la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo, México D.F., 1993.
- Informe Nacional sobre Población en Nicaragua, para la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, 1994.
- Población y Desarrollo, Diagnóstico, 1994.
- Nicaragua: Siglo XXI, Escenarios Socio-Demográficos. Premisas y Avances, 1994.
- Primer Borrador, Distribución Espacial de la Población en el Territorio, 1994.
- Propuesta Política de Población, 1995.
- Ayuda Memoria de los Encuentros realizados con; Red de Mujeres, Grupos religiosos, Ambientalistas, Periodistas, Sociedad Civil, 1995.
- Documentos sobre Aportes de los Encuentros, 1996.
- Propuesta de Jerarquización de las Regiones Geográficas del País, 1996.
- Problemática Social-Medio Físico Natural. Distribución Espacial de la Población, 1996.
- Manual de Salud Reproductiva, 1996.
- Política Nacional de Población, 1996.
- Revista Población y Desarrollo, 1996.
- Censo Nacional de Población, 1997.
- Política de Educación de la Sexualidad, 1997.
- Normas de Planificación Familiar, 1997.
- Normas de Atención Prenatal, Parto de Bajo Riesgo y Puerperio, 1997.
- Política Social, 1998
- Política Nacional de Población, 1998.
- Política Nacional de Salud, 1998.
- Realización de Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 1998.

3. Efectos de las políticas públicas sobre las tendencias sociodemográficas.

En Nicaragua, al igual que en otros países, los comportamientos demográficos han trascendido diversos ámbitos de la sociedad y han sido afectados por la dinámica económica, social y política. En Nicaragua la conjunción de diferentes políticas han dado grandes avances en materia demográfica.

El rápido y concentrado crecimiento de la población ha sido la expresión demográfica de un patrón histórico de desarrollo, caracterizado por una fuerte concentración tanto de la inversión pública como privada en la región del Pacífico y la capital y una baja prioridad a la inversión social, en relación a la inversión económica. Esto ha dado como consecuencia una marcada inequidad social, con grandes sectores de la población - especialmente en las áreas rurales - viviendo en condiciones de extrema pobreza y con

bajo acceso a los servicios básicos.

A pesar de esto, las condiciones de marginalidad social no fueron obstáculo en Nicaragua para que acciones de medicina preventiva y una mayor cobertura de los servicios de medicina curativa tuvieran por resultado un sostenido e importante descenso de la mortalidad en particular la infantil. Sin embargo, persisten patrones tradicionales de nupcialidad temprana y familia numerosa en los sectores pobres, especialmente en el área rural.

Las inequidades sociales han contribuido al sostenido y rápido crecimiento de la población hasta años recientes y ese rápido crecimiento es uno de los factores que dificulta en la actualidad reducir significativamente los niveles de pobreza y avanzar hacia una mayor equidad social.

En Nicaragua como en otros países, la experiencia muestra que el descenso tanto de la mortalidad infantil como de la fecundidad depende más de los progresos que se logren en materia de desarrollo social, especialmente en los frentes de educación, salud e integración de la mujer con creciente equidad social, que del sólo crecimiento económico, si bien este último facilita el primero.

En la actualidad, en Nicaragua se desarrolla una estrategia que armonice el crecimiento económico sostenido y su positivo impacto sobre el nivel general de vida, con una actuación gubernamental diseñada para atender las necesidades más urgentes de los más pobres, que, por su condición, no tienen acceso a los servicios sociales básicos.

A través de su Política Social, el Gobierno, orienta los recursos del país hacia un mayor y mejor acceso a bienes y servicios públicos para el mejoramiento de la calidad de vida de la población; y define entre las diferentes áreas del sector y sus prioridades el tema de población, cuyo principal objetivo, y a su vez condición de éxito, será reducir la inequidad social en todos los frentes a fin de romper el círculo vicioso de la marginación y la pobreza.

La Política Nacional de Población preve su articulación con otras políticas públicas para incidir en las altas tasas de crecimiento poblacional, la mortalidad infantil y materna y en las altas tasas de fecundidad, así como en el desorden en los asentamientos de las poblaciones, las altas concentraciones en pocas localidades urbanas y la presión migratoria que ejerce sobre la frontera agrícola. Además promueve acciones de educación, formación, información y comunicación así como el ordenamiento ambiental.

En el marco de la Política de Salud, el programa de Atención Integral a la Niñez, Adolescencia y Mujer contribuye a lograr un equilibrio entre el crecimiento de la población y la presión de los servicios de salud por parte de la población, avanzando en todas las

unidades de la red la prestación de servicios de salud reproductiva y planificación de la familia.

Por su parte, el Ministerio de Educación realiza transformaciones curriculares y desarrolla con un enfoque integral, temas de educación en población en los libros de texto de Biología y Ciencias Naturales; el tema de la familia en Moral y Cívica y Urbanidad, en Primaria. En Secundaria, la introducción de valores y ética sexual promueven la estabilidad familiar y tratan de restringir la actividad sexual al ámbito del matrimonio.

En la Educación Superior, en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, en varias carreras de la Facultad de Ciencias de la Educación, así como en otras carreras, en algunas asignaturas se incorporan contenidos de población y desarrollo y utilizan el enfoque de género.

Por otro lado la facultad de Ciencias Médicas incorpora en los contenidos curriculares, los temas de población y salud sexual y reproductiva e igualmente imparte un curso de Maestría en Salud Sexual y Reproductiva con carácter centroamericano. También la Universidad Centroamericana incorpora algunos contenidos de población y desarrollo (Sociología, Trabajo Social, Ciencias de la Cultura y Psicología).

Se da seguimiento a los programas y proyectos del sector social, orientados a la asistencia de la poblaciones, evaluando el impacto de la acción social sobre el bienestar de los usuarios, a través del Gabinete Social. También como apoyo, el Programa de País para Nicaragua, del FNUAP, ha tomado en cuenta la creación de un sistema de vigilancia y evaluación que permite conocer en qué medida se cumplen los objetivos planteados y las características que van tomando en la implementación de los diferentes proyectos del programa.

Además, se han incluido proyectos que promueven 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 estos 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.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos apoya los procesos de planificación y administración de los programas nacionales y sectoriales, generando información para el diseño, monitoreo y evaluación de políticas, programas, y proyectos enfocados en los temas de Población. Una de sus tareas principales es generar información adecuada y de alta calidad acerca de las condiciones del nivel de vida de la población por medio de encuestas y estudios socio-demográficos (Encuestas de Medición de Nivel de Vida, de Demanda de Servicios de Salud, Demografía y Educación, Demografía y Salud, etc.).

En lo particular, se han logrado algunos efectos sobre el comportamiento demográfico, desarrollado diferentes políticas y proyectos dirigidos a grupos sociales en riesgo o postergados, como la atención de los adolescentes y jóvenes que están dentro y fuera del sistema educativo. Dentro del sistema educativo, ciclos sobre educación sexual integral a los estudiantes de secundaria y para adolescentes rurales y de las áreas marginales de la capital proyectos sobre salud reproductiva.

El Fondo Nicaraguense de la Niñez y Familia, trata de incidir en la atención a casos de abandono, maltrato y problemas psicosociales, dando atención a niños y adolescentes; distribuye alimentos; integra a los niños a la educación formal; desarrolla talleres; y da atención a los adultos y a personas indigentes.

La Comisión Nacional de Promoción y Defensa de los Derechos de la Niña y Niño, promueve la formulación de leyes, políticas, códigos, iniciativas, estudios, capacitación y sensibilización en la defensa de los derechos del niño y niña.

En este sentido, luego de aprobado el Código de Niñez y Adolescencia, organiza y ejecuta un Plan de Acción para crear las condiciones que conlleven a su aplicación efectiva.

En cuanto a la implementación de la Política Nacional de Población por parte de los ONG's, los espacios de discusión convocados por el Gobierno han tenido amplio eco en dichos organismos. Se han generado importantes documentos de propuestas y análisis críticos de las propuestas del Gobierno; sobre todo en cuanto a la participación de las mujeres en los espacios de decisión, la condición de las niñas víctimas del abuso sexual, la calidad y acceso de la atención a los servicios de salud sexual y reproductiva.

En fin, puede afirmarse que la velocidad con que se avance en la transición demográfica así como el ritmo y patrón espacial de la urbanización y de la redistribución de la población en el territorio nacional, dependerá en alto grado del ritmo y modalidades del proceso de desarrollo económico y social del país y de la capacidad efectiva del Estado para orientar e influir sobre estos procesos con políticas públicas y legislaciones apropiadas.

4. Efectos de las tendencias sociodemográficas sobre las estrategias de desarrollo.

En Nicaragua existe un reconocimiento explícito de los efectos de las variables y los comportamientos sociodemográficos sobre las estrategias de desarrollo y las políticas públicas.

La Política Nacional de Población reconoce que el desarrollo económico y social favorece el cambio demográfico y que cada uno de sus componentes (mortalidad, fecundidad y migraciones) reacciona a las modalidades que adopta el mismo.

Por otro lado reconoce que el rápido crecimiento demográfico amplía significativamente

la brecha entre el crecimiento económico y el crecimiento poblacional, ejerciendo fuerte presiones sobre el aparato económico, la provisión de servicios, los recursos naturales y el medio ambiente. Esto se traduce en elevados requerimientos de inversión, lo que hace más difícil la satisfacción de las demandas sociales por el rezago económico y social acumulados que tiene Nicaragua para cubrir los déficit de vivienda e infraestructura urbana, la baja calidad e insuficiente cobertura de los servicios de educación y salud así como la demanda de requerimientos de infraestructura física y de recursos humanos para poderle hacer frente al crecimiento poblacional.

De las variables del crecimiento poblacional, la reducción de la mortalidad ha sido el componente demográfico que ha tenido más impacto sobre el tamaño y composición por edad de la población.

Los indicadores señalan que Nicaragua es uno de los países de la Región con más alta tasa de crecimiento poblacional de América Latina (3.2% en 1995). Con una distribución desigual de la población y alta concentración urbana (en Managua) generando la proliferación de asentamientos humanos espontáneos que ocasiona gran presión sobre los servicios básicos (como vivienda, agua, educación, saneamiento, salud etc.), contribuyendo además a una mayor contaminación del medio ambiente.

En un examen de las repercusiones de los comportamientos sociodemográficos sobre las estrategias de desarrollo y las políticas públicas, las tendencias de los factores del cambio demográfico han determinado no sólo el crecimiento de la población, sino también marcados cambios en su composición por edades. Su población es joven (la mitad de la población son menores de 17 años con un porcentaje importante de niños), experimentando también un aumento del grupo mayor de 64 años y una alta relación de dependencia.

La baja capacidad económica del país, caracterizada por bajos niveles de producción y de exportación, bajos niveles de inversión, deterioro de los términos de intercambio y una elevada deuda externa, así como una baja productividad laboral, dificultan atender las necesidades de inversión en el área social, sobre todo en presencia de una población en rápido crecimiento y mayormente joven.

A pesar del descenso de la mortalidad general, la mortalidad infantil sigue siendo alta (52 por mil nacidos. También permanece elevada la mortalidad materna (140 por cien mil nacidos vivos) cuyas causas están asociadas principalmente con la última mitad del embarazo.

La fecundidad de 4.5 hijos por mujer y sus diferencias según nivel socioeconómico, educativo y área de residencia (6.4 en el área rural en relación a 3.2 de Managua) y la iniciación temprana de las relaciones sexuales de las mujeres de bajo nivel socioeconómico y educativo contribuyen a la elevada fecundidad. Aún si la tendencia descendente de la fecundidad se profundizara (mediante mejoras sustanciales en la educación, mayor acceso a servicios de salud y participación de las mujeres en las actividades económicas) se tendría en los años próximos una proporción importante de niños demandantes de bienes y servicios.

En términos de comportamiento reproductivo las proyecciones requieren que se produzca una iniciación más tardía de las uniones maritales y una progresiva elevación del porcentaje de parejas usando algún método anticonceptivo. Se plantea que las acciones que se adopten en el presente con respecto a la fecundidad tendrán efecto (por ejemplo) sólo seis años después sobre la demanda educacional y quince años más tarde sobre el mercado laboral; que el tipo de política que se adopte en el momento, afectará grandemente el volumen y las características de la demanda por los servicios sociales. Estas consideraciones, entre otros motivos, indujo al Gobierno a acelerar el proceso de formulación de la Política Social y Política Nacional de Población.

En relación al curso futuro de los procesos de cambio demográfico, puede afirmarse que la población en términos absolutos seguirá creciendo rápido, aunque a tasas decrecientes.

Cabe esperar en cualquier escenario que la distribución espacial de la población continuará la tendencia histórica a una concentración de los asentamientos humanos y la actividad económica en la región del Pacífico y por ende el proceso de urbanización seguirá a un ritmo no muy diferente del que ha tenido en los últimos años.

Cualquiera sea el escenario demográfico al cual el país evolucione, Nicaragua tiene por delante enormes desafíos para brindar a su población niveles básicos de educación; por una parte deberá extender su cobertura para aumentar las tasas netas de escolarización que se presentan para primaria (78.9% en 1993, 75.2% en 1995 y 73.6% en 1997) y para secundaria (23.9% en 1993, 27.3% en 1995 y 29.1% en 1997); por otra parte sus esfuerzos deberán verse magnificados para cubrir el incremento de la demanda que surge del crecimiento poblacional.

La baja escolaridad de la población obstaculiza la posibilidad de desarrollo económico al carecer gran parte de la población de destrezas intelectuales y manuales necesarias para enfrentar con apropiados niveles de competencia los efectos de la globalización.

En el caso de salud, el Ministerio de Salud difícilmente podrá alcanzar el objetivo de hacer que la atención primaria de salud, incluida la atención de la salud reproductiva, esté al alcance de todos al finalizar el presente decenio, de conformidad con la Declaración de Alma Ata, suscrita por Nicaragua. Sin embargo, los patrones de fecundidad y urbanización

significarán diferencias importantes sobre la magnitud de la inversión necesaria aún en el corto plazo.

Uno de los retos que el proceso de envejecimiento de la población presentará a la política de salud, está en el área de los recursos que deberán ser asignados ya que una mayor proporción de personas de edad, donde las causas de sus enfermedades son las enfermedades crónicas y degenerativas, son de atención costosa.

Es reconocido también que el desempleo, subempleo y los altos índices de pobreza ponen en evidencia el rezago de la economía nacional. En relación a su fuerza laboral, la tasa de desempleo abierto es una de las más altas de América Latina, sumada a la tasa de subempleo, la cifra de subutilización global muestra que más del 50% de la fuerza laboral tiene problemas importantes de inserción en la economía. Los escenarios demográficos no muestran diferencias importantes en cuanto al volumen de la oferta laboral en el corto plazo.

Sin embargo dadas las condiciones actuales y la incapacidad de la economía para generar suficientes puestos de trabajo, cualquiera de los escenarios representa un desafío de grandes proporciones.

Antes de fin de siglo la población económicamente activa habrá aumentado, por una combinación de factores demográficos y de tasas de participación, lo cual magnificará en términos de impacto social la insuficiencia actual de generación de empleo.

También el déficit de vivienda es alto. Para 1990/1995 se estimó que superaba las 500 mil unidades habitacionales a lo que se agrega una demanda anual de 25 mil unidades nuevas si se toma en cuenta el crecimiento vegetativo de la población.

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. Demandas no homogéneas pues dependen de la dinámica poblacional (pasada y futura) que afectan de manera diferente a los sectores y varían de acuerdo a la distribución espacial por área rural y urbana afectadas por la migración entre estas dos áreas.

En este sentido, la Política Nacional de Población plantea la necesidad de que el país actúe en ambos campos, tanto en los procesos del desarrollo económico y social como sobre la dinámica demográfica y la distribución espacial de la población.

5. Política Nacional de Población.

En fin en Nicaragua existe una política explícita de población y se considera que las

cuestiones de población deben ser asumidas con responsabilidad tanto por el Gobierno como por todos los sectores de la sociedad nicaraguense, como fué planteado en el lanzamiento de la Política Nacional de Población por el Presidente de la República. Sobre estas consideraciones reconoció la imperiosa necesidad de definir políticas, programas y planes con alto grado de humanismo y equidad, que consideren además de las variables intrínsecas de cada una de las temáticas, el nexo de estas con las variables de población y desarrollo.

También existe un organismo responsable de supervisar el cumplimiento de las orientaciones de la Política Nacional de Población. En este sentido, la implementación multisectorial de la Política Nacional de Población y su Plan de Acción Nacional, está asegurada por la Comisión Nacional de Población (CNP).

La CNP fue creada por Decreto Presidencial en Julio de 1997 y está integrada por los Ministros del Sector Social, Presidentes y Directores Ejecutivos del Ministerio de Acción Social, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Instituto Nicaraguense de la Mujer, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Instituto Nicaraguense de Estudios Territoriales, Fondo Nicaraguense de la Niñez y Familia, Comisión Nacional de Promoción y Defensa de los Derechos del Niño y Niña.

La función principal de la CNP es coordinar la ejecución de la Política Nacional de Población, la cual se ejecuta por los Ministerios y demás entidades pertinentes de manera descentralizada y coordinada, a través de sus propios planes y programas, los que deberán ser revisados y ajustados, cuando sea necesario, a fin de asegurar su efectiva contribución al logro de los objetivos específicos propuestos.

La Comisión Nacional de Población ha instaurado para su asistencia una Secretaría Técnica (ST) integrada por los delegados de los Ministerios que conforman la CNP. La ST tiene la función de asesorar en el diseño y ejecución de instrumentos y sistemas de investigación para el desarrollo, elaboración, seguimiento y evaluación de los planes, acciones, programas y proyectos que la Comisión determina en el contexto de la Política así como definir y ejecutar el Plan de Acción Nacional que incorpora los compromisos de la CIPD.

Uno de los retos que ha enfrentado la planificación nacional es el esbozar escenarios demográficos futuros que permitan cuantificar las necesidades y demandas de la población en materia de educación, salud, empleo, seguridad social y vivienda, así como prever el impacto de los programas de desarrollo sobre la dinámica y estructura de la población. De esta manera previamente a la formulación de la Política Nacional de Población, se elaboraron escenarios socio-demográficos de cara al siglo XXI, que tienen

como año base 1990 con una proyección al año 2040, escogiéndose el escenario de fecundidad media con urbanización moderada.

El Gobierno asume como estrategia sustantiva en la aplicación de su Política, la utilización de la comunicación en todas sus formas, para influir en cambios de actitudes y comportamiento de la población, proporcionándole información y conocimientos que permitan también su integración y participación.

En este sentido el Ministerio de Acción Social, desarrolló un Programa de Información, Educación y Comunicación, que contribuyó a incrementar el conocimiento y la comprensión de los asuntos de población y sus implicaciones en el desarrollo. Estimuló el desarrollo de valores y actitudes participativas que favorezcan un comportamiento responsable en el ámbito de población y desarrollo en la solución de los problemas de crecimiento y distribución de la población y fomentó con pleno respeto a los derechos y libertades de las personas, comportamientos demográficos que coadyuven a mejorar la calidad de vida de los individuos y las familias.

De esta manera las acciones de información, educación y comunicación contribuyen a eliminar los prejuicios y estereotipos acerca de la naturaleza, causas y consecuencias de los fenómenos demográficos. También han contribuido a mejorar la capacidad de las parejas para ejercer su derecho básico de decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el espaciamiento de los nacimientos.

En este sentido, el Gobierno ha ratificado, firmado y publicado en mayo de 1998 la Política Nacional de Población, la cual se enmarca en el compromiso de la Política Social de reducir la pobreza por medio de políticas que mejoren el acceso a los servicios básicos de los sectores más pobres, considerando que la pobreza y las graves desigualdades sociales ejercen presión en los servicios básicos que el Estado presta. El Gobierno considera la Política Nacional de Población parte integral de la estrategia de desarrollo y en ella se enfatiza su propósito de conjugar y coadyuvar los componentes de la dinámica de población con el desarrollo socio-económico.

Se establece así que la Política Nacional de Población es parte integral de la Política Económica y Social, reconociendo que contribuirá a aumentar la eficacia de la estrategia general de desarrollo del Gobierno y por ende a alcanzar el desarrollo económico social sostenido, equitativo y sustentable, contribuyendo a crear condiciones socio-demográficas favorables para el desarrollo socio-económico del país y el mejoramiento del nivel y calidad de vida de la población nicaraguense.

LIMITACIONES

Aunque se realizan acciones que conducen a la formulación de políticas económicas y consideren la dinámica demográfica y la relación entre Política y Desarrollo, y la Política Social tome en consideración los componentes de la dinámica demográfica, todavía se requieren mayores esfuerzos para lograr articular la política social con la política económica.

Hasta ahora la vinculación de la PNP con las políticas y estrategias de desarrollo económico no es sistemática. La Política de Población ratificada por el actual Gobierno es un insumo para la formulación de las políticas de desarrollo y de los programas de provisión de servicios, inversión, asistencia, fomento y combate a la pobreza cuya utilidad debe ser promovida y aprovechada para que efectivamente contribuya en el mediano y largo plazo a crear condiciones demográficas favorables que armonicen con las demás variables del desarrollo. Se utiliza la información disponible sobre población solamente en la elaboración de programas y proyectos, pero no en la planificación del desarrollo, lo que limita la posibilidad de dar respuestas satisfactorias a las demandas sociales de la población en general.

La principal limitación hasta ahora ha sido la poca incidencia de la planificación social en los planes nacionales de desarrollo. En consecuencia, no se ha tomado suficientemente en cuenta el comportamiento de las variables de población en la programación de los recursos presupuestarios y de inversión, así como en la prestación de servicios, tanto en el corto como en el mediano plazo.

Si bien el Gobierno hace esfuerzos en favor de la armonización de las relaciones recíprocas entre la dinámica de la población, el medio ambiente, la equidad social y el crecimiento económico, persisten todavía muchos retos, los cuales están vinculados a las insuficiencias y desigualdades del desarrollo.

La investigación en población y desarrollo es pobre y poco se promueve la participación de organismos privados y ONG's en estas actividades. Adicionalmente, la escasez de recursos humanos en este campo poco contribuye en la presencia de las cuestiones de población en la Agenda Pública.

No se realizan esfuerzos sistemáticos para evaluar los progresos de la integración de la dinámica poblacional en los programas de desarrollo ni se han realizado estudios para profundizar la naturaleza de las interrelaciones entre población y estrategias de desarrollo.

II. EQUIDAD DE GENERO Y HABILITACION DE LA MUJER.

Desde la Constitución de la República, y en otros instrumentos internacionales adoptados por la Organización de los Estados Americanos, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que Nicaragua ha suscrito, se recogen los preceptos básicos, que protege los derechos fundamentales de la persona y

la igualdad jurídica entre hombres y mujeres, desarrollándose la institucionalización de la mujer en el país.

Es por esto que el Gobierno, en su Política Social, reconoce la legitimidad y necesidad de enfrentar todos los obstáculos y limitaciones que se oponen a la participación de la mujer en el desarrollo económico, social y político del país y se ha propuesto avanzar en la igualdad de oportunidades para recibir los servicios básicos de educación y salud, ejercicio de sus derechos ciudadanos, oportunidades de trabajo productivo y bien remunerado y acceso a las estructuras de poder y toma de decisiones en todos los ámbitos y niveles, tanto en el área gubernamental, empresarial y política como en los organismos de la sociedad civil.

AVANCES

1. Equidad de Género y Participación Socio-Política.

En Nicaragua existe la voluntad política y social de lograr la equidad de género. Según versa en la Constitución de la República; el Arto. 27: "Todas las personas son iguales ante la Ley. No habrá discriminación por motivo de nacimiento, nacionalidad, credo político, raza, sexo, idioma, religión, opinión, origen, posición económica o condición social".

EN el Arto. 48: "Se establece la igualdad incondicional de todos los nicaraguenses 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 Arto. 74: "El Estado otorga protección especial al proceso de reproducción humana. La mujer tendrá protección especial durante el 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 postnatal".

Es importante señalar que en Nicaragua 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 o inactividad que generan las modificaciones y transformaciones institucionales y políticas.

Tanto la Política Social como la de Población, enfatiza la puesta en práctica de medidas que contribuyan a mejorar la condición y posición de las mujeres en la sociedad, así como el fortalecimiento de la capacidad de adopción de decisiones a todos los niveles y en todas las esferas de la vida por parte de las mujeres.

Para lograr avanzar en estos propósitos, se conformó el Instituto Nicaraguense de la Mujer (INIM), ente oficial encargado de coordinar los programas, medidas y acciones dirigidas a las mujeres y el cual desde 1993 formó parte del Gabinete Social, fortalecido por una

Ley Orgánica, que lo define como un ente autónomo descentralizado responsable de promover la incorporación del enfoque de género en las políticas públicas y la igualdad de la mujer en los diferentes sectores de la sociedad. El INIM rectora la formulación, promoción, ejecución y evaluación de las políticas públicas, planes, programas y proyectos que garanticen la participación de las mujeres en el proceso de desarrollo económico, social, cultural y político del país, a fin de asegurar a las mujeres una efectiva igualdad de oportunidades en el acceso y control de los recursos y beneficios que se deriven del mismo.

Las acciones del INIM han contribuido a incrementar el acceso de las mujeres a los recursos y servicios de las instituciones públicas, ya que se reconoce que la intervención del Estado puede y debe contribuir a transformar y en lo posible erradicar las condiciones de discriminación que afectan a las mujeres. Sin embargo su éxito depende de la colaboración y el compromiso de toda la sociedad.

Una de esas acciones, ha consistido en promover con el apoyo de la Comunidad Internacional, la formación de liderazgo y gerencia estratégica así como de las capacidades de liderazgo de las mujeres en todos los sectores (económico, social y político). 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 promovió 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. Se creó la Coalición Nacional de Mujeres, que ha servido de espacio de discusión para promover la adopción de la Agenda Mínima por los partidos políticos, así como para asesorar y dar apoyo a las candidaturas de las mujeres.

Se han abierto mecanismos orientados a garantizar la participación y representación de las mujeres en los diversos planos del proceso político y la vida pública. Es así como La Policía Nacional puso en vigencia la Ley 228, que permitió en 1996 la conformación del Consejo Consultivo de Género, cuya misión es promover la igualdad de oportunidades para los diferentes cargos.

También algunas organizaciones políticas han aprobado cuotas para las mujeres en cargos de dirección interna y de elección nacional.

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.

Del Informe de Nicaragua, en el marco de los compromisos de la Primera Cumbre de las Américas, en cuanto a participación en posiciones de poder y toma de decisiones, se desprende que:

- 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% del total para las diputaciones nacionales y el 9.0% para las departamentales. De 92 diputados propietarios en la Asamblea Nacional solamente quedaron 10 mujeres electas como diputadas propietarias representando el 11.0% del total de los escaños en la Asamblea Nacional (registrándose una baja del 7.5% en relación al 18.5% que ocuparon en la legislación anterior).
- La participación de las mujeres en el Poder Ejecutivo al más alto nivel continúa siendo reducida. En la actualidad, de 15 cargos ministeriales solamente una mujer fué nombrada Ministra. En el nivel siguiente, se tiene una Vice Cancillera y 2 Vice Ministras. En los Entes Autónomos existen 5 instituciones con una mujer en el cargo de Dirección Ejecutiva.
- En el servicio exterior, en los cargos diplomáticos el 21.4% está ocupado por mujeres. El cargo de Embajadora lo tienen 4 mujeres; el cargo de Cónsul está ocupado por un 35.7% de mujeres y el de Ministras Consejeras por el 34.8%.
- El Poder del Estado con participación al más alto nivel es el Consejo Supremo Electoral a cargo de una mujer. Una de las 5 Magistraturas Propietarias es desempeñada por una mujer, existiendo también una Magistrada Suplente.
- En la Policía Nacional el 19.9% de sus miembros son mujeres y una mujer está entre los cuatro dirigentes con rango de Subdirectores Generales, que conjuntamente con el Director General conforman la Jefatura Nacional de la institución.
- En la Corte Suprema de Justicia, de 12 Magistraturas, 3 son ocupadas por mujeres; en el Tribunal de Apelaciones, de 30 Magistraturas, 10 son desempeñadas por mujeres; de 218 Jueces de Distrito de primera instancia, 35 son mujeres; y de 170 Jueces Locales, 103 son mujeres.
- De 145 Alcaldías electas, 9 mujeres fueron electas como Alcaldesas (el 6.2%) y 24 son Vice Alcaldesas (el 16.5%).

Como se puede notar, en todas las estructuras del Estado la participación de la mujer es reducida en los niveles más altos de la jerarquía y aumenta en la medida que bajan los niveles.

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.

Entre las medidas que se han aplicado para fortalecer tanto la inserción social de la mujer como el ejercicio pleno de sus derechos, es de mencionar:

- Las 10 Comisarias de la Mujer y la Niñez, funcionando bajo la responsabilidad de la Policía Nacional con el apoyo del Instituto Nicaraguense de la Mujer (INIM) y diversas ONG, cuya labor es respaldada por la Ley 230 "Reformas al Código Penal para prevenir y sancionar la Violencia Intrafamiliar" que considera la violencia un delito público.
- La ratificación por el Gobierno de Nicaragua, a través de la Asamblea Nacional, de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Convención de Belem Do Pará en 1995), comprometiéndose a impulsar acciones para eliminar la discriminación legal y de hecho en todos los campos, así como para disminuir los índices de violencia contra la mujer en cualquiera de sus formas.
- El apoyo a la Plataforma de Acción surgida en la IV Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing 1995) y la puesta en práctica a partir de 1996, del Plan Nacional de Acción que operativiza las políticas públicas para la promoción de las mujeres y equidad de género y adopta medidas para garantizar a las mujeres igualdad de acceso y su plena participación en las estructuras de poder y en la toma de decisiones en todos los niveles.
- Instituciones formadoras de recursos humanos han creado Cátedras y Comisiones de Género, institucionalizándose en 1996 en la Universidad Centroamericana el Departamento de Estudios de la Mujer y el Programa Interdisciplinario de Investigación y Estudios sobre Mujer y Género, y en 1997 la Comisión Inter-Universitaria de Estudios de Género.

Se plantea que si bien la Constitución Política en sus Artos. 27, 48 y 50 consigna la igualdad ante la ley de hombres y mujeres, no existen aún leyes que expliciten estas políticas.

Sin embargo, la participación de las mujeres en las asociaciones y gremios ha venido creciendo y en los últimos años el movimiento de mujeres ha comenzado a vincular los instrumentos internacionales con la realidad nacional, involucrándose activamente en todos sus eventos (caso de las últimas conferencias mundiales).

Como se puede notar, en Nicaragua existe un marco jurídico constitucional que es la base del avance de las mujeres en la medida en que legitima su participación en la discusión de los grandes temas nacionales y de manera particular en asuntos que le conciernen directamente como una vía para alcanzar la igualdad de derechos y oportunidades. Sin embargo este marco jurídico es incompleto y las deficiencias institucionales en el derecho, en una sociedad llena de prejuicios y discriminaciones hacia las mujeres, conducen a mayores dificultades en la lucha por alcanzar la igualdad.

No obstante, las mujeres nicaraguenses constituyen una fuerza emergente con un movimiento amplio muy dinámico y de larga trayectoria de lucha por mayores espacios de participación en la vida pública del país y por la eliminación de la discriminación contra la mujer en todos los ámbitos.

Forman parte de ese movimiento alrededor de 200 organizaciones con expresiones a nivel comunitario, municipal, departamental y nacional que trabajan diferentes áreas, tales como salud educación, organización, producción agrícola, medio ambiente, pequeña industria, crédito, microempresa, legislación, investigación, etc. Estas organizaciones se expresan en forma de colectivos de producción, centros de mujeres, cooperativas, secretaría de la mujer, sindicatos, gremios, casas de la mujer, colectivos, clínicas, asociaciones civiles, fundaciones, ONGs y diversos comités, entre otras.

2. Políticas Públicas, incluidas las de Población y Género.

Como mecanismo para el adelanto de la mujer y contando con el apoyo y voluntad política, se fortaleció institucionalmente al Instituto Nicaraguense de la Mujer (INIM), tanto por parte del Gobierno como de las agencias cooperantes.

El INIM, en la búsqueda por el mejoramiento de la condición social de la mujer, definió como una tarea prioritaria diseñar una estrategia que permitiera la inserción de consideraciones y criterios de género en la etapa de diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas, sobre todo en aquellas áreas fundamentales para el logro de la equidad e igualdad de género.

Uno de sus retos se ha centrado a partir de la Mujer en el Desarrollo, hasta trascender en un enfoque inclusivo de género y desarrollo; esta 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.

Se apoyó la organización y gestión de expresiones organizadas de mujeres, como la Coalición Nacional de Mujeres y el Foro de Mujeres. También la formulación y gestión de proyectos de ONG de mujeres. Se dió asesoría al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos para incorporar la dimensión de género en el último censo de población y vivienda, así como la incorporación de esta variable en las estadísticas de algunos entes gubernamentales.

En la Política Nacional de Población, coordinada por el Ministerio de Acción Social, se reconoce el papel de unidad básica que desempeña la familia, eje fundamental en nuestra sociedad (como está consignado en la Constitución Política del país). Por tanto, promueve la consolidación de la familia y la equidad de género. Respeta todos los principios legales, culturales, morales y religiosos de su población. Las relaciones familiares descansan en el respeto, solidaridad e igualdad absoluta de derechos y responsabilidades entre el hombre y la mujer.

También en la Política Nacional de Población se consigna el derecho básico de todas las parejas a 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.

La PNP promueve la paternidad y maternidad responsable y otorga protección especial al proceso de reproducción humana en todas sus fases.

La Política impulsada por el Instituto Nicaragüense de Reforma Agraria (INRA) sobre la titulación de las tierras agrarias para que sean mancomunadas, en familia o sólo de la mujer (hasta 1996 se había alcanzado un 33% de títulos agrarios a nombre de la mujer), ha sido uno de los avances más importantes, en cuanto a su estrategia, dado que se sensibilizó a mujeres y hombres del derecho a la tierra sin distinción de sexo. También se impulsó la política de igualdad de oportunidades para mujeres y hombres en el acceso al crédito (el 60% de créditos y capacitación están dirigidos a mujeres) para pequeños y medianos productores a través del programa de Atención a la Micro-Empresa (PAMIC).

En un estudio presentado durante un Taller sobre el Acceso de las Mujeres a la Tierra en Centroamérica, realizado en San José, Costa Rica, en lo referente a titulación de la tierra el Informe refleja que las mujeres han tenido un mayor porcentaje de participación (de 1992 a 1996 se entregó un total de 633,068 manzanas de tierra a 27,510 beneficiarios/as, de los cuales el 23% de las personas beneficiadas son mujeres, correspondiéndoles el 30% de los títulos, que registran el 36% del total de manzanas de tierras tituladas).

Además señala que el Instituto Nicaraguense de la Mujer ha tenido un papel importante para lograr que la mujer sea considerada como sujeta activa dentro de los planes del Instituto de Reforma Agraria.

De igual forma, se puso en marcha la política de igualdad de oportunidades en la extensión y servicios agrarios, tanto para el hombre como para la mujer, que oferta el Instituto Nicaraguense de Tecnología Agropecuaria (INTA).

