



El presente documento ha sido elaborado con el valioso aporte, cooperación y esfuerzo de muchas personas e instituciones que trabajan en los diversos ámbitos del área social de gobierno y que están comprometidos con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Secretaría de Acción Social
Dirección del Plan de la Estrategia de Lucha contra la Pobreza
Ministerio de Educación y Cultura
Secretaría de la Mujer
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Secretaría del Ambiente
Secretaría Técnica de Planificación
Ministerio de Relaciones Exteriores
Banco Central del Paraguay
Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos

Coordinación General
Unidad Técnica del Gabinete Social, Presidencia de la República

Diseño gráfico
Karina Palleros

Ilustración
Susana Amarilla

Tirada
1000 ejemplares

Imprenta
AGR

El documento "Objetivos de Desarrollo del Milenio. Primer Informe de Gobierno" es propiedad del Gobierno Paraguayo. Fue impreso con el apoyo de la Organización de las Naciones Unidas. Al carecer de fines de lucro no puede ser comercializado por ningún medio.

Están autorizadas la reproducción y divulgación de la publicación, por cualquier medio, siempre que se cite la fuente. El contenido de la misma no refleja necesariamente la opinión de la Organización de las Naciones Unidas.

Presentación

Tienen en sus manos, el Informe de Seguimiento del Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que presenta el gobierno de Paraguay como uno de los firmantes, junto con otros 189 representantes de gobiernos, de la Declaración del Milenio en la Cumbre que fuera organizada por las Naciones Unidas en Septiembre del año 2000, con el objetivo de definir y enfrentar los principales desafíos mundiales en materia de desarrollo.

Con este Informe, el gobierno nacional asume la responsabilidad de presentar a consideración de la ciudadanía toda, de los líderes de opinión, líderes políticos e investigadores y a la comunidad internacional, el estado de avance del país en el cumplimiento de las metas planteadas en el marco de los ODM. El Informe, en la mayoría de los indicadores, presenta datos actualizados al año 2010 y en él, se recogen los esfuerzos y empeños realizados por el Estado paraguayo en materia de políticas públicas que contribuyeron a avanzar hacia el cumplimiento de las metas.

A once años de la firma de aquel compromiso como Estado, hoy, este gobierno rinde cuenta de lo que hemos hecho, junto con otros gobiernos del Paraguay que nos precedieron, en este proceso. La ocasión es propicia para reafirmar nuestro compromiso de redoblar esfuerzos para avanzar hacia el cumplimiento de los ODM.

Es la primera vez que un gobierno paraguayo presenta un Informe de Seguimiento del Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, pues en los años 2003 y 2005, fue el Sistema de las Naciones Unidas en Paraguay quien asumió la tarea de presentarlos. Nuestro gobierno, busca expresar con este gesto, su compromiso de transparencia y apertura, al exponer la situación real del país, en relación a los indicadores propuestos en los ODM.

La Declaración del Milenio, ratificó seis valores fundamentales: la libertad, la igualdad, la solidaridad, la tolerancia, el respeto, la naturaleza, y el sentido de responsabilidad común.

A partir de ellos, los líderes mundiales asumieron ocho claros compromisos: los así llamados Objetivos de Desarrollo del Milenio, que fueron presentados a todos los seres humanos como eje de nuestras responsabilidades nacionales y globales. Estos ODM constituyen el mayor consenso que la humanidad haya



alcanzado desde su existencia. En efecto, resulta imposible encontrar en la historia otro momento en que todos los ciudadanos y ciudadanas del planeta nos hayamos puesto de acuerdo para mejorar la calidad de vida de la ciudadanía mundial en un plazo breve. Hoy más que nunca breve, pues estamos en la cuenta regresiva: al 2015, horizonte de tiempo establecido para su cumplimiento, nos quedan menos de cuatro años.

En este sentido el gobierno nacional ha elaborado en forma participativa, con representantes del Sector Público, del Sector Privado y de la Sociedad Civil, la Política Pública para el Desarrollo Social (PPDS), 2010-2020 “Paraguay para Todos y Todas”. Esta Política, es el marco orientador, la hoja de ruta que guía nuestro trabajo como gobierno en el campo social. Las prioridades y políticas presentadas en la misma, fueron inspiradas y alineadas a los ODM.

Paraguay es un nuevo país, un país que está cambiando, que avanza, que tiene políticas y planes claros, un país que impulsa procesos de innovación para construir un Estado al servicio de la gente. Nuestro gobierno, asumiendo la magnitud y complejidad de los problemas sociales que enfrentamos, ubica **la cuestión social**, como centro y prioridad fundamental de su trabajo.

Somos conscientes de que las necesidades y demandas sociales superan la capacidad de respuesta del Estado en términos financieros, humanos e institucionales. Por ello, sin dejar de promover las políticas universales, en nuestro gobierno, las poblaciones en situación de pobreza, dada su mayor vulnerabilidad y exclusión, fueron, son y serán sujetos preferentes de procesos de inclusión y de acciones afirmativas de sus derechos, pues es en estas poblaciones donde se concentran la mayor cantidad de incumplimientos de derechos humanos fundamentales.

Debemos tener presente, que los avances en las metas hasta este momento, deben ser el impulso que nos permita a todos nosotros seguir trabajando juntos para poder abordar con mayor fuerza los desafíos que tenemos por delante para lograr un **Paraguay para Todos y Todas**. Somos absolutamente conscientes de que un Paraguay más equitativo e igualitario sigue siendo una deuda pendiente que tenemos como Estado y es el mayor desafío de este Gobierno.

Por ello, estamos comprometidos como gobierno en orientar nuestros mayores esfuerzos para avanzar en el cumplimiento, como Estado, de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, aprendiendo de nuestros errores y éxitos del pasado y del presente, con el firme convencimiento de que estamos sembrando en campo fértil para que las generaciones futuras disfruten de un mundo mejor.

Reconocemos a la Unidad Técnica del Gabinete Social, quien con la participación de varias instituciones que integran el Gabinete Social de la Presidencia de la República, ha sido la responsable de la coordinación de la elaboración de este Informe. Agradecemos el compromiso y apoyo de todas las instituciones que han participado en su elaboración. Asimismo, de manera especial, destacamos nuestro reconocimiento y agradecimiento al Sistema de Naciones Unidas en Paraguay por el apoyo brindado para este trabajo.

Fernando Lugo Méndez

Presentación

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) abarcan desde la reducción a la mitad de la extrema pobreza en el mundo, hasta la detención de la propagación del VIH/sida y la consecución de la enseñanza primaria universal para el 2015. Ellos constituyen un plan consensuado por todas las naciones del mundo y las instituciones de desarrollo más importantes a nivel mundial.

El Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon ha señalado que: *“En los Objetivos de Desarrollo del Milenio se fijaron metas con plazos determinados, mediante las cuales se pueden medir los progresos en lo tocante a la reducción de la pobreza económica, el hambre, la enfermedad, la falta de vivienda adecuada y la exclusión —al paso que se promueven la igualdad entre los sexos, la salud, la educación y la sostenibilidad ambiental. Dichos objetivos también encarnan derechos humanos básicos —los derechos de cada una de las personas existentes en el planeta a la salud, la educación, la vivienda y la seguridad.”*

Parte del compromiso que han asumido los Gobiernos es informar sobre los avances que se van logrando en el cumplimiento de cada uno de los ODM. Es por ello por lo que el Gobierno de Paraguay ha elaborado este Informe con la participación de Ministerios y entes públicos sectoriales, y bajo la coordinación de la Unidad Técnica del Gabinete Social.

Desde la Organización de las Naciones Unidas en Paraguay, percibimos con gran satisfacción este importante paso. Agencias y organismos del Sistema de las Naciones Unidas representados en el país hemos tenido el agrado de acompañar el proceso de reflexión y trabajo compartido del cual surge este documento, confianza que agradecemos.

Un trabajo de esta naturaleza brinda un diagnóstico actualizado con las últimas cifras disponibles, así como el correspondiente marco de apoyo para las mismas: Políticas y Programas que se orientan a avanzar hacia las metas, además de explicitar los grandes desafíos que enfrenta el país a cuatro años del cumplimiento del plazo previsto en la Cumbre del Milenio.

A pocos menos de cuatro años para llegar al 2015, los logros del Estado paraguayo son significativos. Tomando como base el año 1990, se pueden observar importantes avances en lo referente a la universalización de la educación primaria, la reducción del analfabetismo y la disminución de la brecha de acce-



so a agua potable. También existen avances importantes en materia de acceso a la salud y sus consecuentes impactos en la reducción de la mortalidad.

El aumento de los recursos destinados a la salud pública y la alta prioridad política otorgada a la misma, además de los planes y programas en ejecución también tendrán efectos significativos en los próximos años.

Este primer informe del gobierno de Paraguay también nos permite visibilizar el progreso del país en materia de igualdad de género y autonomía de la mujer. Igualmente, vemos con beneplácito que comienzan a cobrar significativa importancia tanto la inclusión de los principios de desarrollo sostenible en los planes y programas nacionales, como la reversión de la pérdida de los recursos naturales.

Sin duda, todavía queda mucho trecho por recorrer, con desafíos pendientes, debido a las históricas desigualdades de acceso a los activos y de distribución de los ingresos, las cuales reducen el impacto del crecimiento económico en las clases más vulnerables, si bien ello no obsta para que el pueblo paraguayo pueda alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el año 2015.

Confiamos plenamente en que Paraguay seguirá por el camino iniciado, apuntando a fortalecer el capital humano como principal pilar del desarrollo.

Precisamente porque es necesario seguir avanzando en la construcción de una sociedad más justa, con menos disparidades y mejores oportunidades para todos y todas, reiteramos el compromiso de las agencias y organismos del Sistema de Naciones Unidas para apoyar al Paraguay en sus esfuerzos por avanzar hacia el cumplimiento de los ODM.

Lorenzo Jiménez de Luis
Coordinador Residente







Índice

Erradicar la pobreza extrema y el hambre (ODM 1)	11
Lograr la enseñanza primaria universal (ODM 2)	37
Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer (ODM 3)	51
Reducir la tasa de mortalidad de niños/as menores de 5 años, mejorar la salud materna, combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades (ODM 4, 5 y 6)	67
Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente (ODM 7)	117
Fomentar la alianza mundial para el desarrollo (ODM 8)	137
Anexos	162



Erradicar la pobreza extrema y el hambre (ODM 1)

La lucha contra la pobreza es un imperativo ético y moral, y no producto de la benevolencia caritativa de un gobierno o un PODER DEL ESTADO.

Como producto de un Estado débil y en muchos casos ausente por largo tiempo, hemos acumulado un déficit social muy importante en Paraguay, en particular en el tema de la pobreza y el hambre. *Por ello, en nuestro gobierno las poblaciones en situación de pobreza y pobreza extrema, dada su mayor vulnerabilidad y exclusión, fueron, son y serán sujetos preferentes de procesos de inclusión y de acciones afirmativas de sus derechos.* En este sentido, creemos que podemos dar pasos significativos hacia el cumplimiento del compromiso de reducción de la pobreza extrema en el plazo establecido.

A partir del año 2004, la economía del Paraguay inició un vigoroso crecimiento, solo interrumpido por la crisis económica mundial del año 2009, pero para el 2010 hemos tenido un importante crecimiento económico de 15%. Este logro se desarrolló en un contexto de estabilidad macro-fiscal, salud del sistema financiero, reservas internacionales que superan 20% del PIB y con un endeudamiento sostenible.

Este hecho permitió un fuerte crecimiento de las inversiones sociales y una enérgica expansión en la cobertura del programa de transferencias monetarias con corresponsabilidad, hecho que nos ha permitido pasar de una cobertura del 6% de la población en situación de extrema pobreza a casi el 50%. Según una evaluación internacional del piloto del Programa de Transferencia con Corresponsabilidad TEKOPORA, este programa tiene efectos muy positivos, entre otras cosas, en la mayor asistencia, retención y aprobación en Educación Escolar Básica, mayor asistencia a los servicios de salud, aumento general y cambios positivos en el consumo y composición de los alimentos, además de un aumento de la participación ciudadana.



ODM1

Estamos abocados a la tarea de conseguir consenso con otros poderes del Estado a fin de alcanzar el 100% de cobertura de nuestra población meta: las familias en situación de pobreza extrema. Somos conscientes de que el consenso se logrará en la medida en que se comprenda que los programas de transferencias con corresponsabilidad buscan, en el mediano plazo, romper la transmisión intergeneracional de la pobreza al promover que las nuevas generaciones (los hijos e hijas de familias en situación de pobreza extrema) accedan a la educación y a la salud.

En este mismo contexto, este año se ha iniciado el pago de una pensión alimentaria para personas adultas mayores en situación de pobreza a fin de que tengan una vida digna.

En el 2009 tuvimos una prueba muy importante como nación, además de la crisis económica mundial que en Paraguay no pasó desapercibida, sufrimos una de las peores sequías de los últimos años y como consecuencia, nuestra economía se contrajo en 3,8%. Sin embargo, con una política fiscal contra-cíclica, sin arriesgar nuestra estabilidad macroeconómica, hemos logrado revertir los impactos negativos de la caída de la economía y la pobreza volvió a bajar durante el año 2010. El crecimiento económico de cerca de 15% del año 2010 permitió reducir la pobreza absoluta en Paraguay por tercer año consecutivo, sin embargo, la pobreza extrema se mantuvo estable. Un examen pormenorizado de la situación de Paraguay nos aclara que no solo la elevación progresiva de los precios de los alimentos principal componente de la canasta de los pobres extremos ha revertido los avances logrados en materia del porcentaje de indigentes, sino además que el problema central constituye la grave desigualdad en la distribución de los activos e ingresos. En este sentido, estamos trabajando intensamente pero necesitamos el acompañamiento de los otros poderes del Estado para avanzar hacia una estructura tributaria no solo más eficiente, sino fundamentalmente más justa, los ricos de Paraguay como en cualquier parte del mundo, deben pagar impuestos.

Superar la pobreza en Paraguay es un desafío ético, político, económico y social. Hemos comprendido como sociedad que es importante, realizar más y mejor inversión social para erradicar la pobreza. La universalidad del ejercicio y goce de los derechos es el fundamento de toda nación que busca mayor equidad e igualdad entre sus ciudadanos, la mayor inversión social promueve la cohesión social y la gobernabilidad democrática y es un poderoso instrumento de crecimiento económico y productividad en el mediano y largo plazo.

Las poblaciones en situación de pobreza; familias, comunidades, municipios tendrán atención prioritaria a través de prestaciones específicas. Dada su mayor vulnerabilidad y exclusión, serán objeto de procesos de inclusión y de acciones afirmativas.

Anhelamos llegar al 2015 con una reducción significativa de la pobreza extrema conforme nos comprometíamos a través de nuestros representantes que nos han precedido, y para ello estamos redoblando esfuerzos y multiplicando la mayor cantidad de los recursos financieros disponibles.





ODM1
erradicar la
pobreza extrema
y el hambre



1. Objetivo, Metas e indicadores

OBJETIVO 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.

Meta 1 A: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas en situación de extrema pobreza.	1.1 Porcentaje de la población en extrema pobreza.
	1.2 Razón de la brecha de la pobreza.
	1.3 Participación de los hogares del quintil más pobre en el ingreso total de hogares.
Meta 1 B: Lograr empleo pleno y productivo y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres y jóvenes.	1.4 Tasa de actividad de la población mayor de 10 años de edad.
Meta 1 C: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.	1.5 Tasa de ocupación de la población mayor de 10 años de edad.
	1.6 Tasa de desempleo abierto, población de 15 a 24 años de edad.
	1.7. Porcentaje de la población ocupada en situación de pobreza.
	1.8 Proporción de la población ocupada que trabaja por cuenta propia.
	1.9 Porcentaje estimado de niños y niñas menores de 5 años de edad con desnutrición global.
	1.10 Porcentaje registrado de mujeres embarazadas desnutridas.

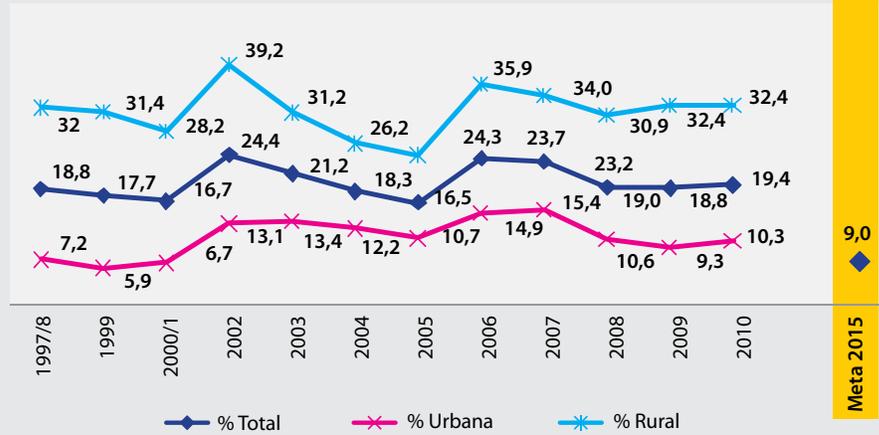


ODM1

1A
meta

Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas en situación de extrema pobreza¹.

Gráfico 1. Población en la pobreza extrema por área de residencia 1997/2010 (%)



Fuente: DGEEC - EIH 1997/8 y 2000/1; EPH 1999, 2002 - 2010.

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre. Diagnóstico y tendencias

Indicador 1.1: Porcentaje de la población en extrema pobreza.

Entre 1997/1998² y 2010 se produjeron notorias oscilaciones en el comportamiento de las condiciones de pobreza extrema en el país, como resultado del contexto general de irregular desarrollo económico y social de ese período. A lo largo de la serie histórica citada, se constata un incremento del porcentaje de la población total viviendo en situación de pobreza extrema, que pasa de 18,8% a 19,4%, con un aumento relativo del 3% entre esos años (Gráfico 1). Su nivel más alto en ese lapso de tiempo ocurrió en 2002, cuando afectó al 24,4% de la población total, aunque en 2006 y 2007 orilló de nuevo esos porcentajes para experimentar, a partir de los años siguientes, un descenso importante aunque no sostenido.

En todos esos años la pobreza extrema se concentró en el área rural donde, no solamente fue siempre muy superior a la urbana, sino que en algunos años llegó a ser entre 4 y 5 veces mayor (1999, 2001 respectivamente) o a triplicarla, como en el 2002 y entre el 2008/2010, oscilando en torno a un promedio cercano

1 Extrema pobreza: extrema pobreza o indigencia, se genera cuando las personas carecen de recursos para cubrir el costo de la Canasta Básica de Alimentos (CBA), cuyo contenido calórico proteico satisface los requerimientos elementales diarios. En el marco de los reportes de los ODM, en el Paraguay se asume como referencia a la capacidad de acceso a recursos para cubrir el costo de la CBA, mientras que otros países toman como parámetro de pobreza extrema cuando las personas disponen de ingresos inferiores a 1 dólar por día.

2 Años de realización de una primera Encuesta Integrada de Hogares (EIH 97/98) y punto de partida de las encuestas técnicamente comparables realizadas anualmente (Encuestas Permanentes de Hogares: EPH).



al 32%. Por su parte, la pobreza extrema en área urbana que, a inicio del período analizado afectaba al 7,2% de la población total, ascendió a 10,3% en 2010, año en que se incrementó en un punto porcentual con respecto al año previo, a diferencia de la rural que se mantuvo en el mismo nivel de 2009³.

Como queda dicho en el inicio de este análisis, el período de mayor aumento de la pobreza extrema se produjo entre 1997-2002, coincidentemente con el quinquenio de menor dinamismo de la economía paraguaya cuyo Producto Interno Bruto experimentó, en ese lapso, una tasa anual promedio de crecimiento negativa de -0,8. En cambio, entre 2003 y 2008, el Paraguay experimentó un incremento del Producto Interno Bruto que se reveló especialmente vigoroso en los años 2006 y 2007, en consonancia con el cual, desde el 2002 hasta el 2005, se produjo una caída importante de la pobreza extrema de casi 8 puntos porcentuales de descenso respecto al año 2002; sin embargo, en los años 2006 y 2007, a pesar de ese desarrollo de la economía, la pobreza extrema volvió a crecer hasta situarse en niveles cercanos al del 2002. Este comportamiento aparentemente paradójico se explica por la suba significativa de los precios de los alimentos (alrededor de 40% durante 2006-2007).

En el 2008 la pobreza extrema descendió 4,2 puntos porcentuales en un contexto de crecimiento económico e inflación baja. Para el 2009, los pronósticos de un aumento significativo de la pobreza extrema, como consecuencia de la caída del PIB en 3,8%, no se cumplieron y la pobreza extrema tuvo un pequeño descenso a nivel nacional aunque con un repunte en el sector rural debido a la intensa sequía que azotó al país y que hizo que el sector agrícola experimentara una caída del 24% durante ese año.

La política contra-cíclica del gobierno podría considerarse como un importante elemento que ha contribuido a evitar la suba de la pobreza extrema; el gasto público creció 28% respecto al año 2008 y la inversión física tuvo un aumento muy significativo, además de la expansión del programa de Transferencias Monetarias con Corresponsabilidad (TMC) que pasó de 13.900 a 112.700 familias⁴, entre otras medidas. El crecimiento del PIB durante el 2010 marcó un record histórico y alcanzó 14,5% respecto al 2009; sin embargo, el aumento de los precios de los alimentos (11%) durante 2010, contrarrestó los efectos positivos de la expansión económica en los sectores más vulnerables, como resultado de lo cual la pobreza extrema aumentó en 0,6 puntos porcentuales.

Indicador 1.2: Razón de la brecha de pobreza.

La brecha de pobreza es un indicador complementario al anterior, ya que permite analizar la distancia existente entre el ingreso de los hogares pobres y la línea de pobreza, permitiendo estimar la profundidad de la pobreza entendida como el monto del ingreso que le falta recibir a la población en situación de pobreza para llegar a salir de ella.

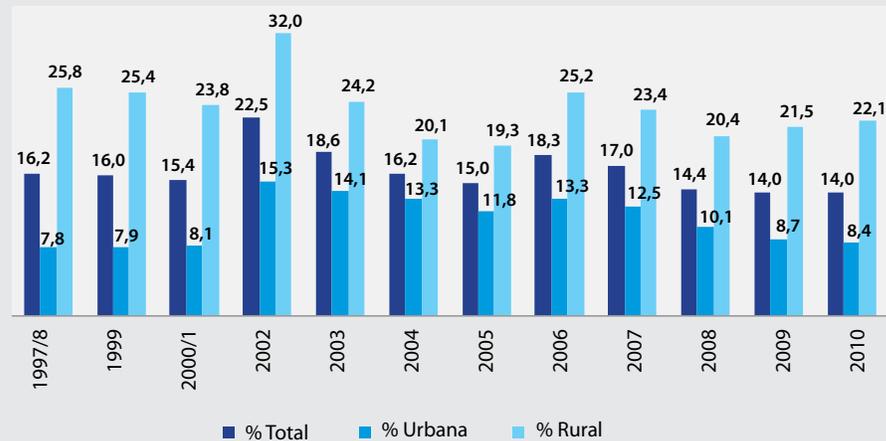
3 En términos absolutos la pobreza extrema rural afectaba, en el 2010, a aproximadamente 846 mil habitantes y la pobreza extrema urbana a cerca de 383 mil habitantes.

4 Se espera que los efectos de los programas de TMC en la pobreza extrema, sean captados en las estadísticas con mayor amplitud a partir del año 2011.



En el lapso comprendido entre 1998-2010 este indicador muestra importantes fluctuaciones aunque, en general, se mantiene alrededor del 14% que es el valor correspondiente al 2010, habiendo descendido en 2.2 puntos porcentuales con respecto al primer año de la serie (1998). En el 2002, la profundidad de la pobreza llegó a su nivel más alto (22,5%). (Gráfico 2).

Gráfico 2. Razón de la brecha de Pobreza, por área de residencia 1997 / 2010 (%)



Fuente: DGEEC - EIH 1997/8 y 2000/1 EPH 1999, 2002 - 2010.

En cuanto a la situación por área de residencia, la brecha se redujo en el área rural desde 1998, cuando llegó a 25,8%, hasta un 22,1% en el 2010, en tanto que en el área urbana se incrementó de 7,8% a 8,4% en ese mismo periodo. (Gráfico 2).

Indicador 1.3 A: Participación de los hogares del quintil más pobre en el ingreso total de hogares.

La proporción de los hogares situados en el quintil más pobre, en términos de su participación en los ingresos totales de los hogares, que en 1997/8 representaba el 4,2% del total, descendió al 3,5% para el 2010, mostrando una tendencia negativa hacia la disminución de la desigualdad⁵. El bajo nivel de participación del quintil más pobre en los ingresos totales muestra la importancia de reducir la desigualdad como estrategia para el combate a la pobreza. (Gráfico 3).

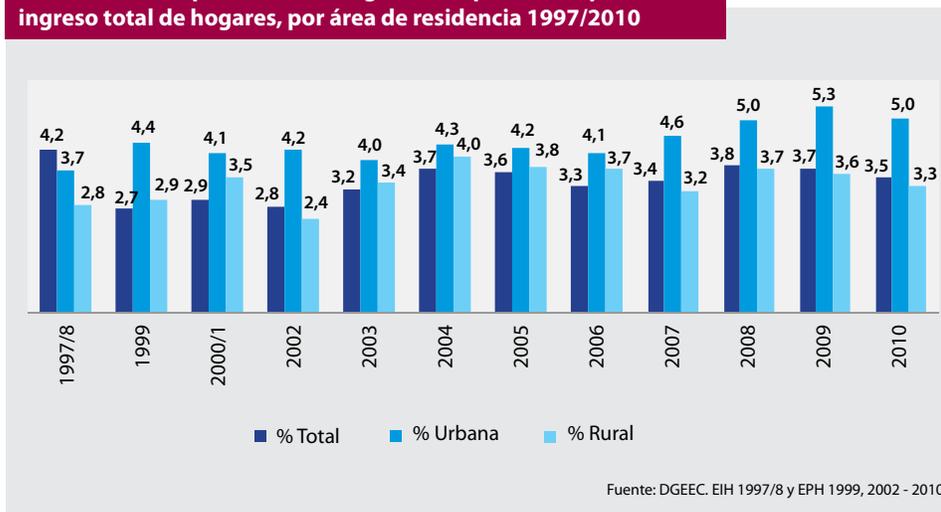
Según un estudio realizado por el PNUD⁶, si los ingresos se distribuyeran más equitativamente, por ejemplo: una reducción en 15% del índice de Gini, se reduciría en 10 puntos porcentuales la pobreza absoluta en el Paraguay, sin que sea necesario un crecimiento económico adicional.

⁵ En un país con total igualdad, el 20% de la población (un quintil) participaría con el 20% de los ingresos.

⁶ INDH Equidad para el Desarrollo Paraguay 2008, pg. 65.



Gráfico 3. Participación de los hogares del quintil más pobre en el ingreso total de hogares, por área de residencia 1997/2010



1.B Lograr empleo pleno y productivo, y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres y jóvenes.

Indicador 1.5 A: Tasa de actividad de la población mayor de 10 años de edad.

La tasa de actividad de la población de 10 años y más de edad experimentó un incremento de 2,6 puntos porcentuales entre el periodo 1997/98 y el año 2010, pasando de 57,9% a 60,5%. Aun considerando su aparente escaso crecimiento total, dada la importancia de sus efectos en términos de una mayor demanda de empleo, importa analizar su comportamiento diferencial por áreas y por sexo.

En el primer caso, mientras en el área urbana la tasa se mantenía prácticamente constante a lo largo de ese período, pasando de 60,6% en 1997/98 a 60,1% en 2010, en el área rural se produjo un aumento significativo: de 54,4% a 61,2%. (Anexo: Cuadro 1).

Y en cuanto a la situación por sexo se destaca, frente a un descenso de la tasa de actividad masculina (de 74,4% a 73,5%), un importante aumento de la tasa femenina que se incrementó de 41,4% a 47,3%), aunque la tasa de los hombres se haya mantenido en su nivel tradicionalmente muy por encima del de las mujeres. (Anexo: Cuadro 1).

Indicador 1.5 B: Tasa de ocupación de la población mayor de 10 años.

La tasa de ocupación de la población mayor de 10 años experimentó disminuciones progresivas en el periodo 97/98 -2002, llegando a su menor nivel en el 2002, precisamente el año en que el Paraguay experimentó también el mayor



ODM1



aumento de la pobreza⁷. A partir del 2003 la tasa de ocupación comenzó a crecer y en 2005 se aproximó a la de 1997/98; a partir de ese último año se mantuvo en un nivel superior a 93% y en el 2007, cuando la economía paraguaya alcanzó una de sus tasas de mayor crecimiento, la ocupación llegó a una tasa del 94,5%, casi similar a la de 2010 que fue de 94,3%. (Anexo: Cuadro 2).

Si el análisis comparativo se extiende al periodo 1997/98 – 2010, se observa que la evolución de las tasas de actividad urbana y rural no presentan diferencias relevantes. Por otro lado, la tasa de ocupación de la población no pobre no registra cambios importantes y, en el caso de la población pobre, se verifica un descenso de 1,2 puntos porcentuales en el periodo analizado. (Anexo: Cuadro 2).

En cuanto al comportamiento del indicador desagregado por sexo, se aprecia una caída de la tasa de ocupación de las mujeres y de los hombres en -0,4 y -0,2 puntos porcentuales respectivamente. En el caso de las primeras, la tasa pasó de 93,2% en 1997/98 a 92,8% en 2010 y en el de los hombres cayó de 95,5% a 95,3%. (Anexo: Cuadro 2).

Indicador 1.5 C: Tasa de desempleo abierto de la población de 15 a 24 años de edad.

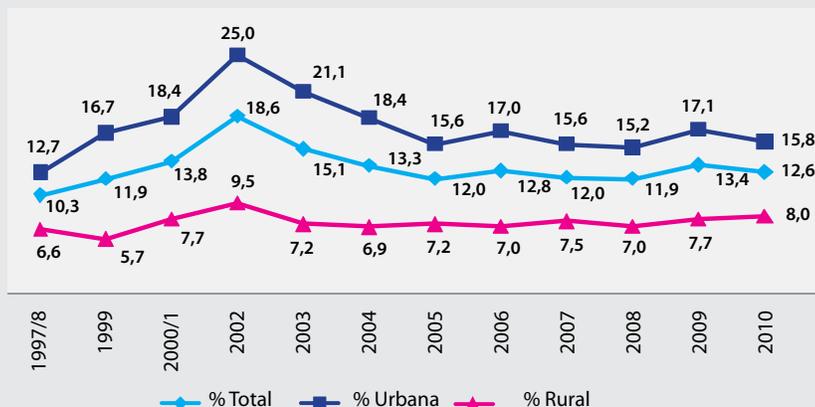
La tasa de desempleo abierto, referida a la fuerza de trabajo, que no tiene empleo pero desea trabajar y realiza intentos para obtenerlo, se refiere en este indicador, a las personas comprendidas en el tramo de 15 a 24 años de edad y se caracteriza, en el período de análisis de 1997/98 a 2010, por presentar dos sub períodos relativamente bien diferenciados. En efecto, entre 1997/98 y 2002, la tasa de desempleo experimenta un sostenido incremento desde un 10,3% al inicio de la serie hasta un 18,6% en el último año indicado; iniciando, a partir del siguiente año (2003), un lento proceso de retroceso que, con oscilaciones de diferente magnitud, la llevan hasta alcanzar un nivel de 12,6% en el 2010.

El punto más bajo de esa evolución de 8 años (2003/2010) se alcanza en el 2008, cuando la tasa de desempleo abierto del grupo de referencia desciende hasta un 11,9%. En el 2009 sufre un repunte y se eleva al 13,4%, coincidentemente con la caída en 3,8% del PIB de ese año con respecto al del 2008. En cambio, la recuperación económica del 2010 permite reducir la tasa de desempleo abierto en 0,8 puntos porcentuales situándola en 12,6% (Gráfico 4).

En el periodo analizado, el área urbana fue la más afectada por el desempleo, con un aumento de la tasa de 3,1 puntos porcentuales entre 1997/98 (12,7%) y 2010 (15,8%), en tanto que en el área rural el incremento fue de solo 1,4 puntos porcentuales (de 6,6% a 8,0% entre los años citados). Según la condición socioeconómica y el sexo, el desempleo abierto afectó en mayor medida a la población que vive en situación de pobreza y a las mujeres, creciendo el indicador de 12,0% a 15,7% y de 12,3% a 16,9%, respectivamente. (Gráfico 4).

⁷ Para la región fue también uno de los años más críticos.

Gráfico 4. Tasa de desempleo abierto, población de 15 a 24 años de edad, por área de residencia. 1997/2010



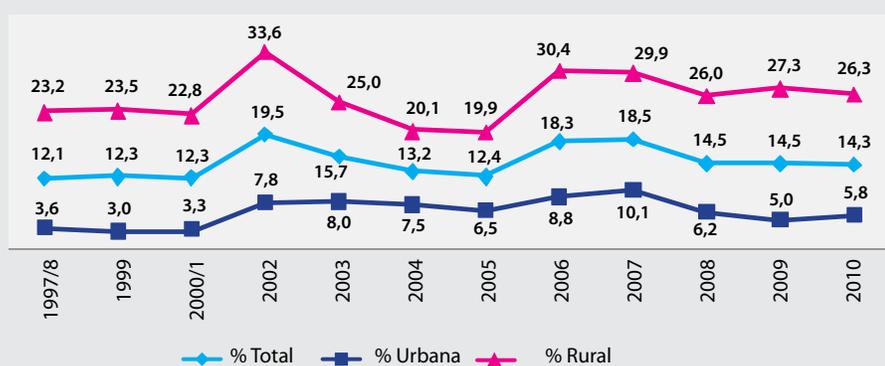
Fuente: DGEEC - EPH 1999, 2002/10 y EIH 1997/98, 2000/1

Indicador 1.6C: Porcentaje de población ocupada en situación de pobreza extrema.

El porcentaje de población ocupada en situación de pobreza extrema aumentó en alrededor de 20%, si se considera que pasó de 12,1% a 14,3% en el periodo 1997/98 – 2010, con un incremento de 2,2 puntos porcentuales. El mayor aumento se dio en el área rural donde aumentó 3,1 puntos porcentuales, pasando de 23,2% a 26,3%. (Gráfico 5).

En cuanto a la situación por género, el aumento más significativo de la tasa de ocupación de la población en condición de pobreza se dio entre las mujeres, entre quienes de 7,1% se pasó a 12,4% con un incremento de 5,3 puntos porcentuales en el año 2010 respecto a 1997/98; en cambio los hombres tuvieron un aumento de 0,8 puntos porcentuales pasando de 14,6 a 15,4%. (Anexo: Cuadro 3).

Gráfico 5. Porcentaje de población ocupada en situación de pobreza extrema, por área de residencia 1997/2010



Fuente: DGEEC - EPH 1999, 2002 - 2010 y EIH 1997/98, 2000/1



Indicador 1.7 Porcentaje de población ocupada que trabaja por cuenta propia o como familiar no remunerado.

La población ocupada que trabaja por cuenta propia pasó de 48,6% a 43,2% en el periodo 1997/98 -2010 lo que representa una disminución de 5,4 puntos porcentuales (11%). Esta disminución fue ligeramente mayor en área urbana que en la rural (6,5 y 2,6 puntos porcentuales, respectivamente). Sin embargo, el porcentaje de población ocupada que trabaja por cuenta propia en el ámbito rural (66,4%) es casi 2,5 veces mayor al área urbana (27,1%). (Anexo: Cuadro 4).

Es importante tener en cuenta que las personas dedicadas a este tipo de actividad no cuentan, en general, con seguridad social, sus ingresos son altamente inestables y sus condiciones de trabajo sumamente vulnerables.

Al tomar en consideración la condición socioeconómica de la población que trabaja por cuenta propia, se constata que el porcentaje de la que vive en situación de pobreza y está en esta categoría ocupacional, disminuyó en 4,5 puntos porcentuales frente a la no pobre que registró una caída de 6,9 puntos. Si se analiza por sexo, la proporción de varones que trabajan por cuenta propia disminuyó 7 puntos porcentuales entre el inicio y el fin del periodo analizado, mientras que el porcentaje de mujeres en igual situación ocupacional experimentó una reducción de 3,0 puntos porcentuales en igual período⁸. (Anexo: Cuadro 4).

1.C Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre

El hambre se mide a través de dos indicadores, al relacionarlo con el “porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición global⁹”; y el “porcentaje registrado de mujeres embarazadas desnutridas”.

La desnutrición global de menores de 5 años muestra incremento entre el año 1990 y el 1998, año en que empieza a decrecer. No obstante esta tendencia decreciente en los últimos 7 años, en el 2005, el indicador se ubica todavía por arriba del registrado en 1990; observándose el pico más alto en el año 1998 con el 5,1%. Así, en 1990, la desnutrición global afectaba al 3,7% de la niñez menor a 5 años y para el 2005 al 4,2%.

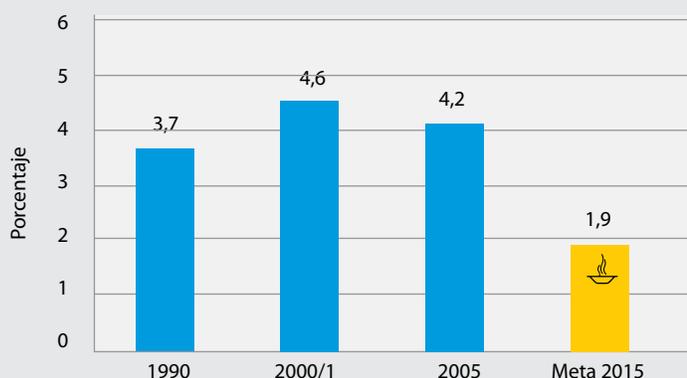
Considerando el área de residencia, el sector urbano registra menores tasas de desnutrición y en el periodo estudiado no hubo cambios positivos. El área rural, sin embargo, muestra un persistente incremento pasando de 4,3% en 1995 a 5,7% en 2005.

Con respecto a las diferencias por sexo, el indicador muestra un crecimiento más rápido de la desnutrición en los varones, ya que la misma pasó de 3,3% a 5,2%, mientras que la desnutrición en las niñas disminuyó de 4,1% a 3,1%.

⁸ En términos muestrales el cambio es irrelevante.

⁹ Relación peso-edad por debajo de - 2DE en niños/as menores de 5 años. No se cuentan con datos luego del año 2005 (a partir de este año comenzó un programa especialmente diseñado para reducir la desnutrición y durante el año 2010 cuenta con alrededor de US\$ 4 millones (Gs. 18.000.000.000).



Gráfico 6. Evolución de la prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años

Fuente: CEPEP 1990; DGEEC - EIH 1997/8; 2000/01 - EPH 2004/2005

Si el análisis se realiza por condición de pobreza, las diferencias son muy significativas. La desnutrición global alcanzaba al 6,4% de los menores de 5 años en pobreza y a 2,1% de los no pobres (año 2005).

El Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) lo implementa el Ministerio de Salud desde el año 2000, de manera gradual y amplificada en todos los departamentos del país. El SISVAN incluye a menores de 5 años, embarazadas y niños/as en edad escolar y adolescentes. Sin embargo, la remisión de datos desde las regiones sanitarias es irregular por lo que se menciona a continuación la evolución de la prevalencia en las regiones que enviaron sistemáticamente sus datos durante el último quinquenio.

Evolución de la prevalencia de Desnutrición Global en servicios de salud del MSP BS en el último quinquenio

Región Sanitaria	Año 2006		Año 2007		Año 2008		Año 2009		Año 2010	
	Total (n)	%	Total (n)	%						
San Pedro	9.678	7,3	8.710	6,0	8.821	7,0	6.545	8,1	4.970	7,8
Cordillera	893	4,7	4.000	4,1	3.847	3,8	2.792	5,2	2.097	3,1
Caaguazú	7.268	9,1	6.738	6,9	3.138	7,5	2.508	13,1	761	6,8
Itapúa	2.017	6,5	989	4,8	565	6,0	662	4,1	756	5,2
Misiones	596	4,0	439	2,7	757	2,9	709	3,8	508	2,2
Paraguari	684	6,9	432	5,8	815	4,3	652	4,0	125	8,0
Central	4.757	4,7	1.079	4,4	2.467	3,9	2.128	4,5	3.987	3,8
Canindeyú	2.990	7,0	4.759	7,9	3.774	9,4	2.088	12,5	1.885	8,1
TOTAL	28.883	7,1	27.146	6,1	24.184	6,4	18.084	8,0	15.089	5,8

Fuente: INAN-MSP BS. Datos evaluados con patrones de referencia de OMS 2006.



La desnutrición global en menores de 5 años cobra importancia debido al impacto de esta situación en la salud y el rendimiento educativo en el corto plazo; mientras que en el largo plazo, influyen en las capacidades laborales y socioafectivas. Según un estudio realizado por CEPAL/PMA/UNICEF¹⁰ la suma de los costos directos e indirectos en salud, educación y productividad en Paraguay fue equivalente al 2% del PIB del año 2005¹¹. Los costos de intervención para erradicar la desnutrición son mucho más bajos que los costos derivados de no erradicar la misma.

Indicador 1.8B Porcentaje registrado de mujeres embarazadas con bajo peso.

Con relación a la prevalencia de embarazadas desnutridas, los datos existentes corresponden a lo generado por el SISVAN.

Cabe destacar que en el año 2000 de la vigilancia nutricional de embarazadas, los datos fueron obtenidos de 7 Hospitales Regionales, seleccionados de las Regiones Sanitarias con mayor mortalidad materno infantil (San Pedro, Cordillera, Guaira, Caaguazú, Paraguari, Amambay, Canindeyú). En el año 2002 aumentaron a 12 las Regiones Sanitarias (Concepción, Caazapá, Misiones, Alto Paraná y Central). Actualmente se realiza en las 18 Regiones Sanitarias la Evaluación Nutricional de Embarazadas, pero con número de muestra muy variable. Los indicadores con los cuales se mide el estado nutricional son Peso/Talla/Edad Gestacional, con el patrón de Rosso y Mardones (Ministerio de Salud de Chile, 1986).

Al igual que lo mencionado en el apartado anterior, las únicas prevalencias sobre estado nutricional de embarazadas involucran exclusivamente a aquellas que acuden a los servicios de salud y no todas las regiones sanitarias remiten información anualmente, a continuación se presentan los datos de los departamentos del país que han enviado sus reportes de manera regular

Evolución de la prevalencia de embarazadas con bajo peso en servicios de salud del MSP BS durante el último quinquenio

Regiones sanitarias	2006			2007			2008			2009			2010		
	n°	%	total	n°	%	total									
San Pedro	1.073	33,8	3.177	1.012	32,6	3.100	1.234	32,1	3.841	1.309	32,3	4.056	622	29,8	2.088
Cordillera	272	31,9	853	514	27,8	1.847	524	28,8	1.816	479	29,8	1.609	704	28,3	2.492
Caaguazu	429	35,3	1.215	314	34,7	905	185	31,5	587	239	34,4	695	48	18,8	255
Itapua	216	26,6	811	104	25,7	404	155	25,9	599	154	28,9	532	179	29,1	616
Misiones	188	24,3	775	150	24,8	605	186	23,9	777	79	25,9	305	111	30,2	367
Paraguari	139	27,3	510	125	31,8	393	37	31,6	117	20	24,1	83	10	35,7	28
Central	870	27,9	1.567	282	31,2	904	146	27,0	540	321	25,1	1.281	642	25,2	2.548
Ñeembucu	153	30,2	86	76	30,5	249	52	30,7	169	125	28,5	439	73	30,5	239
Canindeyu	494	31,5	1.251	263	34,8	756	311	32,7	951	273	31,7	862	157	40,6	387

Fuente: INAN/MSPYBS

10 Con el apoyo del Programa Invertir en la Gente para el estudio de caso de Paraguay.

11 Para países como Bolivia, Guatemala El Salvador y Guatemala los costos de la desnutrición representaron entre 6 y 11,4% del PIB en el año 2004.



El porcentaje registrado de mujeres embarazadas con desnutrición muestra una disminución de 37,4% a 31% en los años 2006 y 2007.

Observando el comportamiento de los indicadores relativos a la desnutrición, tanto de la niñez como de las mujeres embarazadas, el cumplimiento de las metas será difícil, ya que fueron “años perdidos”; *sin embargo, si se considera que a partir del año 2009 se verifica un aumento significativo de los programas de TMC que actualmente alcanzan al 50% de la población en pobreza extrema (se prevé llegar al 100% en los siguientes años), sumado a un aumento considerable de la inversión social y a un repunte económico puede esperarse que en la cuenta regresiva para llegar al año 2015, Paraguay puede revertir significativamente los porcentajes de pobreza y desnutrición.*

A pesar del crecimiento sostenido de la economía y el mayor gasto social ejecutado por el sector público en los últimos años, las estrategias implementadas desde el Estado no han logrado generar cambios significativos para mejorar el acceso a un trabajo decente, a un ingreso digno y a mejores condiciones de vida de los hogares más pobres.

Diversas hipótesis pueden plantearse en torno a los motivos por los cuáles la pobreza no ha retrocedido. En el sector urbano el escaso capital humano, que a su vez determina baja productividad laboral, no ha permitido que una importante proporción de jóvenes y personas adultas accedan a mejores condiciones laborales. En el sector rural, el bajo nivel educativo, la falta de acceso a tierra, a información, a conocimientos técnicos y a financiamiento, obstaculizan la obtención de mayores ingresos por parte del sector campesino.

El incremento del precio de los alimentos en alrededor del 40% entre el 2006 y 2007, influyó tanto en el sector urbano como en el rural, erosionando la capacidad de compra especialmente de las personas de escasos recursos.

Otros factores como el sostenido incremento de las remesas del exterior, el inicio del programa de transferencias condicionadas y el aumento de los precios internacionales de algunos productos agrícolas probablemente ayudaron a que el aumento de la pobreza extrema no haya sido mayor¹².

Según el informe Nacional sobre Desarrollo Humano en Paraguay 2008, existen marcadas condiciones de desigualdad de los hogares. Aquellos con jefatura femenina, guaraní hablante, del sector rural y del 20% más pobre de la población cuenta con un ingreso per cápita mensual en guaraníes de 106.092. Por contraste, aquellos con jefatura masculina, hispanohablante del sector urbano y del 20% más rico, disponen de 2.611.269 guaraníes mensuales. El informe señala además que la condición de género propicia desigualdades que sumadas a otras, como el lugar de residencia y el ingreso, hacen que las asimetrías se profundicen.

Finalmente, es importante destacar que no se puede descartar que Paraguay alcance la meta de reducir la pobreza extrema al 9% para el año 2015, si se dan las siguientes condiciones a) continua la senda de crecimiento de la prioridad fiscal de la inversión social. En este caso, se puede esperar cosechar sus frutos en los próximos años b) se mantiene la senda de crecimiento económico y se vigoriza aún más este crecimiento. En este caso, aumentarán las posibilidades de ampliar las oportunidades de mejorar el empleo y de disponer de más recursos para fortalecer el capital humano c) se consolida una política social que

12 El aumento de los precios de los alimentos durante los años 2006 y 2007 generó ganadores y perdedores en el país.



garantiza presencia del Estado en las zonas más vulnerables. En este caso se estará promoviendo el cumplimiento de los derechos de la población en extrema pobreza.

2. Marco de Apoyo: Políticas y Programas

A través del Gabinete Social, el Gobierno ha elaborado la Política Pública de Desarrollo Social: “Paraguay para Todos y Todas 2010-2020”, un instrumento que busca articular diversas iniciativas y recursos destinados a la atención de las demandas de la población y la generación de oportunidades para el ejercicio y goce de los derechos de los ciudadanos paraguayos. El citado Plan, a través del diseño de políticas específicas, pretender contribuir a alcanzar progresivamente una mayor igualdad en el acceso a los servicios sociales.

La Política Pública para el Desarrollo Social “Paraguay para Todos y Todas” 2010-2020, es un documento que busca impulsar un Pacto Social basado en dialogo, actitudes y acciones entre todos los sectores para definir la visión de un futuro compartido. Plantea un desarrollo humano inclusivo que compromete, orienta y articula el accionar de todas las instituciones que integran el Gabinete Social¹³.

Esta política presenta programas, planes y acciones para el área social y económica, organizadas en políticas universales para todos y todas y en políticas específicas focalizadas para familias, grupos y comunidades en situación de pobreza y exclusión social. Sus Ejes Estratégicos son: 1. Calidad de vida para todos y todas, que considera objetivos relacionados con la Salud, Educación, Vivienda, Agua, Saneamiento Básico, Identificación civil y Seguridad Alimentaria. 2. Inclusión Social, superación de la pobreza y la desigualdad, que define objetivos relacionados con la pobreza, niñez e indígenas. 3. Crecimiento económico sin exclusiones, que define objetivos referidos al empleo y la Reforma Agraria. 4. Fortalecimiento Institucional y eficiencia en la Inversión social¹⁴

En el marco de dicha política, se diseña un Sistema de Protección Social denominado “Saso Pyahu”, como una estrategia de abordaje para mitigar y superar la pobreza extrema a través del establecimiento de un conjunto de políticas públicas, orientadas a reducir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida de las familias, principalmente en los municipios más pobres.

“Paraguay para Todos y Todas” formula los siguientes programas emblemáticos: Programa TEKOPORA; Programa ABRAZO; Unidades de Salud de la Familia (USF); Paraguay Lee y Escribe – Alfabetización de personas jóvenes y adultas; Inclusión a las personas en el ejercicio de su derecho a la identidad; Programa de Producción Alimentaria (PPA), Ñamba’apo Paraguay - Programa de Trabajo Temporal; Mejora de las condiciones de habitabilidad; Abastecimiento de agua y saneamiento en comunidades urbanas, rurales e indígenas; Reforma Agraria Integral; Indígenas: Territorio, participación y desarrollo; pueblos indígenas aseguran su territorio.

13 Gabinete Social Presidencia de la República del Paraguay. PPDs “Que es?” www.gabinetesocial.gov.py

14 Gabinete Social, Presidencia de la República del Paraguay. Paraguay para Todos y Todas, propuesta de políticas públicas para el desarrollo social, 2010 – 2020. Unidad Técnica del Gabinete Social, Presidencia de la República del Paraguay. Asunción, 2010.

El Programa Tekoporá, tiene por objetivo “Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población a través de transferencias monetarias con corresponsabilidad y la articulación de las políticas públicas y acciones interinstitucionales, garantizando la inclusión social, promoviendo el ejercicio efectivo de los derechos a la alimentación, salud, educación y participación protagónica, con acompañamiento socio familiar y comunitario para la cohesión social”.

En el marco del Sistema de Protección Social este programa tuvo una expansión inmediata pasando de dar atención a alrededor a 13.000 familias en el 2008, a 98.789 familias (493.495 personas) en el 2010¹⁵.

El Programa Abrazo se propone “Disminuir progresivamente el trabajo infantil en las calles, contribuyendo a la superación de la pobreza en el Paraguay, a partir del ejercicio de los derechos de salud, educación y protección familiar a los niños y niñas que realizan alguna actividad económica, pudiendo desarrollar sus capacidades de acuerdo al ciclo de vida en el que se encuentran”. Prioriza acciones en las calles de Asunción, Central, Ciudad del Este y apoyo a municipios de Concepción, Caaguazú y Encarnación. Es un programa social con enfoque de derechos que se organiza en cuatro componentes: calle, centros abiertos, familia y articulación interinstitucional. La puerta de entrada al programa es la calle, lo que permite asegurar que las familias más deterioradas y los niños y niñas más vulnerables (por la situación de calle) ingresen al sistema para la restitución de Derechos. Para el 2009 habían sido atendidos por el Programa 1.538 niños y niñas y 1.108 familias.

El Programa Territorio, Participación y Desarrollo: Pueblos indígenas aseguran su territorio, se plantea brindar oportunidades a personas en situación de vulnerabilidad ocupacional para instalar y/o fortalecer sus competencias laborales, a fin de generar las condiciones para su posterior inserción en empleos, en el marco de Trabajo Decente, a través de estrategias socio-educativas que permitan el desempeño laboral en diferentes ámbitos orientados al desarrollo local.

El Programa UFS –Unidades de Salud de la Familia– tiene como objetivo acercar el sistema de salud a las familias y sus comunidades, brindando servicios para atender el 80% de los problemas de salud de la población adscripta a cada USF y garantizar la vinculación al Sistema Nacional Público de Salud para dar respuesta al 20% restante¹⁶. También se amplía la extensión de cobertura por parte del Instituto de Previsión Social al sector del trabajo doméstico, lo cual abre la posibilidad de que 230.000 trabajadoras domésticas y aproximadamente 400.000 familiares puedan contar con el seguro de salud del IPS¹⁷.

Cabe mencionar, además, que entre las primeras acciones propuestas e implementadas en el marco de las Políticas Públicas para la calidad de vida y salud con equidad, el nuevo gobierno implementa la gratuidad de los servicios de salud en forma progresiva, como respuesta a un elevado gasto de bolsillo en salud en el que incurren numerosas familias paraguayas y cuyo valor llega al 68.5 % del gasto privado en salud. Así también, se facilitó la disponibilidad y provisión

15 Fuente: Gobierno de la República del Paraguay. Contraloría General de la República. Dirección General de Control de Recursos Sociales. Informe Final. Auditoría a la Secretaría de Acción Social “Programa Tekoporá”. Ejercicio fiscal 2007. Asunción, julio del 2009; y Secretaría de Acción Social. Dirección General de Protección Social y Desarrollo Humano. Programa de Transferencias Monetarias con Corresponsabilidad. Informes Trimestrales. 1º. y 2º. Trimestre 2009.

16 La estrategia y dinámica de implementación de las UFS es desarrollado en los objetivos 4 y 5 del presente documento.

17 Gobierno de la República del Paraguay. Presidencia de la República. Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social (STP) - Secretaría General de la Presidencia Informe 2009. Gobierno Nacional. Julio 2009. 87 pp.



ODM1



de medicamentos gratuitos, según un nuevo listado básico ampliado¹⁸.

Como parte del Programa de Fortalecimiento de la Agricultura Familiar, a partir del 2007, el Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG) implementó un Fondo de Apoyo a la Agricultura Familiar; el mismo, además de incentivos financieros, introdujo el Certificado Agronómico y el Registro de la Agricultura Familiar. Este programa permitió un apoyo directo a la agricultura familiar campesina a través de la transferencia de G. 33.470 millones para 88.948 beneficiarios¹⁹.

Por Decreto Presidencial, se creó la Coordinadora Ejecutiva para la Reforma Agraria –CEPRA– cuyo objetivo principal es el de coordinar y promover el desarrollo económico, social, político y cultural, además de impulsar la gestión de las políticas públicas en asentamientos creados y contribuir al logro de la reforma agraria. Dentro de las principales acciones desarrolladas por CEPRA se pueden mencionar el relevamiento de datos de necesidades de las familias en cuanto a seguridad alimentaria, infraestructura básica, abastecimiento de agua potable, tenencia de tierra en seis departamentos (San Pedro, Canindeyú, Caazapá, Caaguazú, Concepción y Misiones).

El Fondo de Inversión Social (FIS), ejecutado por la Secretaría de Acción Social (SAS), es un programa articulador de la intervención social del Estado en las comunidades rurales pobres que abarca, inicialmente, 40 de los 66 distritos priorizados por el Gabinete Social a través del Índice de Priorización Geográfica (IPG). Tiene como objetivos: 1. Contribuir a la problematización y conocimiento de la realidad personal y social, promoviendo el desarrollo de ciudadanía mediante el reconocimiento de derechos, la expansión de la autonomía crítica y la asunción de una participación activa en la vida económica, social, cultural y política; 2. Promover la integración y participación en las redes locales, contribuyendo al fortalecimiento de iniciativas de inserción sociocultural, a la pertenencia e identificación colectiva y a la promoción de la autonomía, previendo estrategias que garanticen su sustentabilidad; 3. Contribuir a revertir inequidades sociales, asociadas a aspectos de género, raza, etarios, territoriales, discapacidades, entre otros. Este Programa, articula sus acciones con nueve instituciones gubernamentales: Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Ministerio de Hacienda, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Ministerio de Justicia y Trabajo, Secretaría Técnica de Planificación, Gabinete Social, SENASA y DIPLAN.

Otro aporte en este ámbito ha sido la definición de algunos instrumentos de gestión del área social como el Registro Único de Beneficiarios (RUB). La finalidad principal de este instrumento es optimizar recursos y garantizar la transparencia para que los programas sociales lleguen a la mayor cantidad posible de destinatarios. Más que una base de datos de beneficiarios y potenciales

18 Gobierno de la República del Paraguay. Presidencia de la República. Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social (STP) - Secretaría General de la Presidencia Informe 2009. Gobierno Nacional. Julio 2009. 87 pp. Resolución Número 140 del 30 de septiembre del 2008, el que dispone la gratuidad universal de las internaciones hospitalarias así como de las cirugías de urgencias y programadas de las diferentes especialidades; y la Resolución Número 363, del mismo año que dispone la exoneración del pago de aranceles de los estudios auxiliares de diagnóstico a los pacientes internados en todos los hospitales, centros y puestos de salud dependientes del MSP y BS.

19 Los artículos más significativos de la Ley 1863/02 "Estatuto Agrario" son: "promover el acceso de la mujer a la propiedad de la tierra, garantizando su arraigo a través del título de propiedad, al crédito y apoyo técnico oportuno"; preferencia a favor de la mujer cabeza de familia para la adjudicación de la tierra sometida a reforma agraria, así como la prórroga para el pago de las cuotas en un 50% del plazo para dichas adjudicatarias. La promulgación de esta ley es el resultado del trabajo de las organizaciones de mujeres campesinas.

beneficiarios de las políticas sociales, es un componente activo del modelo de gestión social para la focalización de las intervenciones y de los programas sociales en las personas que más lo necesiten.

Sus objetivos, que van más allá de proporcionar información estadística, son: a) Identificar a los beneficiarios actuales y potenciales de la política social de una manera transparente y objetiva, b) focalizar las intervenciones y programas sociales en las personas que más lo necesiten por su condición de pobreza y exclusión, c) mejorar la eficiencia de los programas sociales a través del incremento de los beneficios a quienes lo requieren y, d) monitorear los resultados y evaluar el impacto de la inversión pública en la reducción de la pobreza y en los procesos de inclusión.

Hay que agregar también el Plan Estratégico Económico-Social 2008-2013 (PEES), presentado en setiembre de 2008, algunos de cuyos objetivos son: 1. Mejorar la inversión social (educación y salud) y focalizar el gasto público en el ataque a la pobreza extrema; 2. Fortalecer las instituciones del Estado para hacer mejores políticas, entregar mejores servicios públicos y ofrecer garantía jurídica a las personas y a las inversiones. El PEES establece la necesidad del desarrollo productivo y la competitividad para ampliar mercados y generar empleos; así mismo señala la necesidad de una Reforma Agraria integral, la reactivación de la agricultura familiar y la generación de empleo como parte de la lucha contra la pobreza.

El PEES establece como metas: un crecimiento sostenido a un promedio de 5% anual; la reducción de la pobreza extrema del 19,4% al 10% para el quinto año (2013); y la mejora de la calidad del gasto público con énfasis en inversiones sociales focalizadas en la pobreza extrema. Se propone también desarrollar e implementar una estrategia de abordaje territorial con enfoque participativo y sistémico; promover la instalación de un sistema compensatorio para el desarrollo de territorios de baja densidad poblacional o regiones de bajo desarrollo socioeconómico; e impulsar la desconcentración en la prestación de servicios sociales en función a las capacidades y posibilidades locales.

3. Desafíos para la reducción de la extrema pobreza y el hambre

La pobreza, en su concepción multidimensional, implica igualmente múltiples causas en su condición de proceso histórico y social; en ellas hay que rastrear los desafíos que demandan la reducción y la superación de la extrema pobreza y el hambre. Esos desafíos encierran diferentes grados de complejidad que determinan el tiempo y las posibilidades de afrontarlos. Sin ánimo de ser exhaustivos, se plantean los siguientes aspectos a los cuales el Gobierno Nacional se halla abocado:

- El mantenimiento de la asignación de los recursos públicos necesarios para el desarrollo de acciones en el marco de la política social en general y el combate a la pobreza en particular, como estrategia central. A los programas de protección social ejecutados en los últimos años, se suma la implementación y fortalecimiento de los programas de promoción social e inclusión econó-



ODM1



mica, planteados en el Plan 2020, a través de los programas denominados *emblemáticos*.

- Es también de fundamental importancia el fortalecimiento adecuado de los planes y programas que han demostrado tener algún nivel de resultados positivos en la reducción de la pobreza, a través de la evaluación y mejoramiento de su capacidad de gestión de recursos.
- Se debe asegurar la coordinación y articulación central y territorial de las políticas y programas de las instituciones integrantes del Gabinete Social, conjuntamente con actores locales y sociedad civil en general.
- Constituye también un compromiso insoslayable, la adecuación de las herramientas y estrategias para el establecimiento de mecanismos oportunos de seguimiento y control de la calidad de los servicios, así como las acciones y efectos generados por la implementación de los programas y proyectos sociales de lucha contra la pobreza.
- Además de mejorar la calidad y efectividad de los programas, es muy importante ampliar su cobertura buscando superar el número de beneficiarios directos alcanzados. En este sentido, el desafío con la ampliación del Programa TMC (Tekoporá) para llegar a 200.000 beneficiarios es doble, ya que implica, por un lado asegurar recursos financieros suficientes para ampliar la cobertura llegando a casi la totalidad de la población en pobreza extrema, y por otro lado, mejorar la calidad del apoyo socio comunitario mediante el fortalecimiento del capital humano institucional.
- El fortalecimiento y ampliación de las capacidades técnicas de los agentes locales es vital para garantizar que las políticas de reducción de la pobreza logren ser sostenidas a nivel local.
- Un desafío en la agenda de políticas y programas implementados por las instituciones públicas tiene que ver con el diseño, implementación y acompañamiento de acciones orientadas a erradicar la pobreza y el hambre en comunidades indígenas del país; no se trata solamente de ser tenidas en cuenta sino, también, de ser respetuosas con sus culturas en cumplimiento y observancia del Convenio 169 y la Constitución Nacional.
- Las estrategias de reducción de la pobreza con perspectiva de género representan uno de los requisitos fundamentales de las estrategias de construcción cultural orientadas a reducir los prejuicios valorativos respecto a los hombres y las mujeres²⁰.

Al considerar cuestiones más específicas de los programas se plantean los siguientes desafíos:

Es fundamental que los proyectos productivos destinados a mejorar las condiciones de vida de las familias pobres trasciendan el límite del autoconsumo y garanticen un mayor ingreso familiar. En este sentido también es fundamental apostar a los modelos de negocios inclusivos. Estos modelos tienden puentes entre los negocios y los pobres en beneficio de ambas partes. Incluyen a los pobres por el lado de la demanda, como consumidores y clientes, y por el de la oferta como empleados, productores, distribuidores y empresarios en varias etapas de

²⁰ Las políticas, en general, continúan privilegiando a las mujeres en su rol de madres por lo cual es muy importante aumentar los esfuerzos orientados a transversalizar el enfoque de género en todas las políticas de Estado.



la cadena de valor. Los beneficios de estos modelos trascienden las utilidades y el aumento en los ingresos; para las empresas implican innovación, creación de mercados y fortalecimiento de las cadenas de suministro, mientras que para los pobres, significan mayor productividad, ingresos sostenibles y mayor empoderamiento, oportunidades y bienestar.

Por otra parte, el fortalecimiento y la ampliación de las capacidades técnicas de los agentes locales ayudarán a garantizar que las políticas de reducción de la pobreza logren ser sostenidas a nivel local.

Es imprescindible también que las estrategias orientadas a la reducción de la pobreza consideren las causas de la pobreza y la heterogeneidad de la misma, de manera a definir planes y programas que sean universales y, al mismo tiempo, selectivos y orientados a grupos específicos.

También se deben realizar todavía esfuerzos substanciales para que los planes y programas orientados a reducir la pobreza y el hambre, tomen en consideración y prioricen aquellas acciones que garanticen a las mujeres el pleno ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. La educación en materia de control de la fecundidad y el acceso a métodos de planificación familiar, son centrales por su impacto en la reducción del número de hijos e hijas o de dependientes en los hogares más pobres.

La articulación de procesos productivos que integren a la población beneficiaria adulta en el mundo del trabajo y mantenga mayor tiempo a los niños y niñas en los espacios educativos, sigue siendo una tarea preeminente.

También es importante el desarrollo de una política de empleo orientada a la incorporación de los trabajadores y trabajadoras jóvenes al mercado laboral, que exija el pleno cumplimiento de las leyes pertinentes a través de la implementación de planes y programas de prevención y erradicación del trabajo infantil, de protección del trabajo adolescente y de articulación de iniciativas públicas y privadas.

El fortalecimiento de las instituciones que implementan planes de asistencia alimentaria en el país es una tarea ineludible. Así también, el diseño e implementación de planes y programas orientados a la atención y prevención del hambre, la malnutrición, basados en un diagnóstico nacional. Para lo cual, es necesario realizar una Encuesta Alimentaria Nutricional a fin de disponer de una información oportuna y real sobre la situación del país en el área mencionada, que permitirá la formulación de políticas y programas nutricionales que respondan a la problemática real que impide el logro de los ODM.

En este sentido, se ha concretado un gran avance en cuanto a la integración de los programas en salud, y más específicamente en nutrición dado por la incorporación del Programa de Asistencia Alimentaria Nutricional al Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN) dependiente del Ministerio de Salud. El mencionado programa se ha creado en el año 2005 en el marco del compromiso asumido por el país para el cumplimiento de las Metas del Milenio, específicamente para lo referente a la disminución a la mitad de la Desnutrición Infantil, y a su vez se halla inserto dentro de la Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad. Actualmente la denominación del mismo es el de Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI), ya que busca articularse de manera efectiva con los demás programas y estrategias del propio Ministerio de Salud y de otros ministerios, y se menciona como ejemplo, el



ODM1



logro de la inscripción en el Registro Civil y la posterior cedulación masiva de todas las personas beneficiarias del programa, para lo cual se han iniciado los contactos con el Ministerio del Interior (Departamento de Identificaciones).

A 5 años de la creación del Programa el mismo se encuentra actualmente asistiendo a Niños y Niñas con Riesgo de Desnutrición y Desnutridos menores de 5 años y mujeres embarazadas con Bajo Peso de 7 Regiones Sanitarias, teniendo como meta a corto plazo abarcar el año 2011 a 9 Regiones Sanitarias, incluyendo comunidades indígenas. A mediano plazo se espera ampliar el programa a todas las regiones sanitarias y en el largo plazo lograr la universalización del complemento nutricional para niños y niñas menores de 5 años sin discriminar por estado nutricional. Vale decir, se pretende cambiar el enfoque asistencialista actual por un enfoque preventivo y de carácter inclusivo (principalmente indígenas) en función al riesgo social que existe en cada región o localidad.

Como país hemos asumido la responsabilidad de aliarnos para combatir el hambre y la desnutrición por lo que, desde el sector salud, una de las prioridades por un lado, es la elaboración de una Política Nacional de Alimentación y Nutrición que integre y coordine los planes, programas y estrategias para el cumplimiento de las metas propuestas; y por otro lado, es fundamental disponer de una legislación que garantice el derecho a la alimentación ya sea dentro de un Código Sanitario corregido y actualizado o a través de un Código Alimentario.

4. Prioridades para la asistencia al desarrollo

- Favorecer acciones orientadas a la articulación de una política nacional que asegure un fuerte y sostenido crecimiento económico y un efectivo desarrollo.
- Impulsar el diseño e implementación de políticas macroeconómicas y financieras orientadas a la reducción de la pobreza.
- Impulsar acciones orientadas a fortalecer el desarrollo agrícola y el desarrollo rural del país, así como a mejorar el acceso a la educación en el área rural, además de fortalecer el vínculo entre planes y presupuestos.
- Promover la definición de medidas concretas y hojas de ruta precisas para la reducción de la pobreza y la movilización de recursos económicos y humanos calificados hacia los departamentos del país. Las acciones definidas deben ser implementadas a nivel territorial, en el marco de la descentralización del país, lo que permitirá reducir las diferencias y brechas del desarrollo social entre las diferentes regiones nacionales.
- Favorecer la inversión en medidas que garanticen la articulación de aspectos referidos a la salud, educación, agua y saneamiento básico de las comunidades beneficiadas o focalizadas por los programas de reducción de la pobreza en el país.
- Impulsar el desarrollo de estrategias orientadas a apoyar el empleo juvenil con perspectiva de género, diseñadas en el marco del Paraguay para Todos y Todas. Sectores claves de la sociedad deben participar en la elaboración de dichas estrategias que el Gobierno tendría que adoptar a través de un

marco legal adecuado y del diseño de planes y programas que garanticen su ejecución

- Favorecer la transversalización de los temas de género en los planes y programas de reducción de la pobreza y en las políticas económicas y de empleo, fortaleciendo la voluntad política para la implementación de dichas políticas ya que las mismas permitirán ampliar la cobertura y calidad de los servicios y programas para las mujeres pobres.
- Incentivar el seguimiento del impacto que los programas y políticas tiene en la vida de las mujeres, de modo a identificar y prever los efectos generados por situaciones de discriminación, violencia y desigualdad. Es importante evaluar permanentemente el grado de participación y autonomía de las mujeres beneficiadas con dichas políticas.
- Favorecer la realización de investigaciones que permitan tener un mayor conocimiento del empleo doméstico, por tratarse de una puerta de entrada al mundo del trabajo de la mayoría de las mujeres en situación de pobreza, sobre todo, las jóvenes y adolescentes del ámbito rural, para caracterizar la problemática y proponer estrategias adecuadas al mejoramiento de las condiciones laborales de las empleadas domésticas del país.
- Impulsar el diseño e implementación de planes y programas que favorezcan políticas públicas de prevención y erradicación del trabajo infantil y de protección del trabajo adolescente. Los planes y programas deben considerar y articular iniciativas públicas y privadas.
- Promover mejoras en el marco del sistema legal y administrativo tendientes a equiparar derechos salariales de empleadas y empleados domésticos con los del resto de los trabajadores y trabajadoras; prevenir el trabajo infantil doméstico en hogares de terceros y disminuir los riesgos asociados al trabajo doméstico.
- Favorecer acciones que garanticen la seguridad alimentaria de los sectores más pobres de la población, así como la implementación de planes y programas orientados a la prevención y atención del hambre y la desnutrición de la niñez menor de 5 años. Evaluar los resultados de las acciones implementadas en este ámbito.



ODM1



ANEXO AL ODM 1

Impacto del ajuste a la metodología de medición de la línea de pobreza en la cantidad de pobres y la profundidad de la pobreza en el Paraguay²¹

Antecedentes²²

En los 10 años transcurridos entre 1998 y 2007, la DGEEC había venido midiendo la pobreza en el Paraguay en base a las líneas de pobreza definidas a partir de la Encuesta Integrada de Hogares (EIH), realizada en 1997/98 en el marco del programa MECOVI con el apoyo del BID y del Banco Mundial. La definición de estas líneas por la DGEEC correspondía a las prácticas corrientes de los Institutos Nacionales de Estadística de la región en aquellos años.

Diez años después del establecimiento de la línea de base de pobreza en 1997/98, se cuenta con nuevos desarrollos conceptuales y metodológicos que hicieron necesaria una revisión retrospectiva de la serie histórica. La discusión sobre inconsistencia de líneas de pobreza es reciente (2006-2007) y fue iniciada por el trabajo de Ravallion (1998) y Pradhan et al. (2001).

Los nuevos desarrollos metodológicos, sumados a una serie de resultados inesperados obtenidos en las encuestas más recientes, como los menores niveles de pobreza rural respecto a la urbana, reforzaron la necesidad de mejorar y actualizar la metodología de medición de la pobreza en el Paraguay y realizar una revisión retrospectiva de la serie histórica. Este trabajo se inició en febrero del año 2008 y culminó en octubre del 2010.

En el marco de la revisión a la que fue sometida la EIH 1997-98 y con el objetivo de asegurar la mayor transparencia posible en las metodologías y procedimientos utilizados para la estimación oficial de las cifras de pobreza en el Paraguay, se contó con el apoyo del Banco Mundial (BM) a través de la contratación de expertos internacionales idóneos en el campo de la medición de pobreza al mismo tiempo que la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) instauraba un Comité Interinstitucional de Pobreza, conformado por profesionales técnicos y expertos de instituciones públicas y privadas y los principales usuarios de las estadísticas sobre este tema.

El trabajo riguroso y minucioso implicó la capacitación y apropiación de la nueva metodología por parte de los técnicos de la DGEEC y miembros del comité interinstitucional, quienes podrán a su vez convertirse en formadores de nuevos especialistas.

La principal innovación incorporada para la definición de la línea de pobreza, consiste en la aplicación del método de Ravallion para la definición de la población de referencia de una manera más consistente, que permite medir a los hogares urbanos y rurales con la misma vara. Por tanto, ofrece una visión más clara de las dimensiones de la pobreza en el Paraguay.

Como resultado de ello, se cuenta con la valoración de una nueva Canasta Básica de Alimentos y no Alimentos, cuya fuente de datos corresponde a la Encuesta Integrada de Hogares 1997/98 (EIH 1997/98), que en aquella época había incorporado un módulo de gastos en el hogar. Ello implica una nueva serie de cifras que dan cuenta de la pobreza experimentada por nuestro país en el periodo 1997-2008. Asimismo, se presenta la serie con la anterior metodología (ver el anexo estadístico), con el fin de establecer comparaciones y dimensionar el efecto que ha tenido la aplicación de la nueva metodología.

Ajuste a la metodología de medición de línea de pobreza

El ajuste a la metodología de medición de la pobreza y las líneas de pobreza resultantes para el periodo 1997/8-2008, posee implicancias de políticas públicas de alta relevancia. La Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) llevó a cabo la revisión, actualización y mejora de la metodología, una labor que demandó veinte meses de trabajo y, que como ya se señaló, contó con el apoyo técnico y financiero del Banco Mundial y de un Comité Interinstitucional que acompañó todo el proceso.

21 Tomado de Notas sobre Desarrollo Humano N° 6, Diciembre 2009 - PNUD Paraguay - www.undp.org.py/dh

22 Antecedentes tomados de Mejora de la metodología de medición de pobreza en el Paraguay. Resultados 1997-2008. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC).

Los cambios de la metodología de medición de línea de pobreza

En relación a la metodología anterior, vigente a partir de la Encuesta de Hogares de 1997/8, la nueva incorpora mecanismos más sofisticados, conforme a los avances recogidos en el debate internacional en la materia. El eje del cambio consiste, entre otros aspectos, en la metodología de selección del estrato poblacional utilizado para definir el costo de la Canasta Básica de Alimentos y de la Canasta Básica de Consumo y, secundariamente, en la composición de ambas canastas.

En la metodología anterior se consideraban cuatro estratos correspondientes a cuatro dominios o regiones geográficas que ya disponían de sus correspondientes Líneas de Pobreza, cada una. Este método de medición suponía, contra el principio de equidad, que los hogares del sector rural tenían necesidades y umbrales diferentes de satisfacción de sus necesidades con relación a los del sector urbano. Con la nueva metodología se corrigió esta subestimación de las necesidades del área rural y, consecuentemente, la línea de pobreza de este sector aumentó y, con ella, los niveles de pobreza.

La nueva metodología se basa en la definición de la población de referencia a partir de las propuestas de Ravallion (1998) y Pradhan (2001), entendida como aquella perteneciente a los hogares ubicados en la franja cuya canasta de consumo es la más representativa a nivel nacional y para todas las áreas. No obstante, las diferentes líneas de pobreza por dominio permanecen en razón a la diferencia de precios de los productos de las canastas para cada dominio.

Tanto los productos de consumo como sus precios, que fueron actualizándose cada año con base en la variación del Índice de Precios al Consumidor del Banco Central del Paraguay, son aquellos recogidos en la Encuesta Integrada de Hogares de 1997/98.

En síntesis, con la nueva metodología se tiene una sola población de referencia para la composición del consumo de todo el país, desagregada en cuatro dominios establecidos según el costo de consumo diferenciado: Asunción, Central Urbano, Resto Urbano y Rural. De esta forma se asegura la consistencia y comparabilidad de las mediciones de bienestar de toda la población.

Al analizar los datos resultantes se observa consistencia en las diferencias o brechas entre el precio de la Canasta de Consumo de Alimentos y el ingreso en cada dominio: en todos los dominios existe una brecha similar. En el sector rural, tanto el precio de la Canasta de Consumo de Alimentos como la remuneración de la mano de obra y de otras fuentes de ingresos, son menores que en los demás dominios. La diferencia o brecha mencionada es denominada brecha de extrema pobreza, que mide cuán pobre es el pobre y consiste en la diferencia entre el ingreso per cápita y la línea de pobreza extrema, expresada en guaraníes en esta oportunidad.

Otro cambio consiste en los ajustes derivados de la “no respuesta”, especialmente en la declaración de ingresos ya que el elevado nivel de “no respuesta” en segmentos representativos de las áreas urbanas y de los estratos socioeconómicos de niveles de altos ingresos, distorsionaba los promedios.



Lograr la enseñanza primaria universal (ODM 2)

Brindar a todos nuestros niños, niñas y jóvenes, cualquiera sea la condición económica de sus padres, la oportunidad de una educación de calidad, que les permita ser verdaderos ciudadanos de la sociedad del conocimiento y la información, es compromiso de este gobierno.

La educación es un derecho vinculado al desarrollo pleno de las personas. Incide decisivamente en los procesos de autonomía personal y en las oportunidades y calidad de vida de los individuos, las familias y las colectividades. Es la base para el desarrollo humano: eleva la autonomía personal, mejora la salud y la dinámica al interior de la familia, eleva los niveles de ingreso, y es un medio de promoción de valores ciudadanos y de una cultura de igualdad.