Se impulsa una política de igualdad de acceso a la educación para niñas y niños y se continúa promoviendo la alfabetización y educación de adultos a través de la capacitación a maestras, técnicos municipales, ampliando la cobertura y la calidad de la educación, impulsando la alfabetización con mayor énfasis entre las mujeres de 15 a 25 años.

La Política que el Ministerio de Educación (MED) lleva a cabo en cuanto a la Educación de la Sexualidad, se introduce a partir de primaria, graduando su contenido de acuerdo con el nivel de madurez de los alumnos. Tiene un enfoque integral y enfatiza los valores humanos principalmente los que se refieren al autocontrol y la autoestima. El enfoque del MED hace una en los diferentes roles que tienen el hombre y la mujer e ilustran que el trabajo del hogar es trabajo de todos sus miembros.

La Política Nacional de Salud, que define la salud integral de la mujer en todo su ciclo de vida como una prioridad (niñez, adolescencia y mujer) plantea que las intervenciones que se ejecuten incidan en acelerar el ritmo de descenso de la mortalidad infantil y las tasas de mortalidad materna con acciones multisectoriales y focalizadas a territorios y grupos en riesgo.

El énfasis de la atención a la mujer será en su etapa de vida reproductiva, tratando de lograr la planificación de sus embarazos, la atención de calidad durante el embarazo, parto y puerperio y la detección oportuna del cáncer de cérvix y de mamas. Para la adolescencia el énfasis se hará en la prevención de adicciones y del embarazo precoz y no deseado.

Dentro de la educación para la salud y promoción de estilos de vida saludable la educación sexual es otra de las principales intervenciones a desarrollar y debe ser realizada en conjunto con otras instituciones del Estado y organizaciones de la sociedad civil interesadas, la cual debe ser abordada desde un enfoque integral siendo interés particular priorizar a los adolescentes.

Se han desarrollado seminarios sobre derechos humanos a diferentes sectores y se ha participado en iniciativas de la sociedad civil sobre la evolución de estos derechos y se impulsan campañas en los medios de comunicación con el fin de promover el derecho ciudadano de la mujer.

3. Superación de las Inequidades de Género y Habilitación de la Mujer.

Una de las principales evidencias de las desigualdades existentes entre mujeres y hombres está en su participación y formas de incorporación en el mercado laboral. Dada por los ingresos por trabajo de las mujeres en relación con los hombres tanto en el sector formal como en el informal. Algunos datos indican que el ingreso promedio por trabajo de las mujeres en las zonas urbanas era un 32% inferior al que reciben los hombres.

La falta de reconocimiento de la contribución económica del trabajo reproductivo y productivo de las mujeres por parte de los que definen las políticas económicas, mantiene y refuerza la desigualdad de oportunidades que tienen las mujeres para acceder al empleo y a los recursos productivos.

A pesar de que se ha incrementado su participación en la PEA, ha aumentado el desempleo femenino en el sector terciario informal. Diversos estudios dan cuenta que las actividades que realizan las mujeres en el sector informal presentan menor dinamismo que las realizadas por los hombres, lo que está asociado a un menor ingreso, acceso al crédito, a la capacitación y a la propiedad y en definitiva es también reflejo de una menor inversión en la preparación de las mujeres como sujetas activas en la vida económica del país.

No existen mecanismos de vigilancia y control sobre las inequidades salariales, sino más bien se reproduce las desigualdades en las remuneraciones por razones de sexo, y no hay medidas de acción positivas que hagan efectiva la norma constitucional y laboral de igual remuneración por igual trabajo. Otra área en que se manifiesta las diferencias de género está en la distribución desigual en las tareas y responsabilidades domésticas.

Otro aspecto, es el elevado índice de desempleo, un 34.5% son mujeres y el 65.5% hombres (Encuesta de Hogares urbanos del Ministerio del Trabajo, 1996).

El 24.4% de los hogares cuyo jefe es mujer se encuentran en niveles de extrema pobreza, el 32.6% en situación de pobreza y solamente el 27.7% resultan ser no pobres. La situación se agrava por el elevado porcentaje de hogares encabezado por mujeres (el 27% del total de hogares del país).

También a menor nivel de instrucción mayor es el número de mujeres que encabezan los hogares y las mujeres que encabezan los hogares generalmente son mujeres madres solteras o bien familias monoparentales. Según Censo de Población y Vivienda 1995, en los hogares cuyo jefe es la mujer, según nivel de instrucción, las sin instrucción son el 37.9% y las que poseen nivel de instrucción primaria son el 39.9%.

En general, en materia de equidad es importante destacar la profunda inequidad social en que vive la población rural del país, en especial las mujeres, donde las condiciones de vida se caracterizan por la mayor carencia de servicios básicos e ingresos adecuados.

Sin embargo el Gobierno ha implementado algunas medidas para incidir en la discriminación de la mujer en los campos jurídico, social y político:

Según el Arto. 48 de la Constitución en Nicaragua: "Se establece la igualdad de todos los nicaraguenses 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 nicaraguenses y su participación efectiva en la vida política, económica y social del país".

El Arto. 82 expresa: "Los trabajadores tienen derecho a condiciones de trabajo que les asegure 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".

Existen pues en Nicaragua disposiciones constitucionales que consagran el principio de igualdad de oportunidades. También es importante mencionar la Ley 230 en cuanto a 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 avanza en la recopilación de estadísticas diferenciales por sexo, que han permitido profundizar en el análisis de las variables sociales y económicas y se están realizando una serie de encuestas como la de medición de nivel de vida que permitirá extrapolar resultados con los del Censo para obtener estadísticas actualizadas en los distintos aspectos sociodemográficos y económicos.

Según Censo de Población y Vivienda (1995), los hombres tienen mayoritariamente la tenencia de propiedad de su residencia, alcanzando las mujeres en el sector urbano el 34.8% como propietarias y en el área rural el 17.7%.

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% en el cargo de gerentes, los hombres mayoritariamente están insertos en el mercado laboral como obreros.

La participación de la mujer en la población económicamente activa (PEA) se ha incrementado de un 37.5% en 1993 a un 44% actual. Esta creciente incorporación de la mujer en las actividades económicas la convierte en un agente activo de los procesos económicos del país y que para el nuevo milenio, serán aproximadamente la mitad de la fuerza de trabajo disponible.

Esta participación de las mujeres en la PEA se hace más patente en los sectores de actividad económica de servicios, comunales, sociales y personales (19.9%) y en el sector comercio, restaurantes y hoteles (15.7%) del área urbana. No obstante, en el área rural su porcentaje representa el 9% (observándose que trabajan en la agricultura). En el área urbana, las mujeres participan en mayor proporción en la categoría cuenta propia (46%) y en el área rural solamente el 20%. Según estructura de la PEA femenina para 1996, el sector servicios ocupaba el primer lugar con el 36.9%, luego el sector de procesamiento de alimentos con un 28.1%, cultivos 15.5%, artesanía 13.5% y comercio 1.9%.

Un factor 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 ONG. En la participación de la sociedad civil, las mujeres han desarrollado variadas iniciativas, estrategias de sobrevivencia, atención organizada de la salud de la población y formulación de propuestas tanto a nivel nacional como internacional (Conferencia de El Cairo y posteriores Cumbres internacionales).

A la luz de los nuevos retos, tanto del Gobierno 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 CIPD.

4. Promoción del papel de la Mujer en el Desarrollo y Equidad de Género.

Las instituciones y entes estatales han incorporado a sus acciones los aspectos de género, ampliándose y permitido el avance del conocimiento de la situación económica nacional y la condición y posición de las mujeres en la sociedad.

El INIM fortalecido tanto por parte del Gobierno como por Agencias Cooperantes, ha realizado varios cursos de Formación de Liderazgo que han permitido capacitar a más de 250 dirigentes nacionales.

El Ministerio de Educación elaboró un Plan Decenal de Educación 1996-2005, que rectorea las transformaciones educativas y pretende la promoción de la igualdad entre mujeres y hombres. El Instituto Nacional Tecnológico en lo que concierne a la formación

mayor en los hombres. El Ministerio de Educación realiza esfuerzos para evitar la deserción en los primeros cuatro grados de primaria promoviendo la rehabilitación de los Centros Educativos (dotación de pupitres y libros) en las áreas rurales.

Organizaciones de la sociedad civil especialmente del Movimiento de Mujeres llevan adelante programas de alfabetización desde una perspectiva de género y de desarrollo sostenible y están aglutinadas en la Red de Alfabetización de mujeres en la que intercambian experiencias, materiales, metodologías y reforzamiento pedagógico de las docentes.

Mediante la cooperación internacional se ha apoyado el área social y promovido la ejecución de sus acciones, basada en políticas sociales por la supervivencia, protección y desarrollo de las niñas, niños y mujeres. En educación, en programas para el acceso educativo así como la alfabetización en el área rural. En salud se ha reforzado específicamente el área materno-infantil de riesgo reproductivo, planificación familiar y maternidad sin riesgo. Se ha impulsado el crédito con enfoque de género a la pequeña y mediana industria.

En algunos sectores se han emprendido algunas iniciativas orientadas al acceso a recursos económicos, particularmente la propiedad, como la creación y funcionamiento de la Comisión Interinstitucional de Mujer Rural, la creación de las unidades de género en el Ministerio de Agricultura, en el Instituto Nicaraguense de Tecnología Agropecuaria y en el Ministerio del Ambiente y los Recursos Naturales. Estas instituciones desarrollan diversos programas (con apoyo de la cooperación internacional) logrando incrementos importantes en el acceso de las mujeres a los servicios que brindan. Sin embargo la falta de vinculación efectiva de estas iniciativas con las instituciones prestadoras de servicios financieros rurales, estatales y privados, no ha permitido un avance homogéneo en el acceso de las mujeres al crédito rural.

5. Educación, Equidad de Género y Habilitación de la Mujer.

Con el fin de eliminar los estereotipos que reproducen los roles subordinados de las mujeres, el Gobierno, a través del INIM, destaca sistemáticamente la diversidad de roles que desempeña la mujer en la sociedad y se trata a través de la Dirección General de Comunicación Social de promover el establecimiento de códigos de conducta para los medios de comunicación, que contribuyan a eliminar la difusión de imágenes reduccionistas de la mujer.

También se promueve a mujeres a cargos y toma de decisiones en los medios de comunicación institucionales y en otros medios; es de notar la amplia participación de las mujeres en los medios de comunicación, inclusive en puestos de dirección.

Se apoya a medios o programas de comunicación en la elaboración y gestión de proyectos así como la promoción de seminarios y cursos de desarrollo integral para periodistas mujeres y hombres y talleres de liderazgo y se apoyan publicaciones de medios dirigidos por mujeres.

En el diseño de los planes de estudio de la educación formal e informal se ha incorporado la perspectiva de género con el propósito de introducir cambios positivos en las actitudes, valores y creencias acerca de la sexualidad y de los papeles que desempeñan los hombres y mujeres dentro de las actividades domésticas.

Se ha impulsado una Política de igualdad de acceso a la educación para niñas y niños como está consignado en la Constitución de la República. Se continúa promoviendo la educación de adultos a través de la capacitación a maestros, técnicos municipales, ampliando la cobertura y la calidad de la educación. Esta capacitación la reciben con mayor énfasis las mujeres de 15 a 25 años.

La reforma educativa, centra su acción en la transformación curricular, en la descentralización administrativa y la moralización de la juventud. Además el Ministerio de Educación con el Fondo de la Niñez y la Familia han impulsado modalidades de preescolares atendidos por las comunidades y ONGs.

6. Los Hombres y la Equidad de Género.

El mandato de la Constitución Política, es de reconocer a hombres y mujeres con iguales derechos y deberes ante las Leyes del país, no existiendo leyes específicas para los hombres. La Política Social aprobada en 1998, abre una perspectiva para promover e impulsar programas que garanticen el acceso e igualdad de oportunidades a hombres y mujeres en el proceso de desarrollo.

La Política Nacional de Población contempla entre sus objetivos específicos "aumentar significativamente 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". También el Arto. 78 de la Constitución consigna que "el Estado protege la paternidad y maternidad responsable. Se establece el derecho a investigar la paternidad y la maternidad".

En este sentido, todos los programas en cuanto a salud reproductiva y planificación familiar, con un enfoque de género, orientan medidas para conseguir que los hombres compartan con las mujeres las responsabilidades inherentes al comportamiento sexual y reproductivo, estimulando la participación de los hombres en los programas de salud

reproductiva y planificación familiar.

Con el objeto de conseguir que los hombres compartan con las mujeres responsabilidades inherentes a las tareas del hogar y al comportamiento sexual y reproductivo, es de mencionar el desarrollo de talleres y mesas redondas en los que participan según niveles desde los funcionarios públicos y organizaciones sociales hasta a nivel de comunidades y barrios para concientizar a la población masculina y femenina acerca de compartir las responsabilidades familiares.

Se modificó la Ley 149, ley de alimentos, que obliga a los hombres a reconocer la paternidad a través de pruebas clínicas y testificales, además establece responsabilidades para el padre en relación a las pensiones alimenticias para los hijos y responsabilidades para padres y madres en relación a la educación de los hijos así como obliga a hombres y mujeres a la protección de los padres ancianos.

Se reformó el Código Penal, derogándose los artículos 211 y 212 relativos al adulterio como delito con un tratamiento discriminatorio contra la mujer. Se creó un artículo relativo a la violencia intrafamiliar y sexual como delito público.

La elaboración e implementación del Plan de Acción de la Política Nacional de Población, es una oportunidad para acciones futuras.

7. Adolescencia, Educación Sexual y Equidad de Género.

En la Política Nacional de Población se promueve la reducción de la incidencia de embarazos tempranos, tardíos, muy seguidos y en múltiparas por los riesgos que implican para la salud materno infantil.

Se plantea contribuir a aumentar significativamente la edad de iniciación de las relaciones sexuales y de las uniones maritales mediante la elevación de los niveles de educación y formación, así como acciones educativas específicas y reducir las uniones y la incidencia de embarazos en mujeres menores de 20 años. Para ello se brinda educación sexual con pleno respeto a las creencias de las personas, y desarrolla 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.

La Política de Atención integral a la Niñez y Adolescencia promueve, defiende y garantiza los derechos de la niñez en general y hace énfasis en la atención especial a la niña y la adolescente en sus principios, en sus políticas específicas sociales básicas, de protección especial y de garantías, en sus objetivos, estrategias y programas que orienta.

El Código de las Niñas, Niños y Adolescencia por si tiene una visión de género y establece

claramente la reducción de las disparidades actuales en el acceso a la educación de las niñas y niños y por lo tanto el derecho a la educación sin discriminación; establece en su articulado la protección especial a la adolescente embarazada y el derecho al servicio de salud a la madre. También se elabora el Código de Familia en proceso de consulta con la sociedad civil.

Como se puede observar existe voluntad política del Gobierno de Nicaragua para brindar atención integral a los 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.

De esta manera a través del Ministerio de Educación se promueve que las niñas, los niños y adolescentes cuenten con una educación sexual integral (considerada como uno de los ejes transversales del sistema educativo), que forme parte de la educación del ser humano, sustentada en valores éticos, de respeto a sí mismo y hacia los demás; la cual va desde el preescolar, dirigida de una forma adecuada y sucesivamente en el momento que corresponde a la edad se van aumentando los conocimientos.

La educación sexual se imparte de una manera gradual y de acuerdo a las etapas del desarrollo del estudiante. Cómo funciona su cuerpo y usar la sexualidad de manera responsable cuando haya alcanzado la maduración biológica, psíquica y económica, es el eje de la política sobre la sexualidad según el Ministerio de Educación. El Instituto Nacional Tecnológico brinda capacitación a adolescentes en áreas no tradicionales como capacitación en identidad de género para hombres y mujeres.

Las Comisarías de la Mujer y la Niñez de la Policía Nacional abordan temas policiales, de salud, psicológicos y legales, y en coordinación con el INIM y ONG realizan campañas de sensibilización a través de los medios de comunicación masiva sobre la violencia intrafamiliar contra la mujer, adolescentes y niños.

El Ministerio de Salud, impulsa un Programa de Atención Integral a la Adolescencia, de cobertura nacional, con el fin de contribuir al mejoramiento de la salud y bienestar de los adolescentes a través de acciones de prevención, así como la promoción de estilos de vida saludables, autoestima, autocuidado y ayuda mutua.

El MINSA también ejecuta proyectos de fortalecimiento de los servicios de salud reproductiva en departamentos problemáticos, 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. Además en uno de los hospitales de referencia nacional de atención a la mujer se brinda atención integral a los adolescentes.

El Ministerio de Acción Social ejecuta proyectos en el campo de población orientado a la

implementación de la Política Nacional de Población, y específicamente de Desarrollo Integral de Adolescentes Rurales para mejorar la salud sexual de dicho grupo.

Existen alrededor de 25 Organismos No Gubernamentales trabajando en el área de salud reproductiva y planificación familiar, orientadas principalmente hacia las mujeres, beneficiando algunos de ellos a los adolescentes.

LIMITACIONES

Es importante señalar que la acción del Estado ha sido un componente fundamental de la actividad para la promoción de la mujer. Sin embargo, la desigualdad entre hombres y mujeres todavía influye en el accionar de muchas de nuestras instituciones del sector social, así como en el medio doméstico y familiar y en diversos ámbitos públicos, lo que contribuye a reproducir la situación de desventaja de las mujeres.

Los principales problemas que se enfrentan tienen que ver con las garantías existentes en materia de derechos económicos y sociales básicos ya que las normas constitucionales referidas a la igualdad y a la no discriminación por razones de sexo, continúan siendo algunas veces referencias formales.

A pesar de los avances de la mujer en el ejercicio del poder y la toma de decisiones, en las estructuras del Estado la participación de la mujer es muy reducida en los niveles más altos de la jerarquía y aumenta en la medida que bajan los niveles.

Si bien la Constitución Política consigna la igualdad ante la ley de hombres y mujeres, sin embargo no existen leyes que expliciten estas políticas. Existe una gran brecha entre lo propuesto y la realidad, por la existencia de restricciones materiales e ideológicas para las mujeres para acceder a condiciones de bienestar necesarias para una vida digna.

Además este marco jurídico es incompleto y las deficiencias institucionales en el derecho, en una sociedad llena de prejuicios y discriminaciones hacia las mujeres, conducen a mayores dificultades en la lucha por alcanzar la igualdad.

El ámbito de mayor dificultad es la transformación ideológica, los valores, las costumbres y tradiciones, que han diseñado y reproducido la incorporación de las mujeres a la vida pública de manera diferenciada y discriminatoria.

Hacen falta políticas de apoyo a la producción, que faciliten el aprovechamiento de la tierra, particularmente si se trata de mujeres las políticas de desarrollo deben ser integrales e incluir acceso a la tierra, al financiamiento, a la tecnología, al mercado, a la educación, etc. En un estudio se concluye, que si bien es cierto el acceso a la tierra es fundamental, no es suficiente. En general, en materia de equidad, es importante destacar la profunda inequidad social en que vive la población rural del país donde las condiciones de vida están marcadas por la mayor carencia de servicios básicos e ingresos.

Aunque la Constitución consigna el derecho al trabajo de hombres y mujeres, iguales oportunidades de empleo y libre elección de profesión y empleo e igual remuneración por igual trabajo, y aún cuando las mujeres estén organizadas para buscar solución a sus problemas de inserción laboral, existen todavía grandes limitantes para lograrlo, como es el contexto macroeconómico desfavorable y los aspectos socioculturales negativos que acentúan su segregación.

Una de las principales desigualdades entre mujeres y hombres está en su participación en el mercado laboral; algunos datos indican que el ingreso por trabajo de las mujeres en las zonas urbanas es inferior al que reciben los hombres. A esto se suma la falta de reconocimiento de la contribución económica del trabajo de las mujeres y por ende para acceder al empleo y a los recursos productivos. El desempleo femenino ha aumentado, ubicándose en el sector terciario informal.

Las actividades que realizan las mujeres en el sector informal están asociadas a un menor ingreso, acceso al crédito, a la capacitación y a la propiedad, reflejo de una menor inversión en la preparación de las mujeres como sujetas activas en la vida económica del país.

No existen mecanismos de vigilancia y control sobre las inequidades salariales, sino más bien desigualdades en las remuneraciones por razones de sexo, y no hay medidas que hagan efectiva la norma constitucional y laboral de igual remuneración por igual trabajo. Otra área en que se manifiesta las diferencias de género está en la distribución desigual en las tareas y responsabilidades domésticas.

Si bien el Gobierno ha ratificado diversos convenios relativos a la seguridad social, igualdad de pago, protección a la salud, a las prestaciones sociales y servicios básicos (Convenios 3, 110, 102 y 103 de la OIT), los programas sociales para mujeres trabajadoras han sufrido algunos ajustes eliminándose algunos subsidios y beneficios en empresas públicas y privadas para elevar la rentabilidad. Por otro lado la alta participación de las mujeres en el sector informal, impide su acceso a las prestaciones laborales y sociales, y la flexibilización de la mano de obra constituye un mecanismo de evasión a las prestaciones sociales por medio de la contratación temporal.

Según organismos radicales de mujeres, no existe mucho interés de parte de algunos organismos gubernamentales por identificar actividades de contribución económica de las mujeres ni por elaborar propuestas que permitan su plena inserción en términos de igualdad en el mercado laboral. También plantean que comienza a observarse con mayor fuerza en los últimos años, la tendencia de vincular y reforzar el papel de las mujeres a su condición biológica, lo que induce a pensar que será muy difícil conservar algunos de los avances registrados.

Todavía se reproduce la imagen de subvaloración y discriminación hacia las mujeres, reforzándose los roles tradicionales de la mujer; mientras el protagonismo masculino se proyecta fundamentalmente en el ámbito público a las mujeres se les ubica en el ámbito privado, su rol fundamental está ligado a su pertenencia al mundo de la familia y el trabajo doméstico. Las cualidades que se resaltan son la generosidad, la sumisión, la sencillez y la fidelidad.

III. SALUD, DERECHOS REPRODUCTIVOS, EQUIDAD SOCIAL Y BIENESTAR DE LA FAMILIA.

En Nicaragua la salud de la madre y el niño ha sido considerada prioritaria, recibiendo la mayor atención como Política de Gobierno así como de los Organismos de Cooperación Externa. Desde las prioridades de la Política Social se consigna la Atención Integral dirigida a la mujer y a la niñez así como el fortalecer y ampliar la cobertura en salud reproductiva y planificación de la familia.

La Política Nacional de Población, que define un conjunto de medidas dirigidas a influir en el comportamiento reproductivo, educación, formación y salud sexual reproductiva de la población nicaraguense, consigna los derechos reproductivos de la población e incluye en sus objetivos específicos lo siguiente:

- Contribuir a que las parejas decidan de manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos, para lo que el Estado debe apoyarlos con prestación de los servicios necesarios.
- Reducir la incidencia de embarazos tempranos, tardíos, muy seguidos y en múltiparas por los riesgos que implican para la salud materna e infantil.
- Contribuir a aumentar significativamente la edad de iniciación de las relaciones sexuales y de las uniones maritales mediante la elevación de los niveles de educación y formación, así como acciones educativas específicas y reducir las uniones que se inician antes de los 20 años.
- Procurar reducir significativamente la incidencia de embarazos en mujeres menores de 20 años.
- Desarrollar en hombres y mujeres desde el comienzo de 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 responsable de formar una familia.
- Reducir la frecuencia de embarazos no planificados.
- Aumentar significativamente 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 significativamente el recurso al aborto inducido mediante la educación, la

formación, comunicación, información veraz y completa, así como la prevención de embarazos no planificados.

- Reducir la mortalidad general, materna e infantil y elevar la esperanza de vida. La Política Nacional de Población hace suyos los objetivos y metas de mediano plazo adoptados por el Ministerio de Salud.

La Política Nacional de Salud prioriza el acceso de la población a los servicios básicos de salud a fin de reducir las desigualdades de grupos poblacionales en la recepción de los servicios; estas prioridades están en función de la atención integral a la mujer, a la adolescencia y la niñez.

Su estrategia consiste en abordar la problemática de la población durante el proceso de reproducción, su sexualidad y sus efectos sobre la mortalidad materna e infantil.

Para ello, desarrolla a lo interno un proceso de modernización en la búsqueda de la equidad, la eficiencia y la eficacia en la prestación de los servicios de salud a la población. Además Nicaragua se ha comprometido a desarrollar acciones orientadas al cumplimiento de un conjunto de acuerdos internacionales relacionados con la salud de la mujeres.

AVANCES

1. Alcance de los Programas de Salud Reproductiva.

En un inicio, en el Ministerio de Salud, se orientó hacia la estrategia de Atención Primaria en Salud, consolidando y desarrollando los componentes del Programa Materno Infantil. Luego, específicamente a las actividades de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar permitiendo dar un apoyo importante en la disminución de los riesgos de las madres y recién nacidos, por medio del desarrollo de un estudio nacional de Enfoque de Riesgo que permitió una identificación más clara de la problemática materno-infantil en el país y de esta manera conocer las características biosociales de la población de mujeres en edad fértil, las cuales mostraron un alto porcentaje de factores de riesgo obstétrico. Esto dió como consecuencia una base importante para el establecimiento de estrategias de intervención que se desarrollan en el Ministerio de Salud.

De esta manera se contribuyó a incrementar la cobertura del Programa Materno-Infantil, fortaleciendo la estrategia de atención primaria y la participación de la comunidad, en términos de controles a la embarazada, el parto y puerperio y la prevalencia del uso de anticonceptivos. También se han realizado esfuerzos para elevar la calidad del personal por medio de la capacitación, adiestramiento y formación de recursos humanos y se han desarrollado e implementado normas de atención, y se ha apromovido el enfoque de riesgo para focalizar los grupos objetivos de intervenciones prioritarias y la discriminación de la atención.

Se han procurado la provisión de servicios accesibles, suficientes, oportunos e integrales, a través de la atención primaria, la universalización de la oferta, identificar y concentrar los recursos en los grupos de alto riesgo, privilegiar la acción preventiva y el desarrollo de la atención progresiva.

Por otro lado se esperó que se produjera una demanda participativa, consciente y oportuna, buscando la participación a través de la movilización, la identificación precoz de los problemas, la consulta oportuna y la mejoría del nivel de educación en salud. Se fijó el interés en continuar avanzando en el desarrollo del recurso humano tanto en el ámbito institucional como en el de la comunidad y organismos de la sociedad civil.

Posteriormente se promueve la maternidad sin riesgo, haciendo énfasis en la prevención del alto riesgo reproductivo, impulso a la captación precoz, detección y referencia oportuna del alto riesgo obstétrico, la vigilancia adecuada del parto y puerperio y mejorar la atención ambulatoria, la educación sexual y prevención del embarazo de alto riesgo.

Por último, se implementa el modelo de atención integral a la mujer y se adopta la ampliación del concepto de salud reproductiva de El Cairo, con aportes de las organizaciones de mujeres y el apoyo de la asistencia técnica internacional. Se plantea la incorporación del enfoque de género y el abordaje de la violencia como un problema de salud pública.

El desarrollo actual del modelo prioriza la Atención Integral en Salud Reproductiva, cuya estrategia consiste en abordar la problemática durante el proceso de reproducción de la mujer, su sexualidad y sus efectos sobre la mortalidad materna e infantil. La atención consiste en la interacción de los Programas de Atención Integral a la Niñez, Adolescencia y Atención Integral a la Mujer, que permite el ordenamiento y articulación de las acciones de una manera coherente, armónica y lógica en relación a sus verdaderas necesidades. Las acciones deben tener una orientación preventiva y de prestación de servicios y realizarse tanto en las unidades del primer nivel de atención (Puestos y Centros de Salud) como en los hospitales.

Estas acciones se deben desarrollar a través de los siguientes componentes:

- Riesgo reproductivo.
- Planificación familiar y Procreación Responsable.
- Salud Perinatal.
- Detección y manejo de la Esterilidad/Infertilidad.
- Climaterio y menopausia.
- Prevención de la ETS/SIDA.
- Prevención del Cáncer del Aparato reproductivo y de mamas.

En cuanto a la cobertura del Programa de Atención Integral a la Mujer, el Ministerio de

Salud es la institución que mayormente presta estos servicios, para lo cual dispone de 883 unidades (Puestos y Centros de Salud) en el primer nivel de atención y cuenta además con 31 unidades hospitalarias (27 agudos y 4 crónicos).

Con la incorporación en 1994 de las definiciones usadas en el Programa de Acción, según datos del MINSA, el Programa de Atención Integral a la Mujer ha incrementado sus acciones:

- El Control Prenatal: en un 5% y 15% en 1995 y 1997 respectivamente, en relación a 1993. Si bien los Primeros Controles disminuyen, la captación precoz se mantiene, aumentando los controles subsecuentes (2o, 3o, 4o y 5o controles) así como la captación del Alto Riesgo Obstétrico.
- También los Controles Puerperales aumentan en un 9.3% y un 34.4% en 1995 y 1997 respectivamente en relación a 1993.
- En cuanto a la regulación de la fecundidad, los Controles de Fertilidad han tenido un aumento sostenido, del 22.6% y del 40.8% en los años 1995 y 1997 respectivamente. Este incremento se refleja tanto en los primeros controles como en los subsecuentes y también en el uso de los gestágenos, DIU y otros métodos. Es de mencionar el aumento de la esterilización femenina de 7,377 casos en 1995 a 10,891 en 1997.
- También aumentan las Citologías Vaginales para la detección del Cáncer Cérvico Uterino en un 11.2% y 55.1% en 1997 respectivamente en relación a 1993.

Como se puede notar se ha puesto mayor énfasis en la detección del riesgo reproductivo aumentando los controles de fertilidad para prevenir los embarazos no deseados y una mayor captación del riesgo obstétrico para garantizar un parto institucional en buenas condiciones, así como los controles a púerperas y una mayor detección precoz del cáncer cérvico uterino.

En cuanto a la planificación familiar, según MINSA el método más usado son los gestágenos orales (el 69.4% en 1993, el 65.6% en 1995 y el 61.2% en 1997), luego Otros métodos (el 16.4% en 1993, el 19.7% en 1995 y el 26.7% en 1997) y por último el DIU (el 14.3% en 1993, el 17.5% en 1995 y el 14% en 1997).

Es de notar que en 1995, en otros métodos (preservativos, esterilización y otros) la proporción de hombres que usaron preservativos es del 70.3% (un 13.8% del total de métodos usados). Para 1997 significó el 47.7% y el 12.7% respectivamente; esto demuestra que el hombre no asume todavía un compromiso compartido en términos de planificación familiar.

La oferta privada de servicios de salud reproductiva se brinda también a través de ONG's, dispensarios y consultorios médicos privados. Existen alrededor de 100 centros alternativos en todo el país impulsados por el movimiento de mujeres, cuyas acciones incluyen atención ginecológica y obstétrica, psicológica, educación, derechos sexuales y reproductivos, control de fertilidad y atención a víctimas de violencia y en varias ciudades se han creado casas maternas para permitir a las mujeres rurales con alto riesgo obstétrico atender su parto en los servicios de salud. Se calcula que prestan atención a más de 200 mil mujeres. Entre las principales ONG's, podemos mencionar:

Asociación Pro-Bienestar de la Familia (PROFAMILIA), que entre sus principales acciones realiza encuestas sobre salud familiar y da educación comunitaria en la temática y capacitación y entrenamiento del personal, así como servicios clínicos en Consejería en Planificación Familiar, Consultas General, Pre y Postnatal, PAP, ultrasonido, Ginecología, Urología, Pediatría y Laboratorio.

Centro de Mujeres IXCHEM, desarrolla actividades educativas sobre sexualidad, salud reproductiva, y derechos de la mujer, atención médica preventiva ginecológica, detección precoz del cáncer de la matriz, planificación familiar, atención jurídica y psicológica en casos de violencia, atención especializada de diagnóstico clínico y tratamiento del cáncer inicial.

Movimiento Comunal Nicaraguense, desarrolla un proyecto de Apoyo al programa de promoción Comunitaria en Salud Reproductiva y Planificación Familiar; que acerca a las personas del campo y la ciudad, promoviendo el intercambio de experiencia y conocimientos sobre la vida comunitaria en ambos sectores.

Servicios Integrales para la Mujer, Si Mujer; brinda servicios de atención integral en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género; educa e informa a mujeres y adolescentes y jóvenes de ambos sexos en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la vida reproductiva y divulga los derechos con relación a la salud, violencia y vida familiar; contribuye a elevar las condiciones de salud integral con énfasis en la sexualidad, reproducción, prevención de la violencia sexual e intrafamiliar de adolescentes y jóvenes de ambos sexos.

Centro Mujer y Familia, promueve el desarrollo integral de la familia con énfasis en la mujer y niñez a través de programas de capacitación, atención y prevención de la violencia intrafamiliar, servicios de salud integral y asesoría legal.

Universidad John Hopkins, desarrolla una campaña de Comunicación y movilización sobre Salud Reproductiva, resaltando el componente de Información, Educación y Comunicación.

Fundación para el Desarrollo de las Mujeres y la Niñez (FUNDEMUNI), contribuye a

mejorar la salud reproductiva de la población de comunidades de nueve municipios del departamento de Nueva Segovia.

Fundación Xochiquetzal, se considera como una fundación especialista en sexualidad libre de prejuicios y atención integral de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. Sus modalidades de intervención se basa en la educación-capacitación, asistencia en salud, comunicación e investigación.

Asociación Nicaraguense por la Vida (ANPROVIDA), con el objetivo de prevenir y reducir las causas que originan situaciones de riesgos para la adolescencia y la juventud nicaraguense, impulsa y desarrolla seminarios y talleres educativos formativos de sexualidad integral, orientada para la vida familiar, así como fortalecer los valores humanos y promover a líderes juveniles que multipliquen el mensaje de los seminarios y talleres.

La Comisión de Promoción Social Arquidiocesana (COPROSA), trabaja en los asentamientos pobres a través de las capillas y de los comités (deporte, salud, educación, promoción, iglesia), promueve y organiza las comunidades de modo que sean capaces de participar en su propio desarrollo.

2. Salud Reproductiva y Equidad Social.

El Gobierno, en su Política Social, como promotor de valores humanos de la sociedad fomentará una red de protección social que garantice la supervivencia de los grupos más vulnerables de la población; para tal fin mantendrá mientras sean necesarios, los programas sociales dirigidos a la protección de los individuos y familias en condiciones de vulnerabilidad y pobreza extrema.

Su política se basa en lograr la integración social y productiva de los individuos y grupos sociales a través de la generación de condiciones para un mejor ejercicio de sus derechos y capacidades, que les permita por igual, participar de los beneficios sociales.

Para ello, el Gobierno asume el compromiso de contribuir a mejorar el acceso a los servicios de educación y salud básica a la población de los sectores más pobres y vulnerables, especialmente a la mujer, habida cuenta que la pobreza y las graves desigualdades sociales tienen una gran influencia en los parámetros demográficos y éstos a su vez influyen sobre ellos.

Para Salud, la Política Social, expresa el garantizar el acceso de la población a los servicios básicos de salud entre los que se encuentran la Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia y mandata a fortalecer y ampliar la cobertura en salud reproductiva.