Con relación a la educación, nuestro país, en las últimas décadas, ha dado pasos agigantados, sin embargo reconocemos que aún tenemos desafíos importantes. Si miramos al Paraguay desde una perspectiva histórica reciente vemos que hoy el nivel del analfabetismo ha descendido significativamente; al inicio de la década del 80, alrededor del 20% de toda la población de Paraguay era analfabeta. En el 2010, sólo es el 5% de la población era analfabeta. Este 5% está compuesto principalmente por aquellas personas adultas mayores que no tuvieron la oportunidad de estudiar en décadas pasadas. Hoy nuestro compromiso explícito es llegar al año 2013 con una tasa de analfabetismo de sólo el 1,9%.

Hemos partido con desventajas relativas si nos comparamos con nuestros vecinos del MERCOSUR: en 1992 sólo el 17% de la población en edad preescolar estaba en las aulas, hoy tenemos aproximadamente al 70% de esa población en las aulas. Por otro lado, la Tasa Bruta de la Educación Media en el año 1990 era sólo de 22% y hoy llegamos al 55,6%.

Hoy tenemos una Tasa Bruta de los primeros 6 años de la Educación Primaria del 99%, pero debemos reconocer que tenemos aún mucho que recorrer con la Educación Media. El objetivo en los próximos años es acelerar los logros y hacer todo lo posible para la gratuidad de la educación media sea una realidad.



En el último quinquenio, hemos avanzado en el acceso a nuevas tecnologías de información y comunicación. Nuestro objetivo ahora, es reducir en el menor tiempo posible la brecha tecnológica que separa a nuestra población rural de la urbana.

Completaremos el proceso iniciado con el advenimiento de la democracia en Paraguay en materia de cobertura educativa. Nuestro desafío hoy se centra en el fortalecimiento de la instalación de políticas educacionales que se organizan en torno a los siguientes objetivos: ampliar a todo nivel las oportunidades educacionales y distribuir las con equidad y fortalecer el capital humano del país mejorando la calidad de la educación en los próximos años, tema en el cual pondremos mucho énfasis.

Somos conscientes que la constante aceleración de los cambios y la necesidad de incorporar nuevos conocimientos a la vida y al trabajo, obligan a prestar y recibir servicios de educación a lo largo de la existencia. Este imperativo de nuestro tiempo está revolucionando el concepto y la práctica de la educación, exigiendo al sistema educativo a mejorar la calidad educativa, a ampliar el número, las edades y la heterogeneidad de los educandos. Presión que se siente no sólo en la demanda de muchos y nuevos servicios, sino también en la renovación e innovación ininterrumpida de los ya organizados.





ODM2
lograr la
enseñanza
primaria universal



1. Objetivo, Metas e indicadores

OBJETIVO 2: Lograr la enseñanza primaria universal.

Meta 2 A: Asegurar que para el año 2015 los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.	2.1 Tasa de matrícula neta del Preescolar y la Educación Escolar Básica.
	2.1A Tasa de matrícula bruta del Preescolar y de la Educación Escolar Básica.
	2.1B Tasa de matrícula neta de la Educación Media.
	2.1C Tasa de matrícula bruta de la Educación Media.
	2.2. Tasa de supervivencia del 5to. Grado.
	2.2A Tasa de término de la primaria de la población de 15 a 24 años de edad.
	2.3 Tasa de analfabetismo de la población de 15 años y más.
	2.3A Tasa de alfabetismo de mujeres y hombres de 15 a 24 años.



ODM2

La constante aceleración de los cambios y la necesidad de incorporar nuevos conocimientos a la vida y al trabajo, obligan a prestar y recibir servicios de educación a lo largo de la existencia. Ya no basta con educarse en las primeras etapas de la vida, en la infancia, la adolescencia y la juventud; es apremiante mantener el proceso de aprendizaje durante todo el ciclo vital, porque muchos de los conocimientos adquiridos en los primeros años quedan obsoletos al poco tiempo, mientras van surgiendo otros nuevos que deben ser asimilados de inmediato para afrontar los cambios que se experimentan en la actualidad.

Este imperativo de nuestro tiempo está revolucionando el concepto y la práctica de la educación, presionando al Estado y forzando al sistema educativo a ampliar el número, las edades y la heterogeneidad de los educandos. Presión que se siente no sólo en la demanda de muchos y nuevos servicios, sino también en la renovación e innovación ininterrumpida de los ya organizados.

A partir de la década de los noventa el país ha realizado esfuerzos importantes en el ámbito educacional. En ese marco, la escolaridad de la Educación Escolar Básica (EEB) obligatoria se ha extendido de 6 a 9 años, con lo cual se ha expandido considerablemente la oferta educativa, facilitando especialmente el acceso de poblaciones de las zonas rurales al sistema escolar, contribuyendo así a la disminución de la inequidad entre áreas territoriales del país.

Otro hito importante en este proceso es la ampliación de la obligatoriedad y gratuidad de la Educación Inicial y de la Educación Media, un hecho que contribuirá significativamente al logro de los objetivos propuestos en el “Plan Nacional de Educación 2024” que busca garantizar la igualdad de oportunidades en el acceso, el mejoramiento de la calidad, la eficiencia y la equidad de la educación paraguaya, como bien público y derecho fundamental.

Es conveniente reconocer sin embargo que, si bien se han dado avances significativos hacia el cumplimiento de los ODM, el énfasis en ese proceso estuvo puesto más en la expansión del sistema en los diferentes niveles y modalidades educativas, que en garantizar una educación de calidad y equidad, de modo que la educación paraguaya enfrenta aún grandes desafíos referidos especialmente a la eficiencia, equidad y calidad de su funcionamiento.

2A

Asegurar para el 2015 que todos los niños y niñas tengan la posibilidad de completar la educación primaria.

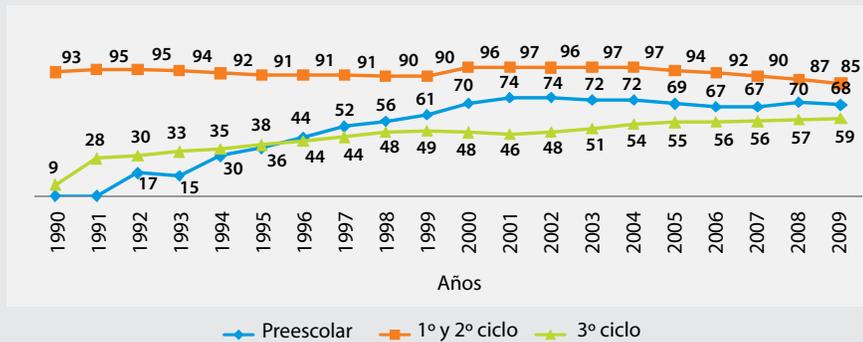
meta

La Educación Inicial junto con la Educación Escolar Básica (EEB), constituyen el primer nivel del Sistema Educativo Nacional. La Educación Inicial se ofrece en dos modalidades: formal y no formal y comprende las etapas de maternal, pre jardín, jardín de infantes y preescolar. Por su parte, la Educación Escolar Básica (EEB) está conformada por tres ciclos de tres grados cada uno, con una duración total de 9 años, siendo las edades oficiales para cursar este nivel las comprendidas entre 6 y 14 años, siendo obligatoria y gratuita en las instituciones de gestión oficial. El 1^{er} y 2^o Ciclo de la EEB (o Educación Primaria) atienden a la población de 6 a 11 años y el 3^{er} Ciclo (Secundaria Baja) a la de 12 a 14 años.

Educación básica universal: Diagnóstico y tendencias

Indicador 2.1¹

Gráfico 1: Tasa de matrícula neta del pre-escolar y de la educación escolar básica (EEB)



Fuente
MEC_Análisis Cuantitativo de la Evolución Educativa, 1990-2001
MEC_Sistema de Información Estadística Continua, 1996-2010

Entre los años 1992 y 2009, periodo para el cual se dispone de información, la tasa neta del preescolar aumentó de 17% a 68,2%, mientras que, en el periodo 1990-2009, el primer y segundo ciclo de la EEB presentó una disminución de 8,3 puntos porcentuales (93% a 84,7%). Respecto a este descenso, es conveniente señalar que antes de la Reforma Educativa vigente desde 1994, la edad oficial para ese nivel educativo era de 7 a 12 años, situación que podría explicar en parte su decrecimiento. El tercer ciclo de la EEB, por su parte, aumentó en 50 puntos porcentuales (pasando de 8,5% a 58,5%). (Gráfico 1).

Si se analiza por área de residencia, se constata que se produjeron aumentos significativos en la escolarización del preescolar y 3^{er} ciclo de la EEB; el salto más notorio en términos de matriculación neta se dio en el preescolar; en efecto, entre 1992 y 2009 la tasa neta pasó de 34% a 71,8% en área urbana y de 6% a 63,8% en área rural. Este incremento puede ser explicado por la expansión de la oferta educativa a través de la habilitación de instituciones de gestión oficial, especialmente en zonas rurales. (Anexo: Cuadro 6)

La desagregación por género evidencia una paridad en la matriculación neta de varones y mujeres en el año 2009 en el preescolar y en el 1^{er} y 2^o ciclo de la EEB; no así en el 3^{er} ciclo de la EEB donde se verifica una diferencia de 5,2 puntos porcentuales a favor de las mujeres. (Anexo: Cuadro 6).

¹ Observación general para todos los indicadores del MEC: Los datos que se presentan provienen de la recolección censal realizada anualmente por una unidad central de procesamiento con las planillas estadísticas presentadas por cada institución educativa con sus respectivos datos, registrándose frecuentes retrasos de parte de las mismas en el cumplimiento de esta tarea. Por esta razón, una tasa más baja que se pueda presentar específicamente en el último año de la serie, no implica necesariamente un descenso de los valores estadísticos presentados, sino el efecto de la falta de información a la fecha del corte del procesamiento, motivado por el retraso de algunas instituciones que aún no han enviado sus respectivas planillas en tiempo oportuno.



ODM2



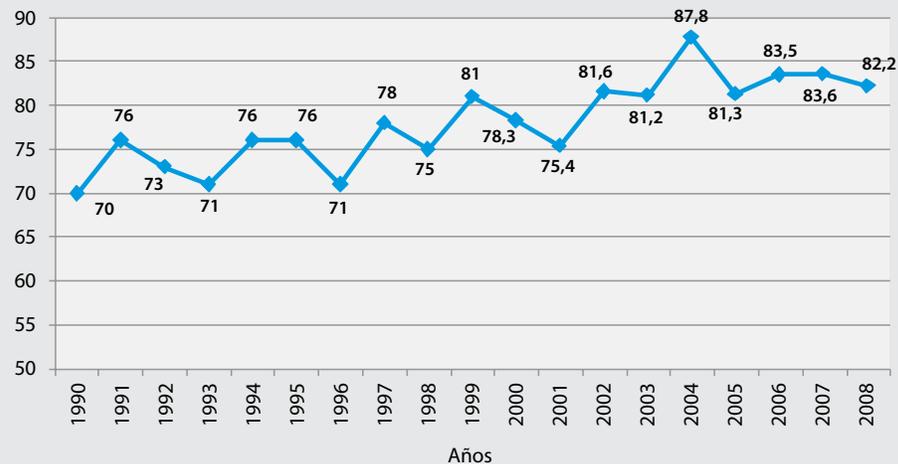
Indicador 2.2. Tasa de supervivencia (retención) al 5to grado.

La tasa de supervivencia presenta fluctuaciones en el periodo considerado: en 1990 era de 70% y en 2008 había aumentado a 82,2%, registrando su mayor índice en 2004 con un valor cercano a 90%. (Gráfico 2). Las diferencias por área de residencia muestran que a nivel urbano la tasa disminuyó casi 10 puntos porcentuales en el periodo 1990-2005, mientras que en área rural se incrementó en 21,4 puntos porcentuales, pasando de 56% a inicios del periodo a 77,4% en el 2005, con su valor más alto en el 2008. (77,4%) (Anexo: Cuadro 7).

Este comportamiento podría deberse a la movilidad de estudiantes residentes en zonas rurales que asistían a instituciones educativas situadas en ciudades y centros urbanos del país, considerando la falta de oferta educativa prevaleciente en área rural en la década de los noventa, situación que se fue revirtiendo progresivamente mediante la ampliación de la oferta educativa en aquellas zonas. En cuanto a la desagregación por sexo, se evidencian diferencias mínimas; sin embargo, los indicadores del 2008 revelan una disparidad a favor de las niñas de poco menos que un punto porcentual (Anexo: Cuadro 7).

En síntesis, la tendencia indica una mejoría general en la tasa de supervivencia al quinto grado.

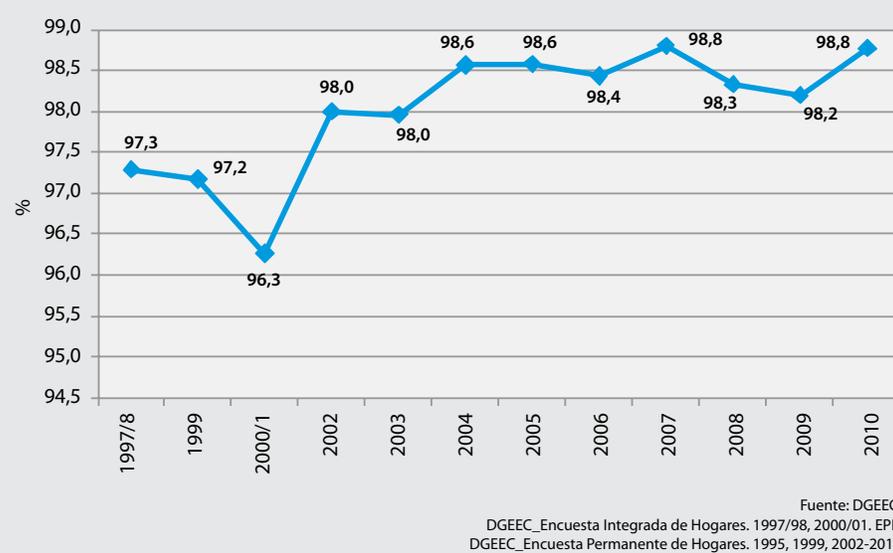
**Gráfico 2: Tasa supervivencia al 5º grado.
Año 1990-2008**



Fuente: MEC-DGPE-SIEC
MEC_Sistema de Información Estadística Continua. 1990-2010

**Indicador 2.3 y 2.3 A
Tasa de analfabetismo de la población de 15 años y más.**

Para el 2010 el 98.8% de la población de 15 a 24 años se encontraba alfabetizada y, en los últimos años, con equidad de género, área de residencia y condición de pobreza (Anexo: Cuadro 8). Esta tendencia permite estimar que antes de llegar al año 2015 se podría lograr la universalización del alfabetismo para este grupo de edad.

Gráfico 3: Indicador 8. Tasa de alfabetismo* de la población de 15 a 24 años de edad

* La tasa de alfabetización de la población de 15-24 años se calcula como porcentaje de la población de ese grupo de edad que declara saber leer y escribir, de manera que mide cómo estas personas perciben sus propias capacidades, pero no brinda información sobre lo que saben o son capaces de hacer en las tres dimensiones del alfabetismo (lectura, escritura y utilización de números).

En lo que refiere a la tasa de analfabetismo de la población de 15 años y más, se produjo un importante avance al lograr su reducción de 8,9% en los años 1997/8 a 5,3% en el 2010 (Anexo: Cuadro 9). De cualquier manera, las mujeres, las personas que viven en condiciones de pobreza y la población indígena, son las que presentan menores niveles de alfabetismo, registrándose los valores más altos de analfabetismo en áreas rurales y en mujeres.

En síntesis, los datos presentados dan cuenta de importantes avances relacionados al acceso, cobertura y permanencia en el sistema educativo nacional, aunque persisten desafíos relativos a los indicadores mencionados, especialmente en aquellas personas en situación de vulnerabilidad. Los desafíos son mayores si lo que se desea es que la población escolar, de los diversos niveles educativos, pueda efectivamente concluir sus estudios y recibir una educación equitativa y de calidad.

2. Marco de Apoyo: Políticas y programas

Los antecedentes inmediatos de la Política Educativa implementada en la década de los noventa, remiten a tres hechos trascendentales: 1. La Constitución Nacional promulgada en 1992² que establece, entre otros aspectos, el

² Los Arts. 73, 74,75, 76, 77 y 85 de la Constitución Nacional de 1992, se refieren a la Educación.



ODM2



derecho de toda persona a la educación integral y permanente, la erradicación del analfabetismo y la capacitación para el trabajo, así como la obligatoriedad y gratuidad de la Educación Escolar Básica (EEB) y la enseñanza en la lengua materna. La Carta Magna dispone además que los recursos destinados a la educación en el Presupuesto de Gastos de la Nación, no serán inferiores al 20% del total asignado a la Administración Central, excluyendo los préstamos y las donaciones. **2.** La implementación de la Reforma Educativa (RE). **3.** El Plan Estratégico de Educación Paraguay 2020 como eje troncal de la Política Educativa nacional vigente hasta el 2007.

La **Política Educativa³ del actual Gobierno** está definida en el Plan Nacional de Educación 2024. “*Hacia el centenario de la Escuela Nueva de Ramón Indalecio Cardozo*”, documento marco de la política educativa paraguaya en el cual se definen las principales acciones a ser desarrolladas en el sector en los próximos años. En el citado Plan están establecidas las metas educativas a corto, mediano y largo plazo⁴.

El Plan 2024 busca revertir el rezago histórico de la población paraguaya en materia de educación, con una nueva concepción educativa emancipadora y, al mismo tiempo, pretende responder a los desafíos actuales de la educación, además de lograr su mejoramiento continuo de acuerdo con la dinámica de los requerimientos sociales y de las nuevas tendencias mundiales. En el Plan la educación es asumida desde sus vínculos con las otras dimensiones de la vida humana, donde los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales son considerados como elementos significativos en el momento de concebir, planificar, implementar, evaluar y retroalimentar el programa de acciones pedagógicas, organizacionales, administrativas, legislativas e institucionales que se desarrollan sistemática e intencionadamente para alcanzar los fines y objetivos de la educación paraguaya.

El Plan define como objetivo general: Garantizar el acceso, el mejoramiento de la calidad, la eficiencia y la equidad de la educación paraguaya como un bien público. Para el logro del mismo definen tres ejes estratégicos con sus respectivos objetivos y líneas de acción. **Eje estratégico 1:** Igualdad de oportunidades en el acceso y garantía de condiciones para la culminación oportuna de los diferentes niveles/modalidades por parte de los estudiantes. **Eje estratégico 2:** Calidad de la educación en todos los niveles/modalidades educativos/as. **Eje estratégico 3:** Gestión de las políticas educativas en forma participativa, eficiente, efectiva y articulada entre los niveles nacional, departamental y local.

Asimismo, en el Plan Paraguay para Todos y Todas se incorpora como componente del eje estratégico 1, **Calidad de vida para todos y todas**, la Educación como bien público y se adopta el programa “**Paraguay Lee y Escribe**” como programa emblemático del Gobierno. Este programa tiene cinco componentes: la alfabetización inicial, la bi-alfabetización, la pos alfabetización, la campaña nacional de alfabetización y el programa de evaluación y monitoreo de la alfabetización (LAMP).

3 El actual gobierno define a la política educativa como aquel marco de referencia complejo en el cual se piensan y comprenden las problemáticas y los desafíos del Sistema Educativo Paraguayo. Así lo educativo no pierde su especificidad dentro de las Políticas de Estado y, por el contrario, la educación es asumida desde sus vínculos con las otras dimensiones de la vida humana.

4 Ministerio de Educación y Cultura, Plan Nacional de Educación, 2024, “Hacia el Centenario de la Escuela Nueva de Ramón Indalecio Cardozo”, Asunción, noviembre del 2008. Pág. 8



Finalmente, el Plan 2024 propone acciones para cada línea estratégica y define indicadores y metas a alcanzar, cuyo nivel de cumplimiento es monitoreado en forma sistemática. Además de las intervenciones universales realizadas con la finalidad de garantizar el acceso a la educación, entendida como un derecho permanente e irrenunciable de la persona y una obligación ineludible para la familia y el Estado, se han expandido y fortalecido los programas educativos dirigidos a aquellas poblaciones en situación de vulnerabilidad, algunas de las cuales se mencionan seguidamente.

Ofertas educativas para personas jóvenes y adultas

Estas ofertas están dirigidas a la población de 15 años y más que no ha tenido la oportunidad de iniciar o proseguir sus estudios; tienen como objetivo lograr el aumento de los niveles de alfabetismo y el promedio de años de estudio a través de la consolidación de un sistema integrado de educación para personas jóvenes y adultas, en las etapas básicas y medias de educación y formación profesional, con el fin de contribuir al mejoramiento de su calidad de vida.

La oferta educativa comprende programas de alfabetización y de pos alfabetización: 1. Bi-Alfabetización Guaraní-Castellano; 2. Educación básica bilingüe para Jóvenes y Adultos/as; 3. Educación Media a Distancia para jóvenes y adultos/as con énfasis en Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación; 4. Educación Media Alternativa para Jóvenes y Adultos/as; 5. Educación en Contextos de Encierro o reclusión (PRODEPA KoéPyahu); 6. Formación profesional; 7. Formación Profesional Inicial; 8. Aula Mentor y 9. Campaña Nacional de Alfabetización.

Una de las experiencias a destacar en este proceso es la alfabetización del pueblo indígena Toba Qom en su propia lengua. El objetivo de este proyecto es iniciar el proceso de lectoescritura y cálculo básico para jóvenes y adultos del Pueblo Toba Qom, a través de la implementación de un método de alfabetización integral que sea adecuado a su cultura y su lógica de pensamiento y que responda directamente a sus necesidades y expectativas como pueblo, con miras al desarrollo comunitario. Actualmente ha concluido la etapa de alfabetización y se encuentran en ejecución los programas de pos alfabetización.

Plan de Educación inclusiva, abierto para todos y todas

Este Plan busca responder a las necesidades de todos los estudiantes, con independencia de su naturaleza o del grado de necesidad que presenten, a través de una educación sin exclusiones, en la que los y las estudiantes de distintas condiciones sociales, con altas capacidades o con capacidades diferentes, convivan con diferentes culturas y aprendan de las mismas. Este sistema de educación inclusiva propone las siguientes alternativas: 1. Aulas hospitalarias; 2. Programa para familias migrantes; 3. Prevención de la callejización; 4. Programa de prevención de la violencia y 5. Programa prevención del uso indebido de drogas.



ODM2



3. Desafíos para la alcanzar la educación básica universal

Se han producido avances significativos en la educación paraguaya en lo que concierne al incremento de los años de estudio de la población, reducción de la tasa de analfabetismo y un aumento considerable de la escolarización; sin embargo, constituye aún un desafío el ingreso oportuno de la niñez al sistema escolar, la universalización del Preescolar y del 3^{er} ciclo de la EEB y el incremento de la cobertura de la Educación Media.

El aumento de la escolarización no estuvo acompañado de un mejoramiento de la eficiencia interna del sistema educativo nacional; por ende, la disminución de la repitencia y la deserción escolar, así como el aumento de la retención y del egreso de los estudiantes de los diferentes ciclos, sigue siendo materia pendiente para el sector educativo.

Asimismo, el mejoramiento de la calidad de la educación representa todavía un aspecto crítico para cuyo logro se deberán realizar esfuerzos significativos, no sólo en aquellas dimensiones que intervienen directamente en los aprendizajes, sino también en lo que hace al mejoramiento de la eficiencia interna del sistema, tanto como en el uso de los recursos con el fin de acrecentar las posibilidades de inversión en la búsqueda de calidad educativa. Es de interés central que se garantice la formación integral de los docentes, articulando la formación continua y la profesionalización de los maestros, maestras y administradores educativos, así como que se les aseguren las condiciones laborales adecuadas.

Además de los retos señalados, se puede decir que el desarrollo científico y tecnológico, con sus constantes descubrimientos y aportes innovadores, algunos de ellos revolucionarios, ha puesto a la educación en una situación de apremio al exigirle cambios inevitables, no sólo en la manera de entender los conocimientos que los educadores vienen manejando, sino en los modos de relacionarse con sus estudiantes y llevar adelante los procesos de enseñanza-aprendizaje. Los cambios del desarrollo científico y tecnológico presionan y obligan a cambiar contenidos, programas, currículos, metodologías y, desde luego, objetivos. Tal vez el desafío proveniente de los acelerados cambios científicos y tecnológicos sea el más exigente y difícil de todos los que enfrenta la educación hoy en día.

Por su parte, la formación docente también enfrenta nuevas exigencias originadas en los continuos cambios, en los cruces de culturas y pluralismos, en las innovaciones científicas y tecnológicas que van surgiendo; todo ello requiere que los educadores y educadoras asuman más que nunca el rol de orientadores. Ellos mismos, a su vez, para ser capaces de orientar a sus educandos necesitan, orientarse y contar con competencias que van mucho más allá de la docencia.

El hecho de que los educandos tengan acceso a la información y a los conocimientos de manera más directa y con tanta o más agilidad que sus educadores profesionales o familiares, debido a la empatía que desarrollan en el campo de la informática y que les facilita su lenguaje y su praxis, desplaza al profesor no actualizado de su trono de única fuente de saber y de consulta, basada en la segmentación de los conocimientos de su correspondiente disciplina impuesta por los textos tradicionales. En tales situaciones, no es extraño que los alumnos puedan manejar más información que el propio docente sobre los temas previstos en los programas de estudio.



Resulta pues evidente que los cambios científicos y tecnológicos, además de los nuevos contextos culturales, presionan a los docentes a formarse con competencias y saberes que antes no precisaban. Los educadores cumplen en la actualidad roles mucho más complejos y diferentes a los que han ejercido hasta ahora en la docencia.

De igual manera se vuelve imprescindible continuar con las políticas orientadas a mejorar la equidad de género y brindar atención preferente a las áreas de residencia, como la rural, y a las etnias más vulnerables, así como a fortalecer las acciones que conlleven al aumento de los niveles de alfabetización de la población joven y adulta.

Para lograr un sistema educativo que propicie la participación de todos los actores (padres de familia, alumnos y docentes), es fundamental proseguir con las acciones estratégicas pertinentes.

4. Prioridades para la asistencia al desarrollo

Las prioridades del MEC se orientan a:

- La universalización y contextualización de la política educativa.
- Garantizar la disponibilidad de oferta educativa formal y no formal que facilite el acceso a la educación para todos y todas a lo largo de la vida, fortaleciendo y expandiendo especialmente los programas alternativos dirigidos a poblaciones en situación de vulnerabilidad.
- Establecer un currículo básico nacional que permita, por un lado, el equilibrio de aprendizajes en marcos de calidad y la movilidad estudiantil y, por otro, la adecuación a contextos socioculturales específicos.
- Ampliar el alcance de los programas compensatorios tales como la canasta básica de útiles escolares, complemento nutricional, becas a estudiantes.
- Incorporar las Tecnologías de Información y Comunicación en el sistema educativo.
- Crear condiciones adecuadas para el aprendizaje a través de la dotación de mobiliarios, bibliotecas, textos y materiales didácticos y mejoramiento de la infraestructura física.
- Implementar mecanismos de aseguramiento de la calidad de la educación tales como la acreditación de los institutos formadores de docentes y la certificación profesional de educadores y educadoras.
- Promover acciones intersectoriales orientadas a reducir el analfabetismo y a garantizar la accesibilidad y permanencia escolar de grupos vulnerables: niños trabajadores, niños y niñas de la calle, etc. y de grupos sociales determinados por su condición de género, social, étnica, etc.
- Fortalecer el sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación de programas en ejecución como herramienta de gestión.



ODM2



Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer (ODM 3)

Desde este Gobierno estamos convencidos de que para corregir desigualdades históricas muy profundas, es indispensable favorecer desde el Estado y la sociedad civil, todas aquellas medidas que permitan que las mujeres actúen en pie de igualdad, iguales en derechos y en dignidad

Lograr la igualdad de los sexos y la autonomía de la mujer constituye un fin en sí mismo y a su vez un medio imprescindible para alcanzar los restantes Objetivos de Desarrollo del Milenio. Con relación a ello podemos mencionar que tenemos luces y sombras.

Por un lado, destacar que prácticamente ya hemos alcanzado la equidad de género en el acceso a la Educación Escolar Básica y Media y en la relación de alfabetización entre hombres y mujeres, pero con relación al empleo asalariado y al espacio que ocupan las mujeres en el Parlamento, aún hay bastante por mejorar.

Así podemos mencionar que en el periodo 1989-1993 el porcentaje de puestos ocupados por mujeres en el Parlamento Nacional fue de 4,6% y en el periodo 2008-2013 es de 13,6%.

En este sentido, el cuidado del derecho de las mujeres requiere fortalecer el potencial de las mismas, creando espacios para las mujeres en la esfera social, política, económica, aprovechando los múltiples talentos existentes y reuniendo a los hombres y a las mujeres en un esfuerzo conjunto.

Para contrarrestar los factores que promueven desigualdades de género, debemos trabajar más por la autonomía de la mujer, como la capacidad de desarrollar control y poder sobre sus vidas, sus organizaciones y sobre sus contextos sociales, económicos, políticos y culturales específicos, es decir, el grado de libertad que tienen para poder actuar de acuerdo a su elección y no a la de otro.

Además, garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva, entendida esta última como acceso al cuidado prenatal posnatal, conocimiento y uso de anticonceptivos modernos. Otra dimensión a mejorar es el incremento de la participación de las mujeres en la toma de decisiones en ámbitos de representación. En este sentido, la igualdad efectiva de género se dará cuando logremos la participación paritaria en el Congreso Nacional.



ODM3
promover la
igualdad de género
y el empoderamiento
de la mujer



1. Objetivo, Metas e indicadores

Objetivo 3: Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer.

Meta 3 A: Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza para el 2015.	3.1 Paridad de género de la matrícula bruta conjunta de la Educación Escolar Básica y Educación Media de mujeres y varones.
	3.2 Relación de la alfabetización de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad.
	3.3. Porcentaje de mujeres en el empleo asalariado no agrícola.
	3.4 Proporción de escaños ocupados por mujeres en los Parlamentos Nacionales.



ODM3

3A

meta

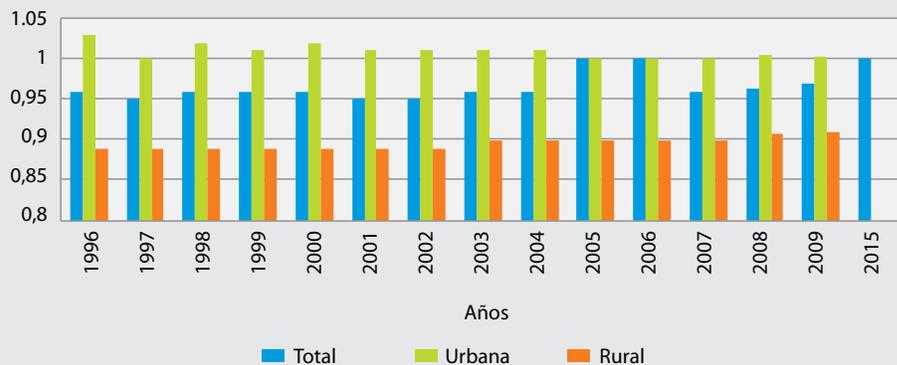
Meta 3A: Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza para el 2015.

1. Promoción de la equidad de género y el empoderamiento de la mujer: diagnóstico y tendencias.

Indicador 3.1A: Relación de matrícula bruta conjunta de la EEB y Educación Media de mujeres y varones.

De 1996 a 2009, aún sin haberse logrado la paridad total de género en el acceso a la educación, se ha avanzado en esa dirección, especialmente en lo que hace al incremento de los niveles de la matrícula bruta conjunta de la Educación Escolar Básica (EEB) y la Educación Media (EM). Es así que para el año 2009, por cada 97 mujeres registradas en la matrícula bruta conjunta en el país, había 100 varones en igual condición.

Gráfico 1: Relación de matrícula bruta conjunta EEB y EM de mujeres y varones



Fuente: MEC_Sistema de Información Estadística Continua. 1996-2009. Extraído de la base de datos del Sistema Integrado de Datos Parinfo. Año 2011

Es en el ámbito rural donde se mantiene la mayor desigualdad en la matriculación, pues el último año citado se registraban 91 niñas por cada 100 varones matriculados en esta área, mientras que en las zonas urbanas se había logrado eliminar la disparidad de género y, según datos disponibles, por cada 100 mujeres había igual número de varones matriculados.

La persistencia de la desigualdad de acceso a la educación entre hombres y mujeres, a nivel nacional y especialmente rural, debe ser analizada desde múltiples perspectivas. Entre sus diversos factores causales se pueden mencionar desde los económicos hasta los patrones culturales relacionados con la posición



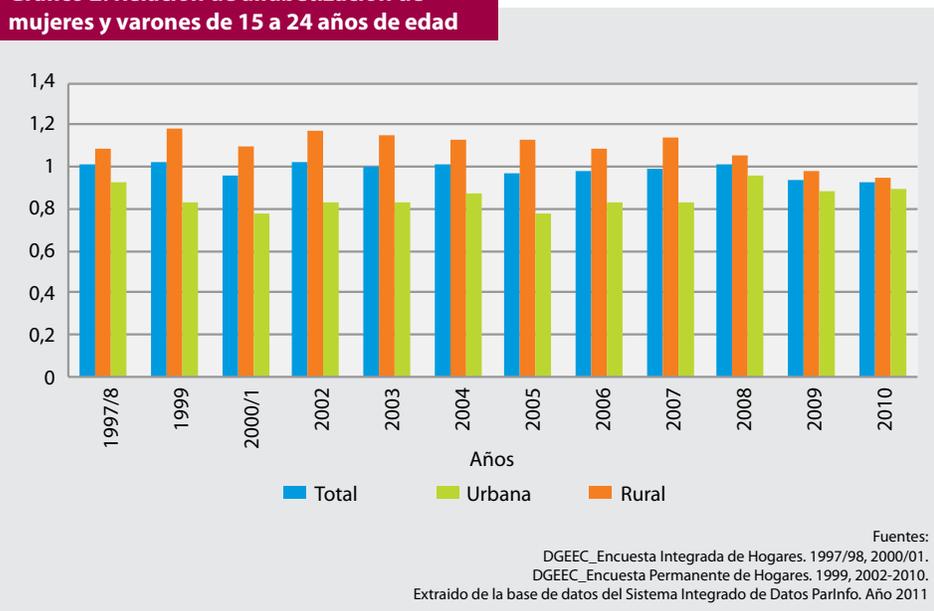
social de la mujer, la división sexual del trabajo en el hogar para la asignación de los quehaceres domésticos, el embarazo adolescente y la maternidad temprana, así como la falta de incentivos para inversiones educativas a favor de la mujer, debido a sus menores oportunidades laborales, en particular las que podrían beneficiar a las campesinas.

La falta de establecimientos escolares o las grandes distancias a recorrer desde el hogar hasta las instituciones educativas, también expone a las mujeres a situaciones de inseguridad y a una mayor probabilidad de sufrir ciertos tipos de violencia.

Finalmente, es importante señalar que el indicador que se viene analizando, si bien es útil, resulta insuficiente para establecer una equidad de género integral en la educación, aunque es posible estimar que, de seguir la tendencia actual, podría llegarse en el 2015 a la eliminación de la disparidad de género en los dos niveles educativos señalados.

Indicador 3.1B: Relación de alfabetización de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad.

Gráfico 2: Relación de alfabetización de mujeres y varones de 15 a 24 años de edad



Entre 2007 y 2008 se pudo observar un posicionamiento importante de las mujeres con respecto a los varones en lo que hace a los aspectos que mide este indicador. Efectivamente, durante esos años se registraron 102 mujeres alfabetas por cada 100 varones alfabetos en todo el país. Igual balance favorable para las mujeres se registró a nivel urbano donde, en 2007, se encontraban 114 mujeres alfabetas por cada 100 varones alfabetos llegando la relación en 2008 a 106 mujeres alfabetas por cada 100 varones en igual condición. En cambio, en el área rural, la situación era completamente inversa en esos mismos años: en 2007 había 83 mujeres alfabetas por cada 100 varones alfabetos y en 2008 la relación era de 96 mujeres a 100 varones en esa situación.



No obstante, para el 2010 las relaciones se habían vuelto a alterar para reflejar una notoria disparidad en la condición de alfabetismo de hombres y mujeres, ahora tanto a nivel nacional como urbano y rural, con una clara desventaja para estas últimas. Ese año, por cada 100 varones alfabetos había 93 mujeres alfabetas en todo el país; en área rural la relación era de 100 varones alfabetos por 90 mujeres alfabetas y en área urbana de 100 varones alfabetos por cada 96 mujeres alfabetas.

El desmejoramiento de la equidad de género en este indicador durante el 2010, señala claramente la necesidad de poner mayor énfasis en la aplicación de las estrategias y políticas orientadas a superar las barreras que impiden u obstaculizan un mayor acceso de las mujeres a la alfabetización, en particular las mujeres rurales que son las más afectadas por la desigualdad.

Por otra parte, hay que advertir que los avances alcanzados por las mujeres en materia de alfabetización no se traducirán, por sí solos, en una mejor inserción y bienestar laboral. Para que ello sea posible es necesario sumar cambios radicales en el contexto cultural, social, económico y político. Son estos cambios los que podrán garantizar la auténtica equidad de género, el empoderamiento real de las mujeres y, consecuentemente, la igualdad de género¹ consistente básicamente en que hombres y mujeres tengan las mismas oportunidades para su realización personal, para contribuir al desarrollo y para obtener equitativamente sus beneficios.

Indicador 3.2: Porcentaje de mujeres en el empleo asalariado no agrícola.

Entre los años 2005 y 2010 el porcentaje de mujeres en el empleo asalariado no agrícola cayó de 42,9% a 39,3% a escala nacional. También disminuyó el nivel de empleo de las mujeres urbanas pasando de 43,9% en 2005 a 40,6% en 2010. Por el contrario, en área rural las mujeres incrementaron su participación en el empleo asalariado no agrícola, pasando de 38,7% en 2005 a 34,2% en 2010. (Gráfico 3).