Como se puede notar, lo anterior revela que a nivel conceptual, el Gobierno y su Ministerio

de Salud y otras instituciones, están en concordancia con las nuevas concepciones de atención en salud, presentes en los debates sobre el tema.

Los servicios públicos de salud reproductiva se encuentran integrados en el Programa de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia, que supera la visión centrada en el binomio madre-niño y reconoce que los problemas de salud de las mujeres no se limitan a su función reproductora ni se ubican exclusivamente en el período de vida fértil y que están determinados en gran medida por sus condiciones de clase y género.

En este sentido el Ministerio de Salud es el principal oferente de servicios de salud reproductiva en el país y el enfoque de género se incorpora paulatinamente en los servicios de salud reproductiva. Se da énfasis en las acciones preventivas con el fin de realizar una labor educativa y de captación oportuna de los problemas de salud reproductiva así como el trabajo interdisciplinario de los problemas de salud sexual y reproductiva. Las acciones intersectoriales se refuerzan en todas las unidades así como las de detección y atención de las mujeres víctimas de la violencia.

La oferta de servicios aumenta su cobertura, acceso y calidad mejorando la efectividad de las acciones. Se garantizan de alguna manera los insumos médicos. En fin, se intenta que se reduzcan las desigualdades en la atención.

La situación de la salud reproductiva mejora, los grupos más vulnerables están recibiendo creciente atención (especialmente las adolescentes). La situación de la mujer mejora a pesar de que la mortalidad materna y perinatal sigue siendo un problema de salud pública así como la alta tasa de embarazos en la adolescencia, que constituye un reto para el Gobierno.

El conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos así como la salud sexual en los programas está presente. El concepto de planificación familiar comienza a tomar en cuenta no sólo a la reproducción sino que también la sexualidad.

Se da más información sobre los métodos de planificación familiar a las mujeres que asisten a las unidades de salud.

Por otro lado, la promoción de la autonomía de las mujeres en las decisiones que afectan su salud sexual y reproductiva ha sido más impulsada por el movimiento de mujeres que por las disposiciones asistenciales que las instituciones públicas han tomado. El movimiento de mujeres cuenta con más de 100 centros alternativos de atención en todo el país.

3. Salud Reproductiva: Estrategias de Participación

La creación e implementación en 1995 del Modelo de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia, es una medida importante tomada por el Gobierno a través del Ministerio

de Salud que permite mejorar el acceso a los servicios de salud reproductiva en el primer nivel de atención.

Este modelo establece la reorganización de los servicios de la red de atención primaria en salud, haciendo énfasis en las acciones de prevención y promoción para incidir en la reducción de las oportunidades perdidas y fortalecer los mecanismos de articulación con el segundo nivel de atención.

En los diferentes programas y proyectos que el Gobierno ha emprendido a través del Ministerio de Salud, una de las estrategias ha sido la descentralización de los servicios de salud, entre ellos hacer extensivo a toda la población un paquete básico de servicios en salud reproductiva que aborde el riesgo reproductivo, la planificación familiar y salud perinatal, incluyendo consejería u orientación en planificación familiar con enfoque de género.

La educación sexual es otra de las intervenciones a desarrollar así como incorporar al grupo de los adolescentes. Todo esto debe ser realizado en conjunto con otras instituciones y organizaciones de la sociedad civil interesadas en el tema.

Para esto, cada Sistema Local de Atención Integral a la Salud (SILAIS) deberá garantizar el desarrollo de las acciones, con la facultad de planificar de acuerdo a las necesidades locales y distribuir el presupuesto asignado de acuerdo a dicho plan, facilitando a sus unidades los recursos necesarios y cada Municipio deberá establecer los mecanismos de acción intersectoriales para potencializar las acciones que en salud reproductiva se realizan en cada territorio.

Asimismo, cada SILAIS hace esfuerzos para fortalecer la participación activa de la comunidad en la identificación y seguimiento de mujeres con riesgo reproductivo y alto riesgo obstétrico y de aquellas que necesitan atención prenatal, planificación familiar, parto institucional y atención del recién nacido y del niño e incorpora los elementos que contribuyan al fortalecimiento de la autoestima de la mujer, la niñez y adolescencia y el autocuidado de la salud.

Se ha incrementado la consideración de la violencia intrafamiliar como problema de salud pública, estableciendo su registro y caracterización e incorporando acciones de salud para su solución.

Entre los espacios de coordinación más importantes de la sociedad civil y el Estado (MINSA) en materia de salud reproductiva, está la Comisión Nacional de Lucha contra la Mortalidad Materna, quien ha venido fungiendo como instrumento para la definición de estrategias y líneas de acción contra la morbi-mortalidad materna. Otro espacio creado después de la CIPD es la Comisión de la Lactancia Materna. Otra forma de participación social de las mujeres es la de ser brigadistas o promotoras de salud que conforman la mayoría de las personas que componen estos grupos, que contribuyen a mejorar las

condiciones de salud de sus comunidades.

El Ministerio de Educación, haciendo eco de los lineamientos para implementar en el sistema educativo aspectos fundamentales con relación a población y desarrollo, incorpora los temas de familia, educación sexual integral y educación para el desarrollo. Las acciones se establecen en las diferentes etapas del fortalecimiento del sistema educativo.

Su estrategia a nivel de educación sexual integral es incorporar a los jóvenes, padres de familia, personal directivo y docentes como agentes multiplicadores de la educación en sexualidad integral. Se elaboran afiches, manuales, plegables y se realizan acciones de capacitación con otras instituciones del Gobierno. Asimismo, se fortalecen los clubes juveniles en cada escuela normal estatal del país (dichos clubes se encargan de brindar capacitación de joven a joven sobre educación sexual integral).

El Instituto Nacional Tecnológico por un lado, en coordinación con el Ministerio de Educación brinda educación escolarizada y por otro, con las instituciones del sector social atiende población fuera del sistema escolar. El INATEC también fortalece la currícula en los niveles de educación técnica y capacitación con temas de educación sexual integral.

El Instituto Nicaraguense de la Mujer, a través de áreas básicas como salud sexual y reproductiva, educación formal y capacitación laboral, trabajo, violencia y liderazgo, ha montado talleres con los organismos gubernamentales y ONG's para definir una serie de indicadores que han hecho posible el montaje de un sistema de seguimiento y evaluación. También apoya la difusión e información sobre el tema de salud reproductiva.

A través del Ministerio de Acción Social (MAS) se ha logrado consolidar la coordinación interinstitucional en el seno de la Comisión Nacional de Población, para la ejecución de las acciones de manera descentralizada y coordinada en cada Institución a través de sus propios planes y programas a fin de lograr los objetivos planteados en la Política.

Es de anotar los esfuerzos que se han desarrollado últimamente (coordinado por el MAS) para incorporar a las organizaciones no gubernamentales en el proceso gubernamental de adopción de decisiones relativas a los desafíos y problemas en el campo de la salud reproductiva.

Ejemplo de ello fue la Reunión de la Comisión Nacional de Población, su Secretaría Técnica, y los ONG que trabajan en el área de Comportamiento Reproductivo, Mortalidad y Familia. También el cabildeo con sectores de la Asamblea Nacional y la experiencia de consulta abierta con los Organismos de Cooperación representados en Nicaragua.

4. Progresos con Respecto a las Metas Acordadas.

Segun fuentes oficiales, los principales indicadores de salud muestran una tendencia constante a la mejoría, sobre todo la mortalidad infantil. Sin embargo su ritmo de

descenso sigue siendo lento (es la más alta de Centroamérica) y no se visualiza la factibilidad de alcanzar tasas de 30/1000 NV, así como los 70 años de esperanza de vida, al finalizar el siglo XX.

Metas Alcanzadas

Indicadores	Antes CIPD	1996 o 1997	Meta CIPD
Esperanza de Vida	66.2	68.2	65 o 70 años
Mortalidad Infantil	49.8	43.8	< de 50/1000 NV
Mortalidad Materna	160	130	80 a 125/100000 NV
Prevalencia de Planificación Familiar	33.8	40.8	> de 55%

Las proyecciones oficiales (INEC-CELADE) para el quinquenio 1990-1995 y 1995-2000, dan una Esperanza de Vida de 66.2 y 68.2 años, una tasa de mortalidad infantil de 49.8 y 43.8 defunciones por mil nacidos, respectivamente. La estimación de la mortalidad materna es alta exhibiendo cifras de 160 en 1993 y 130/100,000 NV en 1997.

Un estudio de Años de Vida Potencialmente Perdidos por Muerte Prematura y Discapacidad (AVPT), demostró que en el país el 80% de los años de vida perdida por muerte prematura se concentra en los grupos de 0-4 años de edad y es resultado de enfermedades transmisibles, de la nutrición y de la reproducción.

La persistencia de estas enfermedades ha señalado la necesidad de fortalecer estos programas y servicios, ampliando la cobertura y mejorar su eficacia, considerando que un alto porcentaje de los años de vida perdida responden favorablemente a intervenciones específicas que utilizan tecnologías sencillas y son de bajo costo de las que se puede esperar un gran impacto. La estrategia de abordaje ha sido la preventiva, integral, interprogramática y participativa para intervenir en los factores de riesgo.

Los logros alcanzados con el modelo de Atención Integral a la Mujer y la Niñez deben ser profundizados, que permita desarrollar ampliamente acciones de promoción y prevención, privilegiando la detección precoz y el tratamiento oportuno, mejorando la capacidad de resolución de los servicios, para reducir la mortalidad materna e infantil en base a los lineamientos de dichos modelos.

Las medidas adoptadas para disminuir la mortalidad infantil, tienen su base en el modelo de atención integral 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.

El énfasis de la atención a la mujer está en su etapa de vida reproductiva tratando de lograr la planificación de sus embarazos, la atención de calidad durante el embarazo, parto y puerperio y la detección oportuna de cáncer de cérvix y mama. Entre las medidas adoptadas está la dotación de insumos normados; así como el fortalecimiento y la coordinación de las unidades de salud con los recursos de la comunidad (casas base, brigadistas y parteras) y con los centros alternativos que brindan atención a la mujer y la niñez en el territorio.

5. Demanda Insatisfecha en Materia de Planificación Familiar.

A pesar de los esfuerzos realizados durante muchos años por aumentar la cobertura y calidad de los servicios de salud, la atención que brinda actualmente el MINSA no cubre a la totalidad de la población objetivo, variando ésta según el tipo de servicio prestado y el área de residencia de la población servida.

En planificación familiar, el MINSA a pesar de haber mejorado su organización, ser el mayor oferente y aumentado las actividades de los servicios, con una prevalencia del 47.9%, y la cobertura de las mujeres en edad fértil en control de fertilidad de un 7% en 1993, a un 17% en 1995 y un 19% en 1997, cifra que se elevaría a un 29% si se considera como población potencialmente demandante del servicio sólo a las mujeres en edad fértil casadas o unidas. Esta cobertura todavía es insuficiente ya que se pretendía alcanzar alrededor del 80% de todas las mujeres en edad fértil en el año 2000.

Para 1993, según otras fuentes, sólo un 33.8% de todas las mujeres de 15-49 años utilizaba algún método anticonceptivo, cifra que en la actualidad se estima ha aumentado al 40.8%.

La distribución porcentual de las que en 1993 no usaban métodos anticonceptivos era el 45.5% de las mujeres casadas, el 55.9% de las mujeres unidas, el 68.4% de las divorciadas, el 78.1% de las separadas, el 78.6% de las viudas y el 99.3% de las solteras. Hoy sólo el 39.6% de las mujeres unidas no usan ningún método anticonceptivo.

La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos a pesar de haber disminuido en los últimos años (mujeres expuestas a un embarazo que no hacen uso de método anticonceptivo alguno a pesar de su deseo expreso de querer limitar o espaciar sus embarazos), sigue siendo alto. De acuerdo con los datos disponibles, ciertos grupos de la población corren un mayor riesgo de embarazo no planificado que otros.

El porcentaje estimado de mujeres en riesgo de embarazo no planificado en 1993 era de alrededor del 16% de todas las mujeres de 15-49 años (unas 170,000 mujeres). El porcentaje de mujeres en riesgo es mayor entre las mujeres rurales (un 26%); además casi una de cuatro mujeres casadas corren el riesgo de un embarazo no planificado. En general el riesgo de embarazo no planificado aumenta con el número de hijos vivos y está

inversamente relacionado al nivel de instrucción y al estatus económico. Es de notar que cerca de un tercio (1/3) de las mujeres rurales con tres o más hijos corren el riesgo de embarazo no planificado.

Los grupos de población con mayor riesgo de embarazo no planificado (que necesitan los servicios de planificación familiar) son:

- Cerca de dos tercios de las mujeres en riesgo viven en las áreas rurales.
- Un 90% están casadas o viven en uniones consensuales.
- Un 70% tienen una educación inferior a la primaria completa.
- Cerca de 6 de cada 10 mujeres que necesitan los servicios de planificación familiar viven en hogares de bajo nivel socioeconómico.
- Por grupos de edad, la población con mayor riesgo de embarazo no planificado son el grupo de 20-24 años con el 24.4%, el de 25-29 con el 19.6%, las menores de 19 años con el 14.9%, las de 30-34 con el 13.8%, las de 35-39 con el 13.2%, las de 40-44 con el 8.3% y las de 45-49 años con el 5.8%.

Los datos indican que los programas de planificación familiar en Nicaragua deberían poner mayor énfasis hacia las mujeres casadas que viven en las áreas rurales, las menos instruidas y las menos beneficiadas socioeconómicamente y hacia menores de 30 años de edad con tres o más hijos.

El deseo de usar la anticoncepción es más alto entre las mujeres urbanas, las mujeres con hogares de nivel socioeconómico medio y las mujeres con alguna instrucción formal.

Por otro lado la cobertura de los servicios de salud reproductiva en el país está segmentada conforme estratos socioeconómicos. Los sectores de clase media y alta suelen disponer de recursos para satisfacer sus necesidades a través del sector privado que ha venido incrementando su oferta de servicios. La única opción de los sectores pobres es la oferta gubernamental de servicios de salud.

6. Ampliación y Mejoramiento de la Oferta de Métodos.

La planificación familiar se ha extendido en Nicaragua en los últimos años, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos según el MINSA a nivel nacional, es del 47.9% y la cobertura de las mujeres en edad fértil en control de fertilidad es de un 19% (potencialmente un 29%), mejorándose la diversidad de métodos de planificación familiar.

Los Controles de Fertilidad han tenido un aumento sostenido, hasta del 40.8% en 1997 en relación a 1993; reflejándose tanto en los primeros controles como en los subsecuentes como también en el uso de los gestágenos, DIU y otros métodos. Entre otros métodos es

de mencionar el aumento de la esterilidad femenina a 10,891 casos en 1997.

El método más usado fueron los gestágenos orales (el 61.2%), luego Otros métodos (el 26.7%) y por último el DIU (el 14%). Es de notar que en 1997 la proporción de hombres que usaron preservativos significó el 47.7% y el 12.7% respectivamente (aumentando en relación a 1995 pero disminuyendo en relación a 1993); esto demuestra que el hombre no asume un compromiso compartido en términos de planificación familiar.

Los centros alternativos en todo el país impulsados por el movimiento de mujeres, cuyas acciones incluyen el control de fertilidad, presta atención a un considerable número de mujeres en edad fértil.

Según otras fuentes, a nivel nacional, en 1993, un 33.8% de todas las mujeres de 15-49 años utilizaba algún método anticonceptivo y variaba de un 54.5% entre las mujeres casadas, un 44.1% de las mujeres en unión, el 31.6% de las divorciadas, el 21.9% de las separadas, el 21.4% de las viudas y el 0.7% de las mujeres que nunca habían estado casadas.

En 1997, el 40.8% de todas las mujeres usaban algún método, aumentando a un 60.4% en las mujeres unidas; según método, la esterilización quirúrgica ocupa el primer lugar con el 18.6%, luego los gestágenos orales con el 8.7% y después el DIU con el 6.3%; y en las mujeres unidas aumenta a un 26.1% la esterilización, un 13.9% los gestágenos y un 9.1% los DIUs.

En cuanto al nivel educativo y el uso de cualquier método, sólo el 46.4% de las mujeres sin instrucción usaban algún método, aumentando según nivel educativo al 56.1% las que tenían tres primeros grados de primaria, el 61.5% las con 4-6 grados de primaria, el 68.7% las con secundaria y el 70.1% las con nivel superior.

En cuanto a las medidas adoptadas en los últimos años para ampliar la gama de acciones de planificación familiar, en los Lineamiento Generales de la Política Nacional de Población se plantea contribuir a la existencia de una oferta diversificada de métodos de planificación familiar, incluyendo los naturales y los de uso masculino, que permita a las parejas o mujeres y hombres que demanden este servicio elegir el método que mejor responda a sus necesidades y convicciones personales.

El Ministerio de Salud en el subprograma de Atención Integral en Salud Reproductiva, tanto en el componente de riesgo reproductivo como de planificación familiar y procreación responsable, plantea las siguientes líneas de acción para prevenir los embarazos de alto riesgo mediante el uso libre e informado de la planificación familiar por todas las parejas y personas que así lo requieran:

- Promover el uso de métodos anticonceptivos para proporcionales el método más

- adecuado según el tipo de factores de riesgo existentes.
- Permitir al usuario a tomar una decisión informada y realizar una elección adecuada sobre la planificación de su familia, que crea conveniente y más adaptado a sus necesidades.
 - Brindar toda la gama de métodos femeninos y masculinos de planificación familiar. Para la mujer, temporales (naturales, de barrera, DIU, hormonales) y permanentes. Para los hombres, temporales (Naturales, retiro, de barrera) y permanentes.

Con el objetivo de ampliar y mejorar los servicios 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.

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 estas iniciativas.

Los servicios de salud reproductiva, en especial los de planificación familiar, se ofertan a la población con distintos enfoques en los distintos niveles de atención. A nivel primario, en los centros de salud, la mayor parte de las actividades están orientadas a la prevención del daño o a la prevención en salud, con énfasis en educación y oferta de métodos anticonceptivos (gestágenos orales, preservativos y DIU); en los centros de salud con camas se oferta además la aplicación del DIU post parto y post aborto. En el segundo nivel (hospitales) se ofrece la esterilización quirúrgica.

Asimismo diferentes Organismos No Gubernamentales, promocionan un abanico de métodos anticonceptivos tanto para la mujer como para los hombres.

El MINSA para los años venideros, pretende:

- Haber mejorado la organización de los servicios de salud reproductiva que se ofertan a la población, así como la gestión de los prestadores de servicios.
- Disponer de un personal debidamente capacitado para la prestación de servicios de salud reproductiva, incluyendo consejería u orientación en planificación familiar con enfoque de género.
- Haber ampliado el abanico de oferta de métodos anticonceptivos, temporales y permanentes, haciéndolos accesibles a todas las personas que lo necesiten.
- Haber fortalecido la participación activa de la comunidad en la identificación y seguimiento de mujeres con riesgo reproductivo y alto riesgo obstétrico, así como de mujeres que necesitan servicios de atención prenatal, planificación familiar, parto institucional y atención del recién nacido y del niño.
- Haber establecido servicios de salud reproductiva para la atención integral a la adolescencia en todos los SILAIS del país.

Por su parte, el Ministerio de Educación:

- Desarrollará un Programa de Educación Sexual Integral para la Niñez y Adolescencia.
- Formará promotores de Educación Sexual Integral.
- Fortalecerá la Currícula Escolar en todos los niveles del sistema educativo.

Para esto fortalecerá los valores humanos en la niñez y adolescencia, informando a la población objetivo sobre todos los métodos de planificación familiar existentes e involucrará a promotores, padres, madres y/o tutores y organizará cursos de orientación dirigidos a la formación promotores juveniles en la educación sexual integral. Asimismo, asegurará que la capacitación al personal docente permita desarrollar habilidades de educar con objetividad y veracidad y promoverá en la población estudiantil la autoestima y autocuidado de la salud. Intentará convertir a la familia en eje potenciador para el alcance de los objetivos sobre educación sexual integral y promoverá la formación de asociaciones infantiles y juveniles para canalizar sus energías en actividades constructivas,

Las instituciones como el Ministerio de Acción Social, Instituto Nacional de Tecnología, Comisión Nacional de Promoción y Defensa de los Derechos del Niño y de la Niña, Fondo Nicaraguense de la Niñez y Familia y el Instituto Nicaraguense de la Mujer, formulan un Programa Nacional complementario para adolescentes de zonas rurales y urbanas marginales del país, atendiendo las prioridades; promoviendo la formación de facilitadores que multipliquen los conocimientos sobre educación sexual integral y que brinden servicios de consejería en salud reproductiva.

También desarrollarán proyectos dirigidos a sensibilizar a la población adolescente para integrarla en el proceso de educación sexual integral utilizando los distintos medios de comunicación utilizando puntos focales (clubes recreativos, iglesias, colegios, etc.) y promoviendo la formación y/o fortalecimiento de ellos, ligas, actividades culturales).

7. Riesgos de la Salud Reproductiva.

La magnitud de la población de mujeres y su vulnerabilidad constituyen hechos críticos; las mujeres en edad reproductiva representan el 21% de la población total y presionan sobre la demanda médica, asistencial y preventiva. Las mujeres y la niñez son los grupos más vulnerables desde el punto de vista del desarrollo socioeconómico. El medio ambiente y la nutrición son dos aspectos importantes, gran cantidad de mujeres embarazadas y no embarazadas padecen de anemia; el bajo peso al nacer se mantiene.

La situación de la mujer se ve afectada por la falta de educación y de empleo, por la desigualdad en sus relaciones matrimoniales y en sus derechos en la familia. También por la deficiencia de su nutrición durante su niñez y más tarde como madre. El acceso limitado

a los servicios de salud menoscaba su capacidad de decisión sobre su salud reproductiva.

La familia y luego la sociedad enseñan a las personas, desde la niñez, el papel que se espera que desempeñen en su vida correspondiente al sexo masculino o femenino. En nuestra sociedad los papeles son bien definidos. La situación de dependencia de la mujer respecto al hombre tiene repercusiones sobre la salud reproductiva, ya que en numerosas ocasiones la mujer no puede tomar decisiones sobre su vida sexual.

La violencia intrafamiliar afecta a numerosas mujeres, niños y niñas. Los índices de maltrato aumentan durante la etapa reproductiva de la mujer y en consecuencia su autoestima se deteriora, pierde confianza en ella misma, no toma decisiones sobre su vida y aún menos sobre su vida sexual.

El comportamiento sexual, ha tenido efectos sobre la salud de las mujeres. La fecundidad a pesar de su descenso en los últimos años sigue siendo alta (actualmente, según estudios recientes podría estar alrededor de 3.9 o aún menos), con grandes diferencias entre sectores sociales, y relacionada con un bajo nivel educativo y socioeconómico. Los embarazos no deseados resultan también de comportamientos sexuales que afectan la salud, la vida individual y social de las personas. El comportamiento sexual también ha contribuido al incremento de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA.

El comportamiento reproductivo, por la alta multiparidad, los embarazos muy frecuentes, precoces y tardíos son de riesgo y aumentan la posibilidad de morir de madres e hijos. El embarazo en la adolescencia ha alcanzado proporciones altas, con las graves consecuencias físicas, psicológicas y sociales bien conocidas en nuestro medio. La necesidad de planificación familiar que existe aún no está satisfecha aunque se dispone de varios métodos para reducir el crecimiento acelerado de la población.

Las estadísticas de salud reportan alrededor de los 10 mil casos de aborto complicados atendidos por año, cifra que equivalen aproximadamente al 8% de los nacimientos; sin embargo estimaciones indirectas llevan a pensar que la cifra total de abortos podría ser tres o cuatro veces los abortos complicados, que implicaría una tasa de 30 a 40 abortos por mil mujeres en edad fértil por año. De ser así, habría entre 19 y 26 abortos por cada 100 nacidos vivos, lo que equivale a que entre un 16% y 21% de los embarazos estarían siendo interrumpidos.

Nicaragua ha adoptado medidas explícitamente destinadas a reducir el aborto y asegurar un embarazo y parto seguro. La Constitución Política en sus Artos. 74 y 78, asegura que el Estado promueve la paternidad y maternidad responsable y otorga protección especial al proceso de reproducción humana en todas sus fases. La misma Política Nacional de Población, desde sus principios plantea que el derecho a la vida es inviolable e inherente a la persona humana, desde el momento de la 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.

En los objetivos específicos de la PNP se plantea reducir significativamente el recurso del aborto inducido mediante la educación, formación, comunicación, información veraz y completa, así como la prevención del embarazo no planificado. Las acciones que se han llevado a cabo para reducir el aborto se han dirigido particularmente a prevenir los embarazos no deseados, extendiendo y mejorando la educación sexual de los jóvenes, difundiendo los beneficios que conlleva una planificación familiar y procreación responsable e informada, ampliando la información y consejería, así como el acceso de la población a los servicios de planificación familiar.

En Nicaragua aproximadamente el 27% de los nacimientos que se registran en el país son ocasionados por el grupo de menores de 19 años. Entre los programas y mecanismos para prevenir el embarazo en la adolescencia y paliar sus consecuencias el Ministerio de Salud, cuya Dirección General de Atención Integral a la Mujer y Niñez, se convirtió en Dirección General de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia, publicó en 1996 las bases programáticas del Programa Nacional de Atención Integral a la Adolescencia y ha iniciado un proceso de sensibilización y capacitación orientado al trabajo de promoción y prevención con adolescentes.

También se inició en el Hospital de la Mujer de la capital, un Centro de Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, que ha permitido dar una atención diferenciada a la población adolescente de Managua en temas de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, atención ginecológica, así como la captación y seguimiento de un alto porcentaje de adolescentes cuyos partos han sido atendidos en el hospital.

En relación al cumplimiento de los compromisos adquiridos en el área La Niña, de la Plataforma de Acción Mundial de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, el Gobierno de Nicaragua promulgó la Política Nacional de Atención Integral a la Niñez y la Adolescencia, la cual promueve, defiende y garantiza sus derechos. También se ha aprobado en la Asamblea Nacional el Código de la Niñez y Adolescencia y está en proceso de elaboración y consulta con la sociedad civil el Código de Familia.

La sociedad civil a través de algunas ONG está contribuyendo al mejoramiento del acceso de los adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva. Algunas han iniciado un proceso de capacitación a adolescentes líderes a través de redes que trabajan capacitando otros adolescentes en temas de salud sexual y reproductiva.

8. Derechos y Salud Reproductiva.

El proceso de consulta para la formulación de la Política Nacional de Población, en la cual se consignan los derechos reproductivos, ha tenido que ver con las leyes relacionadas con el tema, debatiéndose y revisándose durante más de cuatro años los aspectos legales que obstaculizan los derechos reproductivos de la población.

En sus principios la Política Nacional de Población establece el derecho básico de todas las parejas a 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 le permitan el pleno ejercicio de ese derecho.

En los objetivos generales de la Política se plantea dotar a la población en su capacidad de decidir en cuanto a su comportamiento reproductivo y encauzar el comportamiento sexual y reproductivo al seno de la familia, a fin de disminuir la procreación irresponsable y precoz.

Para el acceso de los conocimientos y de los medios para la planificación familiar, el Ministerio de Salud, en cada puesto y centro de salud a través del subprograma de Salud Reproductiva y Planificación Familiar establece el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos y a obtener la información y los servicios adecuados con todos los diferentes métodos así como la consejería para su uso, con pleno respeto a su dignidad.

Los servicios se ofrecen de manera gratuita en todas las unidades, estando el personal de estas unidades obligado a garantizar a la persona la libre elección informada de los métodos anticonceptivos (incluidos los naturales) sus mecanismos de acción, sus formas de uso y sus posibles efectos colaterales. En Nicaragua no existen barreras de orden legal, médico o reglamentario que impidan el acceso a la información y a los servicios de planificación familiar.

Otra medida adoptada por el Gobierno es la implementación de estrategias de información, educación y comunicación (IEC) 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 mejorar la capacidad de las parejas de ejercer su derecho básico reproductivo.

Las acciones de información, educación y comunicación sobre sexualidad y salud reproductiva están encaminadas a promover actitudes participativas y prácticas de cuidado de la salud de los individuos.

Uno de los mecanismos que están haciendo posible (aunque de manera incipiente) que las parejas y las personas asuman la responsabilidad de su propia salud reproductiva, es el Programa de Municipios Saludables, que promueve la participación de la comunidad en la identificación de sus propias necesidades de salud y la definición de prioridades.

También las acciones de información, educación y comunicación realizadas tratan de lograr una participación igualitaria de hombres y mujeres en las decisiones relativas a su vida sexual y reproductiva.

En Nicaragua las personas en edad reproductiva que tienen conocimiento de los métodos anticonceptivos es alto. En 1993, el 97% de las mujeres en edad fértil (entre 15-49 años) conocían por lo menos un método anticonceptivo (gestágenos orales, DIU, inyecciones, métodos vaginales, preservativos, esterilización). El conocer por lo menos un método fue superior en las áreas urbanas (99%) que en las áreas rurales (94%); el conocimiento entre mujeres con educación secundaria o superior fué del 99% y de las mujeres sin educación formal fué del 94%.

En cuanto al conocimiento de métodos individuales; los métodos anticonceptivos ampliamente conocidos son los gestágenos orales (el 94%), la esterilización femenina (el 91%), los DIU (el 86%), los preservativos (el 85%) y las inyecciones el 79%. Todas las mujeres excepto las adolescentes tienen un conocimiento relativamente alto de los métodos anticonceptivos. El conocimiento también varió según el estado civil, una mayor proporción de mujeres casadas-unidas conoce métodos anticonceptivos en comparación con las mujeres no casadas.

En 1997, el 97.2% de las mujeres en edad fértil conocen algún método anticonceptivo, aumentando este porcentaje en las mujeres unidas al 98.3%. De todas ellas el 59.8% han usado algún método y de las mujeres unidas el 80.6%.

También en Nicaragua se están desarrollando modelos de atención integral en salud reproductiva de los adolescentes con componentes de educación y planificación familiar. El Ministerio de Salud en su Programa de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia, desarrolla un Programa de Atención Integral a la Adolescencia con un componente fundamental en Salud Reproductiva; el Ministerio de Educación y el Instituto Nacional de Tecnología desarrollan un Programa de Educación Sexual Integral para la Niñez y la Adolescencia; el Ministerio de Acción Social, el Instituto Nacional Tecnológico, la Comisión Nacional para la Promoción y Defensa de los Derechos del Niño y Niña, el Fondo Nicaraguense de la Niñez y familia y el Instituto Nicaraguense de la Mujer, desarrollan un Programa de Educación alternativa para los Adolescentes.

Asociado a esta oferta del Estado, existe una gran cantidad de ONG que también brindan a la población los servicios y acceso a la salud reproductiva.

9. Salud Reproductiva y Bienestar Familiar.

Nicaragua incorpora la dimensión familiar en las políticas públicas. La Política Social, define en cuanto a la Familia, que el Gobierno promoverá, fortalecerá y protegerá la institución familiar en todas sus dimensiones, como núcleo fundamental de la sociedad, a través de programas, planes y proyectos que promuevan el desarrollo integral de todos sus miembros, con el propósito de lograr el restablecimiento de su unidad y superación.

Protegerá la vida desde su concepción en el seno materno y priorizará la atención a la niñez en especial la que se encuentra en situación de riesgo. De igual forma el Gobierno impulsará la participación de la sociedad civil en el proceso de la unidad familiar y el restablecimiento de los valores morales de la misma.

Consciente de las desigualdades de género que restringen la participación plena de la mujer en todas las esferas de la sociedad, promoverá e impulsará programas que consideren las necesidades particulares de la mujer y le garanticen el acceso e igualdad de oportunidades en el proceso de desarrollo económico, social, cultural y político del país. Asimismo se brindará atención y protección a las madres solteras y jefas de familia, apoyando sus esfuerzos para potenciar su papel de promotoras del desarrollo.

La Política Nacional de Población reconoce también el papel de unidad básica que desempeña la familia, eje fundamental de la sociedad, por tanto promueve la consolidación de la familia y la equidad de género. Respeta todos los principios legales, culturales, morales y religiosos de su población. Las relaciones familiares descansan en el respeto, solidaridad e igualdad absoluta de derechos y responsabilidades entre el hombre y la mujer; por tanto se prestará especial atención a la temática de educación para la vida familiar desde una perspectiva integral del ser humano.

En uno de sus objetivos específicos, la PNP plantea el desarrollar en hombres y mujeres desde el comienzo de 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 responsable de formar una familia.

En sus lineamientos generales indica el promover acciones orientadas a convertir a la familia en 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.

Actualmente el Fondo Nicaraguense de la Niñez y la Familia, La Comisión Nacional de Promoción y Defensa de las Niñas y Niños, y el Ministerio de Acción Social, el Ministerio

de Educación y el Ministerio de Salud, desarrollan programas y proyectos que vinculan la salud reproductiva con el bienestar de la familia en el ámbito educativo, de salud, laboral y económico. Destacan las acciones de información, educación y comunicación orientadas a promover los valores humanos y sociales que favorezcan la integración familiar.

También el Instituto Nicaraguense de la Mujer, impulsa acciones que fomentan un comportamiento sexual y reproductivo responsable y el respeto mutuo en las relaciones de género. Conjuntamente con organizaciones no gubernamentales el INIM ha desarrollado talleres de capacitación y materiales sobre la perspectiva de género con el objeto de integrar esta perspectiva en todas las acciones que realizan y de favorecer un cambio de actitudes y patrones culturales en sus ámbitos de competencia.

En los últimos años la violencia intrafamiliar ha surgido y se ha extendido, considerándose como un problema social. Los niños y las mujeres son mencionados como los miembros de la familia que sufren maltrato físico o emocional con mayor frecuencia. En Nicaragua el debate sobre violencia intrafamiliar ha encontrado un amplio eco, varios foros de discusión y análisis han abordado esta problemática. A nivel institucional se han creado las Comisarías de la Mujer.

LIMITACIONES

Es bastante conocido que las mujeres en general soportan una mayor carga de problemas de salud prevenibles de la que experimentan los hombres debido a la marcada desigualdad que tienen respecto a éstos por su condición de género. Esta situación aunada a los altos índices de pobreza y desempleo existentes en el país y la limitación en cuanto al ejercicio de sus derechos económicos y sociales, entorpecen el cumplimiento constitucional que señala el derecho a la salud de todos los nicaraguenses.

A pesar de haberse logrado cambios, como producto de las condiciones de vida, pautas culturales y otros factores, persisten características biosociales que demuestran una problemática compleja, a lo que se suma una práctica asistencial con dificultades en la calidad de la atención en los servicios que aún no alcanza a responder en términos de eficiencia debido a una serie de limitaciones materiales y técnicas.

A pesar de los esfuerzos en la implementación del nuevo modelo de Atención Integral, y de ser el Ministerio de Salud el principal oferente de servicios de salud reproductiva en el país, el modelo ha sido escasamente puesto en práctica por las unidades de salud.