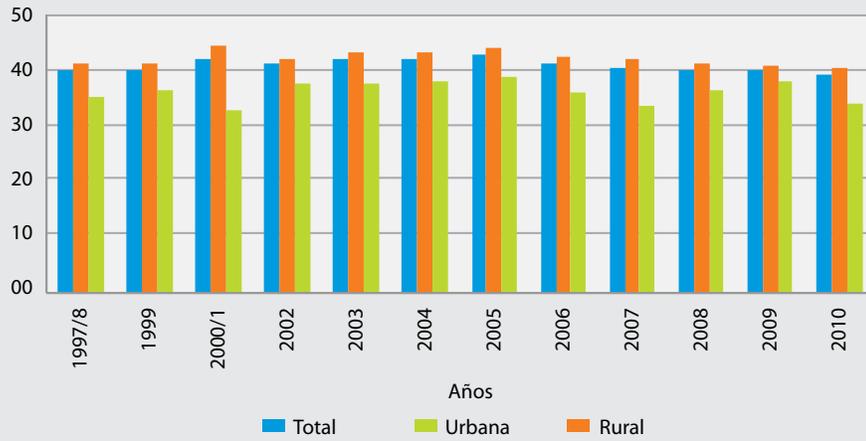
Si se analiza la situación por condición socioeconómica, se observa que la participación en el empleo asalariado no agrícola de las mujeres no pobres se redujo levemente, pasando de 39,9% a 38,2%, mientras que la reducción fue más significativa en el caso de las mujeres pobres cayendo de un 40,5% a un 34,5% en ese mismo período (2005/2010) (Gráfico 4).

Hay que destacar que la proporción de mujeres en el empleo asalariado no agrícola no avanzó en la última década, así como el porcentaje de mujeres económicamente activas que logró acceder a este tipo de ocupación tampoco ha podido superar el 50%. Además, sería importante complementar el contenido del presente indicador con otros aspectos analíticos que permitan valorar la calidad y el tipo de empleos no asalariados a los que acceden las mujeres, sobre todo las que se encuentran en situación de pobreza y residen en el área rural.

¹ La igualdad de género implica especialmente valorizar de la misma manera las diferencias y las semejanzas existentes entre hombres y mujeres, así como los roles y funciones que cada uno de ellos asumen en la sociedad.

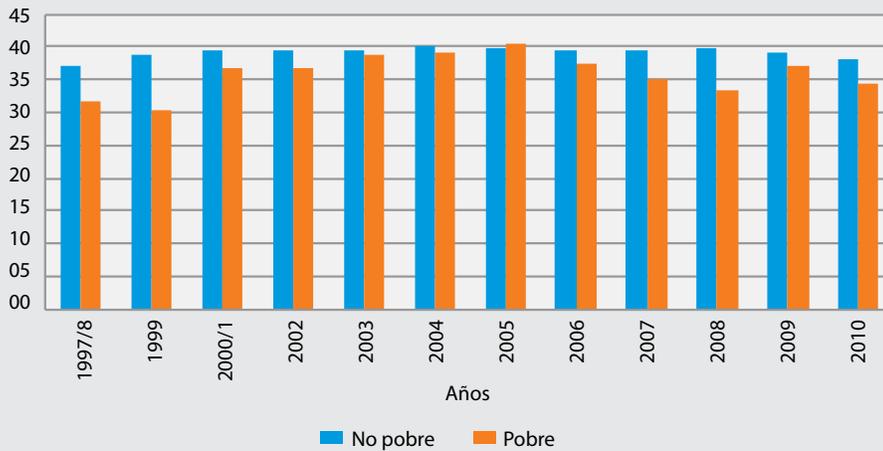


Gráfico 3: Porcentaje de mujeres en el empleo asalariado no agrícola



Fuentes:
 DGEEC_Encuesta Integrada de Hogares. 1997/98, 2000/01.
 DGEEC_Encuesta Permanente de Hogares. 1999, 2002-2009.
 Extraído de la base de datos del Sistema Integrado de Datos ParInfo. Año 2011

Gráfico 4: Porcentaje de mujeres en el empleo asalariado no agrícola por condición de pobreza



Fuentes:
 DGEEC_Encuesta Integrada de Hogares. 1997/98, 2000/01.
 DGEEC_Encuesta Permanente de Hogares. 1999, 2002-2009.
 Extraído de la base de datos del Sistema Integrado de Datos ParInfo. Año 2011

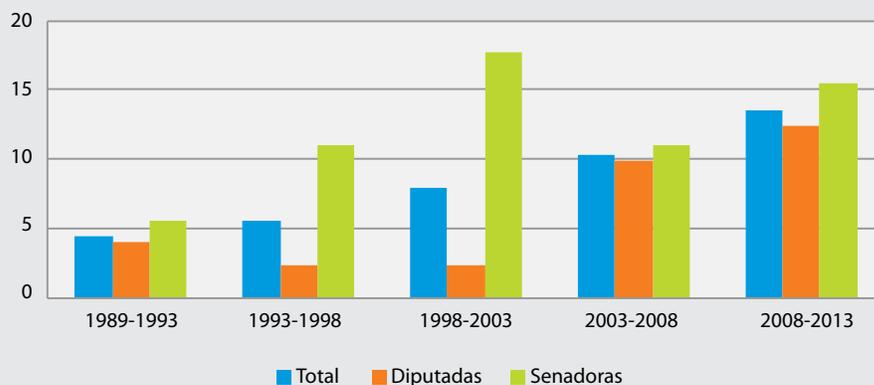


Indicador 3.3: Porcentaje de puestos ocupados por mujeres en el Parlamento Nacional.

La participación de las mujeres como diputadas y senadoras electas para el Poder Legislativo fue del 5,6% sobre el total de la legislatura en el periodo 1993/1998, incrementándose a 8% en el periodo 1998/2003 y a 10,4% en el que corresponde a los años 2003/2008. En el actual período legislativo (2008/2013) la representatividad femenina ascendió al 13,6%. (Gráfico 5).

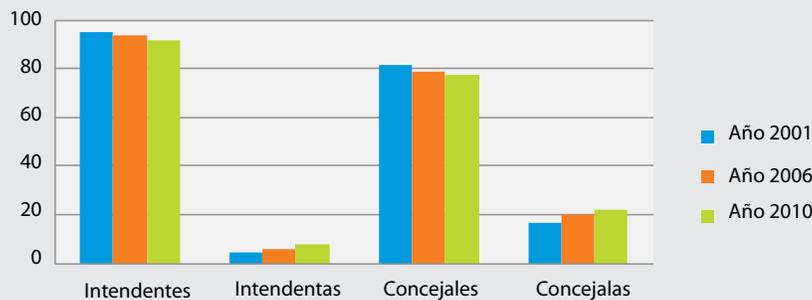
El mecanismo a través del cual más mujeres paraguayas han logrado acceder a cargos de elección en estas casi dos décadas de vida democrática, es la cuota obligatoria del 20% establecida por el Código Electoral para las listas de candidatos. En la práctica, esta medida de discriminación positiva se cumple pero, en general las mujeres figuran al final de las listas confeccionadas por los distintos grupos partidarios sin haber alcanzado aún el mínimo de la cuota prevista.

Gráfico 5: Porcentaje de puestos ocupados por mujeres en el Parlamento Nacional



Fuentes:
 PN_Cámara de Diputados. Periodos: 1989-1993, 1993-1998, 1998-2003, 2003-2008.
 PN_Cámara de Senadores. Período: 1993-1998.
 PN_Cámara de Senadores. Diario de Sesiones de la Honorable Cámara de Senadores. Período: 1989-1993
 PN_Cámara de Senadores. Estadísticas Electorales: Elecciones Generales y Departamentales. 1998/Tribunal Superior de Justicia Electoral, elecciones Período: 1998-2003.
 PN_Cámara de Senadores. Tribunal Superior de Justicia Electoral, sobre elecciones Período: 2003-2008
 PN_Tribunal Superior de Justicia Electoral. Período: 2008-2013.
 Extraído de la base de datos del Sistema Integrado de Datos ParInfo. Año 2011

Por otro lado, en las elecciones municipales del año 2010 fueron electas 18 mujeres con carácter de intendentas sobre un total de 238 cargos electivos, representando apenas el 7,6% de quienes ejercen dichas funciones en la actualidad. Así mismo, de 2.529 puestos de Concejales Municipales en disputa, sólo 553 mujeres (22% del total) accedieron a esas posiciones en los diferentes municipios del país. Se revela, de este modo, la fuerte primacía que aún mantienen los hombres en el ejercicio de la función pública en los cargos superiores de los poderes locales, aunque es notorio que entre los años 2001 y 2010 los procesos electorales municipales han arrojado un sostenido incremento del número de mujeres insertándose en esas funciones (Gráfico 6).

Gráfico 6: Porcentaje de mujeres en cargos como concejalas e intendentas.

Fuente: Secretaría Nacional de la Mujer

2. Marco de Apoyo: Políticas y programas

Desde su creación en 1992 la Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República (SMPR)², ha orientado sus esfuerzos a la promoción y ejecución de políticas y programas en el marco de los compromisos internacionales asumidos por el Estado paraguayo. Desde la firma de la “Convención de la Eliminación de toda forma de Discriminación de la Mujer” (CEDAW, por sus siglas en inglés), promulgada en 1986 por ley 1.215, hasta la fecha, se han logrado importantes avances en la disponibilidad de un marco legal que posibilite el desarrollo de acciones orientadas a promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres.

A partir del año 2008 la SMPR es la responsable de implementar el III Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades, (PNIO 2008/2017)³. El PNIO es considerado un instrumento para la consecución de los objetivos institucionales, se basa en la Misión de la Secretaría de la Mujer y tiene como objetivo general: “Promover la incorporación de la perspectiva de género en la elaboración, coordinación, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas, a través de instrumentos normativos”. Consta de nueve “ámbitos”, cada uno de ellos con 8 líneas de acción.

Derechos, Pobreza, Ciclos de Vida, área rural y etnicidad, mecanismos especiales o acción positiva, constituyen los ejes transversales que definen las prioridades que deben estar presentes en los objetivos de cada ámbito⁴.

En el Ámbito IV del III PNIO se busca lograr la “equidad en la Educación, asegurar el acceso pleno y la permanencia equitativa de mujeres y hombres en el sistema educativo formal y no formal, así como la promoción y la incorporación de la equidad de género en la práctica pedagógica del aprendizaje, teniendo en

2 La SMPR, creada por Ley N° 34/1992 es la institución responsable para la promoción y fomento de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, con el fin de obtener las condiciones necesarias que posibiliten la participación de las mujeres en la vida política, cultural, económica y social. Es también de fundamental importancia el impulso de medidas que contribuyan a eliminar la discriminación contra las mujeres.

3 Le antecedan el I Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres 1997-2001 y el II Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres 2003-2007.

4 Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República, III Plan Nacional de Igual de oportunidades entre Hombres y Mujeres, Asunción, junio de 2008, páginas 11 y 12.



ODM3



cuenta las necesidades especiales del educando”⁵. Propósito que será alcanzado a través de las líneas de acción de: “denuncia, sensibilización, capacitación, difusión, cambio de normativas, fomento de las iniciativas, estudios e investigación y empoderamiento”.

En el contexto de las acciones del ámbito IV del PNIO y de la implementación de la Reforma Educativa, la Secretaria de la Mujer y el Ministerio de Educación y Cultura firmaron, en 1995, el Convenio Interinstitucional a través del cual se instala el Programa Nacional de Igualdad de Oportunidades y Resultados para las Mujeres en la Educación (PRIOME), documento que fue ratificado por el nuevo gobierno en 2008.

Este programa surge como una estrategia de trabajo coordinado entre ambas instituciones de Estado y su finalidad principal es constituirse en un “espacio de coordinación nacional para incorporar la perspectiva de género en la Educación, teniendo como base los planes de igualdad que se van generando desde el Estado paraguayo”. Desde sus inicios, el PRIOME ajusta sus acciones a las líneas estratégicas que resultaron de la Conferencia Internacional “Educación para todos” (Jomtien, 1990) y en las recomendaciones del Plan de Acción de la IV Conferencia Internacional sobre la Mujer (Beijing, 1995).

La Propuesta Paraguay para Todos y Todas, define entre sus aspectos transversales el de: “Hombres y Mujeres. Equidad de Género”, proponiendo los siguientes objetivos: 1. Fortalecer la función rectora de la Secretaria de la Mujer y el Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades, así como el mejoramiento de la gestión institucional en los niveles central, departamental y municipal, y la coordinación interinstitucional. 2. Promover la igualdad de oportunidades y trato para el acceso de las mujeres a actividades económicas, al control de los recursos y al disfrute de los beneficios. 3. Promover medidas y programas específicos que contribuyan a la seguridad de las mujeres en el acceso a la vivienda y la seguridad. 4. Promover la cultura de igualdad entre hombres y mujeres.

Por su parte, el Ámbito III del PNIO plantea entre sus objetivos el Acceso a los Recursos Económicos y al Trabajo, en los siguientes términos: “Lograr la igualdad de oportunidades y de trato entre mujeres y hombres en cuanto al acceso, permanencia, trato y condiciones en las actividades económicas así como en el acceso, control y disfrute de los recursos”. En este ámbito, la SMPR y el Ministerio de Industria y Comercio han puesto en marcha el Proyecto “Apoyo Micro Emprendimientos de Mujeres en el rubro de la confección (SMPR-MIC)”. El mismo desarrolla acciones de pequeños emprendimientos para la generación de ingresos con grupos de mujeres, a través de un Plan de Trabajo de Capacitación dirigido a comités de mujeres de zonas urbanas del interior del país.

En la actualidad la SMPR forma parte activa del Gabinete Social y se relaciona con los ministerios de Industria y Comercio, Justicia y Trabajo, Hacienda y Agricultura y Ganadería, así como con la Secretaría Técnica de Planificación. Realiza asesoramiento para la incorporación de la perspectiva de género en las agendas de la Dirección de Promoción Social de la Mujer Trabajadora, la Mesa Nacional de Generación de Empleo Juvenil, la Comisión Nacional Tripartita de Igualdad de Oportunidades, la Comisión Nacional de Erradicación del Trabajo Infantil, la Coordinadora Ejecutiva para la Reforma Agraria (CEPRA) y el Sub Grupo de Empleo del MERCOSUR.

5 Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República, “III Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres, 2008/2017”, pág. 33.



La Comisión Nacional Tripartita de Igualdad de Oportunidades, creada hace nueve años con el apoyo de la OIT, está coordinada desde el Ministerio de Justicia y Trabajo y cuenta con la participación de la Secretaría de la Mujer y del sector sindical y empleador. Tiene por objetivo “examinar y promover la participación de la mujer en el trabajo, y expresa el compromiso y la voluntad de los actores sociales para erradicar la discriminación y promover la igualdad en el trabajo a través del diálogo social”. Las acciones desarrolladas en el marco de esta Comisión han permitido logros que la convierten en un actor clave en la agenda laboral paraguaya. La Comisión Tripartita ha liderado acciones orientadas a conseguir la ratificación del Convenio 156 sobre trabajadores y trabajadoras con responsabilidades familiares, plasmado en la ley número 3.338. Este hecho es importante en la medida en que busca la igualdad de oportunidades de acceso y permanencia de las mujeres en el empleo.

En la actualidad, la Comisión Nacional Tripartita de Igualdad de Oportunidades, la Comisión Nacional de Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil y de Protección del Trabajo de los Adolescentes, se encuentran realizando acciones para la búsqueda de una estrategia de consenso para la puesta en marcha de un Plan de Trabajo del Convenio de la OIT N° 156.

El Proyecto “Asistencia en políticas de participación de la mujer para el desarrollo rural y la seguridad alimentaria”, desarrollado con el apoyo de la FAO, se ha destacado por la realización de acciones como: a) la coordinación del Proyecto con el Plan Nacional de Soberanía y Seguridad Alimentaria (PLANAL) y con el Vice Ministerio de Agricultura del Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG); b) la conformación de un equipo de trabajo entre el MAG y la SMPR con el fin de coordinar acciones comunes de políticas públicas y en terreno; c) la realización del Primer Taller con Técnicas de Campo de la Dirección de Extensión Agraria (DEAG) del MAG, que permitió el análisis de las potencialidades y debilidades de ese grupo humano y la necesidad de realizar capacitaciones sobre el desarrollo rural, la perspectiva de género y la seguridad/soberanía alimentaria”⁶.

Finalmente, cabe mencionar la ampliación de la extensión de la Cobertura del Instituto de Previsión Social al sector del trabajo doméstico. Se calcula la existencia de aproximadamente 200.000 trabajadoras domésticas de las cuales, entre los meses de setiembre de 2009 y agosto de 2010, el número de las mismas que ingresó al sistema previsional aumentó de 5.000 a 11.000. Su ingreso contempla el acceso a todos los beneficios del IPS, menos el jubilatorio. Se cubren las necesidades de salud de las trabajadoras juntamente con la de sus hijos y sus padres que superen los 60 años de edad, no así las de sus cónyuges a menos que sean declarados judicialmente discapacitados y dependientes económicamente de ellas. En igual sentido, mediante Resolución N° 370 de noviembre del 2008, el Ministerio de Justicia y Trabajo (MJT) ha creado la Dirección de Seguridad Social.

Con la implementación de las líneas de acción del Ámbito VIII, del PNIO, referido a la Participación Social y Política en Igualdad de Oportunidades, se pretende lograr el acceso equitativo y la participación con oportunidades igualitarias para mujeres y hombres en las estructuras de poder y los procesos de toma de decisiones. En el marco de la participación en espacios de representación desde el año 2003 funciona la Comisión de Equidad Social y Género de la

6 Idem Página 8



ODM3



Cámara de Diputados, a la cual se ha sumado la Comisión de Equidad, Género y Desarrollo Social de la Cámara de Senadores (creada en 2000). Ambas comisiones trabajan por transversalizar la perspectiva de género en las leyes⁷.

En marzo de 2010 el Poder Judicial inauguró el Observatorio Regional de Justicia y Género, cuya finalidad es documentar, analizar e interiorizarse de la situación de las mujeres latinoamericanas en materia judicial, buscando también la generación de mecanismos que faciliten a las mujeres el acceso a la justicia y el fortalecimiento de los profesionales de sector judicial, a través de experiencias jurídicas de la región a ser levantada en la página web del Observatorio. Con anterioridad, el 5 de marzo del 2009, se conformó la “Unidad de Género del Tribunal Superior de Justicia Electoral” (TSJE) por Resolución de Recursos Humanos/Presidencia N° 130/2009. La misma se propone analizar los datos electorales con perspectiva de género.

A través del Proyecto “Participación Política para la Igualdad de Género”, ejecutado por la Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República en alianza estratégica con el Tribunal Superior de Justicia Electoral (TSJE) y el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), se realizan acciones que buscan incorporar la igualdad de género en las estrategias partidarias, tanto en sus estructuras orgánicas como en sus plataformas políticas electorales, a través de la instalación de mecanismos de género.

La SMPR apoya también el Proyecto de Ley “que introduce modificaciones en el inciso r) del Artículo 32 de la Ley N° 834/96 que establece el Código Electoral Paraguay”⁸, planteando que el porcentaje de mujeres y hombres postulados para ocupar cargos electivos se ajuste a un sistema de ubicación de las candidaturas de forma alternada y secuencial entre mujeres y varones, desde el primer puesto de las listas, de tal forma que si una persona de sexo masculino ocupa la primera posición, la segunda corresponda necesariamente a una de sexo femenino, y así sucesivamente en el mismo orden hasta el último lugar de la lista, tanto de titulares como de suplentes. Las listas de titulares y suplentes no podrán estar encabezadas por candidaturas del mismo sexo. Los movimientos internos propiciadores de listas quedan en libertad de fijar las precedencias⁹.

Otros planes y programas de importancia para promover la equidad de género

El Observatorio de Medios de Comunicación, implementado por la Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República desde marzo de 2010, tiene su incidencia en dos ámbitos: primero, en la política pública nacional para garantizar la comunicación social como un derecho y como una herramienta de desarrollo; y segundo, en el reconocimiento de su papel en el desarrollo de la

7 Entre sus competencias se encuentra el estudio y dictamen de todo proyecto que contenga políticas de desarrollo de carácter general o focalizado, de los que se pueda deducir la necesidad de integrar la perspectiva de género y principios de equidad social, así como los proyectos que tengan impacto en la juventud.

8 Inc. r) a los efectos de garantizar la democracia paritaria y la equidad de género en los cuerpos colegiados a elegirse, la participación de la mujer en las candidaturas de cargos electivos deberá darse en un porcentaje no inferior al 50% en las listas primigenias.

9 Este proyecto de Ley ingresó a la Cámara de Diputados el 27 de marzo de 2008 y obtuvo la aprobación de la Comisión de Equidad Social y Género el 25 de noviembre de 2008. Este año está siendo nuevamente promovido por la Comisión de Equidad Social y Género de la Cámara de Diputados del periodo 2009-2010 y se espera lograr la sanción correspondiente.



sociedad y la construcción de democracia. Durante la primera etapa de funcionamiento, el Observatorio analiza la forma de abordar la violencia de género contra las mujeres en los medios masivos de comunicación. El Observatorio ha sido estructurado e instalado en la SMPR con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

3. Desafíos para la equidad de género y el empoderamiento de la mujer

El análisis de los indicadores a través de los cuales se pretende expresar el progreso hacia la equidad de género y el empoderamiento de la mujer, evidencia la necesidad de ampliar y profundizar la mirada de manera a contextualizar la condición de género más allá de los indicadores contenidos en el ODM 3. Es fundamental evidenciar la situación de las mujeres que viven en condiciones de pobreza para exponer cómo la primera meta del objetivo del milenio incide en las posibilidades de acceso a la educación, al mundo laboral y a los espacios de participación y toma de decisiones de las mujeres paraguayas. Si no se progresa en la obtención de las metas e indicadores del ODM1, los avances alcanzados en los indicadores del ODM 3 tienen pocas posibilidades de ser sostenibles para las mujeres que viven en condiciones de pobreza.

El fortalecimiento de la capacidad de liderazgo de la SMPR es fundamental para impulsar la equidad de género, conseguir el empoderamiento de la mujer y volver efectiva la transversalización de la perspectiva de género en las políticas diseñadas e implementadas por el Estado, así como la inclusión de otras instituciones públicas en el proceso de implementación del III Plan Nacional de Igualdad entre hombres y mujeres.

Las estrategias implementadas desde la Secretaría de la Mujer para la construcción de un Presupuesto General de la Nación con sensibilidad de género son esenciales, en la medida en que permitirán que se efectivicen políticas orientadas a lograr la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. El aumento de la disponibilidad de un presupuesto acorde con las acciones que deben desarrollarse para la institucionalización del tema, también es una condición indispensable para obtener la equidad de género y el empoderamiento de la mujer en el país.

Toda acción o gestión orientada a que las mujeres accedan a la educación en igualdad de condiciones es fundamental, en la medida que se constituye en un derecho y en un medio que favorece su progreso individual.

Avanzar en el diseño e implementación de planes y programas que tengan como beneficiarias principales a las niñas y mujeres pertenecientes a la población más pobre y excluida del país, sobre todo las indígenas, es una tarea impostergable en el marco de las nuevas políticas para la reducción de la pobreza priorizadas por el actual Gobierno (2008-2010).

Mantener las acciones orientadas a fortalecer la institucionalización del PRIOME en el marco de la Nueva Escuela Pública Paraguaya, se constituye en un requisito esencial que facilitará la concertación de acciones futuras entre



ODM3



actores claves de ambas instituciones, así como la continuidad y consolidación de las que se han cumplido hasta la fecha. Es fundamental, además, incluir e implementar un capítulo sobre la perspectiva de género en los programas educativos del tercer ciclo, así como el desarrollo de procesos de evaluación de la práctica docente en el aula, a fin de determinar la efectividad de las capacitaciones brindadas en el marco del PRIOME para contribuir a la disminución de las prácticas sexistas en el aula.

Resulta de importancia clave lograr que la paridad de acceso de las mujeres a una educación de calidad, se traduzca en una mejor oportunidad de inserción de las mismas en la estructura del mercado laboral del país y en favorecer su empoderamiento. Alcanzar la igualdad en el ámbito laboral es un reto que debe ser asumido con urgencia, teniendo en cuenta que en dichos espacios se continúan reproduciendo patrones culturales y económicos tradicionales, traducidos en graves desigualdades salariales para las mujeres. Además, se trata de un campo donde ellas son las más desprotegidas, tienen las menores posibilidades de ascenso y, en muchos casos, se ven obligadas a aceptar condiciones de trabajo que violan sus derechos elementales por la necesidad que tienen de ingresar y permanecer en el mercado de trabajo.

Es sumamente importante que las acciones de descentralización previstas en el III PNIO sean aplicadas, ya que permitirán la organización y participación activa de las mujeres y, consecuentemente, el surgimiento de nuevos liderazgos femeninos; y una mayor presencia de líderes que provengan del área rural y participen en cargos electivos.

Finalmente, es fundamental la implementación de políticas y programas que garanticen el empoderamiento a través del ejercicio de la ciudadanía y la participación en espacios de toma de decisiones. Para ello se “debe considerar aspectos que refuercen sus capacidades a través de la capacitación, la organización y el aumento de su autoestima, así como el acceso a recursos materiales y al fortalecimiento de sus redes sociales, para que puedan ejercer plenamente su ciudadanía y tomen decisiones en los planos individual, familiar y social”¹⁰.

4. Prioridades para la asistencia al desarrollo

- Propiciar acciones que permitan el fortalecimiento de los planes y programas educativos orientados a lograr la equidad de género, la erradicación de las prácticas sexistas en la escuela y los cambios culturales necesarios en el mediano y largo plazo, en el marco de la implementación del Plan 2024 de la Nueva Escuela Paraguaya.
- Apuntalar el aumento del acceso de las mujeres al sistema educativo, priorizando acciones orientadas a capacitar a educadores y educadoras en temas orientados a la implementación de una educación no sexista y favoreciendo los programas para reducir la repitencia y el abandono temprano, principalmente en zonas rurales y hogares pobres.
- Mantener entre las prioridades, el apoyo a las acciones de la Secretaría de



10 Irmina Arraigada. “Dimensiones de la pobreza y políticas desde una perspectiva de género”.

la Mujer de la Presidencia de la República, fortaleciendo la capacidad de incidencia y articulación de la Secretaría en su interrelación con las otras dependencias ministeriales.

- Promover la instalación de un sistema de seguimiento y evaluación, implementado en forma sistemática y programada, de los planes y programas puestos en práctica para lograr la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en los ámbitos laboral, educativo y de representación política, de manera a conocer los resultados e identificar las prioridades.
- Impulsar la definición de acciones orientadas a responder a las necesidades y desafíos generados por la migración femenina interna y externa, el embarazo precoz, las mujeres con capacidades especiales y las adultas mayores, que se han hecho visibles en los últimos años y que inciden en las oportunidades y posibilidades de equidad de género y el empoderamiento de las mujeres.
- Promover acciones que ayuden a consolidar el proceso de descentralización de las políticas de género, las entidades de atención a la mujer y las acciones orientadas a lograr la igualdad y oportunidad de las mismas en todo el país. Y fortalecer la capacidad de la sociedad civil de articular propuestas en el ámbito de los derechos de las mujeres.
- Apoyar el proceso de inserción de las mujeres en los ámbitos productivos, créditos, acceso a la tierra, etc., sobre todo para impulsar la transversalización de los temas de género en los planes y programas de reducción de la pobreza, en las políticas de empleo y las políticas económicas del país. Por otro lado, apoyar la implementación de acciones que prioricen la capacitación laboral, de conocimiento y ejercicio de sus derechos en este ámbito.
- Impulsar y acompañar medidas que promuevan la participación sociopolítica de las mujeres, de manera a garantizar su presencia y participación activa en instituciones y cargos de representación pública.
- Promover la investigación que dé cuenta de las relaciones de género establecidas en las comunidades indígenas, con la finalidad de determinar las especificidades que los planes y programas deben considerar.





Reducir la mortalidad de niño/as menores de 5 años, mejorar la salud materna, combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades (ODM 4, 5 y 6)

Una de las medidas más significativas en el reconocimiento de los derechos ha sido la declaración de gratuidad universal para el acceso a los servicios de salud, establecida por decreto del Poder Ejecutivo del 24 de diciembre del 2008. Universalizar el acceso a salud para todos los habitantes del país, por medio de una atención oportuna, eficaz, con trato digno y condiciones económicas razonables, es prioridad de este Gobierno.

La consecución de estos objetivos es un gran desafío, pues el déficit acumulado con el paso del tiempo a ampliado las brechas existentes. Como muestra, de nuestra firme voluntad como Estado por cumplir con los objetivos relacionados a la salud, hemos duplicado el presupuesto, en comparación con los recursos financieros de 5 años atrás.

Esto se traduce en más de 8.000.000 de consultas gratuitas en el 2010, significando un aumento del 100% con respecto al 2007. A octubre de 2011 hemos instalado 704 Unidades de Salud de la Familia (USF) en 234 distritos (habiéndose iniciado en aquellos con mayores índices de pobreza del país), con una población total asignada de 2.467.500 personas, aproximadamente. Asimismo, se han fortalecido hospitales con mejoras en infraestructura, equipamientos y contrataciones de recursos humanos. Actualmente se reorganizan los servicios de urgencias con la metodología RAC (recepción, acogida y clasificación) y se amplía y consolida el sistema de regulación médica, comunicación y transporte. Para el año 2013, se espera llegar a instalar hasta 1.000 Unidades de Salud de la Familia.

La tasa de mortalidad de menores de 5 años de edad aún mantiene niveles elevados; aunque desde una perspectiva de la historia reciente podemos afirmar que este indicador ha bajado en más del 50% desde el año 1990, de 40 a 19 por cada 1.000 nacidos vivos en la actualidad.



ODM4



ODM5



ODM6

Gráfico 1: Tasa registrada de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años de edad

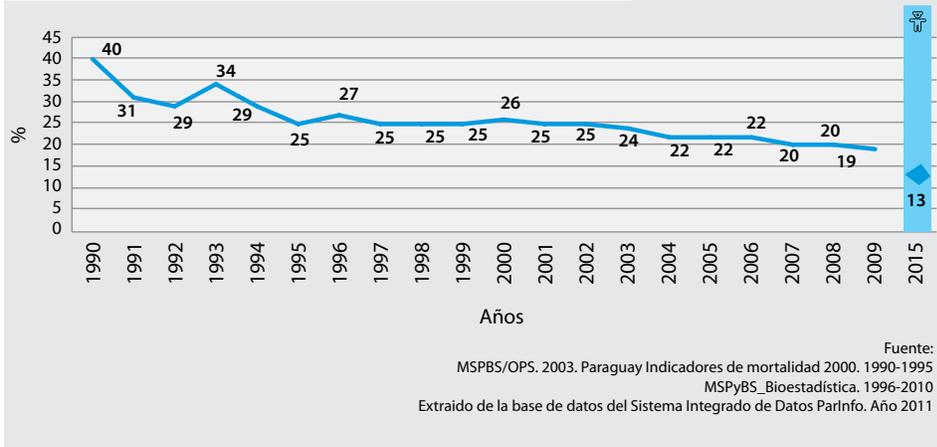
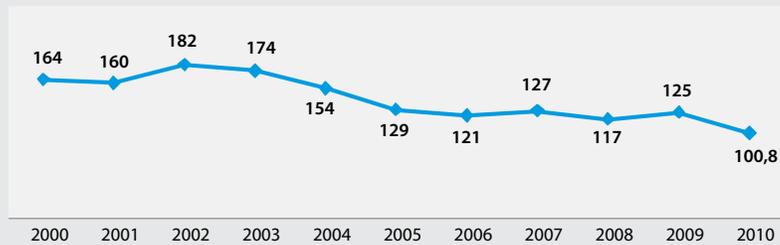
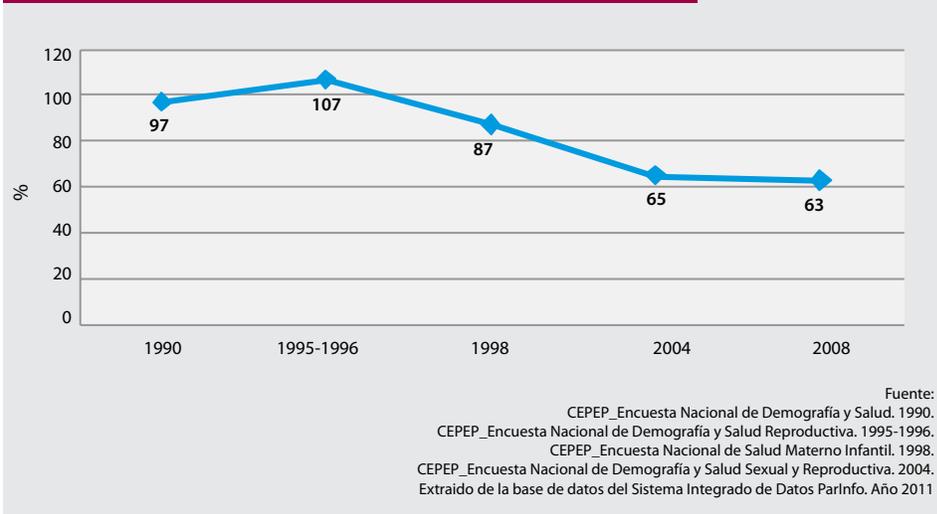


Gráfico 2: Razón de mortalidad materna s/ años Paraguay. Periodo 2000-2010



Fuente: MSPyBS/OPS_2003. Paraguay Indicadores de mortalidad 2000. 1990-1995. MSPyBS_Bioestadística. 1996-2010. Extraído de la base de datos del Sistema Integrado de Datos ParInfo. Año 2011 Datos provisionarios 2010.

Gráfico 3: Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad



La razón de mortalidad materna también tuvo un descenso de 164 a 100,8 por cada 100.000 nacidos vivos, entre el año 2000 y el 2010.

Tenemos perspectivas muy positivas de que estos indicadores mejoren significativamente en los próximos años como consecuencia de una mayor y mejor cobertura pública. Destacamos que hoy tenemos un aumento significativo en las consultas médicas, especialmente de la población en situación de pobreza que anteriormente tenía que realizar un gran esfuerzo monetario, a través de los denominados “gastos de bolsillo” para costearse sus respectivas consultas y tratamientos. Por otro lado, el porcentaje de parto institucional¹ estimado total pasó de 53% (1990) a 84,6% (2008), en el sector rural de 32,2% (1990) a 74% (2008), mientras en el sector urbano nos acercamos al 100%.

Nuestro gran desafío se centra en enfrentar y revertir el VIH/SIDA y otras enfermedades. Estamos fortaleciendo nuestro sistema de salud para garantizar una atención digna a todos y todas y, por otra parte estamos trabajando para evitar que el VIH/SIDA se siga extendiendo, y que la prevalencia, incidencia y muertes asociadas a la tuberculosis siga disminuyendo. Pese a estos esfuerzos y conforme a los datos que nos provee PRONASIDA el número de personas registradas con VIH/SIDA se incrementó en los últimos años.

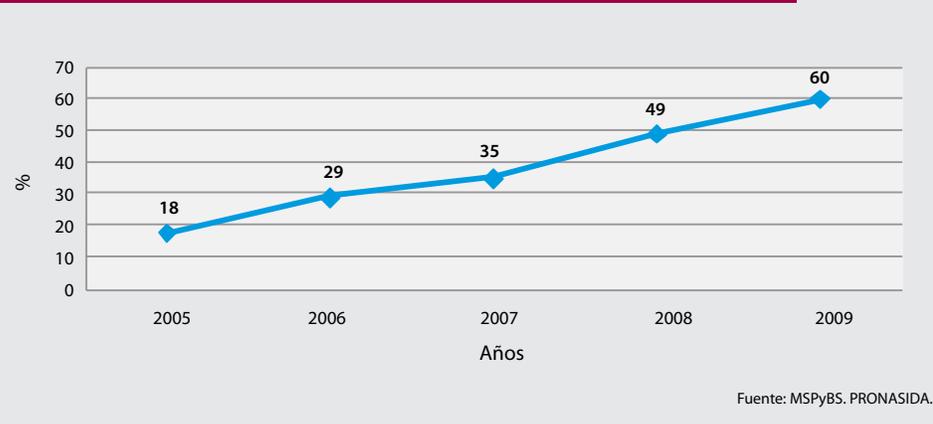
Número de Personas con VIH/SIDA notificados por año- según sexo (2005-2009)

Año	Hombres	Mujeres	Desconocido	Total
2005	330	225	6	561
2006	444	308	17	769
2007	401	273	1	675
2008	509	432	25	966
2009	544	380	37	961
2010	654	414	20	1088

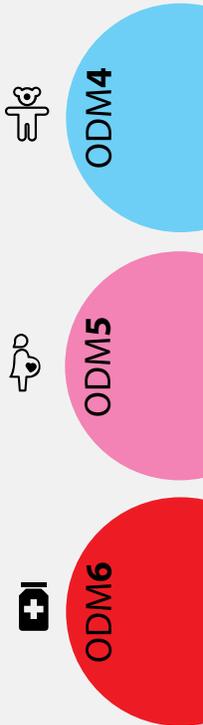
Fuente: MSP y BS –PRONASIDA.

Nuestro esfuerzo en atender este flagelo se refleja en el siguiente gráfico:

Gráfico 4: Porcentaje de población portadora de VIH con infección avanzada que tiene acceso a tratamientos antirretrovirales



¹ Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP).



Indicador 6.5. Porcentaje de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales.

Por otro lado señalamos, que hemos enfrentado brotes y epidemias de dengue y hoy podemos decir que estamos en condiciones de minimizar los riesgos y de apoyar a otras naciones que necesitan proteger a su población de esta enfermedad, pero es fundamental el decidido apoyo de toda la ciudadanía.

Finalmente indicamos en este apartado, que hemos dado, en poco tiempo un giro estratégico a la administración de la salud pública en Paraguay. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, según un reporte de la Encuesta de Gobernabilidad, Democracia y Transparencia², de ser una institución con múltiples críticas negativas en el pasado, pasó a ser una de las instituciones públicas mejor posicionadas en Paraguay.



² Realizada en conjunto por el IPNUD/DGEEC/Congreso Nacional Fin de 2008 (con seis meses de gestión diferente luego de la asunción del nuevo gobierno).



ODM4
reducir la
mortalidad
de los niños/as
menores de 5 años



1. Objetivo, Metas e indicadores

Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños/as menores de 5 años.

Meta 4 A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.	4.1 Tasa registrada de mortalidad de niños menores de 5 años.
	4.2 Tasa de mortalidad infantil, estimada y registrada.
	4.3 Proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión.



ODM4

4A

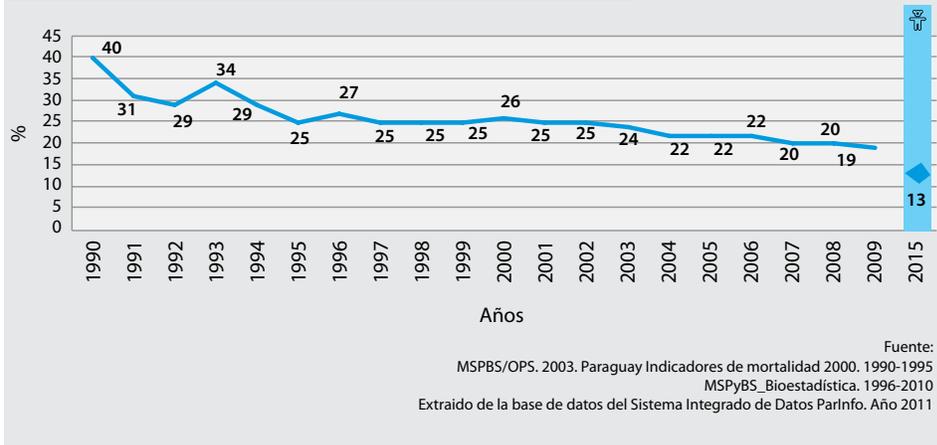
Meta 4 A: Reducir en dos tercios, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de niñas y niños menores de 5 años

meta

1. Reducir la tasa de mortalidad de niñas y niños menores de 5 años. Diagnóstico y tendencias.

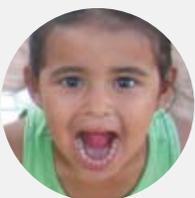
Indicador 4.1 Tasa registrada de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años de edad.

Gráfico 1: Tasa registrada de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años de edad



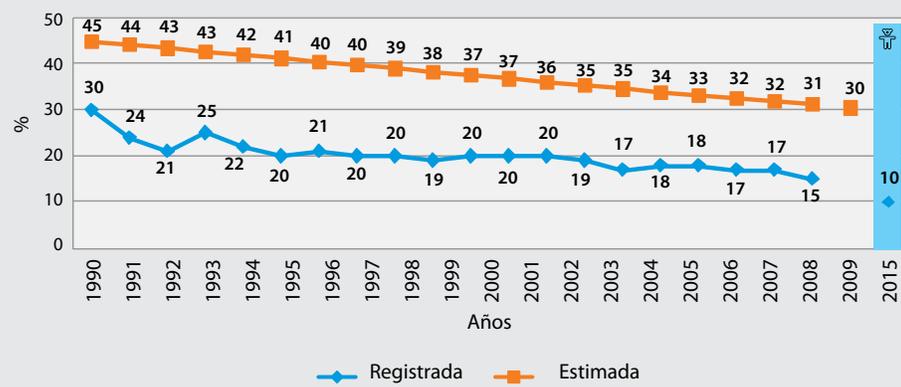
En el gráfico 1 se observa el comportamiento del indicador relativo al descenso de la mortalidad de niños y niñas menores de 5 años de edad. Entre los años 1990 y 2009, según datos del Sub Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), la tasa registrada de mortalidad en ese grupo descendió de 40 a 19 muertes por cada mil nacidos vivos. Si bien estos datos reflejan una notoria tendencia descendente en la tasa de mortalidad de menores de 5 años, el ritmo de descenso no resulta aún suficiente para llegar a la meta prevista para el 2015.

En cuanto a las causas de muerte en este grupo etario, según datos del MSPBS, siguen teniendo peso las relacionadas con el período neonatal, como las lesiones debidas al parto, las malformaciones congénitas, las infecciones del recién nacido, septicemia y la prematuridad. No obstante, se suman también a éstas las neumonías e influenza, diarreas y causas externas como accidentes domésticos, así como las enfermedades nutricionales y anemias, configurándose un perfil de causas prevenibles o evitables.



Indicador 4.2 Tasa registrada y estimada de mortalidad infantil (menores de 1 año).

Gráfico 2: Tasa registrada de mortalidad infantil por cada mil nacidos vivos



Fuente:
 MSPyBS/OPS_2003. Paraguay Indicadores de mortalidad 2000. 1990-1995.
 MSPyBS_Bioestadística. 1996-2010
 Extraído de la base de datos del Sistema Integrado de Datos ParInfo. Año 2011
 DGEEC_Paraguay. Proyección de la Población Nacional por sexo y edad, 2000-2050.
 Extraído de la base de datos del Sistema Integrado de Datos ParInfo. Año 2011

Con relación a la mortalidad infantil, la tasa registrada de este indicador pasó de 30 por mil nacidos vivos registrados, en 1990, a 15 por cada mil nacidos vivos registrados en 2009. Aún cuando la tasa de mortalidad infantil experimentó un paulatino descenso en el transcurrir de los años, la meta de reducirla para el 2015 a dos terceras partes de su valor del año 1990, tampoco se podrá alcanzar si se toma en cuenta el ritmo en el cual ha venido descendiendo.

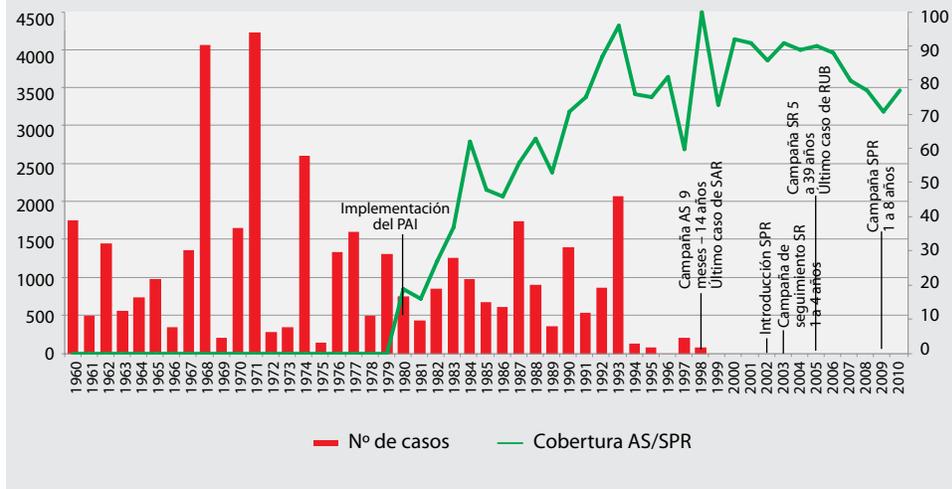
Según evaluación de UNICEF y CEPAL realizada en 2007, el país está clasificado como rezagado en el cumplimiento de esta meta debido a que, para dicho año, no se logró disminuir la mortalidad infantil al 45% de su valor del año 1990.

Al analizar las causas de muerte de los niños y niñas menores de 1 año pre-valetantes en el 2009, se constata un alto predominio de las afecciones ocurridas durante el período neonatal, de manera que, entre ellas, se encuentran las lesiones debidas al parto (34%) seguidas de malformaciones congénitas (19%), infecciones del recién nacido y septicemia (10%), así como la prematuridad (6%). Por otra parte, entre las demás causas relevantes, la diarrea es responsable del 3% de las muertes y las enfermedades nutricionales y anemia del 2%. Esto implica el desafío de lograr una mayor disponibilidad y acceso a la atención médica adecuada del parto y el cuidado del neonato. Al mismo tiempo, la superación de las muertes por causas transmisibles representa desafíos de mayor envergadura, como el acceso a servicios educativos, saneamiento básico, nutrición, etc., lo que equivale a mejores condiciones de vida.



ODM4



Indicador 4.3. Proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión.**Gráfico 1: Casos de sarampión y cobertura con AS/SPR. Paraguay 1960 - 2010**

El número de casos de Sarampión, al inicio de los años 60, osciló entre 500 a 4.230 casos anuales con muy bajas coberturas de vacunación. A partir de la implementación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) a nivel nacional en 1980, se evidencia una tendencia a la disminución de los casos y brotes (rango de 1000 a 1500 casos anuales). Conforme a las recomendaciones de la OPS/OMS, en 1994 se realizó la primera campaña masiva de vacunación con un cumplimiento de 41% en la población de 9 meses a 4 años, y una cobertura de 76% para el programa regular; a partir de ese año se logra una disminución drástica de los casos de sarampión.

Posteriormente, en el año 1997 se realizó una campaña de seguimiento con 60% de cobertura, por lo que en 1998 se programó una nueva campaña de barrido nacional en la población de 9 meses a 14 años, lográndose un cumplimiento de 100%. Ese mismo año se registró el último caso confirmado de Sarampión en Paraguay (Gráfico 1).

Hasta el año 1998 el esquema de vacunación contemplaba la vacunación con dos dosis de antisarampionosa (AS), la primera a los 9 meses y la segunda a los 15 meses. A partir de 1999 el esquema fue de dosis única a los 12 meses de edad.

Con la introducción de la vacuna SPR (Sarampión-Paperas-Rubéola) al programa regular en el 2002, Paraguay dio inicio al control de la rubéola. Dicho control avanzó con la ejecución de la campaña de seguimiento contra el sarampión realizada con SR (Sarampión-Rubéola) en el 2003, en la población de 1 a 4 años, cuyo cumplimiento global alcanzó el 93%. Ese año la cobertura en el programa regular fue de 91%.

En el año 2004 se introdujo al esquema una segunda dosis de SPR a los 4 años de edad (dosis de refuerzo), siguiendo las recomendaciones del Grupo Técnico Asesor (TAG por sus siglas en inglés) de la OPS, con lo que se garantiza una oportunidad adicional de vacunación.

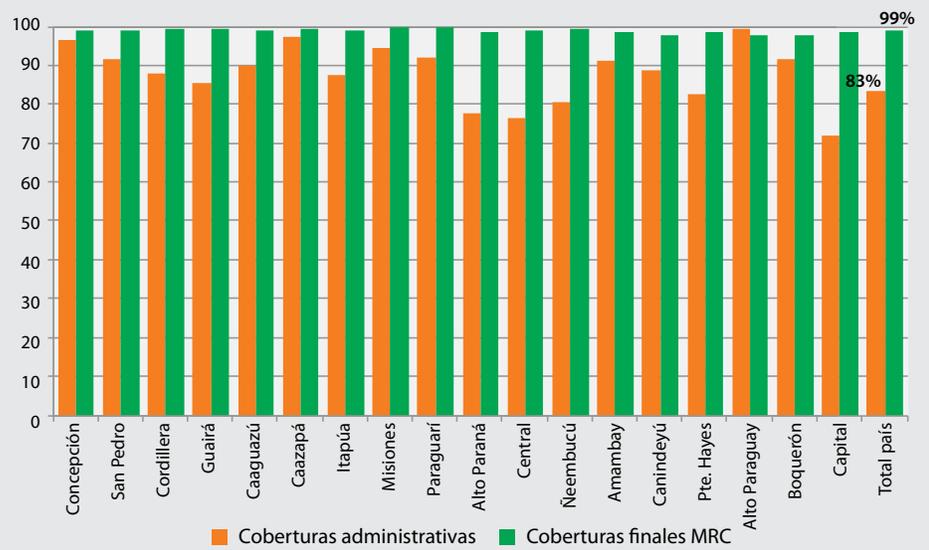


En el año 2005 se ejecutó una Campaña Nacional de Vacunación con SR en la población de 5 a 39 años, que tuvo como objetivos: eliminar la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita así como consolidar la eliminación del Sarampión. La Campaña logró una cobertura de 99,7% en las cohortes de los nacidos entre los años 1966 y 2000. La verificación del cumplimiento de la meta en cada distrito se realizó a través de Monitoreos Rápidos de Cobertura (MRC) por personal externo. Se realizaron 7.520 MRC en los 231 distritos a través de los cuales se evaluó el estado de vacunación de 720.692 personas de 5 a 39 años, que representan el 20% de la población meta. Ese año, la cobertura del programa regular con SPR en la población de un año alcanzó una cobertura de 90%.

Teniendo en cuenta que hasta el 2008 las coberturas del programa regular, tanto para la primera dosis al año de edad, como para el refuerzo a los 4 años no alcanzaron el 95%; en el 2009, en el marco de la Semana de Vacunación de las Américas, se realizó una nueva campaña de seguimiento con vacuna SPR/SR en la población de 1 a 8 años que logró un cumplimiento global de 83%. En ese año la cobertura del programa regular con SPR para la población de un año de edad fue de 71%.

Entre noviembre y diciembre de 2009 se realizó una encuesta de cobertura de base poblacional a fin de evaluar el cumplimiento de la meta en el 100% de los municipios del país. La Encuesta fue coordinada por la Dirección General de Estadísticas Encuestas y Censos (DGEEC) a partir de un protocolo elaborado conjuntamente con la OPS/OMS. De acuerdo a la metodología, se seleccionaron 2.960 conglomerados en los que se entrevistó a un total de 59.200 niños y niñas de 1 a 8 años (5% de la meta de la Campaña 1.166.828), de los cuales 58.688 (99,1%) estaban vacunados. De esta manera se comprobó que los niveles de cobertura en el 100% de los municipios del país eran superiores a las reportadas administrativamente en todos los grupos de edad, lo que mereció el reconocimiento del cumplimiento de la meta de la Campaña de Vacunación por parte de la OPS/OMS (Gráfico 2).

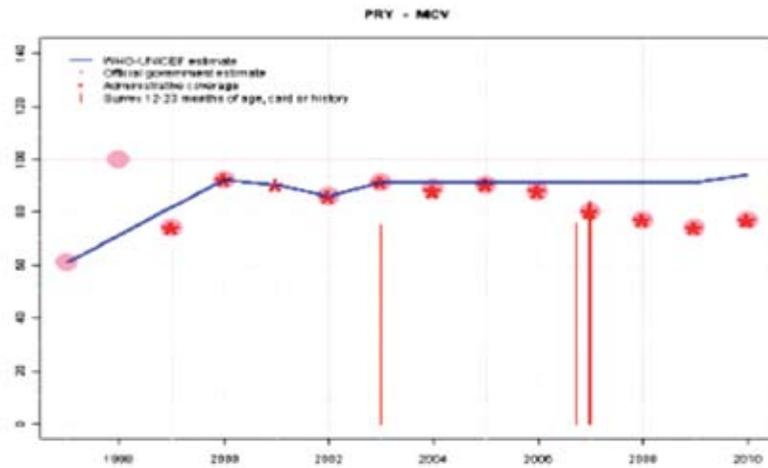
Gráfico 2. Coberturas administrativas de vacunación y resultados (%) finales de MRC en el grupo de 1 a 8 años, por Región Sanitaria. Campaña Nacional de Vacunación SPR/SR. Paraguay, 2009



Considerando que en el año 2010 la cobertura administrativa reportada con SPR fue de 77%, la DGEEC realizó, en el 2011, una nueva Encuesta Nacional de Coberturas de Vacunación, en la población de 12 a 35 meses. Los resultados preliminares indican que las mismas son cercanas al 95%. Estas diferencias entre las coberturas administrativas y las encuestas se atribuyen a problemas del denominador, el cual resulta de la proyección del censo del año 2002, por lo que se considera que la misma (población de niños y niñas de 1 año de edad) pueda estar sobreestimada.

De acuerdo a estas evidencias, el Sistema de Naciones Unidas (OMS / UNICEF) estima para el 2010 una cobertura con SPR de 94% para la población de un año (Gráfico 3).

Gráfico 3. Coberturas AS/SPR estimadas por OMS/ UNICEF Paraguay, 1997 – 2010



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Estimado	61	71	82	92	90	86	91	91	91	91	91	91	91	94
Official	61	100	74	92	NA	86	91	89	90	88	80	77	74	77
Administrative	NA	NA	74	92	90	86	91	88	90	88	80	77	74	77
Survey	NA	NA	NA	NA	NA	NA	75	NA	NA	NA	*	NA	NA	NA

Conforme a esta información, el país cumple con el indicador al lograr niveles de cobertura cercanos al 95% contra el sarampión.

2. Marco de Apoyo: políticas y programas

Las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad en el Paraguay 2008-2013, se constituyen en la propuesta del MSPBS para garantizar el derecho a la salud de la ciudadanía, sustentándose en los principios de universalidad, equidad, integralidad y participación social. Desde esta perspectiva, tiene el compromiso de facilitar el acceso universal a la atención de la salud con calidad, así como de incidir en los determinantes sociales de la enfermedad, junto a otros actores y sectores del desarrollo, buscando superar las inequidades en salud y construir calidad de vida para los y las habitantes del país.

El acceso a la atención de salud para la población, se organiza a través de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS), cuya puerta de entrada constituyen las Unidades de Salud de la Familia (USF) como integrantes de la Atención Primaria de Salud (APS). Las mismas buscan acercar el sistema de salud a las familias y sus comunidades, brindando servicios para atender la mayor parte de sus necesidades sanitarias. Cada Unidad de Salud de la Familia abarca entre 3.500 y 5.000 personas a quienes se garantiza su vinculación con el Sistema Nacional de Salud para recibir respuesta a aquellos casos que requieran atención de mayor complejidad, como la atención especializada, la de urgencias, la hospitalaria y las complementarias farmacéutica, apoyo diagnóstico, vigilancia de la salud y rehabilitación, conectadas todas ellas a través del sistema de regulación médica, comunicación y transporte.

Desde agosto de 2008 hasta octubre de 2011, se han instalado progresivamente 704 Unidades de Salud de la Familia (USF) en 234 distritos (habiéndose iniciado en aquellos con mayores índices de pobreza del país), con una población total asignada de 2.467.500 personas, aproximadamente. Asimismo, se ha fortalecido la atención ambulatoria a través de varios centros ambulatorios de especialidades habilitados con oferta de servicios en cardiología, diabetes, dermatología, oftalmología, etc. Por su parte, los hospitales han mejorado en infraestructura, equipamientos y contrataciones de recursos humanos. El acceso a la atención de alta complejidad se efectivizó por medio del aumento significativo de camas de terapia intensiva en la red del ministerio, así como de trasplantes de órganos realizados, sobre todo de córnea y riñón. Actualmente se reorganizan los servicios de urgencias con la metodología RAC (recepción, acogida y clasificación) y se amplía y se consolida, además, el sistema de regulación médica, comunicación y transporte.

Dentro de la estructura del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia (DIRSINA), dependiente a su vez de la Dirección General de Programas de Salud, tiene la misión de articular esfuerzos para dar respuesta a los legítimos derechos de calidad de vida y salud de la población de niños y niñas con menos de 19 años, contribuyendo así al ejercicio del derecho a la salud.

Las acciones de la DIRSINA, definidas en su Plan Estratégico 2010/2013, se enmarcan en una serie de documentos orientadores esenciales, como son: el “Eje Estratégico N° 1 – Calidad de Vida para Todos y Todas” de las Políticas Públicas para el Desarrollo Social 2010/2020; las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad en el Paraguay 2008-2013; la Ley 1032 del Sistema Nacional de Salud; la Prevención, Sanción y Erradicación de toda forma de violencia de Género y Edad; la Soberanía y Seguridad Alimentaria¹; el Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social 2009/2013; la Planificación Estratégica de la Secretaría Nacional de la Niñez y de la Adolescencia 2009/2013; y, finalmente, el Plan Nacional de Desarrollo de la Primera Infancia 2010-2020.

¹ Tomando en consideración las Metas e indicadores del Objetivo 1, de los ODM, la política referida a la Soberanía y Seguridad Alimentaria, es desarrollada en dicho apartado.



Los objetivos estratégicos se refieren a²:

Rectoría en Salud

Diseñar políticas, normas y procedimientos para atender con calidad a la población menor de 19 años. Su línea estratégica se basa en la “Promoción del desarrollo de autonomía de niños/as y adolescentes”.

Enmarcado en el objetivo estratégico de rectoría en niñez y adolescencia, la DIRSINA elaboró el Plan Nacional de Promoción en Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Niñez y Adolescencia 2010-2013, actualizando la Estrategia Nacional de Salud Neonatal que implementa acciones concretas a favor de la salud de la madre y del niño o niña recién nacido. Sus objetivos relevantes apuntan a³:

- Crear un entorno favorable para la promoción de la salud neonatal a través de las alianzas con Organismos internacionales de cooperación y donantes; ONG's; Sociedades Científicas, Universidades y Sociedad Civil;
- Fortalecer los sistemas de salud para mejorar el acceso a la atención de la madre, el recién nacido y el niño a través de la gratuidad universal y los diversos programas implementados en la red de servicios como el Programa de Atención Neonatal Integral (ANI), la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), el Banco de leche humana, los Hospitales Amigos de la Niñez y la Ley de sucedáneos de la leche, entre otros. Así como también actualizar, difundir y aplicar intervenciones de atención de la salud materna y neonatal;
- Promover las intervenciones comunitarias a través de la movilización comunitaria y estrategias de comunicación para promover los comportamientos saludables;
- Crear o fortalecer los sistemas de vigilancia, monitoreo y evaluación a través del fortalecimiento del sistema de información en salud, del desempeño del personal de salud en el marco del continuo cuidado con énfasis en salud peri-neonatal.

Promoción de la equidad en calidad de vida y salud

Promover la articulación para la integralidad de los programas de salud dirigidos a la población menor de 19 años. Son sus líneas estratégicas:

- Impulsar la coordinación con otras dependencias del MSPBS, relacionadas con la atención de niños/as y adolescentes;
- Establecer y/o fortalecer estrategias con organismos nacionales y agencias de cooperación internacional, para el cumplimiento de las acciones de la DIRSINA;
- Lograr un sistema efectivo de seguimiento y monitoreo para todas las acciones relacionadas con la orientación y supervisión de las capacitaciones



2 Dirección General de Programas de Salud - Dirección de Salud Integral de la Niñez y la adolescencia (DIRSINA) - Plan estratégico 2010 – 2013.

3 “Taller Internacional 50 años de experiencia en la reducción de la mortalidad infantil” Presentación de la Dirección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia (DIRSINA) de la Dirección General de Programas de Salud - La Habana, Cuba- Junio 2010

técnicas en ámbitos de niñez y adolescencia, al personal de salud de la red de atención.

Para enfrentar el tema de la violencia, la DIRSINA articula acciones con la Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia para la oferta (estipulada en acuerdos) de los servicios de salud cercanos a los Centros Abiertos y/o grupos indígenas del departamento Central y se definen acuerdos con servicios de salud que quedaron pendientes del año 2009. Se gestiona con la Dirección General de Informática Estratégica en Salud – Dirección de Bioestadística (DIGIES), un sistema de registro de los servicios prestados a esta población.

En octubre de 2008, por medio del Convenio Marco de Cooperación interinstitucional firmado entre el Ministerio del Interior, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República y la Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia, se conformó un equipo técnico multidisciplinario intersectorial para la prevención y atención integral a niños, niñas y adolescentes en situación de maltrato (ETM). Además del diseño de un programa para la prevención y atención integral de niños, niñas y adolescentes en situación de maltrato y la aplicación del protocolo de violencia en 5 Hospitales Centinelas (H. Barrio Obrero, H. San Pablo, H. Nacional, H. Pediátrico Acosta Ñu y Centro de Emergencias Médicas). Actualmente se realizan jornadas de capacitación para la aplicación del protocolo de violencia en los hospitales definidos por el Convenio.

Con relación a la población indígena se busca la formación de parte del equipo de investigación de la Dirección General de Salud Indígena para identificar estrategias de alimentación y nutrición de estos pueblos, además de la participación de la mesa interinstitucional coordinada por la misma para identificar y articular otras acciones.

Instalación y fortalecimiento de la Red Integrada de Servicios de Salud

Orientar y supervisar las capacitaciones técnicas del personal de salud de la red de atención, en los ámbitos de Niñez y Adolescencia. Sus líneas estratégicas son:

- Promover la capacitación y actualización de los RRHH de Salud;
- Disponer de las herramientas de capacitación pertinentes que benefician a la población de 0 a 19 años.

Como parte de las acciones para obtener este objetivo y con el interés de abordar la problemática de calidad de atención en los servicios de salud, con perspectiva de derechos humanos, se implementa el *Proyecto Pebendu Ore Ñe'e*, dirigido a profesionales de la salud directamente implicados en la atención de la salud de niños, niñas y adolescentes.

Dicho proyecto trabaja en los ejes transversales a la DIRSINA que son la perspectiva de Derechos⁴, Género, Violencia y Población excluida del sistema de Salud, a través de la incorporación de la Convención por los Derechos del niño y niña (CDN) en los servicios de salud, de manera que el niño y la niña sean considerados como sujetos de derechos.

4 Plan Operativo Anual 2010 - Dirección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia (DIRSINA) - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.



Entre sus líneas estratégicas de actuación se encuentran el acompañamiento a los planes institucionales, el seguimiento, apoyo técnico y definición de los facilitadores nacionales y el fortalecimiento técnico de los mismos para la incorporación de la perspectiva de derechos en servicios como el Centro Materno Infantil de San Lorenzo (CMI), el Hospital Pediátrico “Niños de Acosta Ñú”, el Hospital Nacional, el Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería (INEPEO) y el Instituto Andrés Barbero.

Además, la realización de Talleres de *Pebendu Ore Ñe'é* en cuatro regiones sanitarias: San Pedro, Caaguazú, Paraguari y Guaira. Se contemplan también acciones de abogacía, elaboración de planes regionales y materiales didácticos sobre el tema en Encarnación, Central y Asunción, con recursos humanos que trabajan con el programa Abrazo, USF, servicios de adolescentes, Hospitales Centinelas⁵ (Equipo técnico multidisciplinario de violencia). Este proyecto ha sido debatido y apoyado por la sociedad científica.

Desarrollo Institucional

Fortalecer las estructuras, procesos y funciones para la consolidación de los equipos interdisciplinarios e intersectoriales humanizados, orientados hacia el nuevo modelo de salud con enfoque en derechos de niñez y adolescencia, género e interculturalidad a través de las siguientes líneas estratégicas:

- Fortalecimiento institucional de la DIRSINA;
- Logro de un presupuesto adecuado para el cumplimiento de la misión de la DIRSINA, ejecutado en tiempo y forma;
- Recursos humanos necesarios para el cumplimiento de la misión de la DIRSINA a través del fortalecimiento de la Gestión y Desarrollo de Personas;
- Sistema ágil de información y documentación.

En el cumplimiento de este objetivo, cabe destacar la labor de la Dirección General de Información Estratégica en Salud (DIGIES) como dependencia sanitaria responsable del desarrollo del Programa “Sistema Nacional de Información en Salud” (SINAIS). En el año 2007 se inicia el proceso de apoyo al SINAIS, con la cooperación técnica de la OPS/OMS, partiendo de la elaboración de un Plan Estratégico para su fortalecimiento, al que se le suma el proyecto “Mejoramiento del Sistema Nacional de Información en Salud”⁶ que busca contribuir a desarrollar y fortalecer el citado sistema para mejorar la disponibilidad, calidad y uso de los datos para la toma de decisiones en el área.

Participación y Gestión Social

Promover estrategias de comunicación y metodologías que propicien la participación ciudadana en los territorios sociales definidos con énfasis en las políticas de niñez y adolescencia, género e interculturalidad, a través de la articulación con las instancias pertinentes en un sistema de comunicación social.

La estrategia de AIEPI comunitario (Atención Integrada a las Enfermedades)

5 Hospitales Centinelas: H. Barrio Obrero, H. San Pablo, H. Nacional, H. Pediátrico Acosta Ñu y Centro de Emergencias Médicas - Dato proporcionado por la *Dra. Raquel Escobar* - Directora de la Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (DIRSINA) – Agosto 2010.

6 El proyecto fue desarrollado por el Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD) mediante un acuerdo suscrito con la Agencia del Gobierno de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), desde el 1 de octubre de 2007 al 30 de setiembre de 2008. www.cird.org.py



des Prevalentes de la Infancia), para el mejoramiento de la calidad de vida y salud integral de los niños y niñas menores de 5 años, implementada a través de las Unidades de Salud de la Familia, se enmarca en este objetivo. Su finalidad es favorecer el crecimiento y desarrollo sostenido de los niños y las niñas, en los planos biológico, emocional, intelectual y social, por medio de la programación y la acción multisectorial y multidisciplinaria.

Finalmente, entre otros programas institucionales que apoyan a la niñez, cabe citar el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), responsable de la cobertura inmunológica a través del programa regular y campañas nacionales de vacunación, disponibilidad de vacunas e insumos de calidad (Certificación de la OMS). Este Programa consiguió durante el 2009⁷, entre otros logros, articular esfuerzos para la disponibilidad de recursos para el sostenimiento de las acciones emprendidas y la introducción de nuevas vacunas, la adquisición y entrega de vehículos para mejorar la accesibilidad, la apertura de locales de vacunación de fines de semana, las vacunaciones casa por casa y puestos fijos diarios y el desarrollo de un plan de comunicación social.

Por su parte, el Instituto Nacional de Alimentación brinda un conjunto de actividades de apoyo nutricional con carácter de recuperación y prevención, a través del cual se distribuye leche y otros alimentos a niños y niñas menores de 5 años y a embarazadas con déficit nutricional, a través de establecimientos de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)⁸.

3. Desafíos para la reducción de la mortalidad de la niñez

El Paraguay muestra avances importantes en la disminución de la mortalidad infantil y de menores de 5 años. El fortalecimiento de las acciones que se han desarrollado para este avance, es una tarea que debe ser asumida principalmente en aquellas regiones y distritos del país que no han alcanzado metas satisfactorias en este indicador.

La reducción de la brecha existente entre las posibilidades de respuesta del MSPBS y las demandas y necesidades de la población, sigue siendo un desafío que deberá ser afrontado por medio de la implementación de acciones que garanticen mejorar la eficacia y eficiencia del sistema de salud. Para ese fin, la ampliación de la cobertura de salud en las regiones más pobres del país resulta imprescindible.

El fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria en Salud de la red integrada de servicios de salud, para brindar la atención sanitaria necesaria a la población en general y a los menores en particular, debe constituirse en una prioridad. En ese marco, la atención a los grupos indígenas es de importancia fundamental.

Otro desafío importante para lograr la de reducción de la mortalidad infan-

7 "Taller Internacional 50 años de experiencia en la reducción de la mortalidad infantil" Presentación de la Dirección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia (DIRSINA) de la Dirección General de Programas de Salud - La Habana, Cuba, Junio 2010

8 Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia (DIRSINA), Plan Estratégico 2010/2013. Dirección General de Programas de Salud. MSP y BS, Asunción, marzo del 2010. Pág. 15



til tiene que ver con las acciones de Promoción de la Salud en todo el país, de manera a ir generando mayor demanda de salud preventiva desde las comunidades hacia el sistema de salud. En este sentido, es indispensable enfocar temas relacionados al crecimiento y desarrollo saludable de los menores de 5 años y al control de las enfermedades prevenibles que causan la mortalidad en esa etapa de la vida.

El mejoramiento del sistema de registro e información en salud, y su actualización con datos consistentes y confiables, sigue siendo una tarea pendiente y muy necesaria, en la medida que posibilitará el diseño e implementación de planes y programas que respondan a las necesidades y realidades del país.

La definición de indicadores de salud de niños y niñas indígenas y la elaboración de planes y programas que tomen en consideración los aspectos culturales de las comunidades originarias, es una prioridad que no puede ser postergada.

Avanzar en el proceso de descentralización sanitaria nacional, en el que cada Región Sanitaria establezca sus planes, programas y metas específicas para la reducción de la morbi mortalidad infantil, es un reto que debe ser asumido por los gobiernos locales y municipales del país.

El énfasis en la atención integral del continuo madre/recién nacido niño o niña, es muy importante cuando se busca que los servicios de salud lleguen a todos los habitantes del país.

Para ello resulta esencial garantizar a cada Región Sanitaria la disponibilidad de competencias, recursos, insumos, infraestructura, así como la capacidad de tomar decisiones a nivel local⁹.

La capacitación del personal de salud en aspectos relacionados con la mejora de sus aptitudes de gestión y gerenciamiento de recursos, es una tarea trascendental en la medida en que las limitaciones de este tipo tienen consecuencias decisivas en cuanto a la disponibilidad de esos recursos y de los insumos necesarios para el trabajo, principalmente en los servicios de salud del interior del país.

Sigue siendo una necesidad impostergable para el sistema de salud la organización de la red integrada de servicios de salud (RISS) para la implementación de la estrategia de AIEPI, el PAI, etc. El sistema de registro de AIEPI, al igual que el del PAI, presenta diferentes niveles de desarrollo en las Regiones Sanitarias, por lo que se necesitan realizar acciones orientadas a lograr que ambos programas cumplan con sus objetivos en todo el país.

4. Prioridades para la asistencia al desarrollo

- Promover el incremento de la inversión en salud, sobre todo en aquellas regiones más pobres del país, de manera a garantizar la implementación de acciones orientadas a la reducción de la mortalidad infantil en el marco de la lucha contra la pobreza.

⁹ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. "Plan Nacional de Salud Integral de la Niñez, 2008/2012", Asunción, 2008, pág. 9.

- Apoyar la descentralización del Sistema de Salud como estrategia que permitirá el acceso a la salud de niños y niñas menores de 5 años en todo el país.
- Promover el desarrollo de la red integrada de servicios de salud (RISS), tanto en lo concerniente a la organización de la infraestructura como de los recursos humanos, con el fin de ampliar el acceso a la atención de salud para las niñas, los niños y sus familias. En particular, priorizar aquellos distritos y regiones en donde los indicadores de salud presenten los déficit más graves.
- Apoyar las acciones tendientes a mejorar la calidad del registro de indicadores que dan cuenta de la mortalidad infantil y de menores de 5 años, de manera a ir consolidando estadísticas confiables que permitan definir planes y programas adecuados.
- Impulsar acciones orientadas a mejorar la capacidad de organización y participación de los diversos sectores de la sociedad civil, especialmente de la comunidad, para que se involucren en el diseño e implementación de los planes y programas necesarios para crear un ambiente de protección a los niños y niñas, como las redes de protección comunitaria.
- Impulsar el diseño, ejecución y evaluación de programas y proyectos de atención en salud a niños y niñas indígenas y sus comunidades con respeto a su cultura.
- Propiciar acciones orientadas a fortalecer la estrategia nacional de AIEPI, a partir de una evaluación consistente de su gestión e impacto en los últimos años.
- Seguir priorizando el apoyo a las acciones orientadas a garantizar la cobertura del PAI, para alcanzar los niveles esperados de inmunización en el país.



ODM4



ODM5
mejorar la
salud materna



1. Objetivo, Metas e indicadores

Objetivo 5: Mejorar la salud materna.

Meta 5 A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	5A.1 Tasa registrada de mortalidad materna.
	5A.2 Porcentaje registrado y estimado de partos con asistencia de personal sanitario especializado.
Meta 5 B: Acceso a servicios de salud reproductiva	5B.3 Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres.
	5B.4 Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres casadas o unidas.
	5B.5 Prevalencia de uso del condón en mujeres
	5B.6 Prevalencia de uso del condón en mujeres casadas o unidas.
	5B.7 Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad (nacimiento por 1.000 mujeres).
	5B.8 Porcentaje de nacidos vivos cuyas madres han tenido una consulta de control prenatal.
	5B.9 Porcentaje de nacidos vivos cuyas madres han tenido cuatro consultas de control prenatal.
	5B.10 Porcentaje de mujeres de 15 a 44 años de edad que no utilizan métodos anticonceptivos.



ODM5

Mejorar la salud materna: diagnóstico y tendencias

1. Indicadores

5A

Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

meta

Indicador 5A.1: Razón de mortalidad materna registrada (por 100 mil nacidos vivos).

En el año 1990, la razón de mortalidad materna (RMM) en el Paraguay, era de 150,1 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, en el año 2009 se registró una RMM de 125,3 /100.000 nacidos vivos. (Gráfico 1).

A lo largo de los 20 años de reporte de este indicador, el mismo muestra oscilaciones importantes marcadas por los procesos de fortalecimiento de la vigilancia de la mortalidad materna, desde el año 2.000 y el mejoramiento de la calidad del registro de las estadísticas vitales, a partir del año 2004.

Gráfico 1: Razón de mortalidad materna s/ años Paraguay. Periodo 2000-2010



Fuente
MSPyBS/OPS_2003. Paraguay Indicadores de mortalidad 2000. 1990-1995.
MSPyBS. Bioestadística. 1996-2010.
Extraído de la base de datos del Sistema Integrado de Datos ParInfo. Año 2011
Datos provisorios 2010.

Aún cuando la tendencia general es a la disminución, se siguen observando fuertes inequidades. Así, en el año 2009 la RMM total fue de 125,3 siendo la urbana de 115,2 y la rural de 152,7 (Anexo: Cuadro 10). Comparando entre las diferentes regiones se observa para el mismo año en la capital del país una RMM de 93,5 por debajo de la general, mientras que en Presidente Hayes (región de difícil acceso geográfico y con elevado porcentaje de población indígena), una RMM de 424,2¹. Esto evidencia que el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas y el tratamiento oportuno de las complicaciones en los servicios de salud son claves para la reducción de la mortalidad materna, pues ésta es un reflejo de los determinantes sociales y de las respuestas adecuadas en tiempo y calidad del sistema de salud. Por su parte, el aumento de la RMM en

1 Según datos de la Dirección de Bioestadística-MSPBS

el 2009 respecto al 2008 está relacionado con el aumento de infecciones respiratorias, incluyendo los casos por influenza AH1N1.

Si bien en la curva se observa una meseta entre 2005 y 2009, último año cerrado por el sistema estadístico, los datos provisionales del 2010 y 2011 apuntan a una disminución cercana al 20% en la mortalidad materna. Este dato es especialmente relevante si además tenemos en cuenta que durante los citados años se ha implementado un sistema de búsqueda activa de posibles muertes maternas, no utilizado antes del 2010.

Según la Evaluación del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2003/2008 (PNSSR), “la principal causa de mortalidad entre los años 2003 y 2006 es el aborto (siendo la proporción más alta del 27% y la más baja del 21% en ese periodo de tiempo); seguido por otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio (29 %y 17%). En tercer lugar de importancia se ubica la hemorragia (23 % y 19%) seguida por toxemia (27% y 17%) y finalmente la sepsis (14% y 6%). Las causas que tienden a decrecer con los años, son la sepsis y otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio”². En el año 2009 la primera causa fue la enfermedad hipertensiva del embarazo-toxemia (19,5%), seguida de aborto (18%), hemorragias (16,4 %), sepsis (6,3%) y otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio (39,8%)³.

La morbilidad y mortalidad materna tienen consecuencias importantes sobre la mujer, su familia y la comunidad; e impactan además en el incremento del riesgo de abandono de los niños y niñas, con sus secuelas de malnutrición y educación deficiente.

Comentarios sobre la tendencia, perspectivas de cumplimiento al 2015

Para lograr en el 2015 la meta de reducción de la mortalidad materna en tres cuartas partes de la que presentaba en 1990, la reducción debería seguir hasta alcanzar una RMM registrada de 37,5 por 100.000 nacidos vivos. El progreso de reducción actual es insuficiente para alcanzar la meta prevista, aunque el potencial de reducción del Paraguay es elevado, así como en otros países de América Latina⁴. Por tanto es posible reforzar la tendencia mediante la firme adopción de medidas que ya se están llevando adelante como:

1. Mejorar la calidad de la atención durante el prenatal, parto y puerperio. Éste es uno de nuestros mayores desafíos, porque la calidad de la atención implica aumentar el número de profesionales especialistas calificados, disponibilidad de equipos auxiliares de diagnóstico, medicamentos (antibióticos y manejo adecuado de oxitocina) y sangre segura.
2. Desarrollo e implementación de la Red Integrada de Servicios de Salud en Paraguay conformada por la Atención Primaria de la Salud; Atención Ambulatoria Especializada; Atención a las Urgencias; Atención Hospitalaria; Atención Complementaria en Apoyo Diagnóstico, Asistencia Farmacéutica, Vigilancia de la Salud, Rehabilitación-Órtesis y Prótesis; y el Sistema de Re-

2 “Evaluación del Plan Nacional de Salud Sexual Reproductiva, 2003/2008, Informe final, Paraguay-Noviembre”. MSP y BS, página 8.