El enfoque de género no se ha logrado incorporar totalmente en los servicios. Las acciones preventivas con el fin de realizar una labor educativa y de captación oportuna de los problemas de salud reproductiva no tiene un carácter sistemático. La mayoría de

los servicios no brindan un trabajo interdisciplinario, falta el abordaje psicosocial de los problemas de salud sexual y reproductiva.

Las acciones intersectoriales no se dan en todas las unidades así como las de detección y atención de las mujeres víctimas de la violencia. Los esfuerzos realizados para desarrollar las acciones también en los hospitales no han dado los resultados deseados.

Además la oferta de servicios presenta problemas de cobertura, acceso y calidad que inciden en los niveles de efectividad para enfrentar los problemas de salud de las mujeres. La falta de medicamentos en estos servicios es uno de los factores que más afecta la calidad y reduce su eficacia. En fin, las desigualdades en la atención de salud todavía persisten.

La situación de la salud reproductiva no ha mejorado sustancialmente, los grupos más vulnerables continúan siendo las mujeres (especialmente las adolescentes) de las áreas rurales y con bajo niveles de instrucción. La situación de la mujer no escapa a una mortalidad materna y perinatal que sigue siendo un problema grave de salud pública así como la alta tasa de embarazos en la adolescencia.

Hablar de salud reproductiva en Nicaragua, en donde la pobreza es un fenómeno extendido y donde todavía prima la visión tradicional del enfoque materno-infantil con sus tabúes sobre la anticoncepción y la poca participación de los hombres en la planificación familiar, es un reto para el Gobierno y la sociedad civil.

A pesar del avance en los conocimientos de los derechos sexuales y reproductivos tanto en la esfera pública y privada como la presencia de la salud sexual en los programas de las instituciones públicas, el concepto de planificación familiar que prevalece todavía limita los objetivos de la anticoncepción a la reproducción y no toma en cuenta la dimensión de la sexualidad. La información sobre los métodos de planificación familiar de las mujeres que asisten a las unidades de salud todavía no llena las expectativas deseadas, encontrándose diferencias bien marcadas sobre todo entre los servicios de atención primaria y secundaria.

La alternativa de los sectores pobres es acudir a la oferta gubernamental de servicios de salud, los cuales enfrentan serias limitaciones de calidad y accesibilidad que reduce la eficacia para impactar en sus índices de morbilidad y mortalidad.

Persisten problemas de distribución de los recursos humanos que laboran en los servicios de salud reproductiva, específicamente de personal médico (sobre todo especialistas), que está concentrado en la macroregión del Pacífico, restringiendo el acceso a los servicios de salud de calidad a las mujeres que lo necesitan en las áreas rurales o en las unidades

de atención primaria.

Existe debilidad en el marco jurídico del sector salud ante la insuficiencia de legislación secundaria que asegure la normación, fiscalización y acceso a servicios de calidad sin discriminación de clase, edad, etnia y área geográfica. La concretización de las concepciones sobre salud sexual y reproductiva en el accionar de los servicios, coherentes con los lineamientos internacionales en este tema, es bastante incipiente enfrentando limitaciones objetivas y subjetivas.

En nuestro país continúa desconociéndose la autoridad de la mujer, desvalorizando su papel que desempeña como ama de casa, madre, reproductora de valores y continúa considerándose más importante el papel masculino.

Control de la Atención Integral a la Mujer

Actividad	1993	1995	1997
Control Prenatal	336,690	353,622	386,120
Primer Control	162,672	138,695	139,061
1o. Trimestre	60,075	56,133	60,073
2o. Trimestre	58,793	50,133	50,437
3o. Trimestre	43,804	32,429	28,551
Subsecuente	174,018	214,927	247,059
ARO (Alto Riesgo)	43,938	116,392	146,114
Control puerperal	53,257	58,202	71,555
Control de Fertilidad	372,025	456,250	523,826
Primer Control		157,962	190,746
Subsecuentes		298,288	333,080
Gestágenos Orales	258,147	299,235	320,347
DIU	53,033	80,066	73,090
Otros	60,845	89,767	139,965
Citología Vaginal	70,894	78,825	109,925

Cobertura Institucional Alcanzada Brecha

--	--	--	--

Actividad	Cobertura %	Meta 2000	Brecha
Control Embarazos Esperados	82%	95%	13%
Captación precoz Embarazadas	43%	75%	35%
Atención Partos Esperados	46%	55%	9%
Atención Nacimientos	50%	59%	9%
Atención a Puérperas	47%	50%	3%
Mujeres Edad Fértil Controladas	19% o 29%	80%	61% o 51%

Promudeh

ministerio de
promoción de la
mujer y del
desarrollo humano

PERU:

INFORME NACIONAL SOBRE LA IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE ACCION DE EL CAIRO

Lima, mayo de 1998

INTRODUCCION

La política de población y desarrollo forma parte de la política social y constituye un elemento fundamental de las estrategias de desarrollo nacional en la que está empeñando el país.

Perú participó de manera decidida en las actividades preparatorias llevadas a cabo a nivel nacional e internacional entre 1993 y 1994, que dieron como resultado la adopción del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), El Cairo 1994, el mismo que fue ratificado por Perú.

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

En esta oportunidad, como parte de las actividades regionales de preparación para el ejercicio mundial de evaluación de los avances en la ejecución del Programa de Acción aprobado por la CIPD, el gobierno peruano presenta este documento "Perú: Informe Nacional sobre la Implementación del Programa de Acción de El Cairo", que intenta exponer de manera concisa los avances en materia de población y desarrollo que se han registrado en el Perú en el período 1994-1998, así como los principales logros y dificultades encontradas en el proceso de implementación nacional del Programa de Acción.

Este documento, a partir de la descripción de los marcos normativos institucionales y programáticos de la integración de los aspectos de población en el proceso de desarrollo del país, explica los avances logrados en materia de equidad de género y empoderamiento de la mujer, analizando los progresos logrados en la superación de las inequidades sociales y de género, en la erradicación de la violencia contra la mujer y en el empoderamiento de la mujer. Finalmente, hace una reseña de los avances en la equidad social y el bienestar de la familia a través de la ejecución de políticas y programas en materia de educación, salud y derechos reproductivos. En este sentido, presenta un análisis de los progresos y dificultades registrados en la implementación del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, la reducción de la mortalidad, la ampliación y mejoramiento de los servicios de planificación familiar y, la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

El gobierno peruano confía en que el presente Informe Nacional constituirá un aporte a los trabajos del Comité Especial sobre Población y Desarrollo de la CEPAL y reitera su compromiso y plena disposición de continuar desplegando los mejores esfuerzos para asegurar que los compromisos asumidos por el país en la CIPD sean una realidad para los hombres y mujeres del Perú.

Lima, mayo de 1998.

INDICADORES RELACIONADOS CON LAS METAS DE LA CIPD AL AÑO 2000

INDICADORES	PERU Antes CIPD	PERU 1996	CIPD 2000
Tasa de Mortalidad Materna	298 X 100,000 n.v. (1990)	265 x 100,000 n.v. (1990-1996)	menor de 100 x 100,000 n.v.
Tasa de Mortalidad Infantil	64 x 1,000 n.v. (1991)	50 x 1,000 n.v.	menor 50 x 1,000 n.v.
Tasa de Mortalidad Infantil comunidades indígenas de Amazonía	112 (1993)	n.d.	menor a 50 x 1,000 n.v.
Tasa de Mortalidad de Menores de 5 años	92 x 1,000 n.v. (1991)	68 x 1,000 n.v.	menor 60 x 1,000 n.v.
Esperanza de Vida al Nacer	66.7 años (1990-1995)	68.3 años (1998)	superior a 70 años
Prevalencia de Uso de Anticonceptivos en MUEF de 15- 44 años	59% (1991)	64.2%	mayor de 55% (umbral)
Partos Atendidos por Profesionales de Salud	52.5% (1991)	56.4%	no menos de 60%
Tasa bruta de matrícula escolar de las niñas en el nivel primario	86.8 % (1993)	94.9 % (1995)	no menos del 75 % de la población
Tasa de alfabetismo femenino	81.7 % (1993)	84.4% (1995)	no menos del 50%

PERU: INFORME NACIONAL SOBRE LA IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE ACCION DE EL CAIRO

I. AVANCES EN LA INTEGRACION DE LOS ASPECTOS DE POBLACIÓN EN EL PROCESO DE DESARROLLO

A. Consideración de las variables de población en las políticas y estrategias de desarrollo del país.

1. En el período 1990-1995, en el marco de una nueva estrategia de desarrollo nacional, las cuatro áreas principales del programa gubernamental fueron la estabilización económica, la pacificación, las reformas estructurales, y el alivio a la pobreza.
2. En este período, el programa económico y las reformas estructurales, orientadas a cambiar el patrón de crecimiento y modernizar la estructura económica y las instituciones públicas, si bien no consideraron explícitamente aspectos en materia de población, reconocían su coherencia con la política de población vigente, por cuanto alcanzar objetivos de modernización, eficiencia y competitividad, suponen el logro de objetivos poblacionales, como el de promover un tamaño familiar acorde a la posibilidad de proporcionar una buena educación y salud por parte de las familias y de la sociedad, y la obtención de recursos humanos en calidad y cantidad adecuadas al desafío de la competitividad.
3. Igualmente, para consolidar los avances en la pacificación nacional se consideraron indispensables acciones en materia de población, ya que fomentar una mejor distribución de la población en el territorio favorecería el desarrollo en condiciones de seguridad. A inicios de los años 90', luego de los avances en la lucha contra el terrorismo, se consideró particularmente importante, el retorno organizado de los desplazados por la violencia subversiva.
4. En relación a la estrategia nacional de alivio a la pobreza, complementariamente a los programas de alimentación, salud, educación y generación de empleo, se consideró que las acciones en materia de población apoyaban esta estrategia ya que ofrecían oportunidades a hombres y mujeres para que asuman el control de sus vidas y la práctica de una paternidad y maternidad responsables que aseguren el logro de un tamaño familiar de acuerdo a los deseos y posibilidades de las parejas, con el consiguiente efecto de reversión de los mecanismos de

reproducción intergeneracional de la pobreza. De otro lado, estas acciones creaban oportunidades para un mayor empoderamiento de la mujer.

5. Después de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo - 1994, las medidas de combate a la pobreza asumen especial importancia en el contexto de las acciones nacionales de población y desarrollo. Desde 1995 el país empieza a realizar esfuerzos orientados a operacionalizar, a través de acciones programáticas, la vinculación y complementación entre las variables demográficas y las de desarrollo, y se percibe una fuerte convicción de que los desafíos enfrentados por el Perú, requieren de una mejor comprensión de esta interrelación. Más explícitamente, el gobierno plantea una relación directa entre los esfuerzos de planificación familiar y la reducción de la pobreza.
6. Si bien el Perú cuenta, desde 1980, con políticas de población explícitas, medidas concretas, metas específicas y una entidad gubernamental designada para formular e implementar sus objetivos, el compromiso político con la cuestión poblacional se acrecienta a partir de los gobiernos del Presidente Fujimori, sobre todo a partir del 28 de julio de 1995. En diversos foros después de esa fecha, el Presidente de la República ha ratificado la prioridad que el gobierno otorga a la planificación familiar, a la educación sexual y al mejoramiento de la situación de las mujeres, como componentes principales del desarrollo humano del país. Desde 1995, el apoyo presupuestal al sector de planificación familiar ha ido aumentando y los esfuerzos están dirigidos especialmente a las familias de bajos ingresos y menor nivel educativo, haciendo de la información y los servicios de planificación familiar un derecho de todos los peruanos.
7. Asimismo, el Presidente del Consejo de Ministros en su mensaje ante el Congreso de la República, al iniciar el nuevo periodo gubernamental, señaló que la política de población para el quinquenio 1995-2000, presenta como aspecto programático primordial, asegurar el acceso de la población a información amplia y adecuada en materia de planificación familiar. En concordancia con la Constitución, la política se sustenta en el derecho de las familias y las personas a decidir libremente acerca del número de hijos que deseen tener y, por lo tanto, está totalmente desvinculada de acciones de carácter compulsivo o coercitivo.
8. En tal sentido, el gobierno reitera que las acciones sobre esta materia son una respuesta del gobierno y la sociedad civil al derecho de las parejas a decidir, de manera libre e informada sobre el tamaño familiar, y que puedan optar por el método de planificación familiar más adecuado a su salud y a sus principios y valores. Para asegurar el ejercicio pleno de los derechos

reproductivos, se propone adicionalmente, fortalecer los mecanismos de coordinación con los diversos sectores sociales y con la comunidad misma.

9. Señala también que la política de población debe contribuir a modificar los mecanismos que favorecen la concentración excesiva de población en las grandes ciudades y a mejorar la seguridad y calidad de vida de los peruanos de menores recursos. Resulta así importante la contribución que la política de población puede hacer frente a la problemática de las poblaciones desplazadas.
10. En otro aspecto complementario, la política gubernamental hasta el año 2000 enfatiza la búsqueda de la promoción y pleno ejercicio de los derechos de la mujer, disponiéndose la formulación de proyectos que favorezcan su tratamiento con equidad e igualdad de oportunidades.
11. A fin de asegurar la sostenibilidad del desarrollo social en el mediano plazo, se ve por conveniente reforzar la articulación entre las políticas económicas y las sociales, las estrategias de combate a la pobreza y la política de población. Ello por cuanto aún no se ha logrado definir un marco conceptual y metodológico para articular los instrumentos normativos y de planificación disponibles en el ámbito de las políticas de población, con las políticas y los programas de desarrollo económico y social. Este problema se relaciona también con la insuficiente asimilación de un enfoque de equidad de género en la formulación de políticas y marcos normativos para las acciones de población.
12. Con la creación del Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano - Promudeh (Decreto Legislativo N° 866 del 29 de octubre de 1996) y la transferencia de las funciones del ex-Consejo Nacional de Población al nuevo Sector, el gobierno espera implementar de la manera más adecuada, mecanismos institucionales y programáticos que permitan integrar debidamente las cuestiones y variables de población en los diferentes procesos que acompañan al desarrollo sostenible.

B. Arreglos institucionales sobre la implementación de las políticas de población y desarrollo.

13. Entre 1980 y 1996, el Perú contaba con el Consejo Nacional de Población (Conapo) cuya efectividad estuvo restringida por su fragilidad política y técnica, la cual reflejaba en cierta medida, la relativa importancia que se estuvo dando a la integración efectiva de la dimensión poblacional en las estrategias de desarrollo. El Conapo llevó a cabo importantes acciones y contribuyó a que los temas de

población y desarrollo se mantengan en la agenda gubernamental, pero no pudo generar condiciones permanentes de coordinación con otras instancias gubernamentales para tomar decisiones o medidas de carácter intersectorial en la ejecución de las actividades programáticas de población.

14. En cambio sí logró mantener su capacidad de convocatoria amplia y plural para el proceso de formulación de programas nacionales de población. En este proceso, siempre tuvieron una participación activa instituciones de los sectores gubernamentales y no gubernamentales, así como universidades, colegios profesionales y organismos de cooperación internacional vinculados al tema. En 1996, con la transferencia de las funciones del Conapo al Promudeh, esta capacidad se ha fortalecido, como se ha observado en el proceso de formulación del Plan Nacional de Población 1998-2000.
15. En esta ocasión, el Promudeh convocó primero a una Comisión Especial que se encargó de formular una propuesta de Plan Nacional de Población, la cual fue sometida a un proceso de consulta en diferentes eventos convocados para tal fin, donde se recibieron aportes del sector público, ONGs, universidades y organismos internacionales.
16. Los programas de población incluyen los mecanismos institucionales para su ejecución, particularmente en lo que concierne a los programas específicos considerados. La responsabilidad principal recae en los Ministerios de Salud, Educación, Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano y de la Presidencia, así como en el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), pero se considera también la participación de entidades de la sociedad civil, como las ONGs y las universidades que tienen una trayectoria de trabajo en aspectos de población y desarrollo.
17. Un arreglo institucional que empezó a implementarse en 1991 fue el derivado de la regionalización del Programa Nacional de Población a través de la formación de los Consejos Regionales de Población (Corepos). Esos esfuerzos de descentralización han tenido un cierto éxito pues hasta el momento se han creado seis Corepos con el objetivo de contribuir con los Gobiernos Regionales en la formulación y ejecución de programas de población y desarrollo a ese nivel territorial.
18. Los Corepos están presididos por el Presidente del Consejo Transitorio de Administración Regional - CTAR, y conformados por los Directores Regionales de los Ministerios de Salud, Educación y del Instituto Nacional de Estadística e Informática. Además forman parte de estos Consejos, representantes de ONGs, de la universidad regional y de los colegios profesionales, así como un representante

- de los gobiernos locales. Desde 1993, los Corepos han elaborado sus respectivos diagnósticos sociodemográficos y formulado programas regionales de población. Asimismo, han logrado avances en la integración de las principales variables sociodemográficas en sus planes de desarrollo regionales de mediano y largo plazo.
19. La experiencia de estos arreglos institucionales permite afirmar que es factible conformar organismos multisectoriales e interinstitucionales con capacidad de convocatoria y liderazgo para realizar acciones de población y desarrollo, a nivel regional y local. Además de lograr que los aspectos que forman parte de la política y programa nacional de población sean tratados y difundidos de manera más amplia y con participación conjunta del sector público y privado, se ha podido observar que las acciones sectoriales en aspectos de población que puedan ejecutarse a nivel regional, se potencian significativamente cuando en su implementación participan activamente otras instituciones del sector público y, principalmente, organizaciones no gubernamentales y universidades en sus respectivas especialidades. No sólo se multiplica la capacidad del ente ejecutor sino que se logra una mayor aceptación por parte de la población beneficiaria.
 20. Los resultados de los Corepos han sido diferentes en cada región y las posibilidades de generalizar este arreglo institucional a las otras regiones dependerá también del curso que lleve el proceso de descentralización en el país. Al respecto, cabe señalar que en febrero del presente año fue promulgada una nueva Ley Marco de Descentralización.
 21. Un arreglo institucional reciente, lo constituye la creación de la Comisión Nacional de Coordinación de la Política de Planificación Familiar y Salud Reproductiva (Coordiplan), presidida por el Vice Ministro del Promudeh e integrada por los Vice Ministros de Salud y Educación y la Presidenta del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), con el fin de optimizar la calidad de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar.
 22. De acuerdo a la norma de su creación, el Coordiplan se constituye en el mecanismo institucional de coordinación a nivel nacional, de las políticas, estrategias y programas en materia de uno de los temas más importantes de población, como es la salud reproductiva y planificación familiar. Se espera que en el marco del Coordiplan se promuevan acciones concertadas con los sectores involucrados a fin de que las mujeres y hombres tengan acceso a la información y a servicios de calidad en la materia. Por tanto, el Coordiplan se plantea como objetivo el promover la calidad en la prestación de los servicios y promover acciones de investigación y sistematización de datos estadísticos que permitan formular recomendaciones a los

sectores involucrados en los planes y programas de salud reproductiva y planificación familiar.

23. También es necesario mencionar el rol institucional del Sistema Nacional de Estadística e Informática conformado por el INEI y por varias oficinas a nivel nacional, regional y municipal, incluyendo las de los Ministerios. Como resultado de su trabajo institucional, el Perú cuenta con abundante información estadística para estudiar los temas de población. En la actualidad se cuenta con resultados de los últimos Censos Nacionales de Población y Vivienda (1993) y del Censo Nacional Agropecuario (1995), también de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar - ENDES (1996), así como de la Encuesta de Hogares por muestreo que se efectúa trimestralmente, a la cual se ha incorporado un módulo que permite el seguimiento permanente de la situación de la pobreza en el país.
24. Considerando la estrategia gubernamental de focalizar intervenciones sociales en los grupos socioeconómicos más pobres y, la necesidad de integrar las variables demográficas en los programas de lucha contra la pobreza, se ha mejorado notablemente la capacidad estadística para la medición de este fenómeno, tanto en su magnitud como en sus características. Asimismo, se ha multiplicado notablemente la producción de estudios y documentos de análisis alrededor de temas y variables que, en gran medida, surgen de las recomendaciones del Programa de Acción de El Cairo. Gran parte de estos estudios han sido auspiciados por el UNFPA.
25. La propuesta de Plan Nacional de Población 1998-2000 guarda coherencia en sus objetivos y contenido, con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (CIPD). Si bien la responsabilidad en su seguimiento recae en el Promudeh, se ha dispuesto un arreglo institucional para apoyar y colaborar con el seguimiento de la implementación nacional de las recomendaciones de El Cairo. En agosto de 1997 se instaló la Mesa Tripartita de Seguimiento al Programa de Acción de la CIPD, conformada por representantes del sector gubernamental (Promudeh, Salud, Educación, Relaciones Exteriores, Secti-Ministerio de la Presidencia e Inei), de organizaciones no gubernamentales y universidades, así como de organismos internacionales como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
26. El objetivo general de la Mesa Tripartita de Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD es el de aunar iniciativas en el seguimiento de la implementación del Programa de Acción de la CIPD. En este marco, se proponen como objetivos específicos propiciar su implementación mediante el intercambio de información entre los sectores comprometidos y la identificación de prioridades y

vacios respecto a la implementación, realizar el monitoreo de su implementación a través de la identificación de indicadores y el intercambio de información y, la difusión a nivel nacional de los acuerdos y avances en la implementación del Programa de Acción.

C. Los efectos observados de la interacción entre las variables de población y desarrollo.

27. El Programa de Acción de El Cairo subraya el objetivo de mejorar la calidad de vida de toda la población mediante políticas adecuadas de población y desarrollo y programas encaminados a lograr la erradicación de la pobreza, el desarrollo sostenible y modalidades sostenibles de consumo y producción, aprovechamiento de los recursos humanos y la garantía de todos los derechos humanos.
28. Enfatiza también el objetivo de integrar plenamente los factores demográficos en: a) las estrategias de desarrollo, la planificación, la adopción de decisiones y la asignación de recursos para el desarrollo a todos los niveles y en todas las regiones, con la finalidad de satisfacer las necesidades y mejorar la calidad de vida de las generaciones presentes y futuras; b) todos los aspectos de la planificación del desarrollo, para promover la justicia social y eliminar la pobreza mediante el desarrollo sostenible.
29. En el Perú, uno de los componentes de la política de desarrollo es la estrategia de lucha contra la pobreza. En esta perspectiva, se considera que las política de población constituyen una contribución importante para alcanzar los objetivos de desarrollo del país, especialmente las relacionadas a disminuir la pobreza y mejorar la calidad de vida de todos los peruanos.
30. La política de población del país reconoce que la pobreza está asociada a desempleo, desnutrición, analfabetismo, bajo nivel social de la mujer y un acceso limitado a servicios sociales y de salud, incluidos los de salud reproductiva. Todos estos factores contribuyen a elevar los niveles de fecundidad, morbilidad y mortalidad, así como a reducir la productividad económica. Se reconoce también que la pobreza está íntimamente relacionada con la inadecuada distribución espacial de la población, el uso insostenible y la distribución no equitativa de recursos naturales como la tierra y el agua, y la creciente degradación del medio ambiente.

31. La actual estrategia de lucha contra la pobreza toma en cuenta el comportamiento demográfico diferencial e inequitativo entre los estratos socioeconómicos de la población. En el conjunto de medidas para enfrentar la pobreza, el Gobierno ha reiterado su compromiso político y priorizado el desarrollo de actividades de promoción de la mujer y de salud reproductiva y planificación familiar.
32. La política de población, a través del programa de salud reproductiva y planificación familiar prevención del embarazo juvenil, promoción de la mujer, educación de la población y educación sexual, se encuentran articulada a las estrategias de desarrollo y de lucha contra la pobreza del gobierno. Específicamente, las acciones programáticas de salud reproductiva y planificación familiar tienen como objetivo principal contribuir a reducir la pobreza y preservar el capital humano, porque a partir de ella se va a impedir pérdidas de vidas que se reflejan en las altas tasas de mortalidad, principalmente de mortalidad infantil y mortalidad materna; satisfacer el anhelo de la población más pobre y ejercer plenamente sus derechos reproductivos de tener el número de hijos que desee; lograr un mayor empoderamiento de la mujer; y, prevenir el derroche de capital humano derivado del embarazo de adolescentes, lo cual impide a los jóvenes completar su educación y los condena a recibir un nivel de ingreso muy bajo y a ser agentes de transmisión de la pobreza a la siguiente generación.
33. Por otro lado, la estrategia de lucha contra la pobreza actualmente en ejecución, comprende la puesta en marcha del Programa de Inversión Focalizada que tiene como objetivos: creación de condiciones para que la población del área rural tenga acceso a servicios básicos de calidad; crear infraestructura de comunicaciones necesaria para la integración de localidades aisladas y pobres a los mercados; brindar el apoyo que demanda la creación de oportunidades de generación de empleo e ingresos de manera sostenible a través de inversión en infraestructura económica; potenciar ciudades intermedias caracterizadas como mercados en expansión para convertirlas en eje de la actividad económica regional; potenciar la participación de la población en la ejecución de los proyectos de desarrollo; y, promover y apoyar el retorno de la población desplazada por la violencia mediante acciones integrales de desarrollo.
34. Los efectos previstos de llevar desarrollo hacia áreas rurales y en pobreza, están en que los jóvenes encuentren mayores oportunidades de desarrollo en sus lugares de origen y ello los motive a no migrar.

35. Entre 1993 y 1997, las variables de crecimiento económico, pobreza y población, han tenido, una evolución que puede considerarse como positiva. Así, el Producto Bruto Interno (PBI), creció en el país aproximadamente en un 10% entre 1994 y 1996, reflejándose también el crecimiento económico en el aumento que registró el PBI per cápita real de US\$ 684.4 en 1993 a US\$ 806.6 en 1995. La pobreza extrema, medida por el método de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), disminuyó entre 1993 y 1995 pasando de 28.4% de la población total a 17.5%.
36. Entre las variables de población, la tasa global de fecundidad (TGF), pasó de 3.43 hijos por mujer en el período 1990-1995 a 2.98 en 1996, según datos del INEI. La mortalidad infantil descendió de 64 defunciones por mil nacidos vivos menores de un año, a 50 por mil en el período 1991 a 1996. En el caso de las comunidades indígenas de la Amazonia, se estima que la tasa de mortalidad infantil era de 112 por mil en el año 1993, no disponiéndose de datos más recientes para este indicador. La esperanza de vida al nacer subió de 66.7 años en período 1990-95 a 68.3 años en 1998. Asimismo, principalmente por acciones del Programa de Apoyo al Repoblamiento y Desarrollo de Zonas de Emergencia (Par-Promudeh), entre 1995 y 1997 se ha logrado retornar a 100 mil personas a sus lugares de origen, principalmente aquellos desplazados de la sierra central y sur del país.
37. El esfuerzo multisectorial que requiere la lucha contra la pobreza exige profundizar la articulación entre las políticas económicas y sociales con las variables de población y desarrollo, y evaluar los impactos de los programas de desarrollo sobre la dinámica poblacional, así como los que inciden sobre la evolución de la pobreza y otras variables del desarrollo por acción de los programas de población.
38. Los avances en los sistemas de información y en el perfeccionamiento de instrumentos y métodos para medir y caracterizar a la pobreza, así como a las principales variables de la dinámica poblacional, permitirán superar los vacíos de información y falta de precisión en el abordaje de problemas específicos tales como mujer y salud, educación y género, calidad de vida y etnicidad. Estos avances permitirán una mayor visibilización de grupos tales como la mujer rural, indígenas, adolescentes, desplazadas y jefas de hogar, que están en el centro de la política de población.
39. Recientemente, un fenómeno natural que viene afectando no sólo a la economía peruana y a la sociedad en su conjunto sino también a la dinámica poblacional, es el fenómeno de El Niño. Los efectos de su presencia se traducen en inundaciones, deslizamientos de tierras, cambios en las corrientes marinas y lluvias que han ocasionado pérdidas de tierras agrícolas, recursos pesqueros,

viviendas, centros educativos, infraestructura vial y productiva, entre otros generando desempleo e incremento de la pobreza. A su vez, esta situación está causando en un sector de la población una migración del campo a la ciudad y de centros poblados menores a ciudades mayores, que es necesario cuantificar en su magnitud y en sus efectos, a fin de diseñar e implementar las medidas necesarias para atender a la población afectada.

D. La política de población y el plan nacional de población 1998-2000

40. En el Perú existe una política explícita de población. En julio de 1985 se promulga la Ley de Política Nacional de Población (Decreto Legislativo N° 346), la cual tanto en sus considerandos como en los artículos de su parte dispositiva, contiene una visión integral del problema poblacional, abarcando puntualmente todos los aspectos esenciales relacionados con la persona, la familia y la sociedad; educación, salud y trabajo; desarrollo; y, medio ambiente.
41. Para el período 1991-1995 se formuló el Programa Nacional de población a cargo de un Comité Técnico Multisectorial presidido por el Conapo, cuyo objetivo general fue el de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población nacional, incidiendo sobre todo en los sectores de menores ingresos. El Programa promovió el ejercicio de la libertad de las personas mediante programas y acciones relativas al crecimiento, distribución y condiciones de vida de los peruanos. Estuvo constituido por ocho programas específicos en las siguientes áreas; salud reproductiva, comunicación en población, educación en población promoción de la mujer, de la juventud, investigación e investigación, población y medio ambiente y finalmente, en descentralización de la política de población.
42. Dado el complejo carácter multisectorial del Programa, para el logro de sus objetivos se consideró como estrategia fundamental la coordinación con las diversas instituciones tanto públicas como no públicas, así como la promoción de un rol activo en las regiones que se refiere tanto al gobierno como a las instituciones regionales.
43. En 1997, el Promudeh conforma una Comisión Especial para elaborar una propuesta de Plan Nacional de Población. Esta propuesta, que fue sometida a un proceso de consultas, considera como objetivo general reducir las brechas e inequidades de la sociedad peruana, tanto las socioeconómicas como las demográficas, de género, las urbano-rurales y las existentes entre las regiones más desarrolladas y las más atrasadas.

44. En base a esta propuesta programática y en el marco de la ley de política nacional de población y la política de desarrollo del país, el Promudeh formulará el Plan Nacional de Población 1998-2000, como marco normativo de la política de población en el país, donde se establecerán los lineamientos en términos de objetivos y estrategias principales, y a partir del cual se elaborarán programas específicos.
45. El Plan Nacional de Población 1998-2000 contendrá la política de población y desarrollo para el período, en la cual quedarán establecidas las vinculaciones entre los temas y aspectos de población y la Estrategia de Lucha contra la Pobreza, así como con otras prioridades del Gobierno en materia social y de desarrollo. Asimismo, incluirá un diagnóstico actualizado de la situación demográfica del país y los objetivos y estrategias de población y desarrollo hasta el año 2000.
46. En base a este cuerpo normativo general, se formularán Planes Nacionales y Planes de Acción Específicos, instrumentos eminentemente ejecutivos, tales como el Plan de Acción Mujer y Desarrollo, los cuales plantearán metas específicas. También en este proceso, la participación de instituciones del sector público, organizaciones no gubernamentales, universidades y organismos de cooperación internacional será importante.

II. EQUIDAD DE GENERO Y EMPODERAMIENTO DE LA MUJER

A. Las políticas de desarrollo y la equidad de género.

47. El tema de la promoción de la mujer hacia la igualdad real frente al varón, ha ido variando progresivamente según las demandas de las propias mujeres y sus organizaciones representativas, así como por los avances internacionales que en materia de derechos humanos en general y de los derechos de las mujeres en particular, se han ido incorporando a nuestra legislación nacional y a la estructura del Estado Peruano.
48. El interés por la equidad de género y la consideración de políticas desde el Estado ha sido un asunto que en la última década, fue tomando mayor fuerza por parte de las más altas autoridades de Gobierno, especialmente, a partir de los preparativos nacionales para las Conferencias de El Cairo y Beijing. Fue así que el Ministerio de Justicia creó la Comisión Permanente de los Derechos de la Mujer la misma que abordó, desde el Estado, las acciones conducentes al diseño de políticas para la equidad de género.
49. Reconociendo el especial aporte de la mujer peruana en el desarrollo nacional y teniendo en cuenta las recomendaciones de El Cairo y Beijing, se crea en octubre de 1996 el Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano (Promudeh), encargado de promover el desarrollo de la mujer y la familia peruanas. La visión de este nuevo ministerio es lograr un gran cambio cultural donde la mujer y el hombre comparten las mismas oportunidades y son dueños de sus propios destinos, en un ambiente de paz, democracia y solidaridad. Sus objetivos son: promover la equidad en el acceso a la educación, a la salud y empleo para los grupos objetivo bajo su competencia; fomentar la participación de la mujer y la familia en la sociedad, así como en los programas orientados a su desarrollo y en la lucha contra la pobreza; y, formular y ejecutar políticas orientadas a prevenir, atender y promover a la infancia y la adolescencia en situación de riesgo.
50. Una muestra de la voluntad política para asumir un rol más decisivo en la promoción de los derechos de la mujer, también se hizo visible en la IV Conferencia sobre la Mujer (Beijing, 1995), en la cual el Perú participó con una representación, presidida por el Señor Presidente de la República Ing. Alberto Fujimori e integrada por parlamentarias y representantes de las organizaciones de mujeres del país. Cabe señalar que el Perú fue el único país cuya delegación estuvo presidida por el Presidente de la República.
51. El Promudeh ha iniciado el proceso de formulación del Plan Nacional de Acción Mujer y Desarrollo, contándose actualmente con una versión que

se encuentra en revisión. Los objetivos generales y a largo plazo que orientan este Plan de Acción son: el acceso equitativo de las mujeres a oportunidades para su desarrollo personal y social; y, el acceso equitativo de las mujeres a las condiciones para el ejercicio de una vida ciudadana plena. Se plantean temas prioritarios que corresponden a los principales problemas que afectan particularmente a las mujeres, y líneas de acción estratégicas que promuevan el cambio de la mujer en situación de postergación, a una de desarrollo y participación. Estos temas corresponden a problemas de educación, salud, violencia, participación económica y participación política.

B. Los avances en la superación de las inequidades de género, empoderamiento de la mujer y su rol en el desarrollo del país.