3 Depto. de Bioestadística, DGPS, MSP y BS.

4 Reducción porcentual de la mortalidad materna 1990-2007 y proyectada hasta 2015 para LAC y 18 países. Indicadores básicos OPS/OMS – construcción CLAP/SMR 2010.



gulación médica, comunicación y transporte. La implementación progresiva de las Unidades de Salud de la Familia (USF) integrantes de la Atención Primaria de la Salud permitirá el mejoramiento de la calidad de atención, de la vigilancia de la morbilidad materna y neonatal, así como aumento de cobertura de planificación familiar, atención al postparto y la derivación oportuna a la atención especializada. Por otro lado, el desarrollo y fortalecimiento de las demás instancias de la red es también indispensable para garantizar la maternidad segura, así como la adopción de medidas correctivas oportunas.

3. Disminuir el aborto inseguro manteniendo y reforzando acciones claves que ya se están ejecutando:
 - a. Se incorporaron los anticonceptivos a la lista de medicamentos esenciales del país, incluyendo anticoncepción de emergencia.
 - b. Se realiza abogacía para la revisión de las leyes sobre salud sexual y reproductiva.
4. Reducir la morbilidad materna severa, para lo cual se realizan reuniones de trabajo con el fin de sensibilizar a las sociedades científicas y a la comunidad sobre la morbilidad materna severa.
5. Integrar los programas de SSR y VIH/Sida, avanzando aún más en el proceso de integración de los distintos Programas.
6. Lograr acceso universal a los servicios de SSR, incrementando las siguientes acciones ya en curso:
 - a. Abogacía para incrementar la protección social en el área materna-neonatal.
 - b. Avance en la eliminación de barreras para el acceso, tales como barreras geográficas a través de la instalación de las USF en las comunidades en todas las regiones sanitarias del país, construcción albergues para embarazadas, mejorando caminos y mejorando el sistema de transporte; superando barreras culturales por medio de la capacitación a los funcionarios para el enfoque intercultural en la atención y el trato humanizado en los servicios; y barreras económicas mediante la declaración de gratuidad en los servicios públicos de salud⁵.
7. Mejorar los sistemas de información, elevando la calidad del llenado de la ficha del SIP por medio de la capacitación permanente a los funcionarios y asegurando la calidad del llenado de los certificados de Nacidos Vivos y Defunciones.
8. Eliminar la sífilis congénita adaptando y difundiendo el programa regional de eliminación de la sífilis congénita a través de reuniones de capacitación y seguimiento a los profesionales de los equipos de salud de la familia, centros de salud y hospitales.

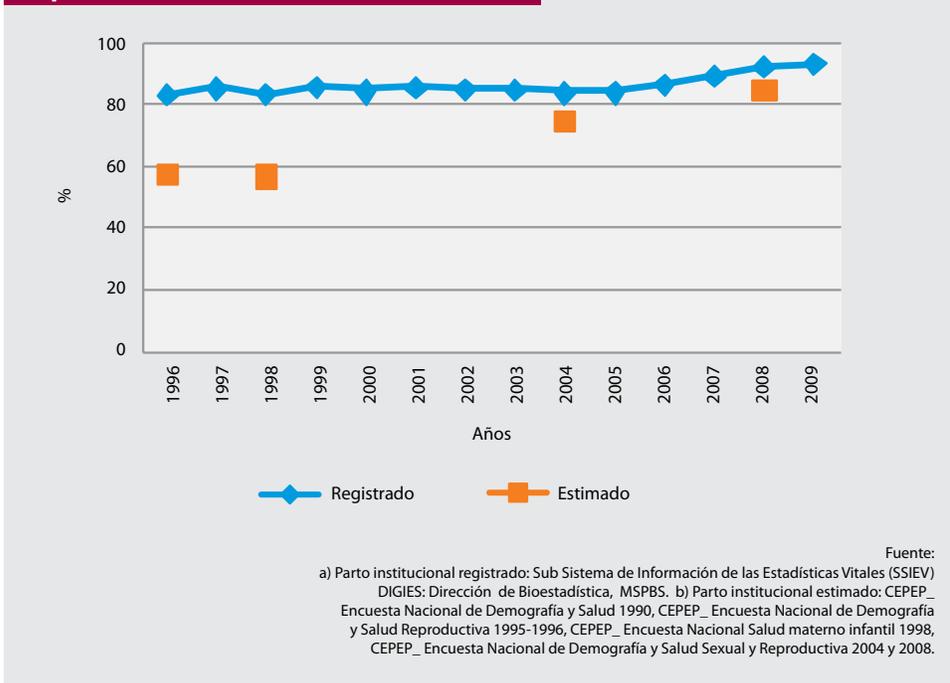
5 Resoluciones ministeriales: **12/09/2008** eliminación de aranceles de Consultas Externas y Urgencias; **30/09/2008** eliminación de aranceles de los servicios de internaciones hospitalarias clínicas y quirúrgicas, de urgencia y programadas, cirugías menores, curaciones, nebulizaciones, uso de incubadora, luminoterapia y oxígeno; **27/11/2008** eliminación de aranceles de estudios diagnósticos de radiografía, ecografía, tomografía, endoscopia, biopsia, análisis de laboratorio, electrocardiograma, para pacientes internados; **21/07/2009** eliminación de aranceles para el tratamiento de Lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y de mamas (crioterapia, conización del cuello, escisión electroquirúrgica por asa, mamografía y biopsia).



Indicador 5A.2: Porcentaje registrado y estimado de partos con asistencia de personal sanitario especializado.

El porcentaje de parto institucional registrado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social ha ido en constante aumento. En el año 2005 el 84,3% de los partos eran institucionales, porcentaje que aumenta al 93,2 en el año 2009. El porcentaje estimado de parto institucional también presentó un aumento progresivo, observándose la disminución de la brecha entre lo estimado y lo registrado. (Gráfico 2)

Gráfico 2: Porcentaje registrado y estimado de parto institucional



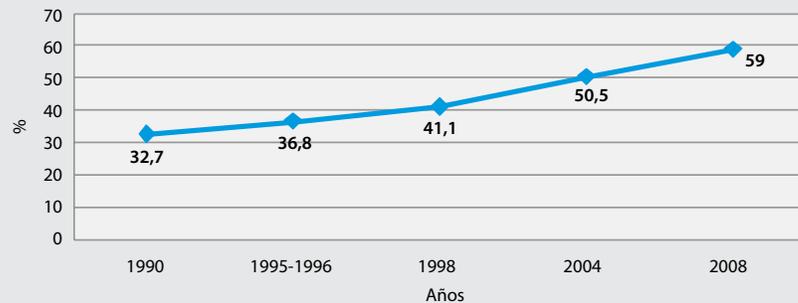
Según la ENDSSR 2008-CEPEP⁶, el predominio de partos en instituciones de salud se encuentra en el área urbana (92,9) y en mujeres que residen en Gran Asunción (96,2%) (Anexo cuadro 11). Asimismo, de acuerdo a esta misma fuente si bien hay una disminución de los partos en los domicilios, se nota que en áreas rurales y en la región norte una de cada cinco mujeres aún tienen partos fuera del nivel institucional (20,8 7 23,6% respectivamente). El 5,3% de las mujeres rurales y el 8,3% de las del este eligen otros lugares como Argentina o Brasil para dar a luz.

6 CEPEP_ Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2008.



5B Acceso a servicios de salud reproductiva

meta

Indicador 5B.3: Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres.**Gráfico 3: Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 44 años**

Fuente: CEPEP_ Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990, CEPEP_ Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva 1995-1996, CEPEP_ Encuesta Nacional Salud materno infantil 1998, CEPEP_ Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2004 y 2008.

La tendencia del uso de métodos anticonceptivos indica que existe un aumento progresivo de la utilización de los mismos por parte de las mujeres en general. Así, en el 2008 era de un 59% en las mujeres de 15 a 44 años siendo del 79,4% en el grupo de mujeres casadas/unidas, de 52,2% en el de divorciadas/separadas/viudas y de 31,8% en el de solteras⁷.

Indicador 5B.4: Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres casadas o unidas.

El aumento del uso de métodos anticonceptivos en mujeres casadas/unidas se ha dado de manera progresiva en los últimos años. En el 2004, el 72,8% de las mujeres reportaron el uso de algún método contraceptivo, porcentaje que aumenta al 79,4 en el 2008; es decir 6,6 puntos más (Gráfico 4). En la ENDSSR-CEPEP 2008 se encontró que la diferencia del uso de métodos anticonceptivos por mujeres casadas/unidas de 15 a 44 años había desaparecido, siendo de 79,3 y 79,5 por ciento en zona rural y urbana respectivamente.

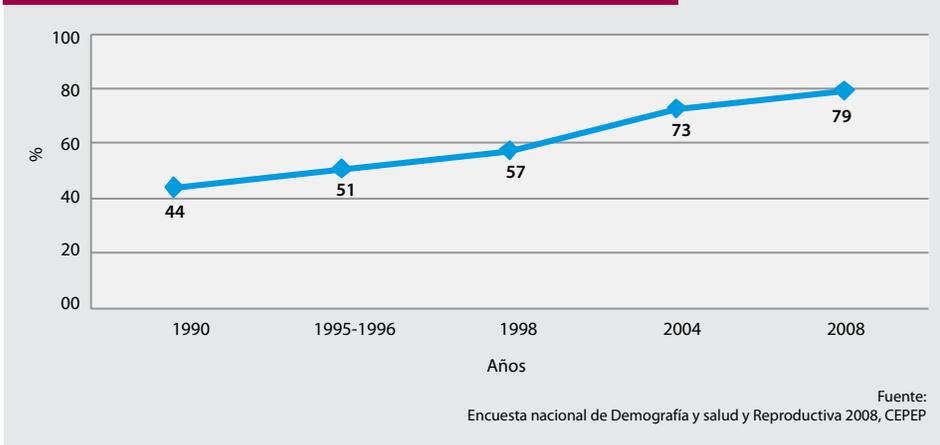
El aseguramiento presupuestario del suministro de kit de parto e insumos anticonceptivos del MSP y BS ha garantizado la disponibilidad anual de los mismos en los servicios de salud⁸. El Comité de Disponibilidad Asegurada de

⁷ Según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2008-CEPEP

⁸ La Resolución 598, de agosto del 2006 establece la gratuidad de todos los métodos anticonceptivos en todos los establecimientos del MSP y BS.

Insumos Anticonceptivos (DAIA)⁹ ha tenido un rol fundamental en lo referente a estimación de necesidades, la logística, la asesoría técnica para la compra de anticonceptivos de calidad a menor precio, así como para la inclusión de anticonceptivos en el listado básico y compra de insumos por parte del Instituto de Previsión Social (IPS). El objetivo de DAIA es el desarrollar y proponer estrategias que favorezcan el acceso de la población a servicios y suministros de insumos anticonceptivos con la calidad y continuidad adecuadas.

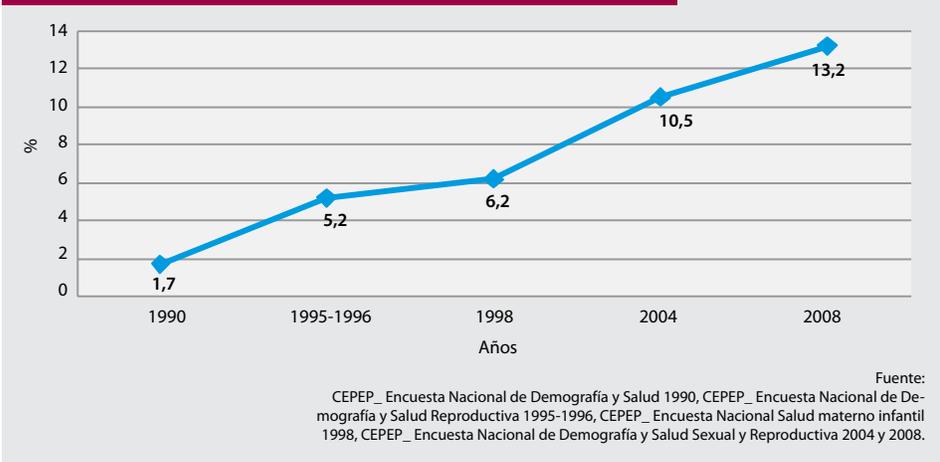
Gráfico 4: Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres casadas/unidas de 15 a 44 años de edad



Indicador 5B.5: Prevalencia de uso del condón en mujeres de 15 a 44 años de edad.

En relación al uso del condón o preservativo masculino, los datos indican que entre los años 1990 y 2008, se ha registrado un aumento en la prevalencia de su uso por parte de las mujeres, pasando de 1,7% a 13,2%. (Gráfico 5).

Gráfico 5: Prevalencia del uso de Condón en mujeres. Años 1990 – 2008



9 Este comité es de carácter interinstitucional. Conformado por representantes del Estado, entes autárquicos, Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), organismos de cooperación internacional, y está presidido por autoridades del Ministerio de Salud y Bienestar Social.

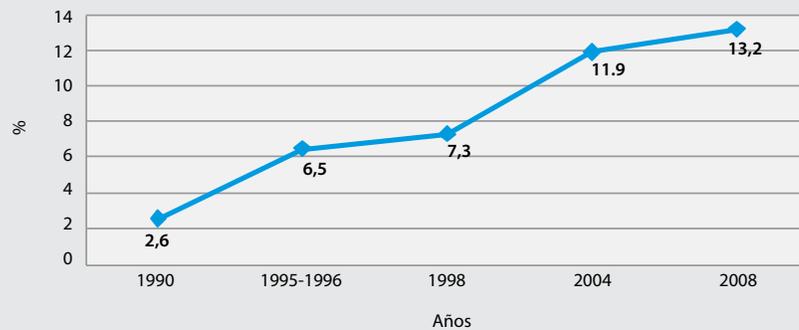


ODM5

Según la ENDSSR-CEPEP 2008, el uso del condón masculino en el total de las mujeres es de 13,2% siendo en las casadas/unidas de 13,2%, en las divorciadas/separadas/viudas de 8,9%, y en las solteras de 14,1%.

Indicador 5B.6: Prevalencia de uso del condón en mujeres casadas o unidas de 15 a 44 años de edad.

Gráfico 6: Prevalencia de uso del método condón en mujeres casadas o unidas de 15 a 44 años de edad



Fuente: ENDSSR-CEPEP, 2008

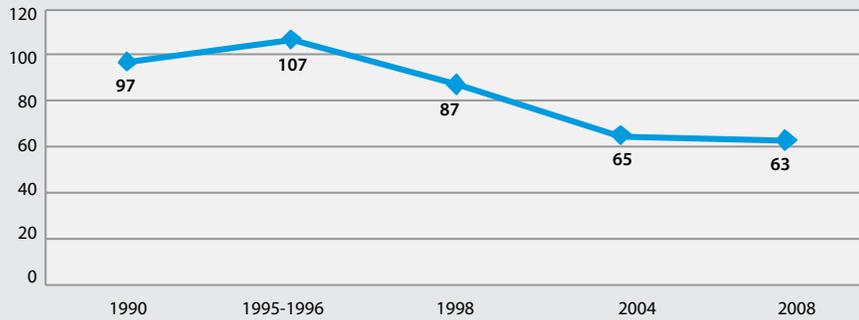
En el 2008, la prevalencia del uso del condón por las mujeres casadas o unidas era de 13,2% en el país (Gráfico 6). El dato varía según el lugar de residencia, en zonas urbanas el uso era 15,3%, mientras que a nivel rural era de 10,1%. En el caso de las mujeres, el uso del condón como método de planificación, y de prevención de ETS y del VIH, está determinado por el nivel de autonomía y poder de decisión de las mujeres. Cuando ésta no tiene la suficiente autonomía o capacidad de negociación con su pareja, se genera una reacción negativa hacia el uso del preservativo.

Indicador 5B.7: Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad (nacimiento por 1.000 mujeres).

Entre los años 1990 y el 2008, la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad ha disminuido de manera considerable. Así en el año 1990, la tasa era del 97 por mil, mientras que para el 2008 bajó a 63 por mil. (Gráfico 7).

Entre las posibles causas de disminución de la tasa específica de fecundidad adolescente, se puede mencionar el aumento de información orientada a esta franja etaria. Han sido amplias las campañas de capacitación a maestros y personas de la sociedad civil que se encuentran colaborando en la promoción y difusión de la salud sexual y reproductiva.

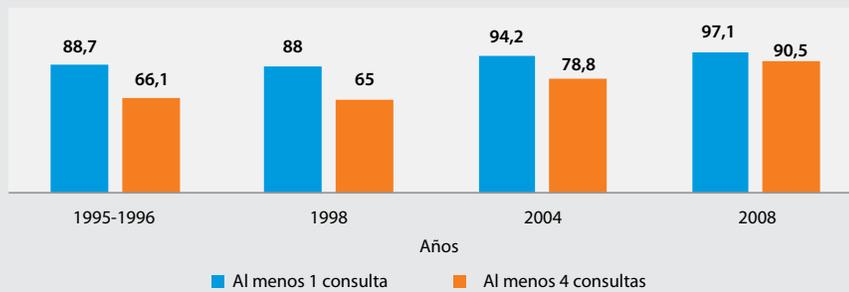
Gráfico 7: Tasa específica de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años de edad (nacimiento por 1.000 mujeres)



Fuente:
 CEPEP_Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 1990.
 CEPEP_Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva. 1995-1996.
 CEPEP_Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. 1998.
 CEPEP_Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva. 2004.
 Extraído de la base de datos del Sistema Integrado de Datos ParInfo. Año 2011

Indicador 5B.8 y 5B.9: Porcentaje de nacidos vivos cuyas madres han tenido una consulta de control y porcentaje de nacidos vivos cuyas madres han tenido cuatro consultas de control.

Gráfico 8: Porcentaje de nacidos vivos con controles prenatales



Fuentes:
 CEPEP_Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva. 1995-1996.
 CEPEP_Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. 1998.
 CEPEP_Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva. 2004.
 CEPEP_Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva. 2008.
 Extraído de la base de datos del Sistema Integrado de Datos ParInfo. Año 2011

El porcentaje de nacidos vivos cuyas madres han tenido al menos una consulta de control prenatal ha aumentado entre los años 1998 y 2008, de 88% a 97,1%. En cambio, de igual manera el grupo de nacidos vivos cuyas madres habían accedido a cuatro y más consultas de control prenatal, aumentó de 64,7% en 1998 a 90,5% en el 2008. (Gráfico 8).



ODM5

2. MARCO DE APOYO: POLÍTICAS Y PROGRAMAS

2.1 Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad

Como ya fuera mencionado en el capítulo anterior, las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad constituyen el marco de las acciones del MSPBS, cuyo compromiso es el de articular un Sistema Nacional de Salud con los principios de universalidad con equidad, integralidad y participación social. La construcción de este sistema requiere de un contenido programático y un modo de gestión.

El contenido programático queda definido por la “Estrategia Promocional de la Equidad en Calidad de Vida y Salud” orientada por el imperativo ético de responder a las necesidades sociales. Plantea cuatro proyectos estructurantes según etapas del ciclo vital: niñez, adolescencia y juventud, adultez y adultez mayor. Cada uno de ellos tiene como ejes transversales los llamados Proyectos de desarrollo de autonomía (PDA) que se integran en cada etapa del ciclo vital: PDA frente a las amenazas a la Salud Sexual y Reproductiva, a la Salud Mental, a la Salud Bucal, a los daños provocados por las Enfermedades Crónico Degenerativas, las Enfermedades Transmisibles, Traumatismos y Lesiones Externas.

Para cada proyecto se declaran metas de indiferencia cero para aquellas situaciones inadmisibles para el país y la dignidad humana, como objetivo común del gobierno y la sociedad. En este sentido, frente a las amenazas a la Salud Sexual y Reproductiva, el PDA incluye entre sus metas de indiferencia cero, los componentes citados a continuación:

- Indiferencia cero para la mortalidad materna.
- Indiferencia cero para el cáncer de cuello uterino.
- Indiferencia cero para la morbi mortalidad por cáncer de mama.
- Indiferencia cero para el cáncer de próstata y pene.
- Indiferencia cero para la ausencia de cobertura y atención calificada de prenatal, parto y puerperio.
- Indiferencia cero para la violencia en todas sus formas contra niñas y niños, adolescentes, mujeres, hombres y adultos mayores.
- Indiferencia cero para la transmisión vertical de VIH y sífilis.
- Indiferencia cero para las infecciones de transmisión sexual.
- Indiferencia cero para la falta de disponibilidad y la no utilización de métodos anticonceptivos.

Las acciones deben tener en cuenta los siguientes factores sociales que determinan la calidad de vida y salud:

- Clase social, territorio, género y etnia.
- Grado de cobertura de protección social como el empleo y el ingreso, la seguridad social, la asistencia social, la educación, vivienda, cultura, recreación y deporte.
- Ocupación, nutrición y seguridad alimentaria, exposiciones ambientales, discapacidad, actividad física y adicciones.

El Sistema Nacional de Salud, se organiza a través de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) ya referida en apartados anteriores. La tarea de implementación de las mismas es continua y progresiva. La reducción de la mortalidad materna requiere de un Sistema Nacional de Salud capaz de dar respuestas integrales y universales. En la línea de fortalecimiento y desarrollo de los servicios de salud del país, hay que destacar la extensión de la cobertura asistencial mediante la Atención Primaria de Salud, con la instalación de las Unidades de Salud de la Familia (USF). Cada USF tiene un equipo de salud de la familia (ESF) constituido por un/una médico/a, un/una licenciada en enfermería u obstetricia, un auxiliar de enfermería y tres agentes comunitarios de salud. A través de los mismos, se acerca el sistema de salud a las personas en las comunidades, se garantiza la vigilancia de la salud, se identifica y se dan respuestas localmente a los problemas. De este modo se favorece el acceso a los servicios de salud de la población históricamente excluida y se consigue un gran avance en la lucha contra la mortalidad materna y neonatal.

2.2 Planes y programas

El Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR), 2009/2013, *Promoviendo la equidad en calidad de vida y salud para una vida sexual y reproductiva plena*, se enmarca en las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad del Gobierno Nacional; y propone mejorar la salud sexual y reproductiva mejorada de la población del Paraguaya a través de la ejecución de acciones con enfoque de género y derechos, orientadas por la política de salud y sus principios de universalidad, equidad, integralidad y participación social. Para ello, se plantea el desarrollo de 8 ámbitos y en cada de ellos las respectivas líneas de acción prioritarias¹⁰.

Ámbito 1: Maternidad segura. Con 4 líneas de acción: a) La salud de la mujer no embarazada. b) Prenatal oportuno y adecuado c) Parto realizado por personal calificado y en ambiente habilitante calificado d) Resolución de las Emergencias Obstétricas y Neonatales.

Ámbito 2: Planificación familiar. Determina 2 líneas de acción: a) Acceso a información veraz y actualizada, a servicios adecuados y eficaces de planificación familiar. b) Disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos, incluyendo condones, equipamientos, instrumentales, equipos, anticoncepción de emergencia, otros suministros y recursos humanos calificados.

Ámbito 3: Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, ITS y por el VIH. Propone 2 líneas de acción: a) Acceso a la información y a los medios para la prevención de las infecciones de transmisión sexual y por el VIH. b) Acceso a servicios de laboratorio y de atención, a medicamentos y a información para la detección y tratamiento de las ITS y por el VIH.

Ámbito 4: Educación de la sexualidad. Trabajo con Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes. Líneas de acción: a) Apoyo técnico intersectorial y del Ministerio de Salud a la implementación efectiva de la educación de la sexualidad, basada en derechos para niñas, niños, adolescentes, jóvenes y personas adultas,

¹⁰ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2009/2013, promoviendo la equidad en calidad de vida y salud para una vida sexual y reproductiva plena, Asunción, 2009, página 9.



a cargo del Ministerio de Educación y Cultura (MEC)¹¹ y b) Desarrollo de liderazgo y participación activa de niñas, niños, jóvenes y adolescentes organizados en educación de la sexualidad, derechos y salud sexual y reproductiva.

Ámbito 5: Prevención y Atención a otras enfermedades, daños y disfunciones que afectan la salud sexual y reproductiva. Tiene 2 Líneas de acción: a) Prevención, detección precoz y tratamiento oportuno del cáncer genital y de mamas. b) Orientación sobre infertilidad, esterilidad, disfunciones sexuales y otros trastornos en el campo de la sexualidad y la reproducción humanas.

Ámbito 6: Prevención y Atención a personas en situación de Violencia Sexual y Violencia Basada en Género (VBG). Considera tres líneas de acción: a) Desarrollo de capacidades institucionales para la prevención, denuncia a las instancias pertinentes y atención de las personas en situación de violencia. b) Implementación efectiva del “Protocolo de Atención a Personas en Situación de Violencia Sexual¹²”, conforme a las características de cada servicio. c) Desarrollo de políticas y estrategias de concienciación para la prevención de la violencia basada en género.

Los ámbitos 7 y 8 del Plan hacen mención a la Abogacía, Comunicación Educativa y Participación; y al Monitoreo y Evaluación que será aplicado de manera sistemática, permanente y continua.

Si bien la mayoría de los Programas que hacen a la salud materna se encuentran integrados en los ámbitos y lineamientos del PNSSR, es importante mencionar el Programa Nacional de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino y Mama¹³; que tiene por objeto disminuir la morbi-mortalidad por cáncer en la mujer a través de la detección precoz y el tratamiento oportuno de las lesiones pre malignas o precursoras del cáncer de cuello uterino y de mama, puntualizados en el ámbito 5 del PNSSR.

2.3 Leyes

Se encuentran pendiente el debate y aprobación de:

“Anteproyecto de Ley sobre Salud Sexual, Reproductiva y Materno Perinatal” que ajusta la normativa nacional a los compromisos internacionales en materia de salud sexual y reproductiva.

“Anteproyecto de ley contra toda forma de discriminación” que tiene por objeto reglamentar el artículo 46 de la Constitución, el que indica que *“todos los habitantes de la República son iguales en dignidad y derechos. No se admiten discriminaciones. El Estado removerá los obstáculos e impedirá los factores que las mantengan o las propicien. Las protecciones que se establezcan sobre desigualdades injustas no serán consideradas como factores discriminatorios sino igualitarios”*¹⁴.

11 En el objetivo 6, se hace amplia referencia al proyecto denominado “Ñande Rekové: Políticas Públicas para la Educación de la Sexualidad en el Sistema Educativo Paraguayo, en el que se abordan aspectos que tienen que ver con la educación sexual de niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

12 La Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República, el Ministerio de Salud, el Ministerio del Interior, la Policía Nacional y el Ministerio Público, se encuentran realizando jornadas de ajuste técnico para la unificación de los Protocolos de Atención a Personas en Situación de Violencia Sexual del Ministerio de Salud Pública y del Informe Pericial Integral en la Investigación del Delito Sexual.

13 Creado por decreto ley número 3133/2007.

14 “Todos Somos Iguales” Proyecto de ley contra toda forma de discriminación”. Red contra toda forma de discriminación y el apoyo del Sistema de Naciones Unidas, Asunción, mayo del 2007.

3. DESAFÍOS PARA LA REDUCCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD MATERNA

El conocimiento de los factores que determinan la salud y/o la enfermedad de las mujeres, su relación con la pobreza, la falta de instrucción, la desnutrición y la desigualdad de oportunidades, es imprescindible para el abordaje de la reducción de la mortalidad materna a partir de políticas integrales que vayan más allá de un enfoque sanitario o del acceso a servicios de salud de calidad.

Resulta fundamental garantizar el acceso a servicios de salud de calidad, que aún no es suficiente, se debe avanzar en poner atención a las causas de los problemas, identificar las inequidades para eliminar las barreras sociales, culturales y económicas para responder integralmente a las necesidades sociales causales de la morbimortalidad materna y perinatal.

Un requisito fundamental para garantizar el derecho a la salud, pasa por la implementación y fortalecimiento de las acciones que desarrolladas a través de las Unidades de Salud de la Familia (USF), en el marco de la Atención Primaria de la Salud (APS) y con el enfoque del continuo por etapas del curso de la vida. Aquí es importante la implementación de “estrategias específicas que respondan a las problemáticas diferenciales en el ámbito urbano y rural y que contemplen la necesidad de empoderar a la mujer y fortalecer su autonomía. Paraguay presenta profundas diferencias en su interior, y es evidente que mientras mayor es el nivel de pobreza mayor es la vulnerabilidad e intensidad de las carencias que deben enfrentar las mujeres”¹⁵.

En el marco de la implementación de la **Políticas Públicas para la calidad de vida y salud con equidad del MSP y BS**, es fundamental la identificación y reconocimiento de las desigualdades en la capacidad de respuesta de los servicios de salud, según la región sanitaria o el lugar en el que se encuentre ubicado, es imprescindible para dotarlas de los recursos e insumos que garanticen una atención de calidad. Del mismo modo, es fundamental el fortalecimiento de la capacidad y compromiso del personal de salud con enfoque de género e interculturalidad a fin de brindar la atención necesaria y adecuada para facilitar el logro de la maternidad segura.

Es necesario mantener las acciones orientadas a lograr que la perspectiva de género esté presente en los planes y programas de salud pública. Un desafío importante en este sentido hace referencia a la capacitación del personal para que incorpore e implemente la perspectiva de género en sus acciones, lo que facilitará el acceso a los servicios de salud a hombres y mujeres, sin que la salud materna, sexual y reproductiva se limite a las mujeres por su rol reproductivo; y en atención a adolescentes, jóvenes, a fin de contar con personal entrenado para la atención y cuidados adecuados a los mismos en cualquier servicio de salud del sistema y poder superar las barreras de acceso de adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva en aplicación del PNSSR 2009 - 2013.

Un desafío importante e impostergable, tiene que ver con mantener en la agenda pública y legislativa, la discusión y aprobación de leyes que garanticen el derecho a la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres.

Las acciones integrales e integradas de prevención y atención para evitar la mortalidad materna son fundamentales, sobre todo aquellas orientadas a lograr

15 Giacometti, Claudia, Las metas del Milenio y la Igualdad de Género. El caso de Paraguay, pág. 65



la disponibilidad de recursos, presupuesto (con el gasto claramente asignado y rubros específicos), cobertura sanitaria, servicios de salud de calidad, actividades de información, educación y comunicación (IEC), registro y vigilancia.

Continuar con los esfuerzos orientados a garantizar que la población tenga la información, el conocimiento y el acceso gratuito a métodos de planificación familiar, es fundamental para garantizar la salud sexual y disminuir la mortalidad materna. Asimismo hay que mantener y fortalecer el vínculo con el sistema educativo, para que las acciones orientadas a la de educación sexual desarrolladas en este tiempo, sean evaluadas y revisadas de manera a realizar modificaciones que logren un impacto importante en la prevención y disminución de los embarazos adolescentes.

Resulta necesario acompañar el proceso de diseño e implementación del Sistema Nacional de Información en Salud (DIGIES/SINAIS), así como desarrollar acciones que garanticen la disponibilidad, calidad y uso de los datos con perspectiva de género que permitan la toma de decisiones en Salud en general y en la salud materna en particular. En este mismo sentido, cabe la necesidad de mejorar el sistema de indicadores de salud, con la finalidad de disminuir el subregistro y conocer las causas reales de la mortalidad materna, lo que permitirá la implementación de acciones más precisas y acorde con las causas de muerte materna.

Es fundamental continuar con el proceso de reforzar la vigilancia, la evaluación y la rendición de cuentas que se realiza a través de la Vigilancia Epidemiológica de la Salud y Morbimortalidad Materna y Neonatal, puesto que permite poner en evidencia que las muertes maternas son evitables e incide al momento de la toma de decisiones para fortalecer la capacidad de los servicios de atención materna y neonatales, mediante la capacitación del recurso humano, la provisión de los recursos necesarios y la atención en los servicios con calidad y eficiencia.

Es muy importante avanzar en el conocimiento de la realidad de la mortalidad materna en las poblaciones indígenas, y definir estrategias interculturales que garanticen la atención de la salud de las mujeres, sin perder de vista sus prácticas culturales. La participación de los miembros de las comunidades indígenas en el diseño del modelo de atención de la salud materna es fundamental para atender esta problemática.

Resulta necesario avanzar en las acciones orientadas a la utilización del “Protocolo de Atención a personas en situación de violencia sexual violencia basada en género”, para que sea implementado en la red de servicios de atención a víctimas, conforme a las características de cada red, en especial en las Unidades de Salud de la Familia, Policlínicas de especialidades y redes de Urgencias, de manera a contar con un sistema de información que permitan superar la fragmentación actual en relación a la problemática.

4. PRIORIDADES PARA LA ASISTENCIA AL DESARROLLO

- Apoyar las acciones orientadas a mantener en la agenda legislativa la discusión y aprobación de leyes que garanticen la salud sexual, reproductiva y materno peri natal.

- Apoyar las iniciativas que garanticen la disponibilidad de un presupuesto a través del cual, sea posible la implementación de planes y programas de salud para lograr la disminución de la mortalidad materna y el acceso a la salud sexual y reproductiva.
- Propiciar acciones orientadas a garantizar una ejecución oportuna del presupuesto disponible para la atención en salud en general y de la salud sexual y reproductiva en particular.
- Apoyar las acciones de descentralización de la atención en salud, tendientes a fortalecer la capacidad de respuesta desde los niveles locales, regionales y nacionales, como estrategia para lograr la atención materna de calidad, en los servicios de salud del interior del país, en sus etapas de embarazo, parto y puerperio. Propiciando acciones para el fortalecimiento de las acciones que desarrolladas a través de las Unidades Familiares de Salud (UFS).
- Favorecer las acciones de capacitación del recurso humano para una atención calificada del embarazo y parto. Así como, mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de salud para la atención de partos y sus complicaciones.
- Promover la implementación de cursos y programas de capacitación al personal de blanco a fin de fortalecer sus conocimientos en el área de salud sexual y reproductiva, y en consecuencia la atención hacia las mujeres embarazadas y puérperas sea de calidad.
- Propiciar acciones orientadas a establecer un protocolo en el que se indique y garantice la derivación de los embarazos de alto riesgo hacia centros de salud y hospitales dotados de los insumos y recursos necesarios para garantizar un parto seguro.
- Apoyar el proceso de implementación del Sistema Nacional de Información en Salud (DIGIES/SINAIS), sobre todo aquellas orientadas disponer de datos de calidad con perspectiva de género que permitan la toma de decisiones en Salud en general y en la salud materna en particular. Este sistema de información debe garantizar la disponibilidad de información oportuna y confiable sobre la magnitud y características de la problemática de la mortalidad materna y la salud sexual y reproductiva en todo el país.
- Prestar especial atención a la identificación de indicadores precisos de la mortalidad materna a nivel de las regiones sanitarias, de manera que sirvan de base para desarrollar acciones orientadas a subsanar las disparidades regionales.
- Apoyar iniciativas orientadas a avanzar en el conocimiento de la realidad de la mortalidad materna en las poblaciones indígenas, que permitan definir estrategias interculturales que garanticen la atención de la salud de las mujeres, sin perder de vista sus prácticas culturales.
- Favorecer las acciones orientadas a acompañar la implementación del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR), 2009/2013, con sus líneas de acción estratégica, así como los programas de atención a la salud materna definidos en el marco de la salud pública.
- Apoyar las acciones orientadas la socialización y capacitación en la utilización del “Protocolo de Atención a personas en situación de violencia sexual y violencia basada en género”, para que sea implementado en la red de servicios de atención a mujeres víctimas de violencia, así como toda actividad orientada a denunciar y concienciar sobre la gravedad de la problemática.



ODM6

combatir el VIH/SIDA,
el paludismo y otras
enfermedades



1. Objetivo, Metas e indicadores

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Meta 6 A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.	6.1 Prevalencia del VIH entre las personas de 15 a 24 años.
	6.1. A: Tasa de prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas de 15 años y más de edad.
	6.1 B: Tasa de incidencia de VIH en personas de 15 a 19 años de edad.
	6.1 C: Tasa de incidencia de VIH en personas de 20 a 24 años de edad.
	6.2 A: Prevalencia de uso del condón en mujeres de 15 a 24 años de edad en la última relación sexual de los últimos 3 meses.
	6.3. Mujeres de 15 a 24 años de edad con uso del condón en todas las relaciones sexuales para la prevención del VIH/SIDA.
Meta 6 B: Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten.	6.3 A: Mujeres de 15 a 24 años de edad con conocimiento espontáneo y conjunto de las tres formas de prevención del VIH/SIDA.
	6.3 B: Mujeres de 15 a 44 años de edad con conocimiento espontáneo y conjunto de las tres formas de prevención del VIH/SIDA.
	6.5 Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales.
Meta 6 C: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.	6.6 A: Tasa registrada de incidencia de la malaria.
	6.6 B: Porcentaje de la población en áreas maláricas utilizando medidas efectivas para la prevención y el tratamiento de la malaria.
	6.7 A: Tasa estimada de prevalencia asociada a la tuberculosis.
	6.8: Tasa registrada de incidencia asociada a la tuberculosis (Por 100.000 habitantes).
	6.9: Tasa estimada de incidencia asociada a la tuberculosis.
	6.10: Tasa registrada de mortalidad asociada a la tuberculosis.
	6.11: Tasa estimada de mortalidad asociada a la tuberculosis.
	6.12 Proporción de casos de tuberculosis pulmonar detectados y curados con el Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES).



1. Situación epidemiológica del VIH en el Paraguay

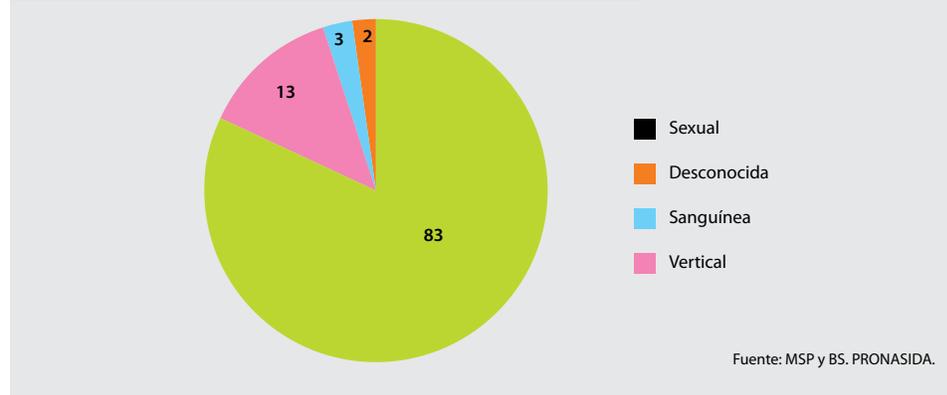
Desde inicios de la epidemia del VIH en el Paraguay hasta diciembre del 2010, a través de la vigilancia epidemiológica, se han registrado 8.908 personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS). El 32,7% (2.912 casos) están notificados como SIDA y 56,9% (5.072 casos) como infectados con VIH sin condición que defina SIDA y 924 personas con estadio desconocido. Las personas fallecidas registradas suman 1.238 casos, con un recuento total de 10.146 registros.

Tabla 1.
RESUMEN DE REGISTROS DE INFECCION POR EL VIH EN EL PARAGUAY – PERIODO 1985-2010.

Categorías	1985 a 2009	2010	1985-2010
Infectados por el VIH sin condición que defina SIDA.	4707	365	5072
CASOS SIDA	2632	280	2912
Sin clasificación	481	443	924
FALLECIDOS	1178	60	1238
PVVS	7820	1088	8908
REGISTROS	8998	1148	10146

Del total de los registros según categoría de exposición, correspondieron a transmisión sexual el 83%, el 2% corresponde infección perinatal y el 3% refiere haber tenido transmisión por contacto con sangre y fluidos contaminados. En un 13% de los registros no se ha podido identificar la categoría de transmisión (Gráfico 1).

Gráfico 1: Categorías de Transmisión de VIH/SIDA. Paraguay. 1985 a 2010. N=10146



Teniendo en cuenta la clasificación del tipo de epidemia propuesto por OMS y ONUSIDA que define las características conforme a los valores de prevalencia detectados en determinadas poblaciones, según los datos disponibles hasta la fecha, el Paraguay presenta una epidemia concentrada.

Las estimaciones oficiales de personas con VIH/SIDA del Paraguay realizada con el apoyo Grupo de Trabajo de OMS/ONUSIDA en el año 2009 para la Vigilancia Global de VIH/SIDA e ITS arrojan una cifra de 13.000 personas con VIH/SIDA.

Indicador 6.1.A. Prevalencia de VIH en embarazadas de 15 y mas años. Paraguay

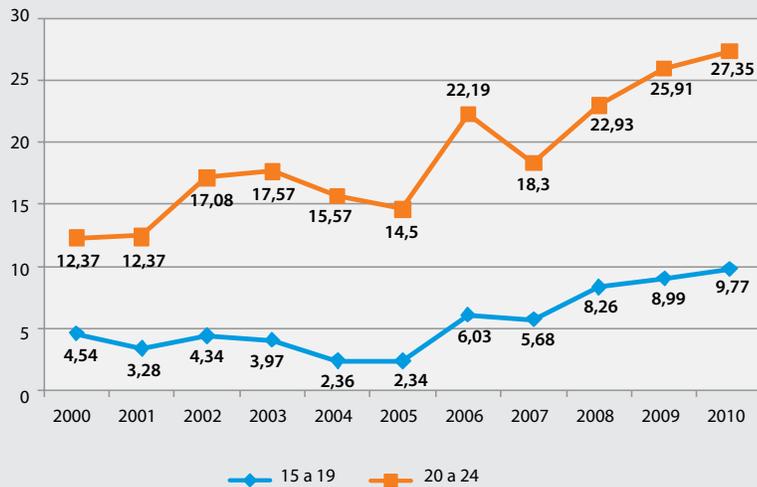
La prevalencia del VIH entre mujeres de 15 años y más de edad fue de 0,34%, según un estudio de seroprevalencia realizado en el año 2006 (Fuente: MSP y BS- PRONASIDA).

Los estudios de prevalencia realizados hasta la fecha no permiten determinar la prevalencia del VIH en el grupo etario de 15-24 años.

Indicador 6.1.B Incidencia reportada del VIH en personas de 15-19 años de edad y de 20 a 24 años de edad.

La incidencia reportada del VIH en la población de 15-19 y la de 20-24 años presenta una tendencia ascendente desde el 2000 al 2010. El incremento fue de 4,54 a 9,77 x 100.000 habitantes en el grupo de 15 a 19 años y de 12,27 a 27,35 por 100.000 habitantes en la población de 20-24 años de edad (Gráfico 2). El incremento de nuevas infecciones tiene asociados dos factores: la mejoría del sistema de registro y notificaciones y el mayor acceso de la población a las pruebas diagnósticas para el VIH, eventos que agregan elementos adicionales a la evaluación de progreso de la meta.

Gráfico 2: Tasa de incidencia del VIH en personas de 15-19 años de edad y de 20 a 24 años de edad.



Fuente: MSP y BS- PRONASIDA.



ODM6

Tabla 2: Número de personas con VIH/SIDA notificados por año - según sexo

Año	Hombres	Mujeres	Desconocido	Total
2005	330	225	6	561
2006	444	308	17	769
2007	401	273	1	675
2008	509	432	25	966
2009	544	380	37	961
2010	654	414	20	1088

Fuente: MSP y BS –PRONASIDA.

Considerando que durante el quinquenio del 2005-2010 se ha mejorado en la consistencia y robustez de los datos, podemos concluir que ha habido un incremento del 93% en el número de personas con el VIH diagnosticadas desde el año 2005 al 2010.

Los siguientes factores han permitido un mayor acceso y la realización de las pruebas de VIH y sífilis: la implementación del programa para la Prevención de la Transmisión Materno Infantil (PTMI) del VIH y la sífilis a mujeres embarazadas, desde finales del año 2005, y la habilitación de Centros de Testeo Voluntario (CTV) de VIH y servicios de Atención integral (SAI) en otras regiones sanitarias del país que en forma reciente se han sumado a esta iniciativa.

Indicador 6.5. Porcentaje de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos (tratamientos) antirretrovirales.

Tabla 3: Porcentaje de población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a tratamientos antirretrovirales.

Periodo	Total (%)
Año 2005	18
Año 2006	29
Año 2007	35
Año 2008	49
Año 2009	60

Según datos disponibles en el año 2005, el 18% de las personas con infección avanzada por el VIH tuvo acceso a medicamentos (tratamientos) antirretrovirales (este indicador tiene como denominador el número de PVVS estimado que requieren medicamentos antirretrovirales utilizando un punto de corte de 200 CD4/ml del SPECTRUM –programa informático epidemiológico del ONUSIDA-, corregido a su última versión).

En el año 2009, el 60% de las personas con infección avanzada tuvo acceso a medicamentos lográndose un aumento del triple en relación al 2005.

En el año 2010, el punto de corte utilizado para estimar las necesidades de TARV en personas con infección avanzada fue de 350 CD4/ml, por tanto el valor del indicador no puede ser comparado con el de los años anteriores-

Indicador 6.5. Porcentaje de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales.

Tabla 4: Porcentaje de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a tratamientos antirretrovirales.

Periodo	Total %
Año 2010	37

Se ha logrado mejorar el acceso de las PVVS a la terapia antirretroviral a través de las siguientes acciones:

- Mejoría del acceso de la población en mayor riesgo (PEMAR) al diagnóstico del VIH y al tratamiento con antirretrovirales.
- Expansión de los Servicios de Atención integral para las PVVS en el Paraguay y descentralización de la medicación antirretroviral.
- Mejoría en la logística y distribución de los medicamentos antirretrovirales.
- Fortalecimiento de las actividades de prevención y atención integral en las regiones sanitarias.
- Incorporación gradual de la temática del VIH/SIDA/ITS en la Atención Primaria de la Salud (APS).

El **Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT)**, dependiente de la Dirección General de Vigilancia de la Salud del MSP y BS, es la institución rectora de las acciones orientadas a lograr la prevención y control de la **Tuberculosis** en el país.

La implementación de la estrategia DOTS/TAES¹ se inicia en el país en el año 2000 y, de acuerdo a “estimaciones del PNCT y siguiendo el progreso alcanzado, para el 2007, 80% de la población estaría viviendo en regiones cubiertas por la estrategia”². Para la implementación de la estrategia, las regiones cubiertas disponen de una red de laboratorios de baciloscopía equipada, medicamentos, leche y complementos nutricionales, personal capacitado en la estrategia, programación del número de Sintomáticos Respiratorios³ (SR) y enfermos de TB pulmonar (BK+) que esperan encontrar en cada Región, distrito y localidad.

Desde finales del 2006, el PNCT dispone de un **Plan Estratégico Nacional de Tuberculosis, 2007/2015**. El mismo fue elaborado siguiendo las líneas estratégicas contempladas en el Plan Estratégico Regional y Mundial para detener la Tuberculosis 2006-2015. Sin embargo, no es sino hasta el mes de septiembre del año 2008, que el MSPyBS, a través del PNCT, resuelve implementar el Plan Nacional, siguiendo las recomendaciones del Consejo Directivo de la OMS,

1 La Estrategia DOTS/TAES se basa en 5 principios: 1. Compromiso Político en la aplicación de un Programa de Control de la TB. 2. Diagnóstico Bacteriológico estandarizado (Detectar por lo menos el 70% de los Casos) 3. Un suministro regular e ininterrumpido de drogas e insumos de buena calidad. 4. Tratamiento Acortado Estandarizado (Directamente observado o Estrictamente Supervisado -DOTS) (Curar por lo menos el 85%). 5. Sistemas de Información apropiados, registros notificados en tiempo y forma. Así como la Capacitación de Recursos Humanos, Supervisión, evaluación y monitoreo.

2 Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, Plan Estratégico de Tuberculosis, 2007/2015, Asunción, Noviembre del 2006, pág. 15

3 Se considera Sintomáticos Respiratorios a todas las personas mayores de 15 años con tos y catarro por más de 15 días.



que consta en la Resolución CD46.R12: Estrategia regional para el control de la Tuberculosis para 2005-2015 de la OPS/OMS.

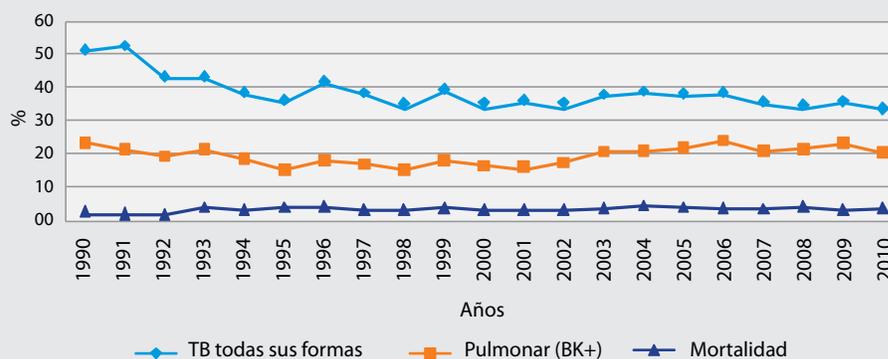
En diciembre de 2010 se realizó la revisión del Plan de manera a adaptarlo a la nueva política de salud e incorporar las nuevas metas de la OMS. Es así que a partir del 2011 el PNCT implementa el Plan Estratégico Nacional para detener la TB 2011-2015, en el marco de las políticas públicas para la calidad de vida y salud con equidad.

- Las metas del plan son: **para finales del 2015:**
 - detección del 90% de los casos de TB pulmonar con BK+
 - tasa de éxito de tratamiento de >86% de los casos de TB pulmonar con BK+
- **para finales del 2015 de Desarrollo del Milenio (ODM):**
 - disminuir significativamente la incidencia, prevalencia y mortalidad por TB al 50% en relación a las tasas notificadas en el año 1990.

La tuberculosis sigue constituyendo un problema grave de salud pública en nuestro país. Así en el 2010 se identificaron 2.172 casos nuevos de TB, de los cuales 10,3% ocurrieron en niños y niñas menores de 15 años.

Podemos decir que Paraguay ya ha alcanzado la meta de disminuir significativamente la incidencia de TB en relación al año 1990. En el gráfico 3 se observa que la misma ha disminuido de 51,4/100.000 en 1990 a 33,7/100.000 en 2010. Sin embargo no se ha logrado alcanzar la meta de disminuir al 50% la mortalidad al 2015 en relación a 1990.

Gráfico 3: Tendencia de la TB (Todas las Formas y Tuberculosis Pulmonar (TBP) con Baciloscopía + y Mortalidad. Paraguay 1990 - 2010.



Fuente: MSPyBS_Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. 1990 - 2010.

La Estrategia DOTS/TAES se basa en 5 principios: 1. Compromiso Político en la aplicación de un Programa de Control de la TB. 2. Diagnóstico Bacteriológico estandarizado (Detectar por lo menos el 70% de los Casos) 3. Un suministro regular e ininterrumpido de drogas e insumos de buena calidad. 4. Tratamiento Acortado Estandarizado (Directamente observado o Estrictamente Supervisado -DOTS) (Curar por lo menos el 85%). 5. Sistemas de Información apropiados, registros notificados en tiempo y forma. Así como la Capacitación de Recursos Humanos, Supervisión, evaluación y monitoreo.

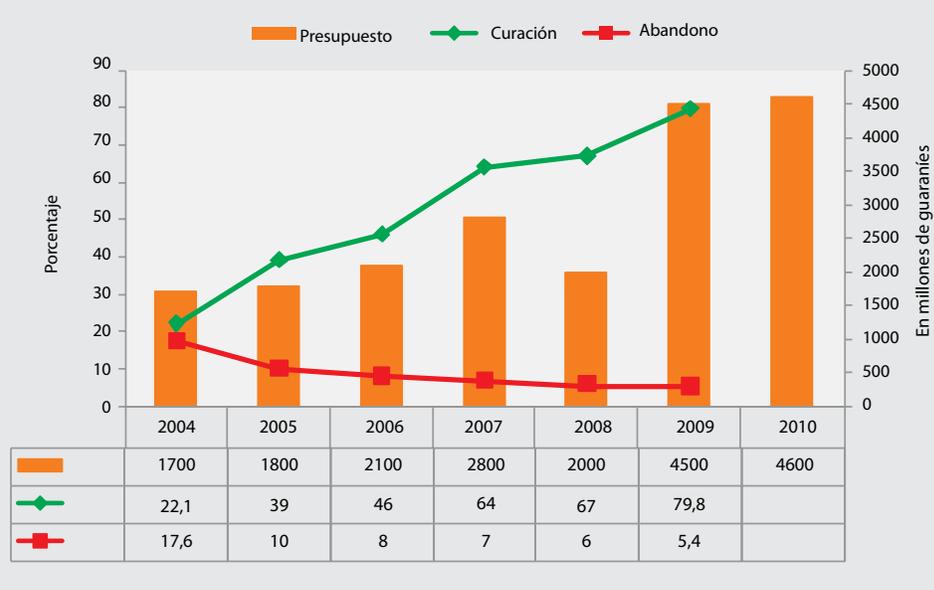
Cabe resaltar, que desde el año 2004 se han incrementando los recursos financieros gubernamentales (Gráfico 4) que junto con los recursos de los proyectos financiados por el Fondo Mundial (4.204.914 \$ en los últimos 5 años) han contribuido en implementar actividades orientadas a implementar la estrategia Alto a la Tuberculosis y por ende al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2015. Los recursos para la atención en TB posibilitaron entre otros a:

1. Incrementar el número de laboratorios de diagnóstico por Baciloscopia: de 34 en el 2004 a 142 en el 2010.
2. Incrementar el número de servicios implementando la Estrategia DOTS/TAES: 98 en el 2004 a 1039 en el 2010, de los cuales 70 son USF.
3. Capacitar 6.365 personal de salud del Ministerio de Salud en la estrategia DOTS/TAES.
4. Capacitar 11.549 promotores voluntarios en TB en las 18 regiones sanitarias.
5. Informar en la prevención y control de la TB a 159.626 miembros de la comunidad.
6. Capacitar a 1322 Promotores Voluntarios Indígenas para el trabajo comunitario en la prevención y control de la TB, entre julio 2008 a junio 2010.
7. Capacitar a 981 personal de salud del Ministerio de Salud en la estrategia DOTS/TAES con enfoque intercultural.
8. Capacitar a 963 personales de salud de la seguridad social (Instituto de Previsión Social, Sanidad Militar y Sanidad Policial) en la Estrategia Alto a la TB.
9. Iniciar la implementación de la vigilancia de la con infección TB/VIH.
10. Iniciar el tratamiento de pacientes con TB-MDR, setiembre de 2007.
11. Establecer varias Alianzas Estratégicas para la contribución al logro de las metas como ser con el Hospital Menonita Km.81, la Fundación VENCER, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Itapúa, Ministerio del Interior e Instituto de Previsión Social, en el año 2009.
12. Elaborar materiales de comunicación (impresos y radiales) en idiomas castellano y guaraní.

En el Gráfico 4 se observa en qué medida los recursos económicos del Estado, invertidos en la atención a la TB han contribuido a disminuir la tasa de abandono del tratamiento y han incrementado la tasa de curación.



Gráfico 4: Inversión económica en TB asociada a resultados en tasa de mortalidad y abandono al tratamiento. Paraguay 2004 – 2010



A 3 años de la implementación de la estrategia Alto a la TB y acciones específicas para abordar el control de la TB en Paraguay, se ha logrado contribuir a la disminución de la tasa de incidencia, sin embargo solo un trabajo coordinado intra e intersectorialmente contribuirá al logro de los ODM para el 2015 de disminuir la tasa de prevalencia y mortalidad. El trabajo coordinado permitirá fortalecer las alianzas con otros sectores e incorporar Estrategias para la Reducción de la Pobreza en el país, de manera a abordar la problemática de la enfermedad desde los determinantes.

Finalmente, cabe recalcar que las acciones implementadas con recursos del Ministerio de Salud, a los cuales se sumaron los recursos del Fondo Mundial, a finales del 2004 han contribuido a disminuir las brechas programáticas en los últimos 5 años. Asimismo, el Paraguay se encuentra implementado una nueva Política de Salud que garantiza el acceso universal, equitativo y gratuito a la atención de toda la población, lo cual con el trabajo planificado del MSP y BS, están orientados al logro de los ODM para el 2015.

Los logros obtenidos en materia de TB no podrán ser sostenidos de no asegurar recursos económicos para dar sostenibilidad a las acciones implementadas con los recursos del Fondo Mundial y los ODM para el 2015 no podrán ser alcanzados sin el incremento de recursos económicos que aseguren la implementación de la Estrategia Alto a la TB para la prevención y control de la Tuberculosis y la sostenibilidad de los logros alcanzados en los últimos 5 años.



Programa Nacional de Control de la Malaria del Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA)

En relación a la malaria, cabe señalar que desde el año 1999 el Programa Nacional de Control de la Malaria del Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA) del MSPBS, ajustó su estrategia al enfoque de control integrado que incluye: riesgo entomológico (estratificación según riesgo, determinado por la intensidad de la incidencia de la malaria a nivel departamental y distrital, teniendo en cuenta el índice parasitario anual IPA, identificación de medidas de control apropiadas a cada situación local), atención al enfermo (diagnóstico clínico y parasitológico precoz y preciso, tratamiento curativo oportuno y completo) y control de vectores (investigación entomológica y aplicación combinada de medidas de control) que han permitido disminuir de manera importante el número de casos.

En el 2005, fue elaborado un Plan Estratégico para eliminar la malaria como problema de salud pública. Este plan proponía como novedad la incorporación de los servicios de salud de las regiones sanitarias en el diagnóstico y tratamiento y a los gobiernos locales en el ordenamiento ambiental, ya que hasta ese momento, eran actividades exclusivas del SENEPA.

Con las actividades sostenidas de vigilancia y control implementadas a partir del año 2000 se ha logrado reducir paulatinamente el número de casos. Así, desde el año 2004 con 694 casos, se ha logrado descender hasta 27 casos al año 2010, lo que significa una reducción sostenida y sin posibilidades de retroceso, del 96%.

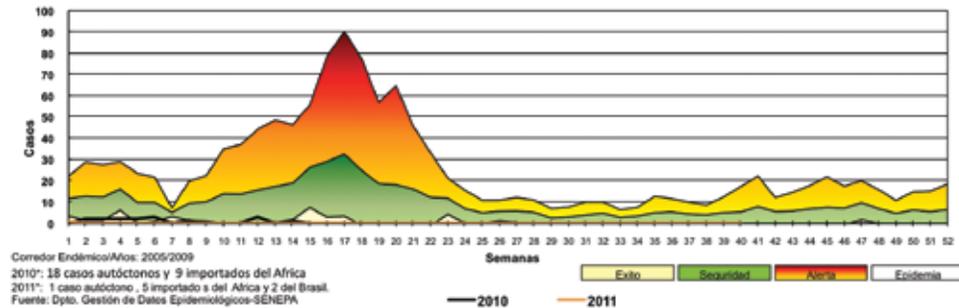
A partir del 2007 se ha implementado el tratamiento radical de siete días, lo que ha facilitado alcanzar el esquema de medicación de cada caso, disminuyendo el abandono de la medicación. Con esto se pretende prevenir la mortalidad y disminuir la morbilidad y las pérdidas sociales y económicas debidas a la enfermedad. Durante los años en que se aplicó el tratamiento se logró una cobertura del 100% de los positivos.

El número de distritos con presencia de casos de malaria en el 2009 fue de catorce y en el 2010 disminuyó a seis. El 75% de la ocurrencia de los casos de paludismo en el país, en los últimos cinco años, permanece concentrada en el área rural de tres departamentos de la zona centro-este (Alto Paraná, Caaguazú y Canindeyú). En el corriente año se notificaron cinco casos, de los cuales sólo uno es autóctono y los demás importados del continente africano.

El Objetivo de Desarrollo del Milenio es lograr la reducción del paludismo a nivel mundial por encima del 50% antes del 2015, con una línea de base para el Paraguay del año 1999, con 9.946 casos, siendo este tal vez uno de los pocos objetivos nacionales en franco cumplimiento, cuyos resultados son sostenidos en el tiempo.



Gráfico 5: Corredor Endémico de Malaria según semana epidemiológica Paraguay, Años 2010 al 2011 (hasta la semana 44)



Marco de Apoyo: Políticas y programas

El Sistema Nacional de Salud único, universal, integral, incluyente y solidario, con equidad y participación social, planteado como objetivo de la política de salud, desde agosto del 2008 y expresado en el Plan 2020, a través de la implementación de Unidades de Salud Familiar (USF), ha demandado, para su implementación, la instalación de un modelo de “salud integrado y articulado a través de redes de servicios de salud, regidos por la Estrategia Promocional de la Equidad en Calidad de Vida y Salud”⁴. Las acciones y actividades de los Programas y Proyectos orientados a la prevención y control de la Tuberculosis y del VIH/SIDA, ITS, están siendo implementadas a través de dichas redes de servicios de salud⁵.

El Programa Nacional de Control del VIH/sida/ITS (PRONASIDA). Creado por Resolución Ministerial N° 38 del año 1988, dependiente de la Dirección General de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Sus objetivos principales son: ejercer la rectoría de la Respuesta Nacional amplia, integrada y comprometida a la epidemia de VIH e infecciones de transmisión sexual y gestionar en forma descentralizada los servicios de promoción, prevención y atención integral a las personas, bajo los principios de respeto a los derechos humanos, la equidad y el acceso universal, y el enfoque de género, para disminuir el avance de la epidemia y mejorar la calidad de vida de las personas que viven o son afectadas por el VIH e infecciones de transmisión sexual.

Para cumplir con sus responsabilidades, el PRONASIDA, coordina alianzas y realiza acciones en conjunto con Organizaciones Gubernamentales (OG) y Organizaciones No Gubernamentales (ONG), sociedad civil y Personas que Viven con el Virus del Sida (PVVS). También promueve la incorporación del VIH/SIDA en las agendas de los gobiernos locales a través de los Consejos Locales de Salud, incorporados en el Sistema Nacional de Salud.

4 Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, “Políticas públicas para la calidad de vida y salud con Equidad, Asunción, septiembre del 2009, pág. 18

5 Ver dinámica de funcionamiento de redes de servicios de salud, en Marco de Apoyo: políticas y programas de los objetivos 4 y 5.

En la actualidad se encuentra vigente el **Plan Estratégico de la Respuesta Nacional (PERN)** a las Infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA 2008-2012, en el que se define como visión: para el 2012 el Paraguay logra disminuir el avance de la epidemia del VIH e infecciones de transmisión sexual en la población general con énfasis en las poblaciones más vulnerables, con miras al acceso universal a la prevención y atención integral, mejorando la calidad de vida de las personas que viven con VIH, en el marco de una Respuesta Nacional ampliada, integrada y comprometida, con enfoque de derechos, equidad y género, que incorpore los esfuerzos del Estado, la sociedad civil y la comunidad internacional, bajo la rectoría fortalecida del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social⁶. La propuesta presenta ejes estratégicos referidos a: i) las políticas públicas y los derechos humanos; ii) la promoción, prevención y protección iii) el diagnóstico, la atención y el tratamiento; iv) el desarrollo y la gestión institucional; v) la información epidemiológica estratégica; vi) la armonización e intersectorialidad; vii) el monitoreo y la evaluación.

En el año 2006, la Resolución Ministerial Número 433/06 obliga a los proveedores de salud del país a ofrecer las pruebas para VIH y Sífilis (VDRL) a todas las embarazadas que acudan a los servicios de salud del MSP y BS. Un año después, en el 2007, la Resolución Ministerial Número 396/07 declara de carácter prioritario al **“Programa de Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH y Sífilis”**, el que tiene como objetivo: disminuir la transmisión materno-infantil del VIH y controlar la sífilis congénita como problema de salud en el Paraguay”.

El Programa mencionado es el responsable de implementar el **Plan Nacional para el control y la Prevención de la Transmisión materno-infantil del VIH y sífilis**. El Plan busca: i) aumentar el nivel de conocimiento y empleo de prácticas que ayuden a prevenir la transmisión del VIH y la sífilis en mujeres en edad fértil con énfasis en las embarazadas del Paraguay; ii) ampliar la cobertura a las pruebas para el diagnóstico de las infecciones por VIH y sífilis de las embarazadas; iii) ampliar la cobertura de la profilaxis completa de la transmisión materno infantil del VIH y del tratamiento de la sífilis; iv) mejorar la capacidad nacional de generar y utilizar información estratégica (vigilancia, monitoreo y evaluación) para el Programa de Transmisión materno-infantil del VIH y sífilis. Bajo la rectoría del PRONASIDA, el Plan está dirigido a todas las mujeres embarazadas con diagnóstico de VIH (+) detectadas en el control prenatal a través del testeo voluntario o en el momento del parto a través de los test rápidos. Para esto se dispone de una “Guía para la profilaxis de la transmisión madre e hijo del VIH SIDA y terapias antirretrovirales para embarazadas”.

La tarea de mejorar la calidad de vida de las Personas Viviendo con VIH/SIDA (PVVS), es un desafío que el MSP y BS y el PRONASIDA han ido asumiendo a través de la creación de un Departamento de Atención Integral. Esta instancia tiene como objetivo ofrecer a las PVVS una asistencia en los servicios de salud que no solo incluya al médico con el diagnóstico y tratamiento, sino de apoyo en los ámbitos social, psicológico, económico, jurídico y familiar.

6 ONUSIDA/OPS, Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS, Asunción, Marzo del 2010



Entre los años 2006 y 2008, el Mecanismo de Coordinación País (MCP)⁷ presentó al “Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria”, dos proyectos orientados a fortalecer y consolidar las acciones de la Respuesta Nacional. El “Proyecto VIH/SIDA/ITS, en 6 regiones sanitarias del Paraguay” (ronda 6), iniciado en noviembre de 2006; y el “Proyecto avanzamos fortaleciendo la respuesta nacional al VIH/SIDA/ITS, en 6 regiones sanitarias, hacia el acceso universal” (ronda 8), vigente desde septiembre del 2009.

Es importante, destacar además, que desde mediados de junio del 2007, se inicia el proceso de formulación e instalación en el Paraguay del Proyecto Regional de Armonización de las Políticas Públicas para la Educación Sexual, la prevención del VIH-sida y drogas en el ámbito escolar. El proyecto denominado “Ñande Rekové: Políticas Públicas para la Educación de la Sexualidad en el Sistema Educativo Paraguayo⁸”, fue instalado a partir de la firma de un Acta de Compromiso que involucra a autoridades nacionales de Salud, Educación y Niñez, las redes de la sociedad civil que trabajan en VIH-sida y niñez, y el apoyo de Agencias de Cooperación Internacional.

En el marco del proyecto “Ñande Rekové”, se ha conformado un Comité Gestor (CG)⁹ que asumió el desafío de articular una mesa de trabajo con diversos sectores e iniciar el tratamiento de la Educación de la Sexualidad en forma abierta desde el ámbito educativo. Entre las primeras acciones desarrolladas en el marco del proyecto se pueden destacar: la evaluación de materiales educativos que abordan la sexualidad en el sistema educativo; la evaluación del Proyecto de Institucionalización de Salud Sexual y Reproductiva en Institutos de Formación Docentes-IFD; la definición de Itinerarios Curriculares para la Educación Sexual Integral; y la realización de Foros Departamentales: Educación de la Sexualidad, un compromiso de todos y todas.

En el año 2009, se aprobó la nueva ley, la N° 3940/09: “Que establece derechos, obligaciones y medidas preventivas con relación a los efectos producidos por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida”. En el artículo 1, se puntualiza que la ley tiene por objeto garantizar el respeto, la protección y la promoción de los derechos humanos en el tratamiento de las personas que viven y son afectadas por el VIH y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y establece las medidas preventivas para evitar su transmisión. El artículo 3, al referirse a la autoridad competente, establece que la prevención, el tratamiento y la asistencia del VIH y SIDA constituyen una política de Estado y de cuyo desarrollo y fortalecimiento es responsable el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a través del Programa Nacional de Control del SIDA/ITS (PRONASIDA) como ente rector

7 El MCP, tiene carácter interinstitucional conformado en el año 2002, con la finalidad de ser una instancia de concertación conformada por instituciones gubernamentales, no gubernamentales, sector privado y profesional que actúan en el campo del VIH SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, en el país. Está integrado por representantes del MSP y BS a través de la SENEPA, el PRONASIDA, la Dirección General de Vigilancia de la Salud, el PNCT, el Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Defensa Nacional, Ministerio de Justicia y Trabajo, la OPACI, La facultad de ciencias Medicas y Sociales, la Sociedad Paraguaya de Infectología, la Red de ONG's que trabajan con VIH/SIDA Paraguay, la Fundación VENCER, Organismos internacionales como OPS, OIT, ONUSIDA, el Centro de Estudios para la formación para el Eco/desarrollo Alter Vida y el Centro de Informaciones CIRD.

8 MONTÓRFANO, Gloria, Políticas Públicas para la educación de la sexualidad en el sistema educativo paraguayo, Documento de Sistematización, GTZ, CICT, ONUSIDA, Asunción, junio del 2009.

9 El CG se conformó con representantes de los tres ministerios involucrados (el Ministerio de Educación y Cultura-MEC, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social-MSP y BS, y la Secretaria Nacional de la Niñez y la Adolescencia-SNNA), la sociedad civil a través de dos Redes (Red de ONGs que trabajan en VIH-sida y la Coordinadora por los Derechos de la Infancia y la Adolescencia – CDIA) y el apoyo de las Agencias locales de ONUSIDA, UNICEF, UNFPA y OPS/OMS. Cada una de las instituciones formó parte del CG a través de direcciones, dependencias y organizaciones estratégicas

y otras instituciones gubernamentales, en coordinación y conforme al plan estratégico de la Respuesta Nacional. Señala, además, que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social asegurará el acceso a información e insumos para la prevención, atención y tratamiento del VIH y SIDA, como así también de las ITS por su relación e importancia como facilitadoras de la transmisión del VIH (art. 7). Los otros artículos de la ley establecen que el Estado paraguayo garantiza a todas las personas con el VIH y SIDA el pleno ejercicio de todos los derechos y garantías consagrados en la Constitución Nacional para todos/as los/las habitantes de la República. La violación de cualquier derecho o garantía que les ampara será denunciante ante las autoridades judiciales para reclamar las responsabilidades civiles, laborales y penales que correspondan (art. 13).

La nueva Ley, establece también que las instituciones de salud pública y privadas, en todos sus niveles, deben brindar a las personas con VIH, que lo requieran, la información, la orientación, los insumos de salud, el tratamiento y la atención conforme a su nivel de complejidad, según los protocolos establecidos y difundidos por el PRONASIDA. El ente rector establecerá y difundirá un adecuado sistema de referencia y contra referencia (art. 14). Se puntualiza también la prohibición de toda forma de discriminación y cualquier acto degradante en perjuicio de las personas con el VIH y SIDA. Asimismo, se prohíben las restricciones o medidas coercitivas de los derechos y garantías de estas personas cuando fuesen impuestas por la sola razón de su estado serológico real o presunto (art. 15). Se reglamenta, también la atención universal de las personas con VIH en los hospitales públicos; el acceso universal a los tratamientos de forma gratuita; así como los servicios de educación sobre la enfermedad; el derecho a un empleo digno; expresa, también que “para el cumplimiento de la política de Estado, el Poder Ejecutivo con el Poder Legislativo arbitrarán las medidas necesarias para que dentro del Presupuesto General de la Nación de cada año se garantice la provisión de los recursos financieros suficientes para el desarrollo del programa y el fortalecimiento de la Respuesta Nacional a la epidemia”.



Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente (ODM 7)

Queremos un país con gente feliz, con ideas, con ganas y oportunidades, un Paraguay que trabaje por la construcción de un desarrollo sustentable que cree consensos en torno al tipo de sociedad que queremos y aspiramos y al tipo de relación que ésta debe establecer con su ambiente.

La recuperación gradual de lo perdido en largas décadas de explotación sin control de nuestros recursos naturales, es un desafío para este gobierno. Por lo mencionado, hemos pasado de cerca de 1.700.000 hectáreas protegidas (áreas silvestres) en el año 2000 a cerca de 6.000.000 en la actualidad.

Relación entre las áreas protegidas para mantener la biodiversidad y la superficie. Total país



1/ Superficie total del país: 406.752 km²

Fuente:
 DGEEC_ Estadísticas e Indicadores Ambientales del Paraguay. 2000 -2008
 SEAM_ Sistema Nacional de Áreas Protegidas del Paraguay (SINASIP) 2009, 2010
 Extraído de la base de datos del Sistema Integrado de Datos Parinfo. Año 2011

Seguimos propiciando acciones orientadas al fortalecimiento de las instituciones responsables de la sostenibilidad del medio ambiente, para hacerlas más eficaces y eficientes en el desempeño del cumplimiento y aplicación de las leyes ambientales. Fomentamos la investigación y la utilización de energías limpias



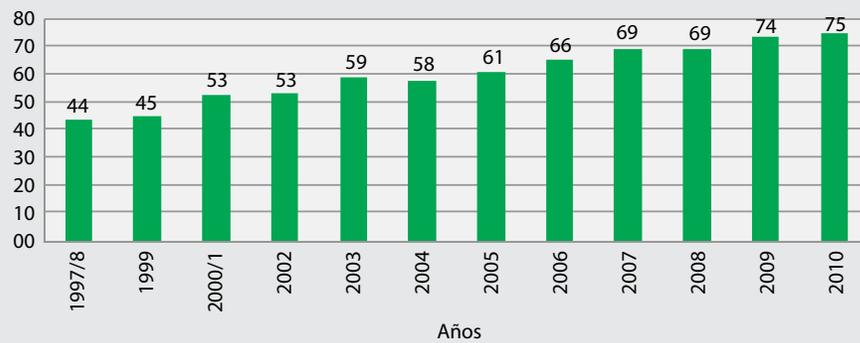
ODM7

a lo largo del territorio nacional, así como también el uso de Mecanismos de Desarrollo Limpio en las industrias.

Promovemos el desarrollo e implementación de programas que apunten a concienciar a la población, respecto al uso adecuado de los recursos naturales en general, y de la energía y el agua en particular, así como a la disposición eficiente de los residuos.

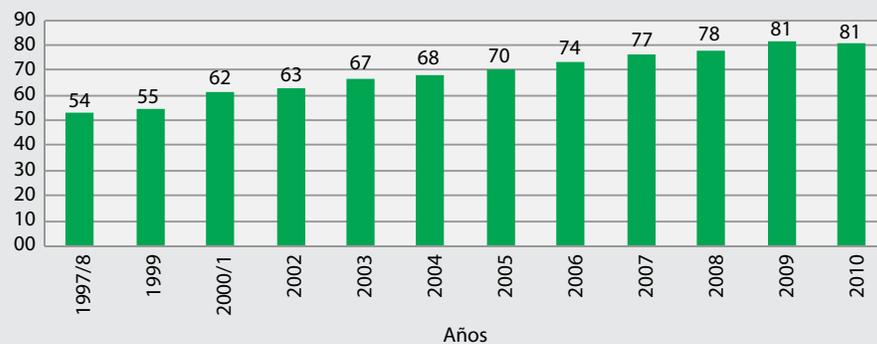
Respecto al acceso del agua, en Paraguay ya hemos alcanzado la meta del milenio respecto a reducir a la mitad el porcentaje de personas sin acceso al agua potable. Uno de los elementos fundamentales para avanzar aceleradamente hacia el cumplimiento de esta meta fue la asociación público-privada y la fuerte vinculación de los gobiernos locales y la asociación de vecinos a través de las Juntas de Saneamiento. Este esquema ayudó significativamente para que Paraguay pueda pasar de 43,6% en 1998 a 75,2% en 2010.

Porcentaje de población con acceso a agua en red (potable)



Fuente: DGEEC, DGEEC_Encuesta Integrada de Hogares. 1997/98, 2000/01. EPH DGEEC_Encuesta Permanente de Hogares. 1995, 1999, 2002-2010

Porcentaje de población con acceso a fuente de agua mejorada



Fuente: DGEEC, DGEEC_Encuesta Integrada de Hogares. 1997/98, 2000/01. EPH DGEEC_Encuesta Permanente de Hogares. 1995, 1999, 2002-2010





ODM7

ODM7
garantizar la
sostenibilidad
del medio ambiente



1. Objetivo, Metas e indicadores

Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

Meta 7 A: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales y revertir la pérdida de recursos del medio ambiente.	7.1 Estimación de la superficie de bosques nativos del Paraguay.
	7.2 Relación entre las áreas protegidas para mantener la biodiversidad y la superficie total del país.
	7.3 Porcentaje de la población que usa combustible sólido para cocinar.
Meta 7 C: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.	7.4. Porcentaje de la población con acceso a fuente de agua mejorada.
	7.5. Porcentaje de la población con acceso a agua en red.
	7.6. Porcentaje de la población con acceso a saneamiento mejorado.
	7.7. Porcentaje de la población con acceso a saneamiento básico.



ODM7

7A

Integrar los principios del desarrollo sostenible en los programas y las políticas del país y revertir la pérdida de los recursos medioambientales.

meta

7.1 Estimación de la superficie de bosques nativos del Paraguay.

El modelo de desarrollo económico del Paraguay, basado en la producción de pocos rubros agropecuarios, ha impactado y continúa afectando severamente la superficie de bosques existentes, particularmente a partir del inicio del periodo conocido como de transición democrática (febrero de 1989).

	Superficie (Km ²)	Superficie boscosa en año 1990 (Km ²) (a)	Superficie boscosa en año 2000 (Km ²) (a)	Superficie boscosa en año 2006 (Km ²) (b)	Superficie boscosa 2009 (Km ²) hasta setiembre (b)
Región Oriental	159.827	44.640,62	29.716,12		22.639,19
Región Occidental	246.925	157.560,70	147.024,94	145.390,00	137.853,00
	406.752	202.201,32	176.741,06		160.492,19

Fuentes:

(a) Huang y colaboradores, 2009.