52. Entre los compromisos asumidos por el Supremo Gobierno en El Cairo y Beijing, están las siguientes acciones prioritarias: incrementar progresivamente los recursos destinados a las mujeres hasta alcanzar el 50 por ciento del gasto social asignado en el presupuesto de la República; mejorar la calidad de la educación y erradicar el analfabetismo en el Perú, particularmente entre las mujeres campesinas; erradicar situaciones discriminatorias hacia las niñas, jóvenes, adolescentes y mujeres en el sistema educativo, especialmente en áreas rurales; velar por la vigencia y cumplimiento de la legislación contra toda forma de violencia hacia la mujer; e, implementar una estrategia integral de salud reproductiva que provea información acerca de los diferentes métodos de planificación familiar
53. Si bien diversos indicadores de desarrollo presentan en general una evolución favorable a nivel nacional, es necesario reconocer que aún existen marcadas desigualdades entre hombres y mujeres en el acceso a la educación y salud, así como en ámbitos de la vida familiar, en la actividad productiva y, en los aspectos de participación política y ciudadana.
54. La situación de inequidad entre hombres y mujeres, tiene una incidencia directa en el comportamiento reproductivo de la población y, por tanto, en la dinámica demográfica y en el desarrollo de la familia y el país. A pesar de los avances logrados a partir de la CIPD, estas inequidades se mantienen y expresan en las dificultades en el acceso a la educación, en el acceso a la actividad económica y laboral, participación política y en el cuidado de la salud, principalmente.
55. En el acceso de la población a la educación formal en el Perú se han dado en los últimos años mejoras significativas. La tasa de analfabetismo total disminuyó del 18.1% en 1981 al 12.8% en 1993 y al 10.5% en 1996. El analfabetismo femenino disminuyó también del 26.1% al 18.3% durante el mismo período intercensal. Para 1996, el analfabetismo entre las mujeres se estima en 15.5% mientras que el de

los varones en 5.1%. Entre las mujeres urbanas el analfabetismo ha disminuido del 12.5% en 1981 a 9.8% en 1993 y a 8.1% en 1996; entre las rurales también ha disminuido del 55.8% al 42.9% y al 37.5%, respectivamente. Pese a ello, entre las mujeres indígenas, especialmente entre las etnias amazónicas, el analfabetismo está por encima del 45%. La brecha urbano-rural en el analfabetismo femenino ha caído ligeramente, la brecha de género en el analfabetismo urbano ha disminuido también, en cambio, la brecha de género en el analfabetismo rural ha aumentado. Cabe señalar, que actualmente está en ejecución el Programa Nacional de Alfabetización, que prevé al año 2000 reducir el analfabetismo al 4 % de la población total del país.

56. Entre la población infantil, adolescente y joven la asistencia escolar ha mejorado aunque todavía no es universal, especialmente en los niveles más avanzados de escolaridad. En los niños y niñas de 6 a 11 años de edad, la tasa de asistencia escolar a la primaria pasó de 87.3% en 1993 a 94.9 % en 1996. En el periodo se han observado progresos en la reducción de la brecha de género ya que la escolaridad en la educación primaria subió de 87.0% a 95.1% en los varones, en tanto que para las mujeres ascendió de 86.8% a 94.9%.
57. El ámbito laboral es otra de las áreas en las que aún subsiste la desigualdad y la discriminación hacia la mujer. La tasa de desempleo en el área urbana del país es de 9.1% en el caso de las mujeres y de 7.2% en el caso de los hombres, según datos de 1996. La situación de la participación de la mujer en el mercado de trabajo no sólo se reduce a menos oportunidades, sino también a una baja remuneración en comparación con el varón. Así, teniendo en cuenta la participación de la mujer y el hombre en el ingreso del hogar proveniente del trabajo, según cifras de 1995, mientras la participación masculina alcanza el 72.3% del ingreso del hogar, la participación femenina es de sólo 27.7%
58. En materia de salud, en especial de salud reproductiva, no se han registrado los avances esperados en la reducción de la mortalidad materna, ya que entre 1990 y 1996 la tasa de la mortalidad materna para el conjunto del país pasó de 298 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos a 265 por 100 mil, afectando sobre todo a las mujeres más pobres, a las que viven en áreas rurales y a las de comunidades indígenas.
59. Se ha observado también que casi uno de cuatro hogares en el país tiene una mujer al frente. Así, en 1993 existían más de un millón cien mil hogares bajo la responsabilidad de una mujer. En términos absolutos, el número de hogares cuya cabeza es una mujer ha crecido de 760 mil en 1981 a 1,1 millones para 1993: un incremento de 250 mil hogares en doce años. En términos relativos, el incremento ha sido del 22.1% de todos los hogares al 23.3%. Esta tendencia parece ir en aumento por varios factores, entre ellos un incremento de la separación y el divorcio que es iniciado generalmente por la mujer que cuenta con la educación

y medios económicos para independizarse. Por ello, en los estratos altos la proporción de jefas de hogar es mayor que entre los estratos pobres.

60. En el caso de los hogares pobres, la evidencia parcial señala que el abandono del varón por presiones económicas y el embarazo en la adolescencia son los factores predominantes en el surgimiento de hogares monoparentales. Por ello, entre los hogares pobres, aquellos encabezados por mujeres afrontan condiciones muy precarias. Así, de acuerdo al Censo de 1993, el 27.7% de las jefas de hogar son analfabetas (frente a sólo el 8.8% de los jefes de hogar); el 48% de sus hogares tienen viviendas con piso de tierra y un 34% de estos hogares dependen para su abastecimiento de agua, de ríos o acequias, pozos o camiones cisterna.
61. En cuanto a la presencia de la mujer en el proceso de consolidación de la democracia, ésta es cada día mayor. Su compromiso con el desarrollo de las organizaciones sociales y políticas y su participación activa en los poderes del Estado son hechos cotidianos que están generando, con justicia, situaciones irreversibles. En este sentido, la lucha por la conquista de los derechos ciudadanos de la mujer no se ha detenido en nuestro país.
62. En los últimos cinco años, se ha producido un interesante proceso de formulación y adopción de un número importante de leyes para dar respuesta a una serie de problemas que aún afectan a las mujeres peruanas y dotarla de instrumentos legales para promover su participación más equitativa en el desarrollo del país.
63. En tal sentido, una nueva norma que aporta en el desarrollo constitucional del derecho a la igualdad, es la Ley No. 26772 de abril de 1997, donde se establece que se entiende por discriminación, anulación o alteración de igualdad de oportunidades y al trato, el hecho de dar a las personas un trato diferenciado, desprovisto de una justificación objetiva y razonable, basado en motivos de raza, color, sexo, religión, opinión, ascendencia nacional u origen social, condición económica, política, estado civil, edad o de cualquier otra índole.
64. Otra norma en este sentido es la Ley No 26628 de junio de 1996, que amplía para las mujeres la oportunidad de acceder a las Escuelas de Oficiales y de Suboficiales de las Fuerzas Armadas, con lo que termina la exclusión femenina en un importante ámbito de desarrollo profesional y laboral.
65. La legislación laboral para la mujer ha sido fundamentalmente de carácter tuitiva; es decir, se ha orientado hacia una función protectora de la mujer, situación que, en la práctica, se tradujo en una mayor discriminación de la fuerza de trabajo femenina. A fin de superar el carácter protector de la legislación en esta materia, la Ley No 26513 de julio de 1995, dejó sin efecto el tratamiento diferenciado de la jornada laboral máxima y los descansos para hombres y mujeres. Anteriormente

- se establecía la jornada laboral semanal de 45 horas para las mujeres mayores de dieciocho años y de 48 horas en el caso de los varones. Asimismo, mediante Resolución Legislativa, en diciembre de 1996 se aprobó las denuncias de los Convenios N° 4, referido al trabajo nocturno de la mujeres, y N° 5 sobre trabajo subterráneo en toda clase de minas, suscritos en la Conferencia Internacional del Trabajo. Con ello, se supera importantes limitaciones para el trabajo de las mujeres en estas áreas.
66. Una de las últimas normas en materia de igualdad en el acceso al empleo es la ley 26772 de abril de 1997, la cual dispone que las ofertas de empleo y acceso a medios de acción educativa no contengan requisitos que constituyan discriminación, anulación o alteración de igualdad de oportunidades o de trato.
 67. En noviembre de 1996, mediante el Decreto Legislativo No 887, se aprobó la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, en la que se restituye el derecho a subsidios por maternidad y lactancia durante 90 días; los efectos de esta norma se extienden a trabajadoras independientes e informales.
 68. Asimismo, la Ley No 26644 de junio de 1996, regula el derecho al descanso pre y post natal, precisando que es derecho de la trabajadora gestante gozar de 45 días de descanso pre natal y de 45 días de descanso post natal. La regulación del derecho a las salas cuna en los centros de trabajo, se encuentra actualmente en debate en el la Comisión de la Mujer del Congreso. Queda aún pendiente la normatividad referida al derecho a las horas de lactancia.
 69. En cuanto a la participación política, en 1997 el Congreso aprobó la Ley Orgánica Electoral. Una de sus disposiciones establece - por primera vez en el Perú - que toda agrupación política al presentar su lista de postulación deberá incluir, cuando menos, un 25% de mujeres. Este dispositivo fue producto de un interesante y complejo debate iniciado en el Congreso en 1995. Igual disposición se contempla en la Ley de Elecciones Municipales.
 70. Asimismo, se han intensificado medidas tendientes a privilegiar la promoción de los derechos humanos en el país, como es la creación de la Comisión Nacional de Derechos Humanos del Ministerio del Interior, conformada por altos funcionarios del sector. En esta instancia se otorga especial prioridad a la defensa de los derechos de la mujer.
 71. Otra instancia, creada en octubre de 1996, es la Defensoría especializada en derechos de la mujer al interior de la Defensoría del Pueblo.
 72. Igualmente, y como se mencionó en párrafo anterior, también en octubre de 1996 se creó el Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano, cuya misión es informar y promover a la mujer y a la

comunidad, priorizando a las de extrema pobreza, a través de promotores y organizaciones sociales de base, a fin de alcanzar mejores condiciones de vida.

73. En cuanto al cumplimiento de los acuerdos internacionales, el Estado peruano viene cumpliendo con las disposiciones contenidas en los principales instrumentos internacionales en materia de derechos humanos. Al respecto, cabe señalar la sustentación del III Informe Periódico del Estado Peruano en relación a la aplicación en nuestro país del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, realizada en la ciudad de Ginebra, Suiza, durante el mes de julio de 1996 (primera parte) y octubre de 1996 (segunda parte), ante el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.
74. Asimismo, se ha cumplido en presentar en setiembre de 1996 el Primer Informe Complementario en referencia a la aplicación de la Convención contra la Tortura, absolviendo las observaciones y recomendaciones formuladas por el Comité contra la Tortura de las Naciones Unidas en relación al Informe Inicial del Estado Peruano, presentado en 1994.
75. A la fecha el Promudeh viene actualizando el Cuarto Informe del Perú ante la Convención Para La Eliminación De Todas Las Formas De Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), para cuyo efecto se viene coordinando con los diferentes sectores al más alto nivel.
76. Por otro lado, durante el mes de mayo de 1997 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas examinó el Informe Inicial presentado por el Perú sobre la aplicación en nuestro país del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Para tal efecto, el Consejo Nacional de los Derechos Humanos actualmente se encuentra abocado al análisis y desarrollo de la "Lista de Cuestiones" elaborada por el Comité, a fin de absolver aspectos puntuales en el campo de la educación, salud y trabajo.
77. A nivel interno, el Consejo Nacional de Derechos Humanos viene instaurando los mecanismos de coordinación con las instituciones públicas y privadas, así como con los organismos internacionales, con la finalidad de adecuar la legislación nacional a las estipulaciones contenidas en los principales instrumentos internacionales. En el campo del empleo, el Ministerio de Trabajo y Promoción Social viene ejecutando en las ciudades de Lima y Callao el Programa Femenino de Consolidación del Empleo (Profece), cuya finalidad es insertar a mujeres adultas en el mercado laboral. Uno de los Componentes de este programa consiste en promover la agrupación de las mujeres en talleres productivos o "grupos organizados de oferta laboral", y promover que las empresas contraten a estos grupos.
78. En el área de acceso a crédito por parte de las mujeres, están funcionando programas en Lima, a través de los Ministerios de Industria,

Turismo, Comercio e Integración (Mitinci) y el Ministerio de la Presidencia en los cuales se ha constatado la presencia femenina como receptora de crédito en un 30%. Es importante señalar que un importante número de organizaciones no gubernamentales y la cooperación técnica internacional han incursionado en esta línea de trabajo que beneficia a las mujeres de menores ingresos.

79. El Programa Nacional de Apoyo Alimentario (Pronaa), organismo público descentralizado del Promudeh, a partir de octubre de 1994, estableció un programa de crédito denominado Proyecto Especial "Generación de Ingresos a través de Actividades Productivas Autogestionarias". El Programa se inscribe dentro de la actividad de comedores, y su objetivo es contribuir al mejoramiento del nivel de ingresos de los grupos de mujeres, mediante el fortalecimiento de las capacidades de gestión, técnicas productivas y la dotación de créditos, en la perspectiva de retirar paulatinamente la asistencia alimentaria a medida que se fortalezca la unidad económica productiva.
80. Durante el período enero-setiembre de 1996, entre los mayores logros en la materia está el haber otorgado 125 créditos en Lima (38.70% del nivel nacional). De igual forma, se ha otorgado 158 créditos a mujeres de organizaciones de base de Lima Metropolitana, de los cuales 30 han dado origen a microempresas que funcionan como sociedades de responsabilidad limitada.
81. En el campo de los derechos humanos, el Promudeh en 1997 ha brindado capacitación en esta materia a docentes seleccionados por las Unidades de Servicios Educativos de Lima, para que posteriormente sean agentes multiplicadores que trabajen a nivel de todos los centros educativos. Igualmente, se han realizado capacitaciones dirigidas a funcionarios de los Gobiernos Locales y miembros de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional. Ello ha sido trabajado con ONGs especializadas en el tema.
82. En lo referente a la participación femenina en el sector público, ésta ha ido aumentando. En el Poder Judicial, en 1995, de un total de 24 Vocalías Supremas, una estaba a cargo de una mujer. En 1995, de 130 Vocalías Superiores a nivel Nacional, veinte correspondían a mujeres. En la Corte Superior de Lima 15 Vocalías estaban a cargo de mujeres. Cabe anotar, que en 1995, en dos de las Cortes Superiores Departamentales, a pesar de haber una sola mujer conformándola, recayó en ella la presidencia de la misma. De los organismos a los que la Constitución Política les otorga autonomía, sólo uno, el Ministerio Público, tuvo como titular a una mujer (Fiscal de la Nación), hasta los primeros días de 1997. Actualmente hay 15 Fiscales Superiores y 17 Superiores Adjuntos que son mujeres. Asimismo, cabe señalar que de 70 Instituciones Públicas Descentralizadas, 11 son jefaturadas por una mujer. Entre ellas la Superintendencia de Aduanas y el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y la Protección de la Propiedad Industrial, entidades de reciente reorganización y renovado nivel técnico,

y el Instituto Peruano de Seguridad Social. Según datos de 1997, el 30% de los cargos de decisión del Gobierno Central, corresponden a mujeres.

83. A nivel nacional existe un 9.67% de participación femenina en los cargos de dirección y decisión en medios de comunicación televisiva. En lo que se refiere a medios de prensa existe un 10.45% a nivel de Lima y 53.12 % en Provincias, de participación femenina.
84. Asimismo, se debe resaltar la importante participación de las mujeres en los espacios públicos, a través de las Organizaciones Sociales de Base como son: Comedores Populares, Club de Madres, Comités de Vaso de Leche, Promotoras de Salud, entre otras. Se calcula que existen alrededor de 12,000 Comedores Populares y 10,000 Comités de Vaso de Leche, en todo el país. La participación de las mujeres en estas organizaciones se ha convertido en el mecanismo de salida de las mujeres de sectores populares del ámbito doméstico al ámbito público de participación ciudadana. Actualmente el apoyo estatal a estas agrupaciones se realiza a través del Promudeh, encargándose a la Oficina Nacional de Cooperación Popular la misión de promover la creación de organizaciones sociales de base para impulsar el desarrollo de los sectores menos favorecidos. Asimismo, a través del Banco de Materiales, ha implementado una línea de crédito para la construcción y equipamiento de comedores populares.
85. A fin de hacer frente a la problemática que enfrentan las madres de familia que no pueden ir trabajar o estudiar por no tener quien cuide a sus hijas e hijos, el Promudeh viene ampliando la creación de Wawa Wasis (Hogares de cuidado comunitario). Actualmente existen 4,900 Wawa Wasis que atienden a cerca de 27 mil niños, de los cuales 50% son mujeres. Cabe señalar que 1,700 de las madres cuidadores y 7,000 madres usuarias son jefas de hogar. Asimismo, el Promudeh, con el apoyo del UNFPA, viene impulsando la incorporación de componentes de información, educación y comunicación en salud reproductiva y planificación familiar, dirigido a las trabajadoras y usuarias de estos servicios.
86. A partir de la CIPD, muchas ONGs y universidades han considerado en sus líneas de acción el enfoque de género. En la mayoría de los casos, participan complementando acciones del Estado, brindando servicios de asesoría, capacitación, apoyo a la organización y desarrollo institucional, así como estudios e investigaciones para la formulación y ejecución de programas y proyectos. Igualmente algunas universidades han desarrollado investigaciones y realizado acciones de capacitación en género. Una de ellas es la Red Nacional de Promoción de la Mujer, que ha orientado su trabajo a la elaboración de propuestas de políticas públicas dirigidas a contribuir a la equidad entre hombre y mujeres. En tal sentido, ha sido una de la ONGs convocadas por el Gobierno Peruano para participar en la formulación del Plan de Acción Mujer y

Desarrollo. Actualmente, mantiene convenios con diferentes instituciones del Gobierno en materia de capacitación y advocacy. En el campo universitario, la Pontificia Universidad Católica del Perú desarrolla el curso de especialización, Diploma en Género, y mantiene convenios con universidades del interior del país para capacitar a docentes universitarios en esta materia. Elabora también, materiales de difusión y realiza investigaciones sobre género.

C. Los avances en la erradicación de la violencia contra la mujer y la violencia intrafamiliar.

87. Por mucho tiempo, la violencia familiar ha sido considerada como un problema de índole privado. El maltrato del hombre hacia su mujer y el de los padres hacia sus hijos eran hechos en los que nadie debía intervenir. En tal sentido, la evidencia estadística no se ha registrado debidamente, lo cual no ha sido un obstáculo para que diversas organizaciones de mujeres y de derechos humanos hayan pugnado para que esta dimensión de la salud pública y seguridad ciudadana deba reconocerse y prevenirse.
88. A partir de los años 80, la violencia familiar empezó a ser vista como un problema social, pese a que el número de denuncias era aún escaso para entender el maltrato como una práctica sociocultural. Gracias a la sensibilización lograda en torno al tema, en 1988 se crea la primera Comisaría de Mujeres y en diciembre de 1993, mediante Ley No 26260 se promulga la Ley de Violencia Familiar, que constituye un hito en la reivindicación en los derechos de la mujer, ya que reconoce la violencia familiar como fenómeno social y trata de brindar herramientas para su reivindicación. Luego de algunos años de aplicación, se aprobó , en junio de 1997, el Texto Unico Ordenado de la Ley 26260 y en febrero del presente año, se aprobó también su reglamento, con el propósito de determinar de manera más adecuada las facultades y funciones de los operadores de justicia que intervienen en el proceso, como son la Policía, el Poder Judicial y el Ministerio Público.
89. A partir de la CIPD, esta problemática ha recibido mayor atención por parte del sector legislativo . En marzo de 1996 se aprueba la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar todas las formas de Violencia contra la Mujer, por Resolución Legislativa No 26583 de marzo de 1996, según la cual la violencia contra la mujer incluye la violencia física, psicológica y sexual que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica, o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual.
90. La ley ampara a los miembros de la familia –en general - víctimas del agresor, y en particular a los hijos menores de edad. Entre los méritos de esta norma está el determinar que el maltrato puede ser físico como

psicológico; este último era prácticamente imposible de denunciar hasta ese momento.

91. Las denuncias registradas por maltrato psicológico han aumentado en un 12% entre 1995 y 1996. Las denuncias por violencia doméstica en las Comisarias de Lima constituían en 1995 tan sólo el 1.6% del total de denuncias, en tanto que en 1996 estas son el 13.8% del total de denuncias registradas. Esto significa unas 4,383 mujeres maltratadas en Lima que han optado por denunciar este abuso físico. La violencia contra la mujer no es exclusiva de los sectores marginales, la mayoría de las denuncias por violencia son de mujeres que tienen compañeros con educación secundaria. Asimismo, son las mujeres de 26 a 35 años, las que parecen ser las víctimas más frecuentes de estos maltratos.
92. A partir de la promulgación de esta ley se ha extendido a nivel nacional las Delegaciones Policiales, atendidas por la policía femenina. Actualmente existen delegaciones en ocho ciudades del país y Secciones Especializadas al interior de otras Delegaciones Policiales en cinco ciudades más.
93. En el Código Penal de 1991, existían algunas normas que eran discriminatorias, como el artículo 178 que otorgaba al violador y a los coautores la posibilidad de ser eximidos de la pena correspondiente si uno de ellos se casaba con la víctima. Esta norma ha sido derogada recientemente, mediante Ley No 26770 de abril de 1997. Asimismo, se han modificado otros artículos de esta misma norma, por los cuales se considera como agravante para sancionar los delitos y faltas contra la vida, el cuerpo y la salud, a la relación conyugal, de convivencia y otros vínculos familiares (Ley No 26788 de mayo de 1997).
94. El sistema jurídico sólo sanciona bajo el título de delitos contra la libertad y como ofensas contra el pudor, a quien distribuye objetos de carácter obsceno a menores de edad; sin embargo, no contempla la producción, distribución y consumo de pornografía que pueda perjudicar a menores de edad a través de su utilización.
95. En lo que respecta a programas de prevención de la violencia, es política del Estado la atención gratuita en los establecimientos médicos, de casos de violencia solicitados por la Policía, Ministerio Público o Poder Judicial. Los Certificados expedidos por los Establecimientos de Salud del Estado tienen pleno valor probatorio en los juicios por violencia familiar y son expedidos de manera gratuita, ampliando de esta manera la cobertura del servicio para la atención de víctimas de violencia, que antes se encontraba restringido a ser realizado en las pocas oficinas médico-legistas existentes.
96. Un instrumento muy importante en la defensa de los actos atentatorios contra los niños y adolescentes, incluyendo la violencia intrafamiliar, son las Defensorías del Niño y el Adolescente. Estas instancias son organizadas por los municipios, colegios, parroquias, ONGs y

organizaciones de base. Le compete al Promudeh formular las normas, así como la coordinación, supervisión, evaluación y difusión de estos servicios, que también contemplan la posibilidad de intervenir en los casos de violencia familiar, convocando a audiencias de conciliación. Es importante señalar que la Ley Orgánica de Municipalidades ha sido modificada a través de la Ley No. 26875, a fin de que consideren dentro de su ámbito de responsabilidad a las Defensorías Municipales del Menor y el Adolescente (Demunas).

97. Existen a nivel nacional 843 Defensorías, de las cuales 301 corresponden a Lima y 542 al resto del país. El número de casos atendidos a nivel nacional durante 1997 han sido 68,091 entre los que se encuentran asuntos relacionados con alimentos, maltrato infantil, filiación e indocumentación, tenencia y visitas y violencia familiar. Las Defensorías Escolares a nivel de Lima Metropolitana tuvieron 4,976 casos atendidos.
98. Una experiencia interesante de prevención del maltrato de niños y adolescentes, es el Proyecto MAMIS, Modulo de Atención al Maltrato Infantil, ejecutado por el Ministerio de Salud con el auspicio del UNICEF. En él se brinda atención integral a niños y adolescentes (0-18 años) víctimas de maltrato. Asimismo, se realizan acciones de sensibilización respecto al maltrato infantil, se apoya a una red interinstitucional con organismos de la comunidad que trabajan en la protección de niños y adolescentes y se prevé obtener un registro único de casos de maltrato infantil a nivel nacional. Actualmente existen 5 módulos de servicios en hospitales de Lima y 32 Centro Referenciales a nivel nacional.
99. En la línea de capacitación para atender y prevenir la violencia intrafamiliar, el Promudeh capacitó de octubre a diciembre de 1997, a 300 efectivos policiales de Lima y Callao. Se dictaron cursos, de 240 horas académicas, lo que se continuará el presente año a nivel nacional. Este programa tuvo como propósito especializar el trabajo de la policía para mejorar la calidad del servicio que se brinda en las comisarías a fin de que se imparta de manera eficiente y eficaz.
100. Asimismo, en el Promudeh se ha dado inicio a la capacitación y formación de Promotores de Desarrollo Humano en el marco de los convenios realizados con diversas instituciones de la sociedad civil como universidades y Ongs, con la finalidad de que los mismos realicen un trabajo multiplicador contribuyendo en la atención de las víctimas de violencia que acuden a las comisarías que reporten un alto índice de violencia y que se encuentran en las zonas de extrema pobreza. Asimismo, dichos promotores contribuirán en la formación de los grupos locales de mujeres de organizaciones de base, focalizadas en los distritos de extrema pobreza.
101. El Promudeh tiene previsto la formación de redes sociales a nivel de Distritos, con la finalidad de prevenir y atender la violencia contra las

mujeres, actividad establecida en el marco de políticas de prevención para contrarrestar esta problemática. Asimismo, a partir de marzo de 1997, el Promudeh brinda el servicio de línea telefónica de emergencia "Ayuda Amiga" para la atención de casos de violencia familiar en Lima. A través de esta línea, se proporciona: soporte emocional, orientación de emergencia, derivación de casos y coordinación interinstitucional. Además, se cuenta con un Directorio de entidades especializadas en servicios legales, psicológicos y de salud especializados, entre otros.

102. De otro lado, el Ministerio de Educación, a través del Programa de Prevención de la Violencia Estudiantil, ha llevado a cabo un diagnóstico sobre violencia en los centros educativos, el cual da cuenta de niveles de violencia elevados entre alumnos y de profesores con los alumnos. Sobre lo último, un 25% de docentes continúan aplicando castigos físicos a los alumnos y un 45% los maltrata verbalmente. En tal sentido, se ha previsto llevar a cabo acciones de prevención integral orientadas a establecer una comunicación constructiva, para lo cual desarrolla capacitación sobre la prevención de la violencia estudiantil, formación psicosocial en 42 centros educativos y sensibilización de la comunidad educativa de dichos centros. Asimismo, coordina con representantes de la localidad (Serenazgo, Policía Nacional, Municipios). Se ha previsto también realizar acciones con el auspicio de la Oficina Panamericana de la Salud para desarrollar jornadas de capacitación dirigidas a Directores, Sub Directores y Promotores del Programa.

D. Los efectos de la educación sobre la equidad de género y empoderamiento de la mujer.

103. Uno de los objetivos más importantes de la política educativa es que las mujeres tengan mayor accesibilidad a los servicios y mayor participación en la vida pública. La meta del gobierno es lograr que esa participación adquiera características cualitativas distintas. Por tanto, se trata de lograr que los factores condicionantes de la situación de la mujer se consideren en las políticas públicas, de manera que el aporte del Estado y la sociedad en su conjunto logren superar su postergación y se revierta los valores y prejuicios culturales que aún condicionan los roles de hombres y mujeres en función de su sexo, roles que marginan a la mujer de la vida pública o limitan su participación.
104. El Ministerio de Educación contribuye a fomentar, entre otros, la práctica y habilidades sociales que mejoren la comunicación, el respeto, la equidad de género, y a promover la revalorización de la mujer para su realización personal, familiar y social, así como la prevención de situaciones de riesgo a partir de la identificación del maltrato y la violencia intrafamiliar.

105. En este sentido el Ministerio de Educación ejecuta el Proyecto de Plan Institucional, que en coordinación con el Promudeh pretende diseñar una política educativa para la mujer.
106. Por otro lado, se están llevando a cabo acciones dirigidas a la promoción de la situación y posición de la mujer. Desde 1994 se han realizado acciones de alfabetización, en especial de las mujeres, mediante la conformación de una Red de 16,265 promotores alfabetizadores; también se llevó a cabo el Programa de Alfabetización Bilingüe Intercultural en dos departamentos del país, atendiendo a 5,000 mujeres campesinas. Asimismo, se realizaron acciones de capacitación para los promotores alfabetizadores sobre temas básicos sobre la atención a madres gestantes; se realizó una investigación sobre el aprendizaje más significativo de mujeres en los últimos 10 años; y, se impulsó la capacitación de mujeres iletradas en actividades productivas.
107. Con el fin de reforzar las acciones de alfabetización, y considerando que el 72% de la población iletrada es femenina, a partir de la creación del Promudeh, el Programa de Alfabetización pasó a ser de responsabilidad de este Ministerio. En un primer momento (1997) se tuvo a cargo las actividades de alfabetización en el departamento de Lima, y actualmente la Dirección Nacional depende directamente del Despacho Ministerial. Esta es una línea estratégica del Ministerio que en 1997 atendió a cerca de 500 mil participantes, de los cuales el 90% fueron mujeres. La meta trazada para el año 2000 es reducir la tasa de analfabetismo al 4%. Durante los próximos años, con apoyo del UNFPA, se espera capacitar a un total de 29,000 promotores alfabetizadores en temas de salud sexual y reproductiva a nivel nacional.
108. En el marco del Programa "Educación Básica para Todos" del Ministerio de Educación, se ejecutó el Proyecto de "Desarrollo y Fortalecimiento Socio Económico de la Mujer Indígena y Campesina Iletrada", desarrollando una propuesta educativa de promoción de la mujer campesina, respetando las características culturales y lingüísticas de las poblaciones de diez departamentos del país. A fin de reforzar la continuación del proyecto, se elaboraron 10 diseños curriculares entre lo que consideró contenidos de género, paternidad y maternidad responsable, igualdad de oportunidades, democracia, salud, educación y trabajo.

E. Adolescencia, educación sexual y equidad de género

109. A partir de la CIPD hay más conciencia que en el pasado sobre los adolescentes y jóvenes como grupo con características especiales y necesidades particulares cuyos problemas no deben ser examinados de manera aislada, sino en el contexto de la sociedad en la que viven. La adolescencia representa un período crítico de desarrollo biológico y psicológico, en el que se inicia la capacidad reproductiva del individuo,

que muchos jóvenes ejercen. En este periodo además se definen aspectos centrales relacionados con la identidad y se empieza a esbozar un proyecto de vida, por ejemplo, la elección de una carrera o el inicio de la vida laboral.

110. Actualmente se estima en cerca de 5 millones la población de 15 a 24 años, esto es, el 20.6% de la población nacional. Las tres cuartas partes habitan en zonas urbanas y casi un tercio se concentra en Lima Metropolitana. Para el año 2000 el número de adolescentes y jóvenes del país se habrá incrementado en 240 mil, llegando a 5.2 millones. Si las tasas de fecundidad por edad registradas en 1996, se mantienen constantes en los próximos tres años, hacia fines de siglo habrá 325 mil madres entre 15 y 24 años.
111. En lo que respecta a salud y mortalidad, la ENDES 1996 indica que la tasa estimada de mortalidad materna en adolescentes de 15 a 19 años, es de 362 muertes por 100,000 nv, la cual supera en 36% a la tasa promedio anual de 265 por 100,000 nv. De acuerdo con las estadísticas del Ministerio de Salud la primera causa de muerte en adolescentes (10-19) son los accidentes, la segunda, afecciones del aparato respiratorio y la tercera, complicaciones del embarazo, parto y puerperio.
112. En cuanto a acceso al mercado de trabajo, la revisión de las cifras de desempleo y subempleo por edad muestran que a 1997 el grupo poblacional más afectado por ambos fenómenos es el de los jóvenes entre 14 y 24 años. La tasa de desempleo de los jóvenes casi duplica a la nacional (13.7%) y la de subempleo es significativamente superior (46.5%).
113. El desempleo y subempleo afectan de manera particularmente seria a los jóvenes pertenecientes a hogares en situación de pobreza. De acuerdo a los datos provenientes de las Encuestas de Hogares en Lima Metropolitana (INEI, 1996), los jóvenes de hogares ubicados en el cuartil inferior de ingresos presentan una tasa de desempleo de 22.2%, frente al 8.2% de aquellos ubicados en el cuartil superior. En relación al subempleo, aquellos del cuartil inferior tienen una tasa de 57.9%, mucho mayor al 38.9% de los del cuartil superior.
114. Frente a esta situación, el Gobierno Peruano, a través del Ministerio de Trabajo y Promoción Social (MTPS), puso en marcha en 1996, el Programa de Capacitación Laboral Juvenil (*PROJoven*), mediante el cual se proporciona capacitación y experiencia laboral en ocupaciones semicalificadas a jóvenes en situación de pobreza y pobreza extrema. Su objetivo fundamental es: facilitar el acceso de los jóvenes de escasos recursos al mercado de trabajo, a través de un proceso conjunto de capacitación (en ocupaciones específicas de semicalificación) y experiencia laboral, que responda a los requerimientos del sector productivo.
115. La población objetivo de *PROJoven* son los jóvenes de 16 a 25 años de edad, de ambos sexos, en situación de desempleo o subempleo, que

pertenecen a hogares en pobreza y pobreza extrema y tienen como máximo nivel educativo la secundaria. No existe un nivel mínimo de educación para acceder a los beneficios del Programa, pudiendo - incluso- participar en él jóvenes sin ningún nivel educativo.

116. Actualmente, las autoridades del Ministerio de Trabajo y la Dirección de la Unidad Coordinadora de *PROJoven*, con apoyo del UNFPA están considerando la incorporación de un componente de salud sexual y reproductiva para los cerca de 30,000 adolescentes y jóvenes en situación de pobreza y extrema pobreza que participarán en *PROJoven* en los próximos 3 años.
117. A partir de 1995, el Ministerio de Educación reasumió las acciones emprendidas entre los años 1985-1990, para reinsertar en el resto del sistema educativo los contenidos de educación en población, con énfasis en educación familiar y sexual, elaborándose una propuesta de contenidos para los niveles de Educación Primaria y Secundaria de menores y adultos, así como en la Formación Magisterial, todas éstas, apoyadas por el UNFPA.
118. En esta perspectiva, ha elaborado el Programa de Educación Sexual cuyas líneas de acción son: educación sexual a través del currículo; capacitación a docentes; elaboración de material educativo en Educación Sexual; campañas de Educación Sexual en los medios de comunicación; investigación en Educación Sexual; y, coordinación interinstitucional.
119. Para el logro de este objetivo, se elaboraron Guías de Educación Familiar y Sexual para maestros y escolares. La estrategia del programa fue subcontratar múltiples ONGs en todo el país para que utilizando las guías elaboradas capacitaran a los maestros. De esta manera, durante 1996, se capacitaron casi simultáneamente un total de 2,410 profesores de educación primaria y 12,300 de educación secundaria. Las metas para el año 2000 son capacitar al 50% del total de docentes primarios del quinto y sexto grado (50,354 profesores) y a 30,650 profesores de secundaria.
120. Entre los principales logros del Programa de Educación Sexual se encuentran: 16,439 docentes capacitados; incorporación de 7,914 centros educativos al Programa; diseño y elaboración de la Guía de Educación Familiar y Sexual para: Docentes de Educación Primaria (5º y 6º grados), Docentes de Educación Secundaria de menores (1º al 5º grados), Docentes de Educación Primaria de Adultos, para Padres a aplicarse en la Escuela de Padres, y Docentes de Formación Magisterial. Asimismo, se ha publicado el texto: Temas sobre Educación en Población y se ha elaborado material para la enseñanza en aula y diseñado una Campaña de Educación en los medios de comunicación. El programa tiene previsto un sistema de monitoreo y evaluación.

121. Cuatro instancias dentro del Ministerio de Salud realizan acciones dirigidas a la población adolescente: el Programa de Salud del Escolar y Adolescente, el Programa Materno Perinatal, y el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA y el Programa de Planificación Familiar.
122. El Programa de Salud del Escolar y Adolescente, se creó en 1990 con la finalidad de atender los aspectos de educación y promoción de la salud del grupo de jóvenes comprendidos entre los 9 a 19 años. Este Programa elaboró un Plan Nacional para la Atención Integral del Escolar y Adolescente 1997-2001, cuyos objetivos están dirigidos a contribuir a disminuir los causales más frecuentes de morbi-mortalidad en este grupo (accidentes, infecciones y embarazos no deseados). El Plan define la educación como la estrategia fundamental para el logro de sus objetivos y la ejecución descentralizada de actividades por las instancias correspondientes del Ministerio de Salud (regiones y subregiones). El Plan incluye actividades incluyen la capacitación del personal de Salud, de profesores (mediante convenio con el Ministerio de Educación) y de padres de familia (escuelas de padres), y formación de líderes promotores juveniles. También se propone el establecimiento de servicios comunitarios de orientación y asistencia a jóvenes y el desarrollo de un sistema de detección precoz de menores en riesgo para su referencia y rehabilitación.
123. El Plan Nacional para la Atención Integral del Escolar y Adolescente se ha extendido significativamente desde su inicio y gran número de padres de familia y profesores han sido capacitados en las escuelas de padres y en centros educativos, respectivamente, enfatizando los aspectos de detección y referencia de casos que requieran atención profesional.
124. Por su parte, el Promudeh viene realizando acciones para sensibilizar y promover la participación directa de las y los jóvenes en las decisiones que los involucren directamente. Una de estas acciones es la campaña Por una Juventud Sana y Segura, cuya primera acción ha sido la elaboración de material de difusión para promover que la sexualidad se ejercite de manera segura y responsable, la cual recibió apoyo del UNFPA.
125. En la misma línea, el Promudeh, ha organizado una Red de Líderes Adolescentes para la prevención del consumo de drogas, la cual actualmente está compuesta por 602 promotores adolescentes. En el presente año se tiene programado organizar redes similares en las ciudades de Cajamarca, Piura, Tacna, Ica e Iquitos.
126. En el plano normativo, mediante Ley No. 26941 en abril de 1998 se modificó el Código de los Niños y Adolescentes para asegurar que todo niño y adolescente tenga derecho a que se respete su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. No podrá ser sometido a torturas ni a trato cruel o degradante. Se consideran formas esclavizantes el trabajo forzado y la explotación económica, así como la

prostitución, la trata, la venta y el tráfico de niños y adolescentes. Asimismo, establece el derecho que les asiste a recibir educación y a que ésta sea gratuita para quienes tienen limitaciones económicas. Ningún niño o adolescente puede ser discriminado en un centro educativo por causa del estado civil de sus padres. Igualmente, establece que la niña o adolescente, embarazada o madre, no debe ser impedida de iniciar o proseguir sus estudios, lo cual debe ser garantizado por la autoridad educativa del plantel.

127. El niño y adolescente tienen derecho a ser respetados por sus educadores y a cuestionar sus criterios valorativos. El respeto incluye no cometer actos de acoso, de abuso o de violencia sexuales por parte de los educadores hacia sus educandos. Asimismo, prevé atención integral mediante programas preventivos y de protección por parte del Estado para aquellos niños y adolescentes víctimas de maltrato físico o mental.
128. La niña constituye una preocupación fundamental en el país. A nivel internacional, el Perú ha ratificado dos Convenciones sumamente importantes como son la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. En ambas Convenciones se señala la necesidad de eliminar las diferencias entre los sexos y en el marco de los principios de la igualdad de derechos, promover la equidad entre los mismos. El eje de la confluencia de las dos convenciones está puesto en la Niña.
129. El Plan Nacional de Acción por la Infancia 1996-2000, incluye acciones y estrategias específicas orientadas a dotar de igualdad de oportunidades para las niñas, las mismas que deberán ser incorporadas en los programas sectoriales.
130. En el Perú existen una gran cantidad de instituciones privadas y ONGs trabajando con y para adolescentes en las áreas de educación, y salud sexual y reproductiva. El Instituto Peruano de Paternidad Responsable (Inppares), organización afiliada a la IPPF, opera en el país desde hace 20 años con una oficina principal en Lima y con filiales en varias ciudades capitales del interior. Las actividades que realiza con adolescentes incluyen aspectos de recreación y de educación, orientación y servicios en salud sexual y reproductiva. En este campo elabora material didáctico y educativo. En 1996, el Inppares brindó 34,000 consultas en Lima y 20,000 en provincias. Asimismo, el Centro de Estudios para el Desarrollo Regional (Ceder), con apoyo técnico y financiero del UNFPA, realiza actividades, en el departamento de Arequipa, dedicadas a adolescentes a través de preparación de materiales educativos, capacitación de maestros y capacitación en educación sexual y reproductiva para escolares.

III. AVANCES EN LA EQUIDAD SOCIAL Y BIENESTAR DE LA FAMILIA: EDUCACION, SALUD Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

A. La política de salud reproductiva en el Perú

131. Desde 1995 y en concordancia con los principios del Programa de Acción de la CIPD, la política de salud considera a la salud reproductiva como la condición de completo bienestar, mental y social que los hombres y las mujeres requieren para desarrollar con seguridad las funciones del proceso de reproducción, durante todos los períodos de la vida. El ejercicio individual del potencial reproductivo en forma responsable, segura, libre y satisfactoria contribuye a una mejor calidad de vida, ayuda a alcanzar la equidad en el desarrollo social y contribuye al equilibrio de la sociedad con su medio ambiente. Así concebida la salud reproductiva, constituye un derecho humano y social fundamental.
132. La atención de la salud reproductiva de las personas incluye diversas acciones. En la niñez, cuidar los contenidos de educación sexual y prevenir la violencia y el abuso sexual; en la adolescencia, promover el ejercicio de una sexualidad responsable y segura; en la adultez, ayudar a las personas a planificar su familia y asegurar la oportunidad de tener un hijo sano; y, finalmente, cuidar de hombres y mujeres después de concluido su período reproductivo. Implica también, la preservación de una buena salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones interpersonales. Es decir, que los individuos y familias sean capaces de tener una vida sexual segura, satisfactoria y responsable, libres del temor de contraer o contagiar enfermedades de transmisión sexual.
133. Dentro de la salud reproductiva, la planificación familiar es una acción que asegura a hombres y mujeres la capacidad y libertad de decidir en forma responsable el número de hijos que desean tener, así como cuándo y con qué frecuencia tenerlos (paternidad y maternidad responsables). La planificación familiar incluye el derecho de las personas a ser informadas y a elegir libremente entre todos los métodos anticonceptivos. La planificación familiar incluye también prestar ayuda necesaria en los casos de infertilidad de las parejas y reconoce que el aborto es un problema de salud pública que afecta a toda la sociedad y en especial a las mujeres.
134. En agosto de 1995, el Gobierno revisó la Ley de Políticas de Población y mediante Decreto Legislativo N° 346 incluyó la anticoncepción quirúrgica voluntaria como un método más dentro de la gama de métodos anticonceptivos. En ese mismo mes, el Ministerio de Salud mediante una resolución ministerial establece la

provisión de servicios de planificación familiar y de IEC en forma gratuita en todos los establecimientos de salud del sector.

135. En octubre de 1997, el gobierno creó la Comisión Nacional de Políticas de Planificación Familiar y Salud Reproductiva (Coordiplan), a fin de evaluar, coordinar, realizar el seguimiento y promover la difusión de las acciones que se llevan a cabo en materia de planificación familiar y de salud reproductiva, así como de promover acciones de capacitación para mejorar la eficiencia de las políticas y programas en esta materia.
136. La nueva política de salud establece un marco normativo donde la priorización de acciones va orientada a los sectores más pobres y vulnerables de la población, proponiendo dentro de sus principios: el acceso universal y priorización de los pobres, la modernización y reestructuración del sector Salud, la atención a los problemas prioritarios y, la promoción de condiciones y estilos de vida saludables.
137. Dentro de la modernización del sector Salud se pone énfasis en los aspectos gerenciales y en el mejoramiento de la capacidad del recurso de salud, mientras que para conseguir la reestructuración enfatiza promover la mayor eficacia y eficiencia de los servicios de salud, el aumento de la cobertura y calidad de los servicios y la organización de redes pluralistas de servicios.
138. A partir de 1995 el compromiso político y el apoyo presupuestal a los sectores se acrecentó significativamente. En diversos foros (Taller de Parlamentarios Latinoamericanos 1995; IV Conferencia Mundial sobre la Mujer - Beijing 1995; Quinta Cumbre de Bariloche, 1995, entre otros) el Presidente de la República ratificó la prioridad que el Gobierno otorga a la planificación familiar, a la educación sexual y al mejoramiento de la situación de la mujer, como una de las estrategias para combatir la pobreza y la extrema pobreza en el Perú, señalando la necesidad de democratizar la información y el acceso a servicios de planificación familiar, con la finalidad que todos los peruanos estén en capacidad de ejercer su derecho a una decisión libre e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.
139. El presupuesto público destinado a salud disminuyó constantemente hasta el año 1992. A partir de 1993 comenzó a incrementarse progresivamente. Adicionalmente, desde 1994 el Gobierno logró importantes préstamos y donaciones de organismos internacionales, para mejorar la cobertura y calidad de los servicios que se brindan a través de la red de establecimientos de salud.
140. La prioridad dada por el Gobierno a la planificación familiar, se ha traducido a partir de 1995, en un aporte significativo del Tesoro Público, para la implementación de este Programa. En 1996, este

aporte fue de S/. 24,000,000 (US\$ 10,000,000), con lo que por primera vez en la historia del Perú, la mayor fuente de financiamiento de las actividades de planificación familiar fue el Tesoro Público. En 1997, el aporte del Tesoro Público para este Programa fue de S/. 36,000,000 (US\$ 13,688,200) y para 1998 superará los S/. 40,000,000 (US\$ 15,200,000). Adicionalmente, el Tesoro Público para 1998, también aportará S/. 18,500,000 (US\$ 6,700,000) para el programa de salud materno-perinatal, y 2,000,000 (US\$ 714,000) para el programa de salud del escolar y adolescente. Igualmente, el aporte para el Programa de Prevención ETS y SIDA, contará con alrededor de S/. 12,500,000 (US\$ 4,500,000).

141. Por su parte, el Promudeh viene trabajando en la realización de actividades de IEC que buscan generar una demanda informada por los servicios de salud sexual y reproductiva.

B. El Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000.

142. En febrero de 1996 se aprueba el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000 cuyo marco conceptual alude a las consideraciones de salud reproductiva asumidas en el Programa de Acción de la CIPD. Se considera un instrumento de política que contiene los objetivos, las metas, actividades y estrategias gubernamentales en salud reproductiva y planificación familiar. La misión del programa es "mejorar el estado de la salud reproductiva de los hombres y las mujeres en todas las etapas de su vida, mediante la provisión de servicios de promoción, tratamiento y rehabilitación de la mejor calidad posible; que lleguen sin restricciones a todos los habitantes del Perú y que respondan a las verdaderas necesidades de la población".
143. El objetivo general es contribuir a mejorar el estado actual de la salud reproductiva como acción fundamental para impulsar el desarrollo humano de la población, que permita a los individuos alcanzar el máximo de sus potencialidades y el mejor uso de sus capacidades, mejorando la esperanza y calidad de vida de los hombres y mujeres por igual.
144. En el Programa se establece metas generales al año 2000 tales como: disminuir la Tasa de Mortalidad Materna a un nivel no mayor de 100 por 100.000 nacidos vivos; alcanzar una prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos y seguros necesaria para asegurar una Tasa Global de Fecundidad de 2,5 hijos por mujer; y, reducir en 50% la Tasa de Mortalidad Perinatal; en relación a la registrada en 1995.

145. Asimismo, establece metas de servicios como: lograr una cobertura de uso de métodos anticonceptivos no menor al 50% de las mujeres en edad fértil, al 70% de las mujeres en uniones estables y al 60% del total de mujeres adolescentes unidas; alcanzar una cobertura de control prenatal del 75% del total de las probables gestantes (67% actualmente); lograr que por lo menos el 75% de los partos sean atendidos por un profesional de salud (56% actualmente); mejorar el diagnóstico de cáncer cérvicouterino en el 30% de las mujeres en edad fértil; obtener una cobertura de diagnóstico de ETS en el 60% de mujeres en edad fértil, adolescentes y recién nacidos en riesgo; y, apoyar los programas educativos para lograr que el 100% de los escolares reciba información sobre los principios básicos de la educación sexual, al término de su educación secundaria. Las metas de reducción de la mortalidad materna, de reducción de la mortalidad perinatal y de prevalencia de métodos anticonceptivos, concuerdan con las meta establecidas en la CIPD, mientras que la meta nacional de atención de partos por un profesional de salud, es mayor a la propuesta en la Conferencia.
146. El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar se propone desarrollar e implementar un Plan de Emergencia para la Reducción de la Mortalidad Materna, que representa una respuesta a la elevada mortalidad materna y perinatal que constituyen una emergencia de salud pública y, está destinado a reducir al máximo las muertes debidas a la demora o la ausencia de atención de las complicaciones y/o urgencias obstétricas y perinatales, así como a disminuir el retraso en la búsqueda de atención y en la identificación y acceso a los servicios de salud. Asimismo, enfrentar el problema de reducir las muertes debidas a las complicaciones del aborto inducido ilegalmente, y condicionado por embarazos no deseados.
147. Este Plan de Emergencia se plantea como objetivos específicos: incrementar la cobertura, calidad y calidez de la atención materna y perinatal; desarrollar una cultura en pro de la salud materna a través de información y educación; desarrollar redes comunitarias para la atención de un parto limpio y seguro; y, desarrollar sistemas locales autosostenibles de cuidado materno-perinatal.
148. El sector Salud está implementando otros programas que se integran funcionalmente a las actividades del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000. Entre ellos están el Programa de Salud Materna y Perinatal, el Programa de Salud Integral del Escolar y Adolescente, el Programa de Control del Cáncer de Cuello Uterino, el Programa de Mujer y Desarrollo y, el de Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA.
149. Respecto al control del SIDA, en 1996 se promulgó la ley que establece las bases para la elaboración de un Plan Nacional de Lucha Contra el SIDA (CONTRASIDA) y en su contenido se establecen algunos derechos de los portadores del VIH-SIDA.

Según esta ley, las pruebas de diagnóstico son voluntarias y se realizan previa consejería, con excepción de los donantes de sangre y órganos y todos aquellos casos exigidos por ley. Toda persona con el VIH-SIDA tiene derecho a atención médica integral y a la prestación previsional de beneficios que el caso requiera. El Estado debe brindar dichos servicios a través de las instituciones de salud que los administren o estén a cargo de los mismos, o en los cuales tenga participación directa o indirecta.

150. El Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual, denominado CONTRASIDA, tiene como objetivos: a) coordinar y facilitar la implementación de las estrategias nacionales de control del VIH-SIDA y las ETS; b) promover la cooperación técnica y económica nacional y extranjera destinada a la prevención, el control y la asistencia de dichas enfermedades; y c) proponer los cambios legislativos que faciliten y garanticen el adecuado desarrollo de la lucha contra los mismos en el país.
151. En 1996, se aprobó un instrumento normativo destinado a uniformizar los principios y criterios de operación de las instituciones de salud, respecto a las actividades relacionadas con la prevención y el control de las ETS y el VIH-SIDA en el ámbito técnico y administrativo, denominado "Doctrina, normas y procedimientos para el control de las ETS y SIDA en el Perú", la cual es de aplicación en todos los establecimientos de salud del territorio nacional.

C. Integración del programa de salud reproductiva con las políticas intersectoriales para la equidad social.

152. Como se había indicado anteriormente, una de las principales políticas del Gobierno orientadas a promover la equidad social constituye la Estrategia Focalizada de Lucha contra la Pobreza Extrema a ser ejecutada en el periodo 1996-2000. Esta estrategia hace una clara alusión a factores demográficos, en particular, la alta fecundidad, como un factor que contribuye, entre otros, a que ocurra una mayor incidencia de pobreza entre determinados grupos poblacionales con elevado número de hijos. Al caracterizar a una familia en pobreza extrema, la estrategia también menciona, además del elevado número de hijos, la falta de un control prenatal y, poco conocimiento y acceso a la planificación familiar. En consideración a esta causalidad, para focalizar su población objetivo, la Estrategia considera la dimensión demográfica de la pobreza y, una de sus líneas de acción, la de apoyo asistencial, incluye programas de salud reproductiva y planificación familiar, con énfasis en la población adolescente y familias numerosas en situación de pobreza extrema.

153. El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, al considerar el entorno socioeconómico en el cual se iba a implementar, enfatiza el diferencial de fecundidad y de uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres pobres y no pobres.
154. La Estrategia Focalizada de lucha contra la Pobreza Extrema 1996-2000, al caracterizar a una familia en pobreza extrema, menciona el elevado número de hijos, la falta de un control pre-natal y, poco conocimiento y acceso a la planificación familiar. La focalización de la población objetivo considera la dimensión demográfica de la pobreza y, una de sus líneas de acción, la de apoyo asistencial, incluye programas de salud reproductiva y planificación familiar, con énfasis en la población adolescente y familias numerosas en situación de pobreza extrema.
155. En concordancia con la estrategia contra la pobreza, los grupos prioritarios considerados por el Ministerio de Salud lo constituyen las mujeres y recién nacidos más pobres, que viven en áreas rurales y los que pertenecen a grupos étnicos y culturales. Otro grupo importante son los hombres y mujeres, especialmente de los sectores menos favorecidos, que no tienen acceso aún a la posibilidad de acceder al derecho a decidir libremente cuántos hijos tener y cuándo tenerlos. Estos sectores de la población siguen empleando métodos inseguros, abandonan los métodos o presentan fallas evitables debido a información inadecuada, mitos, rumores o falsas creencias.
156. La dimensión sociocultural recibe aún una atención limitada en el programa nacional, aunque se han tomado algunas medidas para su incorporación, tales como la priorización de criterios étnicos y de pobreza en el componente materno-perinatal y la consideración de aspectos culturales para la mejoría de la calidad de atención. En la atención de los servicios de salud reproductiva se superponen jerarquías de género y socioculturales, lo cual constituye un problema múltiple, que afecta tanto los aspectos educativos como propiamente médicos de la relación entre proveedores y usuarias. El Programa tiende a focalizar su preocupación por los aspectos socioculturales en el componente de IEC y de manera integral a través de todas sus acciones.
157. El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar considera como una de sus estrategias principales, la descentralización y autosostenibilidad de los servicios. En tal sentido, propone fortalecer la capacidad de gestión de los niveles locales para articular y aprovechar todos los recursos disponibles, bajo la premisa de responsabilidad compartida. La acción descentralizada deberá responder a las necesidades de los usuarios, y la articulación local se construirá alrededor del establecimiento del Ministerio de Salud que asuma el liderazgo técnico y la responsabilidad de primer nivel de referencia.

158. En esta visión descentralizada del Programa, se asume que el desarrollo de las acciones será progresivo y de acuerdo con las características locales y el tipo de intervención realizada. Si bien las unidades de intervención son locales, la unidad de planificación y evaluación del desarrollo progresivo será departamental, mientras que el inicio y la velocidad de implementación será concertada de acuerdo a las prioridades nacionales.
159. Teniendo en cuenta la Ley Marco de la Descentralización, recientemente promulgada, se están reorganizando los mecanismos de descentralización del Programa considerando entes departamentales, propendiéndose a que éstos elaboren sus propios programas operativos, de tal manera que a nivel central se definan aspectos normativos, así como tareas de supervisión y monitoreo. Con la nueva estrategia del Programa, estas instancias descentralizadas tienen independencia para planificar sus propias actividades.
160. Existen diversas experiencias de participación de ONGs y universidades en apoyo al Programa de Salud Reproductiva, que se vienen implementando principalmente desde mediados de los 90. Así se tiene el Programa Apropo, Apoyo a Programas de Población, el cual entre 1994 y 1995 tuvo a su cargo la realización de las campañas nacionales de comunicación en población, las mismas que contaron con el auspicio de los Ministerios de Salud y Educación y el financiamiento del AID. La campaña del primer año estuvo dirigida a mujeres entre los 22 a 35 años con disposición de usar algún método anticonceptivo, la segunda incluyó en el público objetivo a las parejas; y, la última incorporó además los temas de salud pre y post natal.
161. La Universidad Peruana Cayetano Heredia viene desarrollando diversas actividades de capacitación, investigación y difusión en el campo de la salud reproductiva a través del Instituto de Estudios en Población (IEPO) y el Programa de Salud Reproductiva, los cuales desde 1994 han puesto énfasis en cursos regulares de post grado y especialización entre los que cabe resaltar el Programa de Estudios en Salud Adolescente con mención en Salud Reproductiva, Género, Sexualidad y Población, y los cursos de actualización de metodología anticonceptiva dirigido a personal de salud. Los temas de las investigaciones realizadas se refieren a los patrones reproductivos y morbilidad infantil; culturas, conductas y riesgos sexuales entre jóvenes; aspectos sociales de la salud reproductiva contemplados en los planes de estudios de las ciencias de la salud; factores socioculturales que influyen en la decisión de las parejas para el uso de métodos anticonceptivos y evaluaciones de intervenciones educativas de prevención en salud sexual y reproductiva de jóvenes y adolescentes. Asimismo, se ha convocado

a varios concursos para investigación y se vienen llevando a cabo veinte investigaciones sobre salud reproductiva.

162. En esta misma línea, la Pontificia Universidad Católica del Perú viene desarrollando investigaciones sobre mortalidad materna en seis regiones del país y en convenio con el Ministerio de Salud realiza capacitación en investigación operativa dirigida a personal de salud.
163. Dentro de la nueva estrategia del Programa de Salud Reproductiva, se encuentra la línea para un acercamiento más directo con las ONGs y la comunidad. Así, el programa tiene previsto fortalecer las Mesas de Salud Reproductiva que existen en el país, las cuales están conformadas por colegios profesionales de la salud, además del sector Educación y las universidades locales. Se tiene previsto también, incrementar los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), en los que los representantes de la comunidad intervienen mediante convenios con el Comité Local de Salud, para tomar decisiones principalmente sobre cobertura de los servicios y, compartir los costos a través de ingresos propios que se recaudan generalmente por la ampliación de los horarios de atención.
164. En la presente etapa de ejecución, el Programa busca promover y fortalecer la participación de las ONGs, principalmente, en aspectos de estudios, capacitación y consejería, así como la participación comunitaria. Con apoyo de AID, se están ejecutando los proyectos: Salud 2000, que incluye aspectos de capacitación con ONGs, el Proyecto de Apoyo a Salud Reproductiva (PASARE), que actúa en varias regiones del país en el área de capacitación y evaluación, y el proyecto Cobertura de Calidad, recientemente reactivado y que se ejecuta por el Ministerio y subcontratos a ONGs y universidades, buscando también la participación comunitaria, en especial, en planificación familiar. Este último proyecto es de cobertura nacional y ha comenzado con un diagnóstico integral de los servicios, continuándose con capacitación a médicos, obstétricas y enfermeras del Sector y a reforzar los aspectos críticos detectados en cada centro.
165. En la línea de capacitación, el Ministerio de Salud ejecutará, con la asesoría de CARE Perú, un programa de actualización en planificación familiar en varios departamentos del país.
166. La participación interinstitucional se potenciará con el reforzamiento que el Programa otorgará a los aspectos de consejería. En base a los resultados de un segundo taller de consejería con todos los coordinadores del Programa a nivel nacional, se tiene previsto realizar un estudio de satisfacción de usuarios de los servicios de planificación familiar, con el apoyo de UNFPA. Asimismo, se iniciará un proceso de certificación de calidad en coordinación con el IPSS y la participación del Colegio Médico, verificándose que los

establecimientos y los médicos que realizan AQV reúnan las condiciones técnicas requeridas.

D. Los avances en el logro de metas de salud reproductiva y planificación familiar y reducción de la mortalidad.

167. Entre las metas más importantes que recomienda el Programa de Acción de El Cairo está la de reducir al año 2000 las tasas de mortalidad de lactantes y niños menores de 5 años en un tercio, o bien a 50 y 70 por 1000 nacidos vivos, respectivamente, si estas cifras son menores. Asimismo, reducir la mortalidad materna a la mitad de los niveles en 1990 para el año 2000 y, los países intermedios de mortalidad materna, bajar al año 2005 las tasas por debajo de 100 por 100 mil nacidos vivos.
168. En el país, entre 1991-92 y 1996 las tasas de mortalidad infantil y de la niñez, han disminuído significativamente. Mientras que en 1991-92 la tasa de mortalidad infantil alcanzaba un nivel de 64 por mil nacidos vivos, en 1996 se redujo a 50 por mil. Considerando el área de residencia de la población, el descenso más importante se registra en las zonas rurales (de 90 a 71 por mil), mayor que la observada en el área urbana del país (de 48 pasó a 35 por mil). Igualmente, la mortalidad en la niñez en el mismo período descendió de 92 a 68 por mil a nivel nacional.
169. Como ocurre con otros indicadores demográficos, las brechas por área son menores. Así, en 1996, la mortalidad infantil en el área urbana es menos de la mitad que en el área rural. Del mismo modo, respecto a Lima Metropolitana, donde 23 niños de cada mil nacidos vivos mueren antes de cumplir el primer año, la probabilidad que un niño muera es cinco veces mayor en Huancavelica (109 por mil) y tres veces más elevada en Puno, Cusco, Apurímac, Ayacucho y Pasco. En general, exceptuando Tacna, Lambayeque, Ica, Madre de Dios, Ancash y La Libertad, los niños de los otros departamentos tienen un riesgo de mortalidad 2 veces mayor que los de Lima. Es necesario mencionar que, teniendo en cuenta la educación de las madres como un factor importante que explica los diferentes niveles de mortalidad infantil, en el Perú, los hijos de mujeres sin educación presentan un riesgo de mortalidad infantil (79 por mil), tres veces mayor que los hijos de madres con educación superior (26 por mil).
170. En lo que se refiere a mortalidad materna, para el mismo período de referencia no se ha observado avances. Así, en 1991-92, a nivel nacional la tasa de mortalidad materna fue de 261 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos, mientras que en 1996 la ENDES registró una tasa de 265 por 100 mil. Esto quiere decir que, en la actualidad, cada año alrededor de 1,800 mujeres fallecen

como consecuencia de complicaciones del embarazo, parto y del puerperio.

171. El Ministerio de Salud está implementando el Programa de Salud Materna y Perinatal, el cual está contribuyendo a mejorar la cobertura del control prenatal, la atención institucional del parto y la atención del puerperio. Si bien los adelantos en la atención materna han sido importantes, los esfuerzos por mejorar la atención perinatal aún son insuficientes.
172. En lo que respecta a los avances en materia de planificación familiar, según la ENDES 1996, el conocimiento de alguna forma de regulación de la fecundidad es prácticamente universal. En nuestro país, el 97% de las mujeres y 98% de los varones, ha oído hablar o dice conocer algún método anticonceptivo, siendo igualmente elevado el conocimiento de métodos anticonceptivos modernos, el cual es relativamente mayor entre los varones. Cabe resaltar que tanto mujeres como varones tienen un mayor conocimiento de los métodos anticonceptivos cuanto mayor es su nivel educativo y su exposición a la vida urbana.
173. Sin embargo, el elevado conocimiento de métodos anticonceptivos, no se refleja en el uso de los mismos. El 61% de mujeres y el 77% de varones han usado alguna vez algún método anticonceptivo.
174. La prevalencia actual de uso de métodos anticonceptivos es del 64% en mujeres unidas. De ellas, el 64% usa métodos modernos y el 36% métodos tradicionales o folklóricos. Este uso de métodos poco efectivos tan alto, refleja un problema de calidad en los servicios e información que es prioritario mejorar. Además de la abstinencia periódica, los métodos más usados son el DIU, la esterilización femenina y los inyectables hormonales.
175. Con frecuencia la mujer abandona el método anticonceptivo que está usando por diversas razones, como son la falla del método o la presencia de efectos secundarios, que muchas veces no le fueron adecuadamente informados. Para todos los métodos, el 45% de las usuarias los deja luego de 12 meses de uso. El 23% de las usuarias de ritmo abandona el método durante el primer año de uso porque quedó embarazada. De otro lado, el 28% de las usuarias de píldora y el 30% de las usuarias de inyectable deja el método durante el primer año por causa de efectos colaterales, reales o supuestos. En otros casos, el abandono de métodos, especialmente los de barrera, está relacionado con el desabastecimiento a nivel de los proveedores de servicios. Una mejora en la calidad de los servicios de planificación familiar redundaría en una reducción de las tasas de discontinuidad en el uso de métodos anticonceptivos y un aumento de la efectividad

y eficiencia del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.

E. Los avances en la ampliación y mejoramiento de los servicios de planificación familiar.

176. El Gobierno ha dado un fuerte apoyo político y financiero a las actividades de planificación familiar. Estas se consideran un elemento fundamental de la estrategia nacional de lucha contra la pobreza debido a que proporcionan oportunidades para que las familias asuman la responsabilidad y el control sobre sus vidas. La planificación familiar es considerada también un elemento clave en el empoderamiento de la mujer, lo que significa un paso importante en la superación de la pobreza. Esto ha determinado que en los últimos años las tasas de cobertura de planificación familiar se hayan extendido de manera significativa. Sin embargo, todavía se mantienen brechas al considerar aspectos sociales, niveles educativos y lugares de residencia de la población.
177. Entre 1992 y 1996 la tasa de prevalencia del uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres unidas en edad fértil, muestra un incremento que va del 59 al 64.2 %. El mayor incremento se registró en las mujeres del área rural, quienes aumentaron su tasas de prevalencia del 41.1 al 51.2 % mientras que las mujeres del sector urbano lo hicieron de 66.1 a 70.2 %.
178. En estos años se nota una tendencia de las mujeres peruanas a hacer un uso mayor de métodos anticonceptivos modernos. En 1992, apenas un 32.8 % de las mujeres unidas usaba este tipo de métodos, habiendo subido ese porcentaje a 41.3 % en 1996. Dentro de ellos, el método que mayor incremento ha tenido es el inyectable, que ha pasado de 1.9 a 8 % en el periodo mencionado.
179. A pesar de los avances logrados en términos de cobertura de los servicios de planificación familiar, según la Encuesta de Demografía y Salud de 1996, existe un 12.1 % de mujeres en unión que tiene necesidad insatisfecha de planificación familiar. De ese porcentaje, el 8.6 % se relaciona con la necesidad de limitar el tamaño de su familia y el 3.5 % tiene que ver con la necesidad de espaciar sus nacimientos.
180. Una evidencia mucho más clara de la falta de acceso a servicios e información de planificación familiar especialmente de mujeres y hombres de las zonas urbanas y periurbanas, con niveles educativos bajos, se refleja en la marcada diferencia entre la fecundidad observada y la fecundidad deseada. Las parejas con educación superior tienen una fecundidad de 2.1 hijos por mujer,

ligeramente más alta que la fecundidad deseada de 2 hijos por mujer.

181. De otro lado, en las parejas compuestas por mujeres analfabetas la fecundidad observada es de 6.9 hijos por mujer y su fecundidad deseada es de apenas 3.1 hijos, lo cual muestra la existencia de una gran inequidad en el acceso efectivo a servicios de planificación familiar para lograr los ideales de fecundidad, lo cual afecta negativamente a los hogares más pobres del país y hace que las condiciones de pobreza tiendan a mantenerse de una generación a otra en lo que se ha dado en llamar la transferencia intergeneracional de la pobreza motivada por la permanencia de un círculo vicioso de falta de información, opciones, alta fecundidad y pobreza extrema.
182. El caso de las poblaciones indígenas es más preocupante ya que las diferencias entre la fecundidad observada y la deseada llega a ser de entre 4 y 5 hijos por mujer. Frente a esta situación de inequidad social, el Ministerio de Salud y sectores de la sociedad civil promueven acciones para mejorar la cobertura de servicios y de información en materia de salud reproductiva, especialmente los de planificación familiar. Estas acciones se han enmarcado en el objetivo nacional de facilitar a hombres y mujeres del país, información y servicios de planificación familiar para que alcancen la fecundidad deseada de manera sana, segura y responsable, todo esto dentro de un marco de respeto irrestricto a sus decisiones en relación al número y espaciamiento de sus hijos.
183. Justamente para asegurar una mayor gama de opciones en materia de planificación familiar, en 1995 se modificó la Ley de Política Nacional de Población que introdujo la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) como un método de planificación a ser ofrecido por el sector público. Esta medida ponía en igualdad de acceso a la gran cantidad de usuarias de los servicios de salud del Estado, ofrecidos por el Ministerio de Salud y el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), con relación a las usuarias de los servicios privados, quienes siempre habían tenido la opción de la esterilización como un método de planificación familiar.
184. Dada la significativa demanda represada por la falta de servicios de esterilización quirúrgica en los establecimientos del Estado, a partir de 1996 se presenta un gran incremento en el número de intervenciones de esterilización femenina y, en mucho menor medida, la masculina. En 1996 se realizan 37,000 intervenciones y en 1997 alcanzan a 120,100. Ante una demanda tan alta y la rápida expansión de la oferta para responder a la misma, se experimentaron ciertas debilidades y críticas al programa.
185. En un afán de superar esas debilidades y alcanzar mejores niveles de calidad de los servicios de salud reproductiva y asegurar la

vigencia de los principios fundamentales de acceso libre e informado de usuarias/os de métodos de planificación familiar, en marzo de 1998, el Ministerio de Salud introdujo modificaciones en el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar y en las normas y procedimientos de esterilización quirúrgica voluntaria.

186. Las modificaciones al programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar marcan un avance fundamental para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, cambios que han sido impulsados por la preocupación existente a nivel gubernamental y de la sociedad civil por promover los derechos reproductivos y brindar servicios de calidad en el marco de la Política Nacional de Población y en seguimiento a las recomendaciones del Programa de Acción de El Cairo.
187. Recogiendo las experiencias y sugerencias que aportaron ONGs y la sociedad civil, a fin de corregir fallas y mejorar la implementación del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, el Ministerio de Salud ha adoptado las siguientes medidas: (i) mayor atención a las acciones de información y consejería sobre metodología anticonceptiva, que deben recibir como derecho todos los usuarios, a fin de decidir libremente el método a seguir; (ii) modificación de los objetivos de cobertura de métodos anticonceptivos establecidos en el Programa, centrándolos en cobertura de la demanda insatisfecha y en evitar el embarazo no deseado entre adolescentes en unión; (iii) normar la actividad de consejería mediante la elaboración de un Manual de Normas y Procedimientos para las Actividades de Consejería en PF; (iv) revisar el Manual de Normas y Procedimientos de AQV para asegurar que los usuarios tomen conciencia de la importancia de su decisión de optar por un método quirúrgico; (v) introducir dos sesiones de consejería para usuarios de AQV, la primera sobre la gama de métodos anticonceptivos de planificación familiar, incluyendo métodos naturales y la segunda sobre aspectos específicos de las intervenciones de AQV, tales como explicaciones sobre el tipo de intervención, ventajas, desventajas, potencial de riesgo y su carácter irreversible; (vi) aumentar el plazo a un periodo no menor a 72 horas entre la firma del consentimiento y la intervención misma; (vii) disponer que toda persona reciba al momento de la consejería un folleto explicativo sobre las características de la esterilización y sus riesgos; (viii) adoptar un mecanismo de certificación tanto del establecimiento como del personal médico para asegurar que existan las condiciones de infraestructura como técnicas adecuadas y seguras para realizar las esterilizaciones; y, (ix) adopción de medidas de ejecución obligatoria para el mejor seguimiento postoperatorio de las/los pacientes.
188. En este sentido, las modificaciones introducidas dan adecuada respuesta a las críticas y denuncias realizadas por organizaciones

de mujeres y directamente por parte de usuarias/os de la esterilización que han sido canalizadas a través de la Defensoría Especializada en los Derechos de la Mujer de la Defensoría del Pueblo, las cuales se han referido a la necesidad de asegurar en el Programa de Salud Reproductiva: (i) la libre elección de métodos de planificación familiar; (ii) un igual acceso a todos los métodos de planificación familiar evitando privilegiar el uso de métodos definitivos sobre los demás; (iii) el uso de metas solamente con propósitos programáticos; (iv) un adecuado seguimiento de pacientes que han usado la esterilización y cuidado de las complicaciones posteriores.

F. Los avances en el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

189. Los adolescentes son un grupo poblacional importante que requiere un tratamiento especial, debido a que los problemas de este grupo no sólo existen a nivel individual sino que son el reflejo de problemas más complejos del medio donde se desarrollan. Los problemas de los adolescentes son múltiples y generalmente están interrelacionados, incluyendo aspectos educativos, de empleo, pobreza y habitación, además de problemas relacionados con su fecundidad y comportamiento reproductivo.
190. Según la ENDES 1996, la tasa estimada de mortalidad materna en adolescentes de 15 a 19 años, es de 362 muertes por 100,000 nv, la cual supera en 36% a la tasa promedio anual de 265 por 100,000 nv. De acuerdo con las estadísticas del Ministerio de Salud, la primera causa de muerte en adolescentes (10-19) son los accidentes, la segunda son las afecciones del aparato respiratorio y la tercera, complicaciones del embarazo, parto y puerperio.
191. Según la misma fuente, la morbilidad de los adolescentes sigue patrones similares a los de su mortalidad (accidentes, infecciones de la piel, parasitosis y mala nutrición). No obstante, la morbilidad hospitalaria muestra que las principales causas de hospitalización en adolescentes la constituyen, en primer lugar, las causas obstétricas directas (atención del parto), seguidas por las complicaciones relacionadas al aborto, accidentes y violencia. Si se excluye el parto, el aborto estaría ocupando el primer lugar como causa de morbilidad hospitalaria en el grupo de adolescentes. Se estima que aproximadamente 10% de las hospitalizaciones por complicaciones de aborto corresponden a mujeres menores de 20 años.

192. En el Perú se han realizado diversos estudios los que, a pesar de las diferencias obtenidas en sus resultados, dan valiosa información sobre las tendencias de la fecundidad adolescente y sus condicionantes.
193. No obstante que la fecundidad global está descendiendo, en el caso de la fecundidad de las adolescentes, continúa siendo elevada y muestra un patrón de descenso muy lento. De acuerdo con los resultados de la ENDES 1996, la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años, contrariamente a lo observado en el resto de mujeres, habría aumentado ligeramente en los últimos cinco años. De igual manera, su peso en la estructura de la fecundidad por grupos quinquenales, se habría incrementado en 14% con relación a los resultados obtenidos en la ENDES 1991-1992.
194. Esta misma fuente reportó una tasa específica de fecundidad de mujeres de 15 a 19 años de 75 nacimientos por 1,000 mujeres (139 en el área rural y 55 en el área urbana). También señaló que el 13.4% de las adolescentes de este grupo son madres o están gestando por primera vez (10.9% son madres y 2.5% son primigestas). Estos valores son más elevados en el área rural (25.5%) y en la selva (31.1%), así como entre las adolescentes sin instrucción (55.5%) y en aquellas con educación primaria (30.6%).
195. Los estudios realizados a partir de los resultados del Censo de Población 1993 muestran que el embarazo precoz se presenta con mayor frecuencia entre adolescentes analfabetas, huérfanas y migrantes así como entre las residentes en vivienda sin servicios básicos (luz, agua y desagüe) y en hogares no nucleares, con jefes de hogar que no trabajan. Estas relaciones muestran la gran interacción existente entre fecundidad temprana y factores sociales, económicos y culturales adversos como el analfabetismo, la pobreza y el abandono.
196. Los embarazos a temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente, no son intencionados y se dan en parejas que no han iniciado vida en común o tienen lugar en situaciones de unión consensual. El embarazo en estas circunstancias, generalmente termina en el abandono de la mujer y del hijo, configurando el problema de la "madre soltera", o se recurre al aborto clandestino practicado por empíricos en condiciones sanitarias inadecuadas.
197. Según la ENDES 1996, la proporción de mujeres de 15 a 19 años que manifestaron haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años (4.6%) fue más elevada que la observada en la ENDES

1991-1992 (3.6%), lo que parecería estar indicando que hay una tendencia creciente al inicio más temprano de las relaciones sexuales. De igual manera, entre 1992 y 1996, la proporción de solteras de 15 a 19 años, ha disminuído de 89% a 87.5%, lo cual estaría mostrando una tendencia al inicio más temprano de la primera unión conyugal. Esta apreciación debe tomarse con cautela debido a que los resultados de la ENDES 1991-1992, requieren estandarizarse para ser comparables con su homóloga del año 1996.

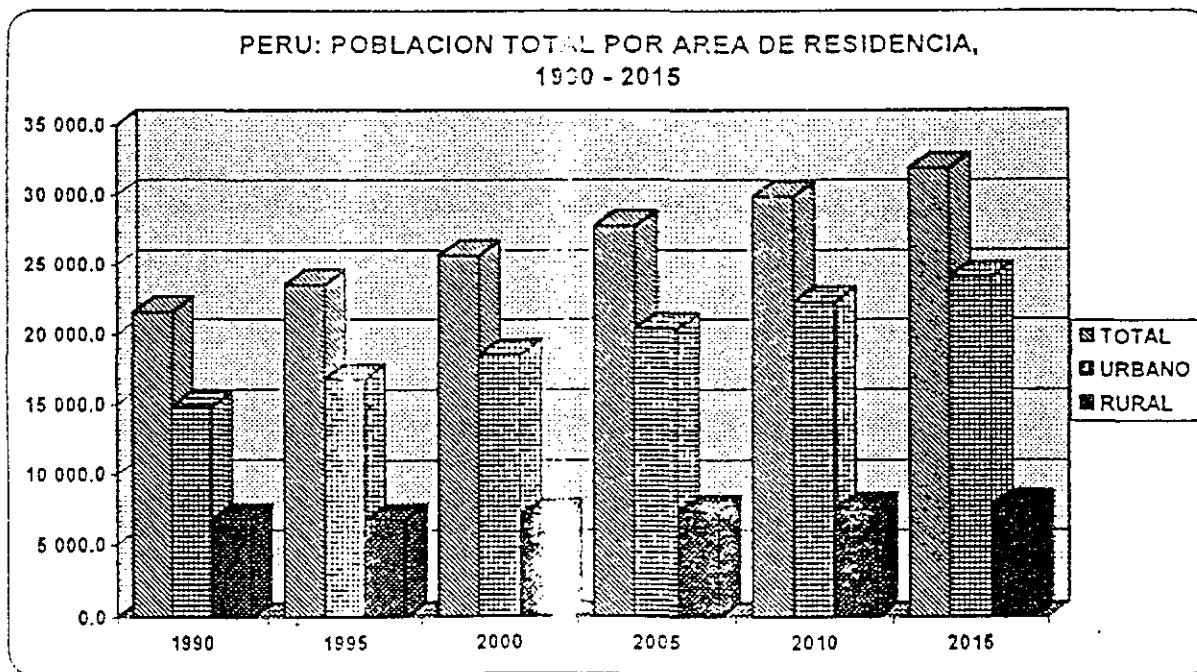
198. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el VIH-SIDA, son otro problema que afecta a la población adolescente y especialmente a las mujeres, por su vulnerabilidad biológica y desventajas sociales y económicas. Sin embargo, la información existente sobre estas afecciones es muy escasa y no está completamente procesada. De allí que no se conozca con exactitud su incidencia en este grupo poblacional.
199. Se continúa implementando el Programa de Salud Integral del Escolar y Adolescente, cuyas acciones principales están dirigidas a promocionar la prevención de la salud integral y, en particular, la salud sexual y orientación para el comportamiento sexual responsable en la currícula escolar, contribuyendo en la elaboración de los diseños y en el proceso de capacitación del magisterio nacional. Los servicios de atención integral a la salud reproductiva de adolescentes atendidos por equipos multidisciplinarios en los establecimientos de la red de salud alcanzan una cobertura nacional del 40%.
200. El Ministerio de Educación tiene en ejecución el Programa Nacional de Educación Sexual, cuyo objetivo es contribuir a la formación integral del y de los (las) educandos (as) para que con libertad y de acuerdo a su realidad sociocultural tomen las decisiones responsables y saludables para su bienestar personal, familiar y social. De manera específica, se pretende proponer y promover la incorporación de contenidos y competencias de educación sexual en los programas curriculares de todos los niveles educativos (Inicial, Primaria, Secundaria y Educación Superior), así como motivar a los docentes la profundización de conocimientos sobre el tema, desarrollar metodologías y técnicas de aprendizaje, desarrollar habilidades para la producción de materiales educativos y, supervisar y evaluar el proceso de incorporación de contenidos de educación sexual en los programas curriculares de todos los niveles.

ANEXO

PERU: POBLACION TOTAL POR AREA DE RESIDENCIA, 1990 - 2015

AÑOS	MILES DE HABITANTES A MITAD DE AÑO		
	TOTAL	URBANO	RURAL
1990	21 599.3	14 814.1	6 755.2
1995	23 531.7	16 758.7	6 773.0
2000	25 501.7	18 555.2	7 106.5
2005	27 603.9	20 424.6	7 379.3
2010	29 535.3	22 288.7	7 596.6
2015	31 875.8	24 058.0	7 817.8

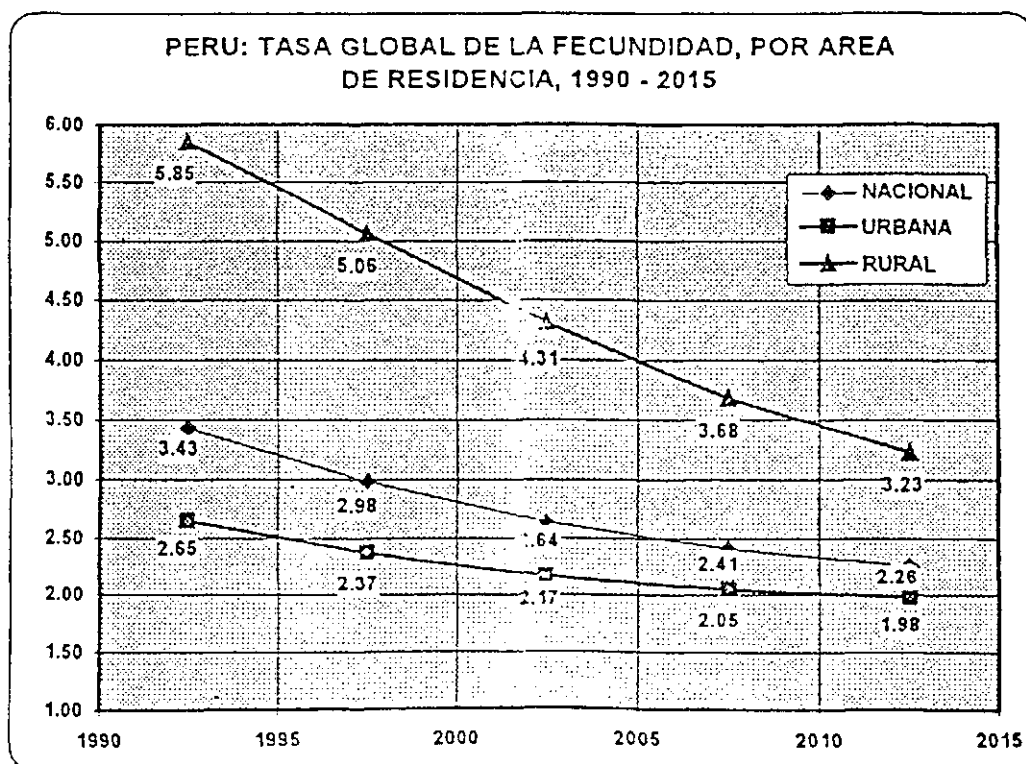
FUENTE: INEI - UNFPA, "Proyecciones de la Población del Perú, 1995 - 2025. Boletín N° 34", Abril 1995



PERU: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, POR AREA DE RESIDENCIA,
SEGUN QUIQUENIOS, 1990 - 2015

PERIODO	NACIONAL	URBANA	RURAL
1990 - 1995	3.43	2.65	5.85
1995 - 2000	2.98	2.37	5.06
2000 - 2005	2.64	2.17	4.31
2005 - 2010	2.41	2.05	3.68
2010 - 2015	2.26	1.98	3.23

FUENTE: INEI - UNFPA. "Proyecciones de la Población del Perú, 1975 - 2025. Boletín N° 34", Abril 1995

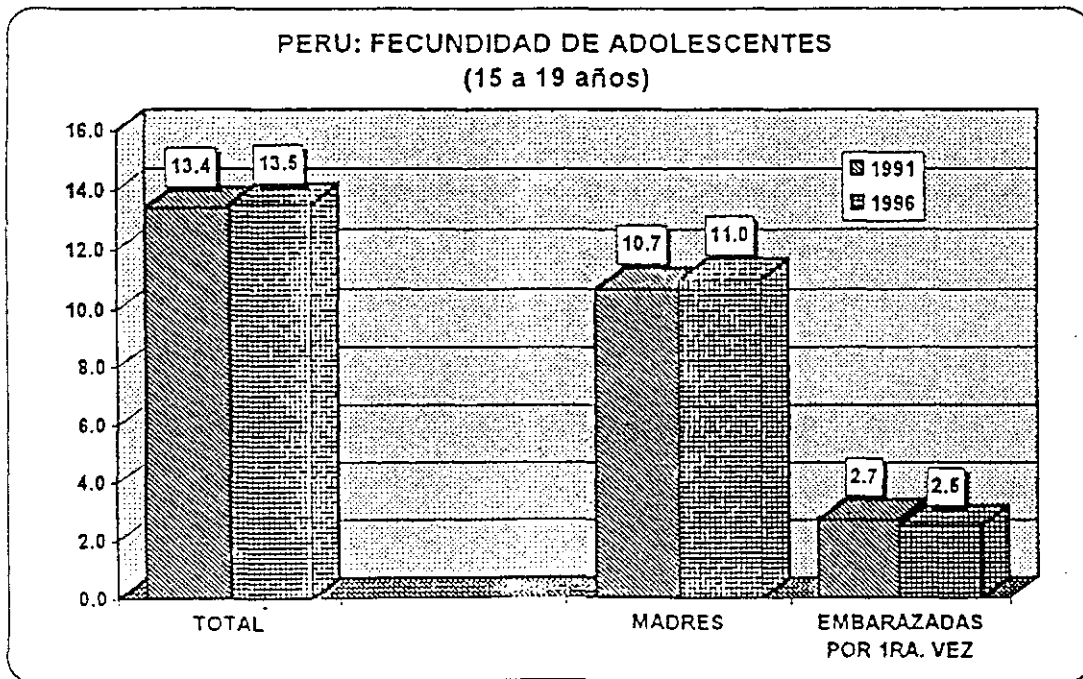


PERU: FECUNDIDAD DE ADOLESCENTES (15 a 19 años)

ADOLESCENTES	1991 a/	1996 b/
TOTAL	13.4	13.5
MADRES	10.7	11.0
EMBARAZADAS POR 1RA. VEZ	2.7	2.5

a/ INEI - ENDES II, 1991 / 92

b/ INEI - ENDES III, 1996

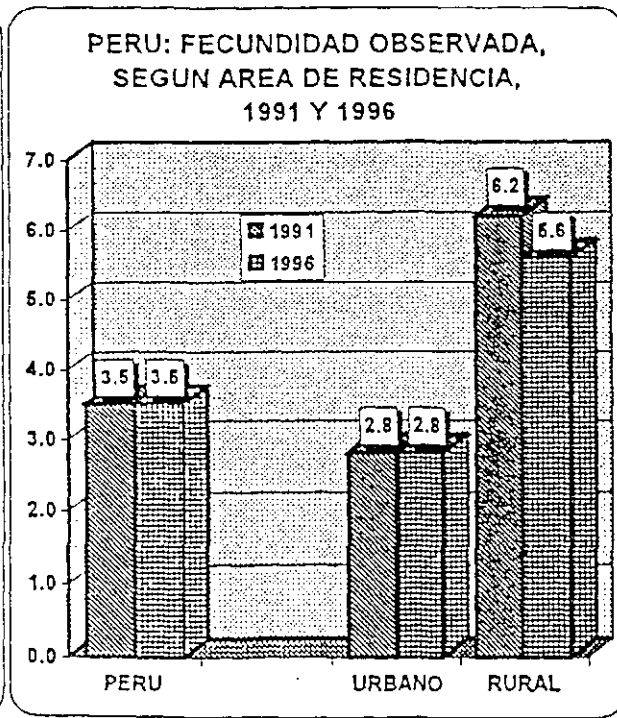
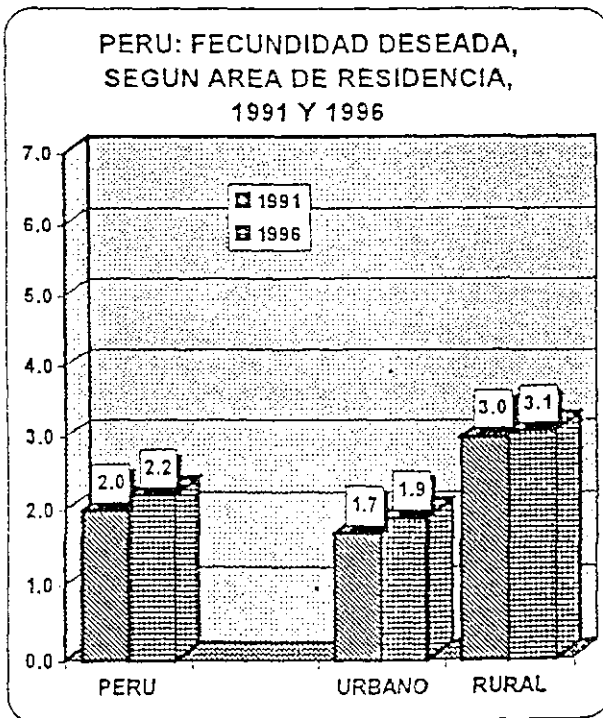


PERU: FECUNDIDAD DESEADA Y OBSERVADA (TGF),
SEGUN AREA DE RESIDENCIA, 1991 Y 1996

AREA DE RESIDENCIA	1991 a/		1996 b/	
	DESEADA	OBSERVADA	DESEADA	OBSERVADA
PERU	2.0	3.5	2.2	3.5
URBANA	1.7	2.8	1.9	2.8
RURAL	3.0	6.2	3.1	5.6

FUENTE: a/ INEI - ENDES II, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1991-92

b/ INEI - ENDES III, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1996

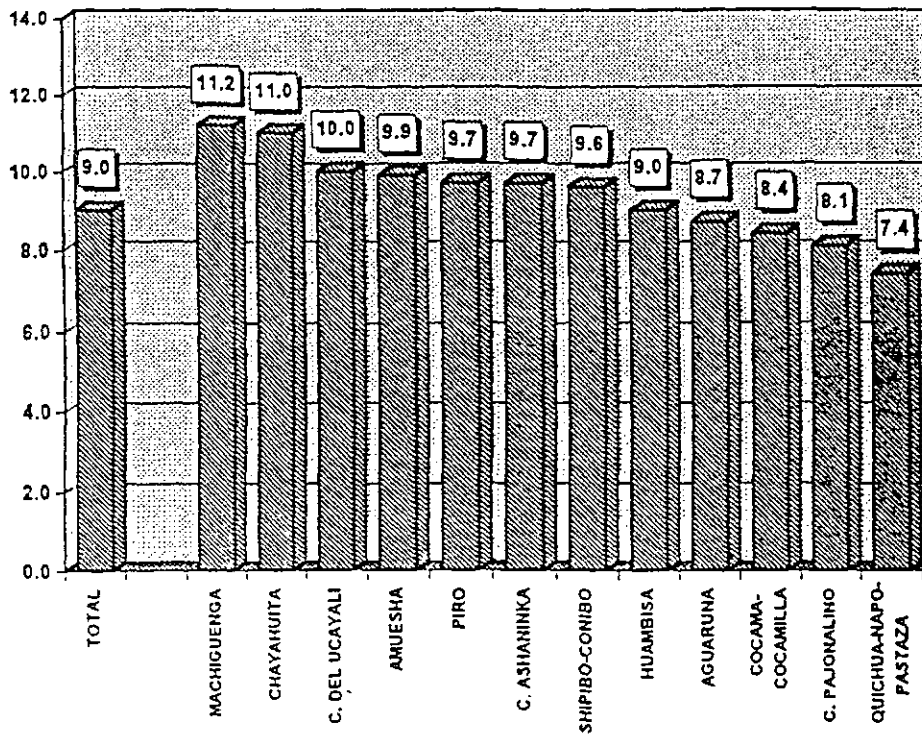


COMUNIDADES INDIGENAS: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, POR COMUNIDADES, 1993

COMUNIDADES	TGF
TOTAL COMUNIDADES	9.0
ACHUAL	9.7
AGUARUNA	10.0
CAMPA - ASHANINKA	8.1
CHAYAHUITA	9.0
COCAMA - COCAMILLA	9.9
HUAMBISA	11.2
LAMAS CHACHAPOYAS	7.4
MACHIGUENGA	8.4
QUICHUA - NAPO - PASTAZA	11.0
SHIPIBO - CONIBO	9.6
YAGUA	9.7
CAMPA - PAJONALINO	8.7

FUENTE: INEI - UNICEF, Perú: La Población de las Comunidades Indígenas de la Amazonía, 1997

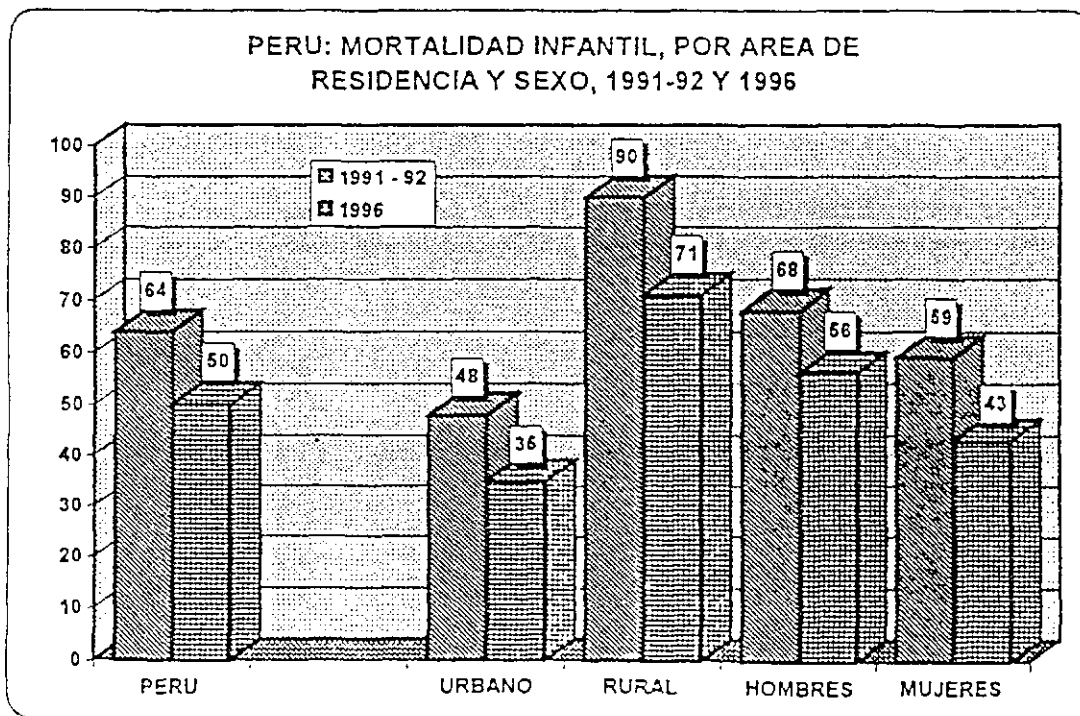
COMUNIDADES INDIGENAS: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, POR COMUNIDADES, 1993



PERU: MORTALIDAD INFANTIL, POR AREA DE RESIDENCIA
Y SEXO, 1991-92 Y 1996

AÑOS	MORTALIDAD INFANTIL (‰)				
	TOTAL	URBANO	RURAL	HOMBRES	MUJERES
1991 - 92 a/	64	48	90	68	59
1996 b/	50	35	71	56	43

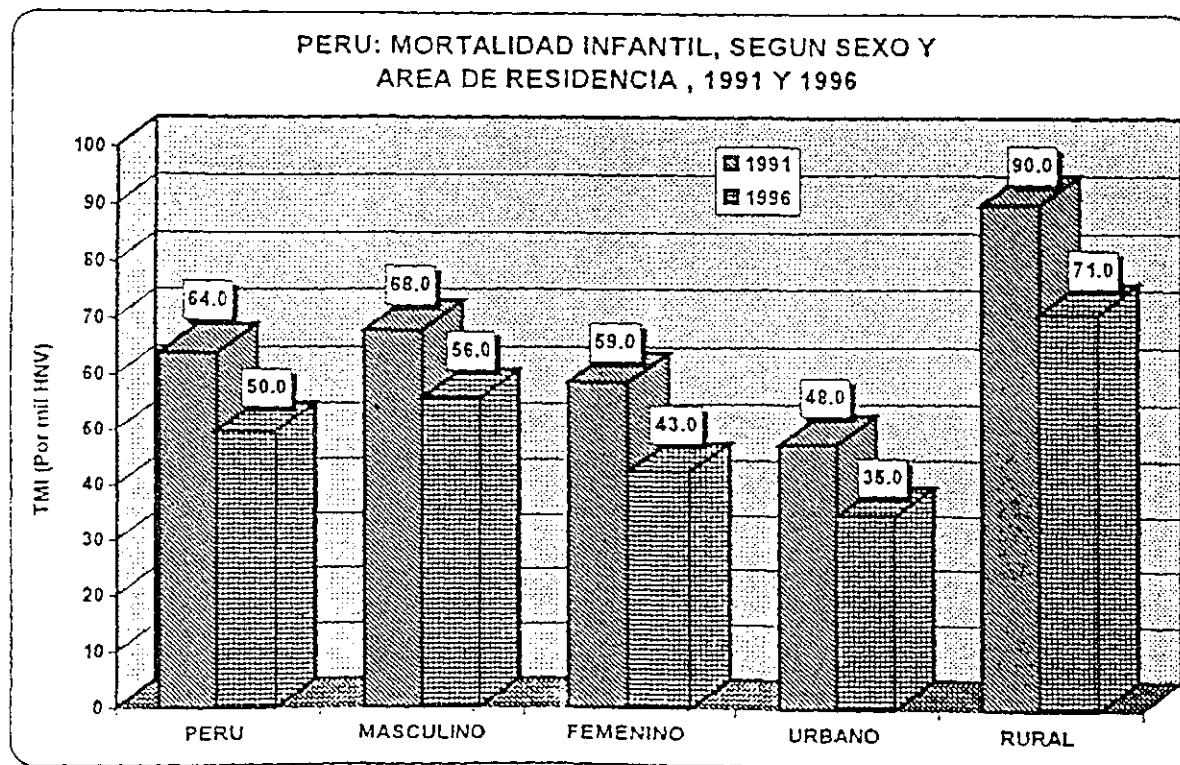
FUENTE: a/ INEI - ENDES II, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1991-92
b/ INEI - ENDES III, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1996



PERU: MORTALIDAD INFANTIL, SEGUN SEXO Y AREA DE RESIDENCIA, 1991 Y 1996

SEXO Y AREA DE RESIDENCIA	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (Por mil HNV)	
	1991 a/	1996 b/
PERU	64	50
SEXO DEL NIÑO		
MASCULINO	68	56
FEMENINO	59	43
AREA DE RESIDENCIA		
URBANO	48	35
RURAL	90	71

Nota: Todas las tasas están basadas en más de 500 casos (personas expuestas), para los últimos 10 años de la Encuesta
 FUENTE: a/ INEI - ENDES II, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1991-92
 b/ INEI - ENDES III, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1996

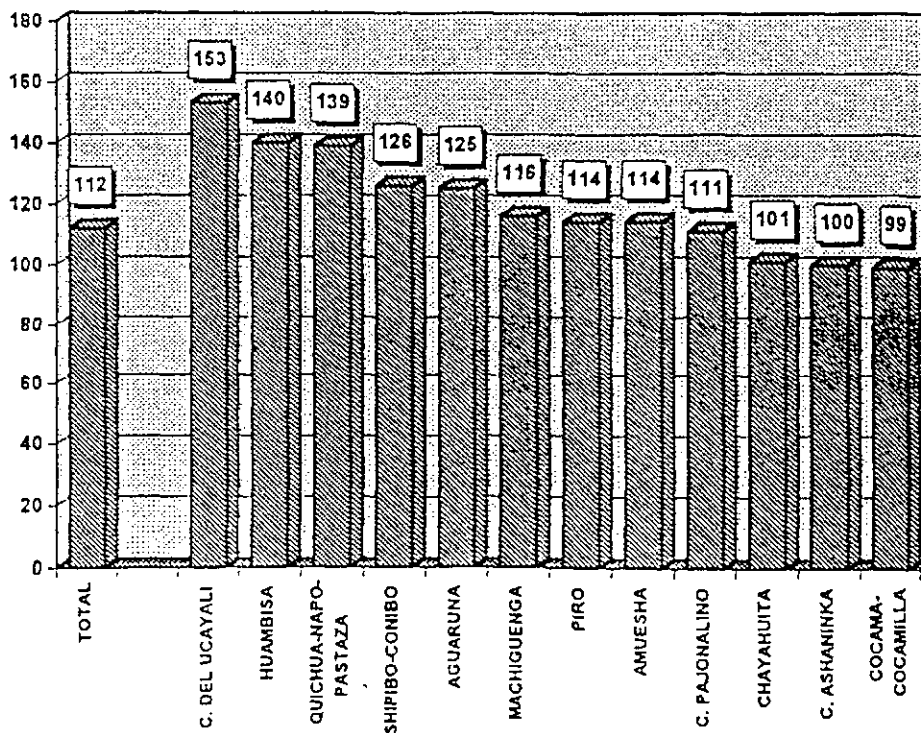


COMUNIDADES INDIGENAS: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, POR COMUNIDADES, 1993

COMUNIDADES	TMI
TOTAL COMUNIDADES	112
ACHUAL	139
AGUARUNA	111
CAMPA - ASHANINKA	99
CHAYAHUITA	125
COCAMA - COCAMILLA	140
HUAMBISA	126
LAMAS CHACHAPOYAS	114
MACHIGUENGA	100
QUICHUA - NAPO - PASTAZA	114
SHIPIBO - CONIBO	153
YAGUA	101
CAMPA - PAJONALINO	116

FUENTE: INEI - UNICEF, Perú: La Población de las Comunidades Indígenas de la Amazonía, 1997

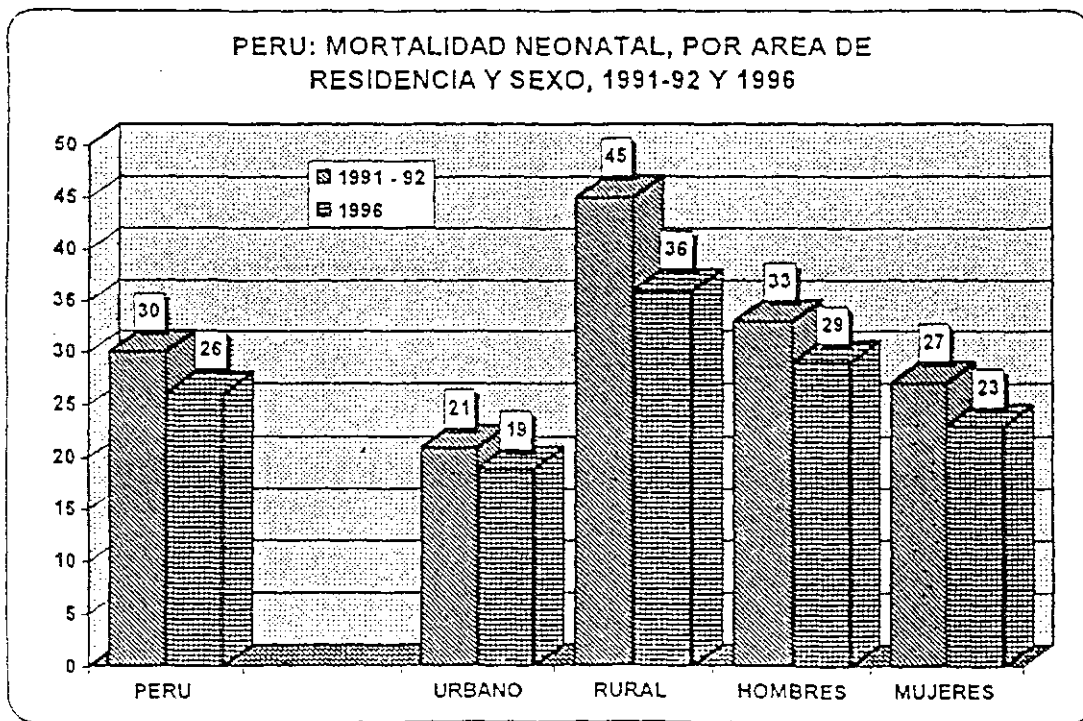
COMUNIDADES INDIGENAS: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, POR COMUNIDADES, 1993



PERU: MORTALIDAD NEONATAL, POR AREA DE RESIDENCIA
Y SEXO, 1991-92 Y 1996

AÑOS	MORTALIDAD NEONATAL				
	TOTAL	URBANO	RURAL	HOMBRES	MUJERES
1991 - 92 a/	30	21	45	33	27
1996 b/	26	19	36	29	23

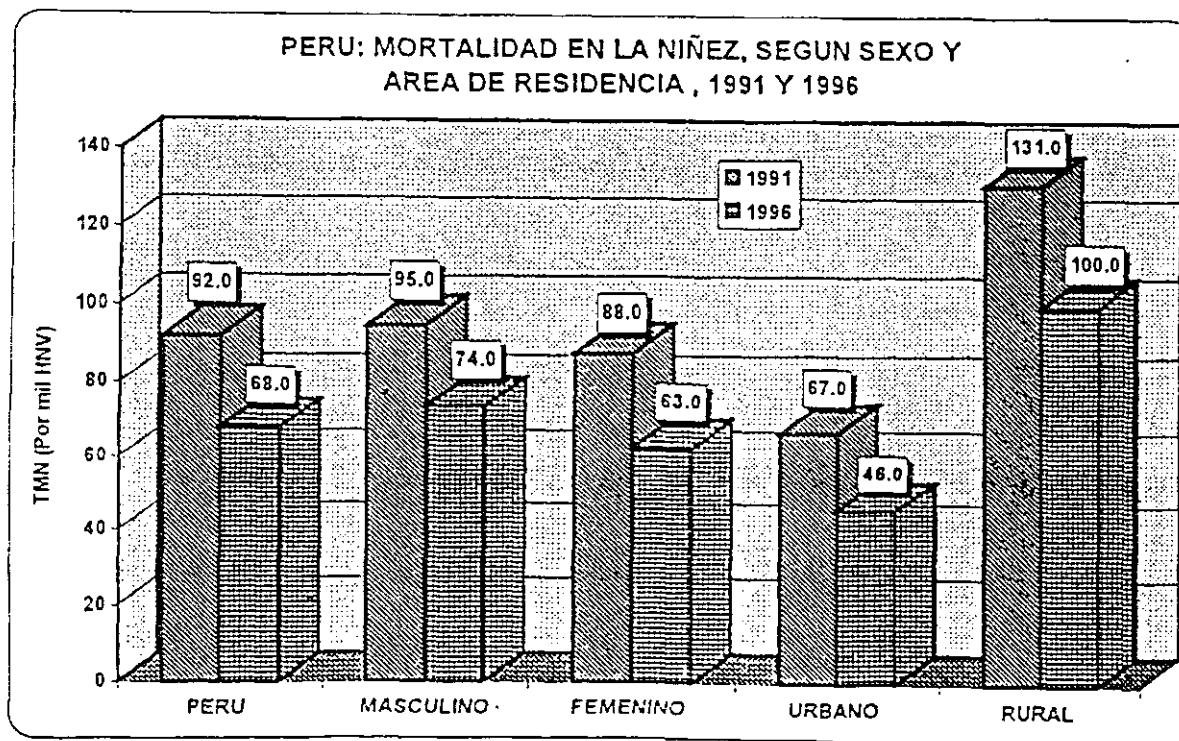
FUENTE: a/ INEI - ENDES II, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1991-92
b/ INEI - ENDES III, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1996



PERU: MORTALIDAD EN LA NIÑEZ, SEGUN SEXO Y AREA DE RESIDENCIA, 1991 Y 1996

SEXO Y AREA DE RESIDENCIA	TASA DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ (Por mil HNVI)	
	1991 a/	1996 b/
PERU	92	68
SEXO DEL NIÑO		
MASCULINO	95	74
FEMENINO	88	63
AREA DE RESIDENCIA		
URBANO	67	46
RURAL	131	100

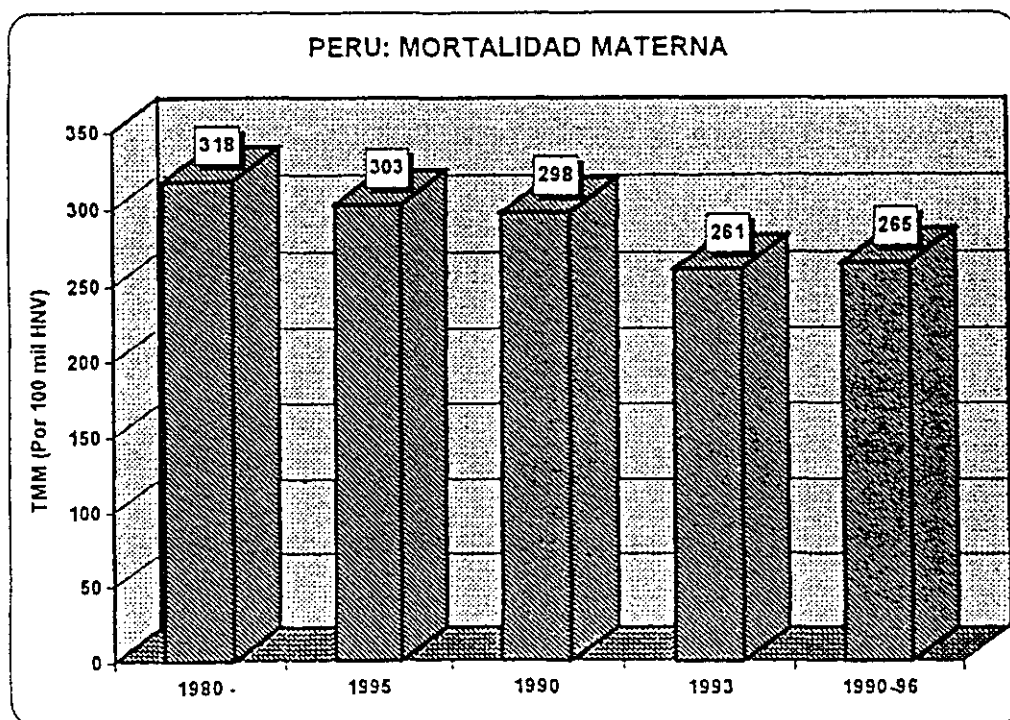
Nota: Todas las tasas están basadas en más de 500 casos (personas expuestas), para los últimos 10 años de la Encuesta
 FUENTE: a/ INEI - ENDES II, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1991-92
 b/ INEI - ENDES III, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1996



PERU: MORTALIDAD MATERNA

AÑOS	TASA DE MORTALIDAD MATERNA (Por 100 mil HNV)
1980	318
1995	303
1990	298
1993	261
1990-96	265

FUENTE: INEI - FNUAP. "Estado de la Población Peruana, 1997", Julio 1997



PERU: PORCENTAJE DE NACIMIENTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CALIFICADO DE LA SALUD, SEGUN AREA DE RESIDENCIA, 1991 Y 1996

AREA DE RESIDENCIA	PERSONAL CALIFICADO DE SALUD 1/	
	1991 a/	1996 b/
PERU	52.5	56.4
URBANO	74.4	80.6
RURAL	18.7	21.5

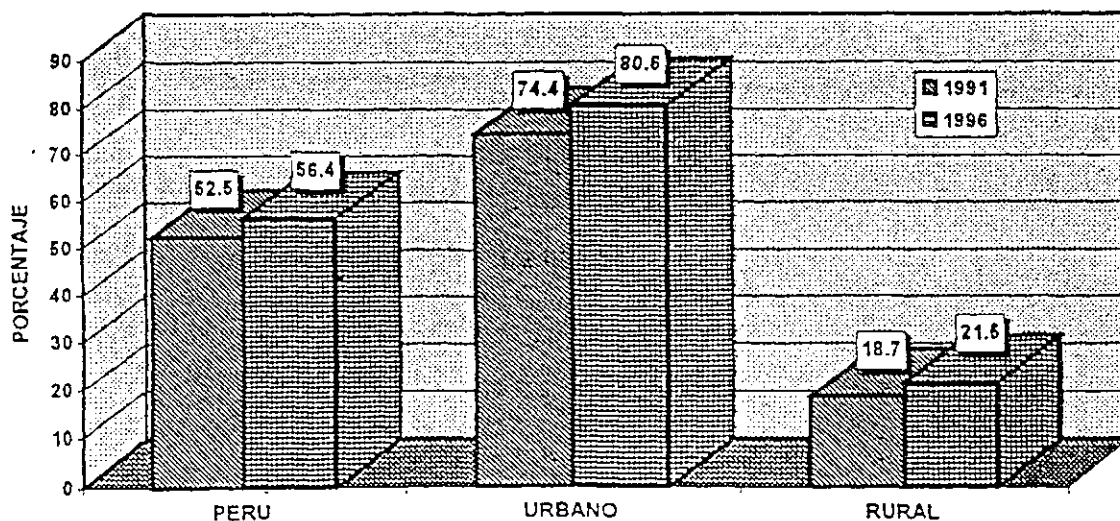
Nota: Las estimaciones se refieren a los nacimientos en el periodo de 1-59 meses que precedieron la encuesta

1/ Incluye a los Médicos, Obstetrix/Enfermera

FUENTE: a/ INEI - ENDES II, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1991-92

b/ INEI - ENDES III, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1996

PERU: PORCENTAJE DE NACIMIENTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CALIFICADO DE SALUD 1/, SEGUN AREA DE RESIDENCIA, 1991 Y 1996



1/ Incluye sólo a los Médicos, Obstetrix/Enfermera

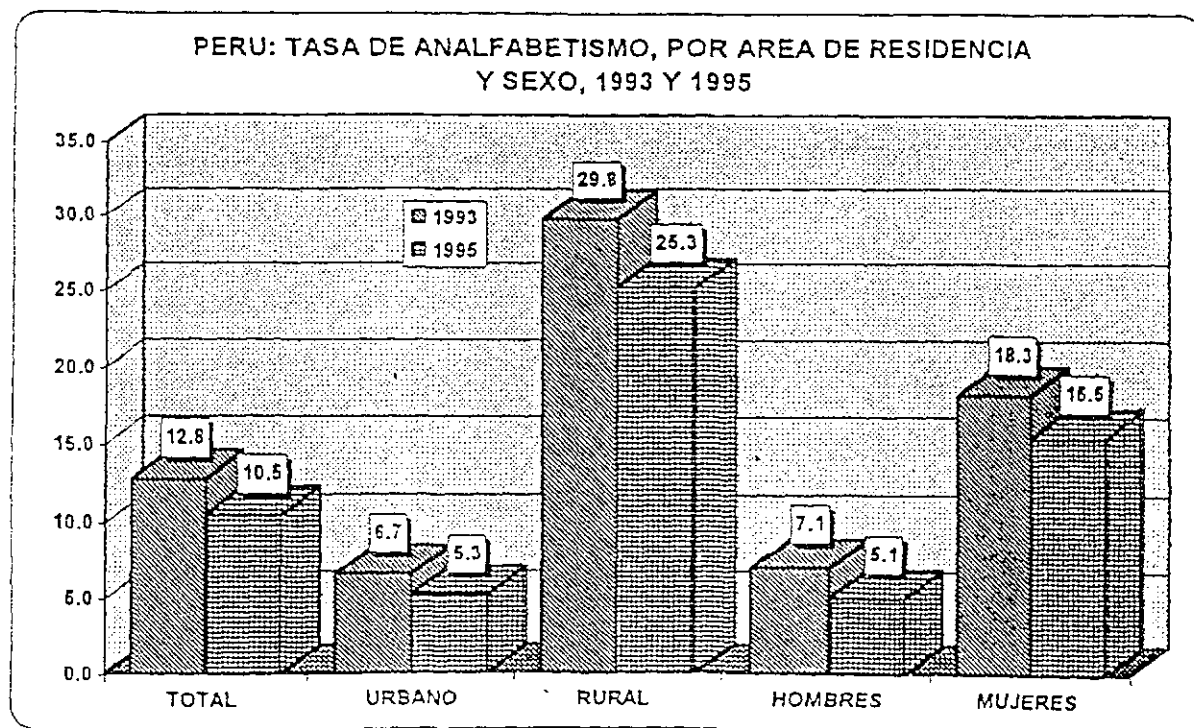
PERU: TASA DE ANALFABETISMO, DE LA POBLACION DE 15 Y MAS AÑOS,
POR SEXO, SEGUN AREA DE RESIDENCIA, 1993 Y 1995

AREA DE RESIDENCIA	TASA DE ANALFABETISMO: 1993 a/			TASA DE ANALFABETISMO: 1995 b/		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
TOTAL 1/	12.8	7.1	18.3	10.5	5.1	15.5
URBANO	6.7	3.4	9.8	5.3	2.2	8.1
RURAL	29.8	17.0	42.9	25.3	13.0	37.5

1/ Excluye a las personas que declararon si sabían leer y escribir

FUENTE: a/ INEI - "Censos Nacionales de 1993"

b/ INEI - DTDES. "Perú: Características Educativas de los Hogares, 1995", Diciembre, 1996



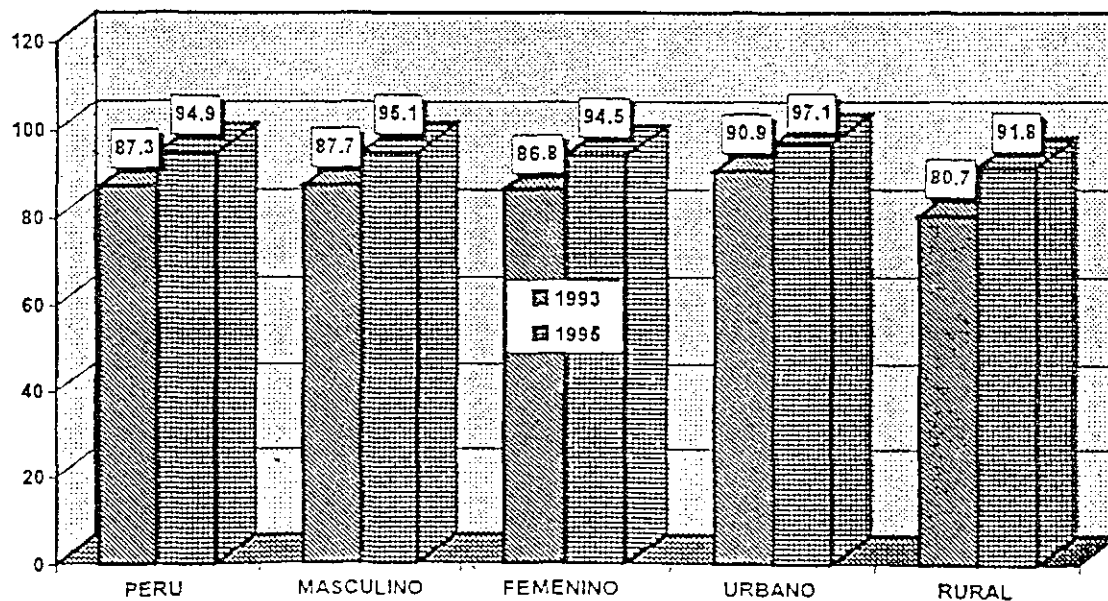
PERU: TASA DE ASISTENCIA ESCOLAR A LA PRIMARIA, 1993 Y 1995
(NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS DE EDAD)

SEXO Y AREA DE RESIDENCIA	TASA DE ASISTENCIA ESCOLAR	
	1993 a/	1995 b/
PERU	87.3	94.9
SEXO DEL NIÑO		
MASCULINO	87.7	95.1
FEMENINO	86.8	94.5
AREA DE RESIDENCIA		
URBANO	90.9	97.1
RURAL	80.7	91.8

FUENTE: a/ INEI - DTDES "Perú: Perfil Socio-Demográfico N° 7, Junio 1994"

b/ INEI - DTDES "Perú: Características Educativas de los Hogares, Diciembre 1996"

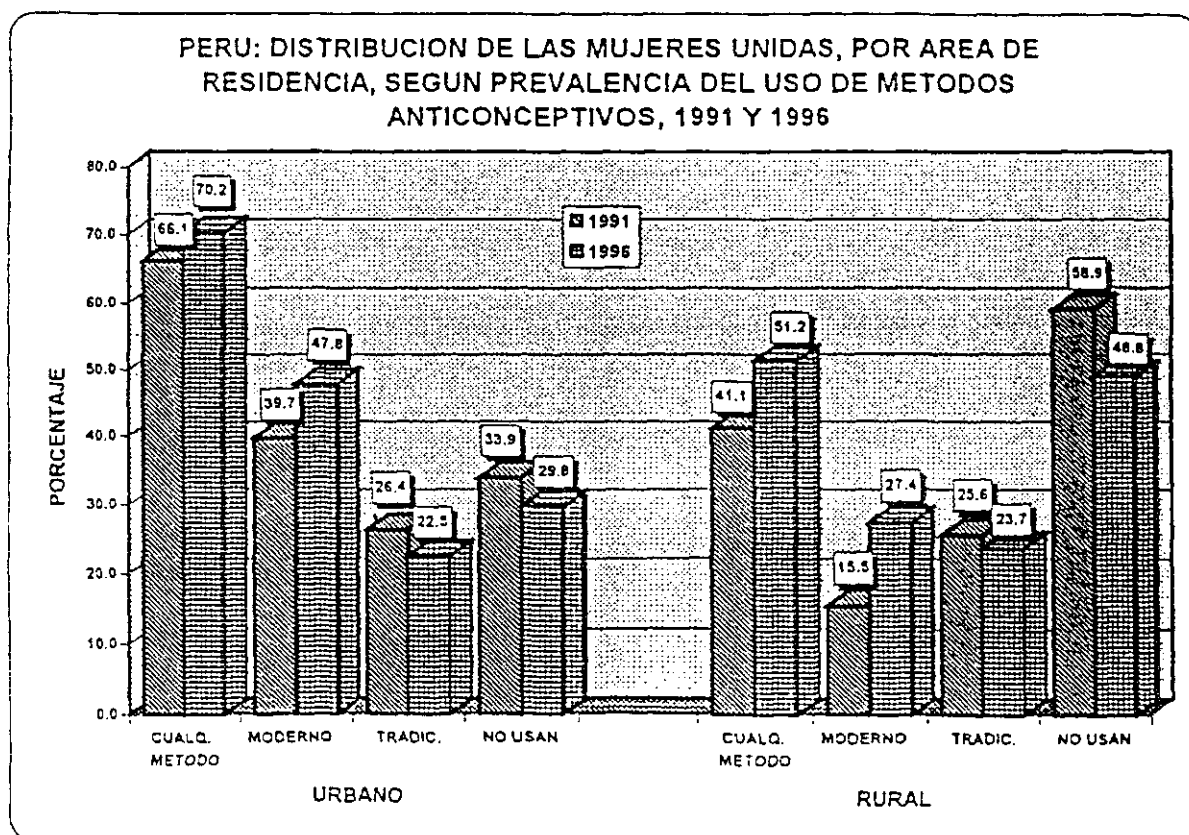
PERU: TASA DE ASISTENCIA ESCOLAR A LA PRIMARIA, POR SEXO Y AREA DE RESIDENCIA, 1993 Y 1995



PERU: DISTRIBUCION DE MUJERES UNIDAS, POR AREA DE RESIDENCIA, SEGUN PREVALENCIA DEL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, 1991 Y 1996

USO DE METODOS	AREA DE RESIDENCIA			
	1991 a/		1996 b/	
	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL
CUALQUIER METODO	66.1	41.1	70.2	51.2
METODO MODERNO	39.7	15.5	47.8	27.4
UN METODO TRADICIONAL	26.4	25.6	22.5	23.7
NO USAN ACTUALMENTE	33.9	58.9	29.8	48.8

FUENTE: a/ INEI - ENDES II, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1991-92
 b/ INEI - ENDES III, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1996

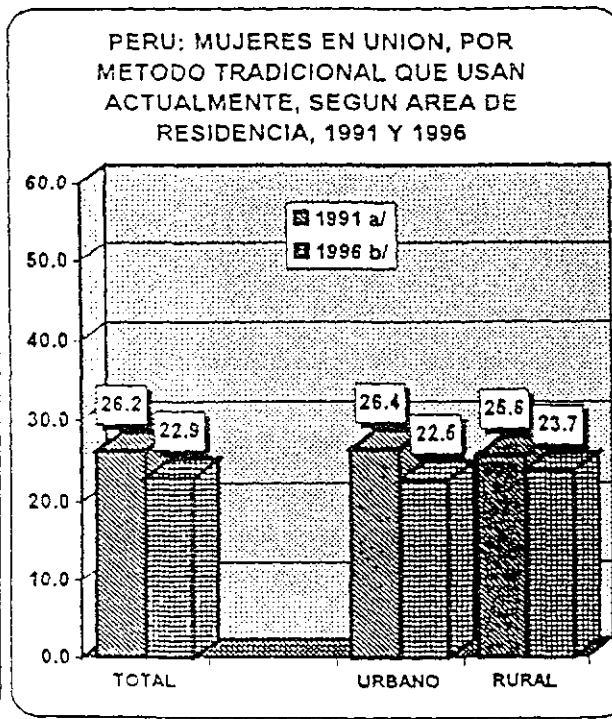
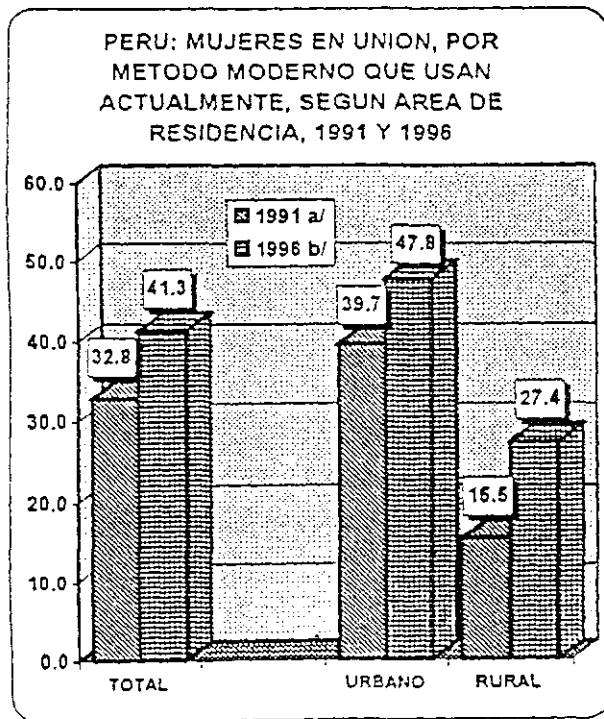


PERU: MUJERES EN UNION, POR METODO QUE USAN ACTUALMENTE, SEGUN AREA DE RESIDENCIA, 1991 Y 1996

AREA DE RESIDENCIA	METODO MODERNO		METODO TRADICIONAL	
	1991 a/	1996 b/	1991 a/	1996 b/
TOTAL	32.8	41.3	26.2	22.9
URBANO	39.7	47.8	26.4	22.5
RURAL	15.5	27.4	25.6	23.7

FUENTE: a/ INEI - ENDES II, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1991 - 92

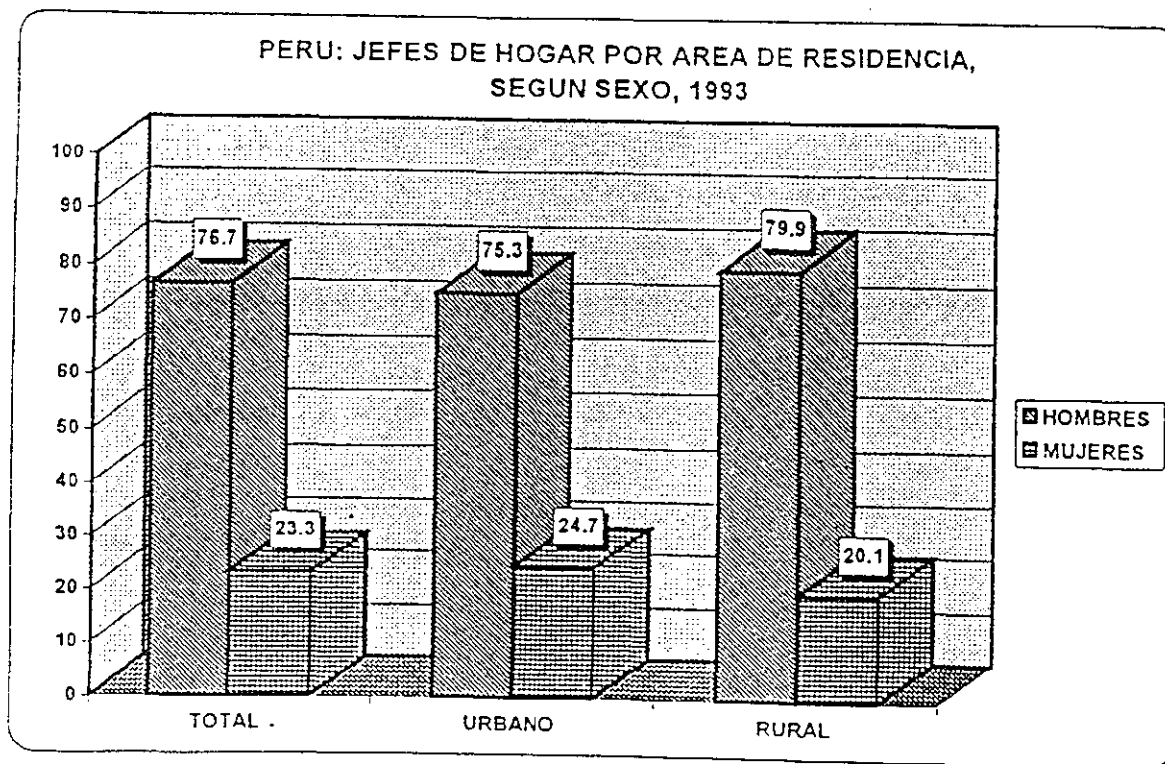
b/ INEI - ENDES III, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1996



PERU: JEFES DE HOGAR POR AREA DE RESIDENCIA,
SEGUN SEXO, 1993

SEXO	TOTAL	URBANO	RURAL
HOMBRES	76.7	75.3	79.9
MUJERES	23.3	24.7	20.1

FUENTE: INEI - DTDES "Perú: Perfil Socio-Demográfico N° 7", Junio 1994



PERU: PARTICIPACION DE LA MUJER Y EL HOMBRE EN EL INGRESO DEL HOGAR PROVENIENTE DEL TRABAJO, 1995

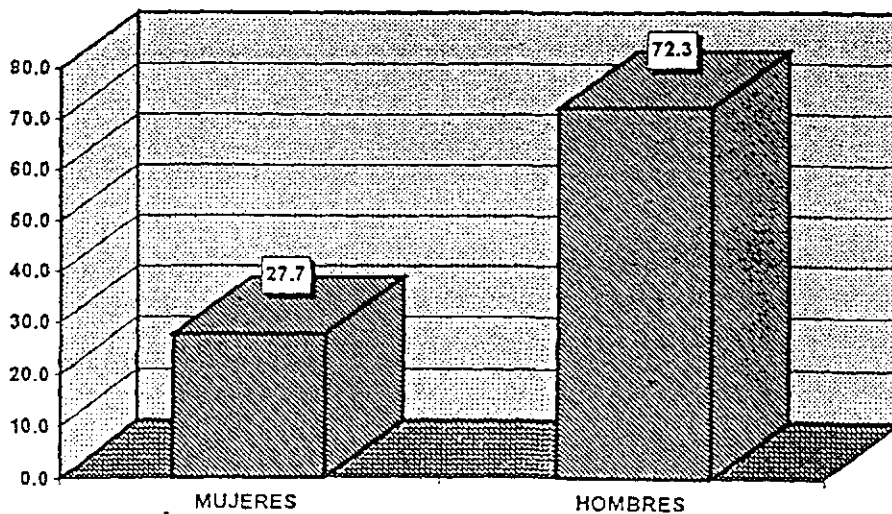
PARTICIPACION EN EL INGRESO PROVENIENTE DEL TRABAJO 1995	
MUJERES	HOMBRES
27.7	72.3

27.7

72.3

FUENTE: INEI - PNUD. Informe Sobre el Desarrollo Humano del Perú

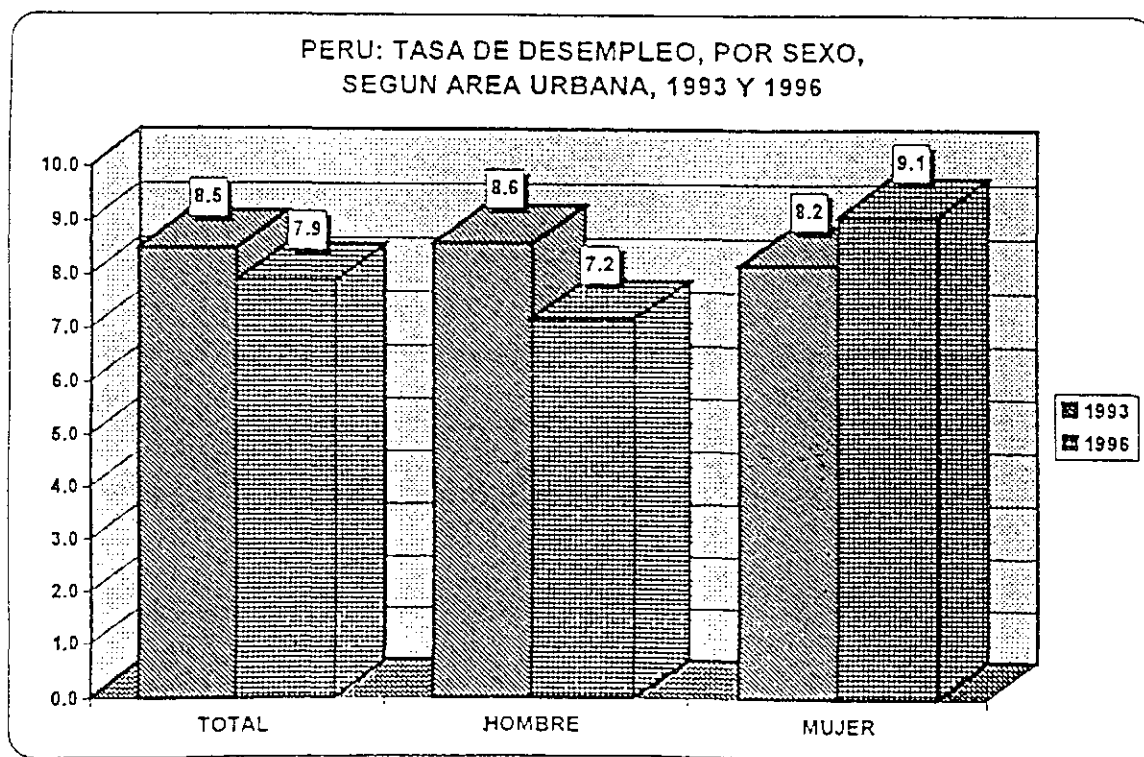
PERU: PARTICIPACION DE LA MUJER Y EL HOMBRE EN EL INGRESO DEL HOGAR, PROVENIENTE DEL TRABAJO, 1995



PERU: TASA DE DESEMPLEO, POR SEXO, SEGUN AREA DE RESIDENCIA, 1993 Y 1996

AREA DE RESIDENCIA	1993 a/			1996 b/		
	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER
TOTAL	7.1	7.0	7.5	-	-	-
URBANO	6.5	8.6	8.2	7.9	7.2	9.1
RURAL	3.3	3.0	4.5	-	-	-

FUENTE: a) INEI - "Perfil Socio-Demográfico N° 7 - 1994"
 b) INEI - "Perú: Compendio Estadístico, 1996-1997"



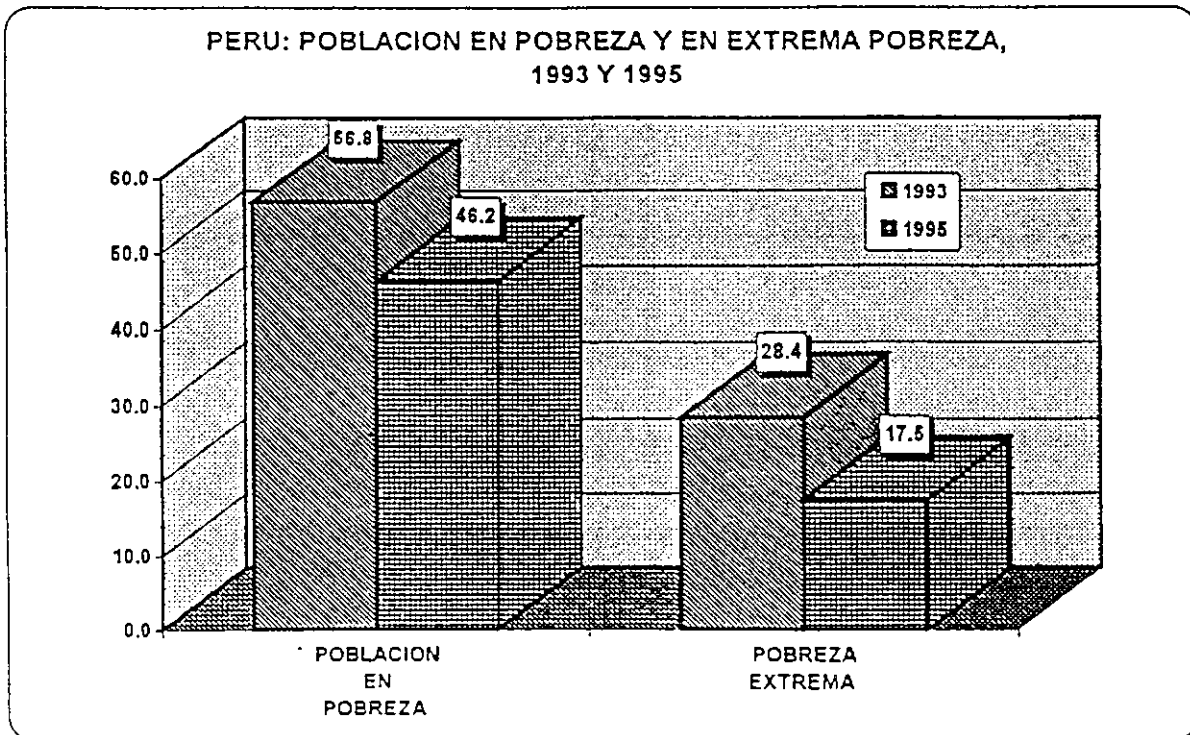
PERU: POBLACION EN POBREZA Y EN EXTREMA POBREZA, 1993 Y 1995

POBLACION EN POBREZA	1993 a/	1995 b/
POBLACION EN POBREZA	56.8	46.2
POBREZA EXTREMA	28.4	17.5
POBREZA NO EXTREMA	28.4	28.7

a/ Perú: Mapa de Necesidades Básicas Insatisfechas, INEI - UNFPA

b/ Encuesta Nacional de Hogares IV Trimestre 1995, INEI

FUENTE: INEI - PNUD, Informe sobre el Desarrollo Humano del Perú



PERU: DISTRIBUCION DE MUJERES, SEGUN PREVALENCIA DEL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, 1991 Y 1996

USO DE METODOS	MUJERES			
	1991 a/		1996 b/	
	TODAS	UNIDAS	TODAS	UNIDAS
CUALQUIER METODO	35.7	59.0	40.9	64.2
METODO MODERNO	19.9	32.8	26.4	41.3
UN METODO TRADICIONAL	15.8	26.2	14.6	22.9
NO USAN ACTUALMENTE	64.3	41.0	59.1	35.8

FUENTE: a/ INEI - ENDES II, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1991-92
 b/ INEI - ENDES III, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1996

PERU: DISTRIBUCION DEL TOTAL DE MUJERES Y MUJERES UNIDAS, SEGUN PREVALENCIA DEL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS, 1991 Y 1996