(b) Guyra Paraguay y WWF, 2009, en base al informe de Huang y colaboradores. En base a este mismo informe que indica una deforestación de 1.300 Km² en el 2006, de 2.280 Km² en el 2008, y que estima una deforestación de 2.167 Km² para el 2009, se estimó una deforestación de 1.790 Km² para el año 2007, de todo lo cual resulta una deforestación total de 7.537 Km² para el período 2006-2009.

Una evaluación de los cambios de la cobertura forestal del Paraguay, realizada en base a observaciones Landsat (Huang y colaboradores, 2009) y monitoreo de Sistemas de Información Georeferenciada –SIG (Guyra Paraguay y WWF, 2009), permiten comprobar que la superficie boscosa del país se ha reducido, entre 1990 y 2009, en poco más de 41.700 Km² pasando de 202.201 a 160.492 Km² entre esos años, con una mayor existencia forestal en la Región Occidental.

En la Región Oriental, a raíz de la promulgación de la ley N° 2524 del año 2004, de –Prohibición en la Región Oriental de las actividades de transformación y conversión de superficies con cobertura de bosques–, conocida como –Ley de Deforestación Cero–, se ha observado una disminución importante en la tasa de deforestación, pasando de cifras cercanas a las 300.000 hectáreas anuales a 20.000 en el 2005 y luego a 8.300 en el 2009.

En la Región Occidental se han deforestado, en los últimos años, extensas áreas boscosas con la intención de establecer fincas ganaderas; de hecho, extraoficialmente se estima que la deforestación en esta región es de unas 300.000 ha/año, y lo que es aún más grave es que esta ocurre en una de las regiones más frágiles como es el Chaco Boreal (FAO, 2006). La ONG Guyra Paraguay, mediante un programa de monitoreo de la deforestación en el Chaco paraguayo, informa que entre agosto y setiembre de 2009 se habilitaron 31.412 ha de tierras con cobertura boscosa nativa en esta región, lo cual implica un ritmo alrededor de 727 ha por día de deforestación, generando para el presente año un total de 216.763 ha. Esta ONG estimaba, asimismo, que la habilitación de tierras en el Chaco llegaría durante el 2009 a unas 280.000 hectáreas, superando a las 228.000 ha del año 2008.



Otras cifras estimadas oscilan entre 130.000 ha/año y 280.000 ha/año, que representan unas 560 hectáreas deforestadas por día. Cualquiera sea la cifra final más precisa, ello significa que en los últimos 5 a 10 años el Chaco se ha estado convirtiendo en un acelerado foco de desarrollo agropecuario del país, a costa de la masa forestal de la región.

7.2 A Áreas protegidas para mantener la biodiversidad y su relación con la superficie total del país.

Desde su creación, a través de la Ley N° 352/94 de Áreas Silvestres Protegidas, el Sistema Nacional de Áreas Silvestres Protegidas (SINASIP) ha venido aumentando la superficie bajo protección, en varias categorías y en diferentes regiones naturales del país.

Superficie de Áreas Silvestres Protegidas y porcentaje protegido.

Periodo	Áreas Silvestres Protegidas (Hectáreas)	% Respecto a la Superficie Total ^{1/}
2000	1.733.619	4,26
2001	5.644.354	13,88
2002	5.647.436	13,88
2003	5.661.028	13,92
2004	5.680.887	13,97
2005	5.689.596	13,99
2006	5.705.398	14,03
2007	5.739.187	14,11
2008	5.785.411	14,22
2009	6.118.691	15,04
2010	6.119.652	15,05

1/ Superficie total del país: 406.752 km²

Fuente:

DGEEC: Estadísticas e Indicadores Ambientales del Paraguay, 2000 -2008.

SEAM: Sistema Nacional de Áreas Protegidas del Paraguay (SINASIP), 2009, 2010.

Extraído de la base de datos del Sistema Integrado de Datos ParInfo, 2010.

Aunque las áreas protegidas en el 2010 representen el 15,05% de la superficie territorial del país, la asignación presupuestaria estatal para su manejo no ha seguido en esos años el mismo ritmo de incremento; más bien, se ha pasado de 1 US\$/ha por año para el período 1992-1999 a US\$ 0,17 US\$/ha por año en el periodo 2000-2003; además de una mejor asignación presupuestaria se requiere de mayores esfuerzos para asegurar sostenibilidad en el tiempo de las áreas protegidas; en efecto, con la constante presión del avance de la frontera agrícola muchas de ellas no han sido implementadas en el terreno y cuentan con escasos recursos humanos para su manejo. También, algunas áreas protegidas se superponen con propiedades privadas y/o territorios indígenas, cuestión esta última que requiere ser debatida entre todos los sectores y actores involucrados, en el contexto de una visión compartida del territorio, acercando posiciones desde una perspectiva biológica y cultural.



7.3 A Porcentaje de la población que usa combustibles sólidos (de madera) para cocinar.

De las fuentes de energía primaria utilizadas en el Paraguay, 22% corresponde a leña (OLADE, 2005); el 45% de la producción de combustibles de madera, leña y carbón especialmente, es utilizado por la población para cocinar y otros usos domésticos (BID, 2008).

Las estadísticas nacionales registradas por la DGEEC (2010), señalan que el 47,9% de la población paraguaya utiliza leña y carbón vegetal para preparar alimentos, aunque existen diferencias significativas entre la población urbana y rural, ya que esta última presenta porcentajes mayores de usuarios de leña y carbón vegetal. Además, la población situada en la franja de pobreza es mayoritariamente usuaria de estos combustibles para cocinar.

De cualquier modo, un aumento del porcentaje de usuarios de estos medios verificado en área urbana, podría atribuirse al aumento de los precios de gas licuado de petróleo y/o al aumento considerable de la población urbanizada registrada a partir de la década de los años noventa.

Indicador 7.1B: Porcentaje de población que usa combustibles sólidos para cocinar

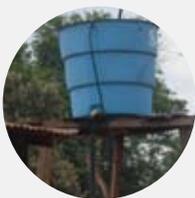
Periodo	Total	Urbana	Rural	No Pobre	Pobre
1997/98	45.4	18.6	76.4	27.1	78.8
1999	42.6	13.9	76.2	26.4	70.6
2000/01	46.6	21.8	75.6	28.9	77.8
2002	57.7	36.8	85.2	36.9	79.5
2003	58.3	37.3	85.4	41.1	80.9
2004	57.3	35.6	85.9	43.1	78.5
2005	55.7	35.1	84.2	42.0	78.8
2006	53.0	32.8	80.8	34.9	76.9
2007	52.5	32.4	80.7	35.2	77.8
2008	49.3	27.8	79.8	35.5	72.5
2009	48.4	28.1	77.4	33.1	77.2
2010	47.9	25.9	79.5	31,9	78,7

Fuentes:

DGEEC: Encuesta Integrada de Hogares. 1997/98, 2000/01
 DGEEC: Encuesta Permanente de Hogares. 1995, 1999, 2002-2010
 Extraído de la base de datos del Sistema Integrado de Datos ParInfo. Año 2011

Notas:

- 1- Las encuestas de hogares excluyen a los departamentos de Boquerón y Alto Paraguay.
- 2- Para el cálculo de los porcentajes de la población pobre y no pobre se excluye a los empleados domésticos sin retiro.



7C Meta 7 C: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible a agua potable y saneamiento básico.

meta

7.4 B Porcentaje de la población con acceso a fuente de agua mejorada.

Entre 1997/1998 y 2010 ha aumentado en 27,8 puntos porcentuales la población con acceso a fuentes de aguas mejoradas, pasando de 53,6% a 81,4% en el citado periodo, el porcentaje de habitantes en esa situación. Para la DGEEC, fuentes de agua mejorada son aquellas provenientes de abastecimiento a través de ESSAP/SENASA, red privada, grifo público, pozo artesiano, pozo con bomba, pozo sin bomba y aljibes.

El diagnóstico sectorial de agua potable y saneamiento (OPS/OMS, UNICEF, OIT, PNUD & AECID, 2009), señala que es bajo el porcentaje de población no asistida por algún sistema comunitario, pero que se hace necesaria la gestión de sistemas apropiados para asistir a comunidades rurales con población dispersa, como el caso de las poblaciones campesinas e indígenas.

Indicador 7.8: Porcentaje de población con acceso a fuente de agua mejorada.

Periodo	Total	Urbana	Rural	No Pobre	Pobre
1997/98	53,6	75,9	27,8	64,2	34,1
1999	55,0	76,5	29,9	63,2	40,6
2000/01	61,5	83,6	35,6	69,9	46,5
2002	62,8	80,9	38,9	72,1	53,0
2003	66,8	83,4	45,4	71,9	59,9
2004	68,2	83,3	48,4	72,6	61,6
2005	70,4	86,5	48,3	75,4	61,9
2006	73,9	86,1	56,9	79,6	66,3
2007	76,8	88,3	60,7	81,6	69,6
2008	77,7	87,0	64,6	83,2	68,5
2009	81,4	92,0	66,4	84,9	74,8
2010	81,4	91,0	67,5	84,6	75,2

Fuentes:
DGEEC: Encuesta Integrada de Hogares. 1997/98, 2000/01
DGEEC: Encuesta Permanente de Hogares. 1999, 2002-2010

7.5 B Porcentaje de población con acceso a agua en red (potable).

Si bien los últimos años se han caracterizado por la gran expansión de las áreas con cobertura del servicio de agua potable, ya que un elevado porcentaje de la población urbana actualmente tiene acceso a agua a través de redes de



ODM7



abastecimiento, sin embargo la mitad de la población rural no accede a este sistema de distribución a pesar de los esfuerzos realizados para su instalación en comunidades rurales.

Indicador 7.8 A: Porcentaje de población con acceso a agua en red (potable).

Periodo	Total	Urbana	Rural	No Pobre	Pobre
1997/98	43,6	70,1	12,8	56,1	20,6
1999	44,9	70,7	14,8	54,9	27,5
2000/01	52,5	79,6	20,7	62,4	34,7
2002	53,3	76,2	23,2	64,5	41,6
2003	58,8	79,1	32,5	64,9	50,5
2004	57,9	76,5	33,3	62,9	50,1
2005	60,6	80,6	33,1	65,6	52,1
2006	65,5	80,5	44,7	71,6	57,5
2007	69,1	83,5	48,8	73,8	62,0
2008	68,9	80,1	53,0	74,5	59,3
2009	73,6	87,0	54,5	77,1	66,9
2010	75,2	87,0	58,1	78,2	69,2

Fuentes:
 DGEEC: Encuesta Integrada de Hogares. 1997/98, 2000/01
 DGEEC: Encuesta Permanente de Hogares. 1999, 2002-2011

Según las estadísticas nacionales, entre 1997/1998 y 2010 ha aumentado la población con acceso a agua en red a más del 70%, pasando de 43,6% a 75,2%. Son importantes las iniciativas realizadas para aumentar el acceso a redes de abastecimiento en áreas rurales del país y se debe continuar realizando este tipo de esfuerzos para garantizar y aumentar el número de población rural con acceso a agua en redes.

Del mismo modo, un aspecto que debe ser atendido de manera urgente es el relacionado con una ampliación de cobertura de estos servicios en beneficio de la calidad de vida de la población indígena ya que, apenas el 6% de sus viviendas tiene conexión a una red de distribución de agua para consumo humano y, del total de esta población, alrededor de 65,000 indígenas utilizan las aguas superficiales y de lluvia para su consumo, según la estimación realizada por la DGEEC en la EHI 2008. (Cuadro 1).

Cuadro 1: Viviendas indígenas que tienen como fuente principal de agua una red de distribución, agua subterránea que extraen de pozos excavados, o agua de lluvia y/o superficial (%)

Fuente Principal	Total de viviendas (%)
Agua por red de distribución	5.9
Aguas subterráneas	34.4
Aguas superficiales y de lluvia	59.6

Fuente: DGEEC. EHI 2008

No cabe duda de que la mayor riqueza natural del Paraguay es el agua dulce. Su posición en el centro de la Cuenca del Plata, su clima y su territorio con una amplia biodiversidad, determinan la disponibilidad de enormes volúmenes de agua superficial de gran calidad, pero con graves amenazas por procesos de degradación de ecosistemas en los territorios que la producen. La reversión de estos procesos y la efectiva gestión sustentable del agua es, por lo tanto, una de las líneas estratégicas prioritarias de acción de la Secretaría del Medio Ambiente (SEAM).

Si bien no es ésta la institución responsable de la extensión de la red de agua potable, el bajo porcentaje de población indígena y campesina conectada a la red y que se aprovisiona directamente de las aguas superficiales y subterráneas a través de pozos, ha hecho que una de las grandes prioridades de la SEAM sea precisamente la producción de agua dulce en cantidad y calidad suficiente para proporcionar, de alguna manera, agua segura a la población aún no conectada a la red.

Algunas medidas trascendentales que se han tomado en ese sentido, con el fin de proteger los humedales y los territorios que producen agua, han sido: la declaración de los humedales del bajo Chaco y del Ñeembucú como áreas de importancia ambiental del Paraguay, la restauración del lago Ypacarai que, después de 40 años, exhibe de nuevo sus aguas transparentes, así como otros procesos de restauración de cursos de agua llevados a cabo con los diferentes consejos de agua constituidos a dicho efecto. Actualmente se está trabajando en aproximadamente 17 consejos de agua abocados en este trabajo, con visión de cuenca, protegiendo los territorios que producen agua.

7.6 B Porcentaje de población con acceso a saneamiento mejorado.

La cobertura de la población urbana con saneamiento mejorado ha aumentado en casi 12 puntos porcentuales desde 1997/1998, llegando a 90,5% el total de habitantes con acceso a sistemas sanitarios. La población rural presenta porcentajes relativamente bajos y cerca del 50% de la población definida como pobre no dispone de estos sistemas. Las necesidades insatisfechas de saneamiento son de mucho mayor porte que las de agua potable, pues requieren elevados aportes financieros y constituyen un problema complejo desde el punto de vista de gestión y de sostenibilidad de los sistemas.

La disposición final de las excretas continúa siendo un problema trascendental a nivel nacional ya que se constituye un grave factor de riesgo para la higiene y la salud humana. Existe muy bajo grado de tratamiento final de efluentes, lo que acarrea una agresión continua al ambiente planteando la indispensable incorporación de mayores esfuerzos para obtener una gestión ambiental aceptable.



Indicador 7.9: Porcentaje de población con acceso a saneamiento mejorado.

Periodo	Total	Urbana	Rural	No Pobre	Pobre
1997/98	53,8	78,9	24,5	71,3	21,4
1999	58,9	84,7	28,8	74,7	31,7
2000/01	59,9	84,8	30,8	76,8	30,2
2002	57,1	80,9	25,8	77,4	36,0
2003	58,8	81,7	29,2	72,9	40,4
2004	62,1	85,2	31,8	74,5	44,0
2005	65,3	86,5	36,0	76,9	45,8
2006	65,9	86,8	37,0	81,2	45,8
2007	66,6	87,3	37,7	79,7	47,6
2008	69,1	89,1	40,8	82,2	47,1
2009	69,3	89,8	40,0	82,1	45,3
2010	69,2	90,5	38,6	82,4	43,7

Fuentes:

DGEEC: Encuesta Integrada de Hogares. 1997/98, 2000/01

DGEEC: Encuesta Permanente de Hogares. 1999, 2002-2010

2. Marco de apoyo: políticas y programas

Ha pasado una década desde la sanción de la Ley 1561, promulgada en el 2000, por la cual se crea y regula el funcionamiento de los organismos responsables de la elaboración, normalización, coordinación, ejecución y fiscalización de la política y gestión ambiental nacional. A partir de la misma se instituye el Sistema Nacional del Ambiente (SISNAM), integrado por el conjunto de órganos y entidades públicas con competencia ambiental, tanto del gobierno central como de los departamentales y municipales, así como las entidades privadas creadas con igual fin, a los efectos de actuar en forma conjunta, armónica y ordenada, en la búsqueda de respuestas y soluciones a la problemática ambiental. Asimismo, para evitar conflictos interinstitucionales, vacíos o superposiciones de competencia y para responder con eficiencia y eficacia a los objetivos de la política ambiental, la citada ley crea el Consejo Nacional del Ambiente (CONAM), órgano colegiado de carácter interinstitucional, como instancia deliberativa, consultiva y definidora de la política ambiental nacional¹.

A partir de la Ley 1561/00 se crea la Secretaría del Ambiente (SEAM) con el fin de formular políticas, regular, reglamentar y fiscalizar planes y programas en materia ambiental y se derogan todas las disposiciones legales que otorgaban dichas facultades a la Sub-Secretaría de Recursos Naturales y Medio Ambiente del Ministerio de Agricultura y Ganadería, creado por Ley N° 81/92 y Dirección de Protección Ambiental, repartición del Servicio de Saneamiento Ambiental del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

¹ Ley 1561/00, que crea el Sistema Nacional del Ambiente, el Consejo nacional del Ambiente y la Secretaría del Ambiente.



La SEAM es una institución dependiente de la Presidencia de la República que, desde su creación, funciona como institución autónoma; su misión es organizar, liderar y consolidar un sistema nacional de gestión ambiental y de manejo sostenible de los recursos naturales, así como asegurar la conservación de la biodiversidad mediante la formulación y ejecución de políticas nacionales en la materia, de manera integrada con otros organismos, descentralizando competencias y con activa participación de la sociedad civil.

Casi desde los inicios de la Secretaría del Ambiente se viene implementando el Proyecto Paraguay Silvestre, orientado al desarrollo y fortalecimiento de áreas protegidas en el país². A finales del 2003 se presenta la “Estrategia Nacional” y el “Plan de Acción para la conservación de la biodiversidad, 2004-2009” (ENPAB), enmarcada en los compromisos asumidos por el Paraguay como signatario del Convenio sobre Diversidad Biológica (CDB), firmado en 1992 y ratificado por la Ley N° 253, en 1993. La ENPAB se propuso como objetivo formular la estrategia para la protección y el uso sostenible de la diversidad biológica del Paraguay y preparar el plan de acción para implementarla.

Como objetivos estratégicos la ENPAB definió: 1. Promover el desarrollo energético del país con base en las fortalezas y oportunidades nacionales y regionales, impulsando la generación de riquezas con criterios de sostenibilidad en el marco del CDB y sus conexiones con otros convenios. 2. Fortalecer el SINASIP de manera a mantener un 10% del territorio nacional bajo alguna categoría de manejo compatible con la conservación y el uso sostenible de la biodiversidad. 3. Adoptar medidas destinadas a la recuperación y rehabilitación de las especies de importancia para la conservación y uso sostenible, a través de programas y proyectos de conservación ex situ. 4. Conservación de recursos naturales - Especies amenazadas, asegurando la viabilidad a largo plazo de las poblaciones vegetales y animales con problemas de conservación actuales y potenciales. 5. Fortalecer y consolidar las capacidades nacionales relativas a la conservación de materiales testigos y al desarrollo y difusión del conocimiento taxonómico de las especies nativas del país, en concordancia con la Iniciativa Mundial sobre Taxonomía (IMT). 6. Elaborar e implementar una política y estrategia nacional de vida silvestre que conduzca a su conservación y uso sostenible. 7. Desarrollar y aplicar un sistema de producción agropecuaria sostenible tomando en consideración aspectos económicos, sociales y ambientales fundamentados en el ordenamiento territorial. 8. Generar y difundir información exhaustiva, oportuna y veraz sobre la biodiversidad nacional y sus temas conexos. 9. Propiciar el desarrollo sostenible del país mediante la descentralización de la gestión, rescate y puesta en valor del patrimonio natural y cultural. 10. Crear los marcos político, legal, económico e institucional adecuados, para la aplicación y la seguridad de la biotecnología en base a los mandatos del CDB y el Protocolo de Cartagena sobre seguridad de la biotecnología. 11. Generar e implementar una política nacional de desarrollo urbano y rural sostenible. 12. Impulsar la elaboración e implementación de una política nacional de recursos hídricos y atmosféricos, con visión local, regional y global. 13. Asegurar la conservación y

2 El proyecto, originalmente llamado Proyecto Iniciativa Paraguaya para la Protección de Áreas Silvestres PAR/98/G33, ha recibido fondos provenientes del Fondo para el Medio Ambiente Mundial (GEF). Fue diseñado para ser ejecutado en siete años y el financiamiento del GEF consistió en una donación de USD 8.896.363. Se concentra en 4 áreas protegidas localizadas en las regiones del: Chaco Seco, Bosque Atlántico Interior, Campos Cerrados y Pantanal-Chaco Seco. Comenzó a implementarse en octubre 2001 aunque presentó varios retrasos. Apoyó también actividades de conservación en las zonas limítrofes, así como el mantenimiento de corredores biológicos. Una importante meta del proyecto ha sido el establecimiento de una administración de los Parques Nacionales.



manejo sostenible de las propiedades del MDN y de las FF. MM., con énfasis en las áreas prioritarias para la conservación de la diversidad biológica. 14. Establecer mecanismos participativos para que los pueblos indígenas intervengan, activa y efectivamente, en la implementación del CDB. 15. Promover la participación, con equidad social y de género, de todos los grupos humanos respetando sus especificidades en los procesos de relevamiento de información, diagnóstico, diseño, implementación y monitoreo de proyectos relacionados con la conservación y el uso sostenible de los recursos naturales a nivel local, regional y nacional.

Desde el 2004, la SEAM da un fuerte impulso a la gestión ambiental descentralizada, a alianzas estratégicas y a la ejecución efectiva y eficiente de sus programas y proyectos. En 2005 se promulga la Política Ambiental Nacional (PAN) cuyo objetivo general es conservar y adecuar el uso del patrimonio natural y cultural del Paraguay para garantizar la sustentabilidad del desarrollo, la distribución equitativa de sus beneficios, la justicia ambiental y la calidad de vida de la población presente y futura. La Política Ambiental Nacional reconoce que los “efectos acumulados por el mal uso de los recursos naturales han comprometido seriamente la sustentabilidad de los ecosistemas naturales, la calidad del aire, del agua y de los suelos”. Admite también que uno de los problemas existentes es el deterioro de las aguas superficiales y subterráneas, debido al uso inadecuado de la tierra, la contaminación de las áreas de recarga de los acuíferos, el monocultivo, el mal uso de agroquímicos tóxicos; los desechos domésticos, industriales y hospitalarios, tóxicos y peligrosos.

Entre otros problemas, la Política Ambiental Nacional, reconocía además la erosión, degradación y agotamiento de los suelos por el uso inadecuado en la agricultura y obras de infraestructura; la expansión incontrolada de las zonas urbanas y el manejo inadecuado de los residuos; la deforestación en campos privados y, en algunos casos, en áreas silvestres protegidas; la pérdida de la vegetación prístina protectora y la transformación de grandes superficies para uso agropecuario.

Entre las líneas estratégicas, la Política Nacional Ambiental establece: 1. Incorporar a las acciones e iniciativas ambientales los criterios de pro actividad, proposición y participación social. 2. Impulsar la construcción de alianzas estratégicas y la articulación con las demás políticas gubernamentales. 3. Diseñar e implementar un Sistema Nacional de Calidad Ambiental. 4. Impulsar la descentralización de la gestión ambiental. 5. Desarrollar y promover la institucionalidad del Sistema Nacional Ambiental (SISNAM).

A partir de 2006 se evidencian los resultados positivos de la Política Ambiental Nacional, con la promulgación de la Ley 3001 “de Valoración y Retribución de los Servicios Ambientales”³. Ésta tiene como objetivo propiciar la conservación, protección, recuperación y desarrollo sustentable de la biodiversidad biológica y de los recursos naturales del país, a través de la valoración y retribución justa, oportuna y adecuada de los servicios ambientales.

Ese mismo año fue promulgada la Ley 3003/06 que aprueba el “Acuerdo entre el Gobierno de los EEUU y el Gobierno de la República del Paraguay para el establecimiento de un Fondo de Conservación de Bosques Tropicales,

3 “Servicios ambientales” los generados por las actividades humanas de manejo, conservación y recuperación de las funciones del ecosistema que benefician en forma directa o indirecta a las poblaciones.

de un Consejo de Conservación de Bosques Tropicales y la Reducción de ciertas deudas con los EEUU”. Esta ley busca facilitar la conservación, protección, restauración y gestión sustentable de los bosques tropicales, lo cual proporciona una amplia gama de beneficios al género humano. Asimismo, teniendo en cuenta el grave problema de la deforestación tropical y la degradación de los bosques, busca generar incentivos para la conservación de los mismos reduciendo las presiones económicas, presentes a través de la deuda externa, de manera que los recursos destinados para el pago de la misma sean dirigidos a la conservación de los bosques tropicales.

Por otra parte, y en concordancia con el “Decenio Internacional del Agua 2005 al 2015”, en junio de 2007 fue promulgada la Ley 3239/07 “de los Recursos Hídricos del Paraguay” con el objetivo de regular la gestión sustentable e integral de las aguas y los territorios que las producen dentro del territorio paraguayo. Es importante resaltar que esta Ley tiene como uno de sus principios fundamentales “el acceso al agua como un Derecho Humano”.

El Instituto Nacional Forestal ha desarrollado acciones relacionadas con la biodiversidad y el agua que están establecidas en la Ley 422/73 Forestal, en los siguientes artículos: 2° inciso d) La protección de las cuencas hidrográficas y manantiales, y 6° incisos a) Regularizar el régimen de aguas, b) Proteger el suelo, cultivos agrícolas, explotación ganadera, caminos, orillas de ríos, arroyos, lagos, islas, canales y embalses; y d) Albergar y proteger especies de la flora y de la fauna cuya existencia se declaran necesarias.

En la Política Forestal Nacional se consagra el marco de acción para una gestión sostenible de los recursos forestales y como principios rectores se establecen los aspectos primordiales para alcanzar su objetivo, entre los cuales se encuentran los temas relacionados con la biodiversidad; así se menciona en el inciso vii) los mecanismos económicos que compensen, apoyen y estimulen a los propietarios y poseedores de los bosques por la generación de los bienes y servicios ambientales, considerando éstos como bienes públicos, para garantizar la biodiversidad y la sostenibilidad del medio ambiente humano. El manejo del recurso forestal se realiza a través de Oficinas Regionales y en coordinación con los gobiernos locales (gobernaciones y municipios).

En el área ambiental se han dado avances importantes como el desarrollo del Sistema Nacional de Áreas Silvestres Protegidas y el Sistema Nacional de Vida Silvestre, así como también el desarrollo de capacidades para la implementación de la Convención Marco sobre Cambio Climático, la Convención sobre Diversidad Biológica y la Convención de Lucha contra la Desertificación y la Sequía.

En cuanto al Agua Potable, para el 2007 se consideraba que se había alcanzado la meta con un 69.3% de la población con un sistema de abastecimiento de agua, aunque se mantenía una cobertura del 26,8% en saneamiento ambiental, muy por debajo de lo que se necesitaba cubrir (55.9%).

En el marco de las políticas y programas propuestos por el actual Gobierno, el tema de la política ambiental es abordado como parte del eje estratégico 3, “Crecimiento económico sin exclusiones”, del Plan 2020. El objetivo 3.4, del Patrimonio Natural del Paraguay, indica que se buscará “asegurar la conservación, el uso sustentable y la soberanía de los bienes naturales del Paraguay”. Para ello se priorizará políticas que busquen aumentar la eficiencia en el control



de la aplicación de las normativas e intensificar la aplicación de las medidas correctivas para restituir los recursos naturales; promover la implementación obligatoria de Planes Ordenadores de Uso, Manejo y Protección de Recursos Naturales para los gobiernos departamentales y municipales y promover la creación de un observatorio de vigilancia ambiental. Se dará énfasis, además, al desarrollo e implementación de sistemas de tratamiento de residuos sólidos y líquidos con todos los gobiernos locales; la promoción y aplicación obligatoria, en zonas de riesgo, de prácticas productivas conservacionistas y agroecológicas y el fortalecimiento de las instituciones competentes para el uso, manejo y protección de los recursos naturales y ambientales.

Por otro lado, en la actualidad la SEAM se encuentra en proceso de implementación del Plan estratégico 2010/2015 del Sistema Nacional de Áreas Silvestres Protegidas.

En relación con el Agua y Saneamiento, la Propuesta Paraguay para Todos y Todas del Plan 2020, presenta este tema como un objetivo nacional del eje estratégico número 1. Define, además, como Programa Emblemático el “Abastecimiento de Agua y Saneamiento” cuyo objetivo es lograr el acceso a los servicios de agua y saneamiento en condiciones adecuadas de calidad, cantidad y sostenibilidad en localidades urbanas menores a 10.000 habitantes, como así también el saneamiento rural e indígena que cumpla con los criterios técnicos de elegibilidad.

El Programa Abastecimiento de Agua y Saneamiento a ser desarrollado por el SENASA tiene como meta para el 2010, en el Sector Agua, incorporar a 52.820 habitantes al servicio de abastecimiento de agua, estimándose que otros prestadores incorporen a 5.869 habitantes, logrando así una cobertura del 55,22% de la población bajo responsabilidad de dicha institución. En cuanto al Sector Saneamiento se espera incorporar a 11.812 habitantes a la cobertura de soluciones individuales de saneamiento, alcanzando una cobertura del 60.5 % del requerimiento del sector. Así mismo, se busca incorporar a la cobertura del sistema de alcantarillado a 12.500 habitantes.

Los servicios de agua y saneamiento contribuyen con el mejoramiento del nivel de salud de la población y, en consecuencia, con el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos. El Gobierno Nacional compromete el apoyo necesario para los Programas de Agua y Saneamiento por ser éstos de alto contenido social. La población demanda asistencia del sector público para que sus comunidades cuenten con servicio de agua y saneamiento y las comunidades, a su vez, comprometen su participación efectiva en todos los procesos necesarios para contar con los servicios demandados.

3. Desafíos para la sostenibilidad del medio ambiente

La sostenibilidad del medio ambiente plantea varios compromisos que deberán ser encarados. A continuación se citan los prioritarios.

Probablemente el mayor desafío al cual se enfrenta el gobierno actual consiste en lograr consenso multisectorial sobre el tipo de desarrollo que el país requiere y el compromiso de los diversos sectores para que el progreso se pro-



duzca con respeto a los derechos de todas las personas (además de los conferidos especialmente a los Pueblos Indígenas a través de numerosos convenios internacionales).

Se agrega a ello la necesidad de producir y contar con datos oficiales periódicos y fidedignos y que la planificación y otras herramientas del desarrollo sean utilizadas como piezas fundamentales por los tomadores de decisión, y que los derechos de los grupos más vulnerables sean tomados en cuenta en la ecuación del desarrollo.

Otra arista más a considerar es la seguridad jurídica y financiera, tanto a inversionistas como a la población en general, atendiendo a que las inversiones o proyectos de desarrollo deben aportar al modelo establecido para el país con reglas de juego claras y mecanismos para asegurar el cumplimiento oportuno de las leyes (ambientales y otras).

En esa misma línea, no se puede dejar de mencionar la importancia de contar con un marco legal ambiental claro y sin equívocos, así como la necesidad de elaborar o completar la reglamentación de las leyes existentes y trabajar en la interrelación de los diferentes cuerpos legales con el fin de identificar y evitar vacíos y superposiciones.

Asimismo, es preciso promover y buscar más apoyo político y una mayor dotación de recursos para la gestión ambiental, impulsando buenas prácticas de conservación y el uso sostenible de recursos naturales, con un énfasis particular en los recursos hídricos y los bosques, incluyendo las áreas protegidas.

Otro desafío de consideración se relaciona con la finalización de los procesos de descentralización de la gestión ambiental hacia los gobiernos departamentales y municipales, que si bien se han diseñados varios años atrás, han sido todavía poco aplicados; hay que insistir en mayor transferencia de responsabilidades, capacidades, recursos y rendición de cuentas como buenas prácticas para la gestión ambiental de los territorios y de los recursos naturales en esos ámbitos.

En el contexto más específico del sector de agua potable y saneamiento, los compromisos pendientes requieren:

- El fortalecimiento de la coordinación interinstitucional con todas las organizaciones que tienen programas con objetivos similares, sean ellas públicas o privadas, nacionales o internacionales, con el propósito de priorizar y optimizar el uso de los recursos disponibles y promover el desarrollo de programas conjuntos.
- La implementación de programas dirigidos al incremento de cobertura de agua segura a las poblaciones dispersas, en especial a la población indígena, con la incorporación de tecnologías apropiadas y la capacitación a las comunidades para su uso, operación y mantenimiento, así como las prácticas higiénicas que aseguren la calidad del agua y reduzcan los riesgos de enfermedades.
- El desarrollo de programas de monitoreo epidemiológico relacionados a riesgos de enfermedades de origen hídrico y la vigilancia de la calidad del agua para el consumo humano.
- La provisión de infraestructura sanitaria adecuada, en especial la de



saneamiento en las ciudades, y el manejo eficiente de los riesgos ambientales de los sistemas urbanos y rurales, reduciendo la contaminación biológica, física y química.

- La promoción del saneamiento a través de políticas sectoriales y programas de educación sobre las medidas necesarias para proteger la salud personal y comunitaria y para minimizar la degradación del ambiente.
- La incorporación de programas que incluyan plantas de tratamiento final de las aguas residuales, mejorando la disposición final de excretas en todas las ciudades del país.

4. Prioridades para la asistencia al desarrollo

- Apoyar a la SEAM y a los gobiernos locales en el impulso de procesos de coordinación interinstitucionales, utilizando las plataformas de los gobiernos locales como puntos centrales de la gestión ambiental.
- Desarrollar capacidad en las autoridades ambientales y forestales, potenciando el manejo sustentable de los remanentes boscosos (inclusive secundarios) y el afianzamiento de la protección de áreas protegidas que constituyen los últimos relictos de bosques naturales.
- Incrementar capacidades de gestión en las dependencias estatales encargadas de la provisión del servicio de agua y saneamiento.
- Impulsar la introducción de los conceptos de “cambio climático” y “adaptación al cambio climático” en las políticas, programas y proyectos ambientales y sociales desde la etapa de diseño, e instalar el debate sobre mecanismos emergentes con los cuales se relacionan (Mecanismo de Desarrollo Limpio, Energías Renovables, Reducción de Emisiones por Deforestación y Degradación de los Bosques, Servicios Ambientales, etc.).
- Promover la efectiva descentralización administrativa hacia los gobiernos regionales y locales como procedimiento de mejora de la gestión ambiental.
- Apoyar el desarrollo de programas que apunten a concienciar a la población en general respecto a los usos apropiados de la biodiversidad, energía, agua y residuos.
- Promover la participación y debate de la ciudadanía para la mejor aplicación de la normativa ambiental vigente.

En el sector específico de agua potable y saneamiento:

- Apoyo a los procesos de transformación del sector: de USAPA en su rol de rectoría, de SENASA para la atención a las zonas rurales y asistencia a las juntas de saneamiento y de ESSAP en su capacidad de incrementar la cobertura urbana y la calidad de los servicios, alcanzar y mantener un alto nivel de eficiencia operativa y lograr la sostenibilidad.

- Realización de estudios para la preparación o actualización de Planes Maestros de los Servicios de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario en las principales ciudades o núcleos urbanos del país.
- Fortalecimiento de las normativas relacionadas con la calidad del agua, el manejo de las aguas residuales, normas de diseño de infraestructura de agua y saneamiento.
- Desarrollo de un programa de asistencia a las juntas de saneamiento tendiente a las sostenibilidad de la infraestructura existente y al fortalecimiento de su rol en el mejoramiento del saneamiento de sus comunidades
- Fortalecimiento de un sistema de información sectorial sobre entidades, instituciones e indicadores de calidad de los servicios que permita una mejor planificación del sector

Otros indicadores del ODM7 a ser considerados para apoyo de cooperación, medición e información en futuros informes son:

- Emisiones de dióxido de carbono totales, per cápita y por 1 dólar/PIB;
- Consumo de sustancias que agotan la capa de ozono;
- Proporción de poblaciones de peces dentro de límites biológicos seguros;
- Proporción de recursos hídricos totales usados;
- Proporción de especies amenazadas de extinción;
- Proporción de población urbana que vive en barriadas.

Fuentes de información consultadas para el ODM 7:

BID. 2007. Herramientas para mejorar la efectividad del mercado de combustibles de madera en la economía rural: Informe diagnóstico. Disponible en http://www.ssme.gov.py/arch_temp/MMC_Infor_Diag.pdf

DGEEC. 2009. Encuesta Integrada de Hogares. 1997/98, 2000/01.

DGEEC. 2009. Encuesta Permanente de Hogares. 1995, 1999, 2002-2007.

FAO. 2006. Resumen del estado actual del manejo y ordenación forestal en Paraguay. Disponible en <http://www.fao.org/docrep/008/j2628s/J2628S16.htm>

Guyra Paraguay y WWF, 2009, información sobre monitoreo realizadas a través de Sistemas de Información Georeferenciada. Presentación realizada a la Comisión Nacional de Defensa de los Recursos Naturales (CONADERNA). Oct., 2009.

Huang, C.; Kim, S.; Song, K.; Townshend, J.; Davis, P.; Altstatt, A.; Rodas, O.; Yanosky, A.; Clay, R.; Tucker, C.; Musinsky, J. Assessment of Paraguay's forest cover change using Landsat observations. *Global and Planetary Change* 67 (2009) 1–12.

OLADE. 2005. Diagnóstico del Sector energético del área rural de Paraguay. Disponible en: <http://www.olade.org.ec/documentos/DIAGNOSTICO%20DEL%20SECTOR%20ENERGETICO%20Paraguay%20v4.pdf>.

O P S / O M S , UNICEF, OIT, PNUD & AECID, 2009, Diagnóstico básico del sector agua potable y saneamiento en Paraguay. 240 p.

SEAM, PNUD-GEF. 2003. Estrategia Nacional y Plan de Acción para la Conservación de la Biodiversidad. 110 p.

SEAM, PROYECTO PARAGUAY SILVESTRE, PNUD-GEF, CMAP-UICN & FUNDACIÓN MOISÉS BERTONI. Informe Nacional de Áreas Silvestres Protegidas 2007.



Fomentar la alianza mundial para el desarrollo (ODM 8)

La responsabilidad del cumplimiento de este Objetivo recae en mayor medida en el campo de los países desarrollados.

El Desarrollo general, se dará en forma más acelerada, en la medida que se den cumplimiento a los compromisos asumidos por los países más desarrollados por medio de aportes al Desarrollo en favor de los menos favorecidos y, en la medida que los países más desarrollados contribuyan activamente a establecer mercados más justos.

Como país perteneciente al Cono Sur, debemos avanzar en una mayor articulación y mejor asociación para el desarrollo.

Algunos de los indicadores que forman parte de este Objetivo 8 resultan auspiciosos para Paraguay y otros evidencian la gran brecha que tenemos, especialmente la brecha tecnológica.

Somos un país prudente en materia de deuda externa y por ello la relación Servicio de la deuda como porcentaje de las exportaciones y servicios está en el nivel más bajo en términos históricos.

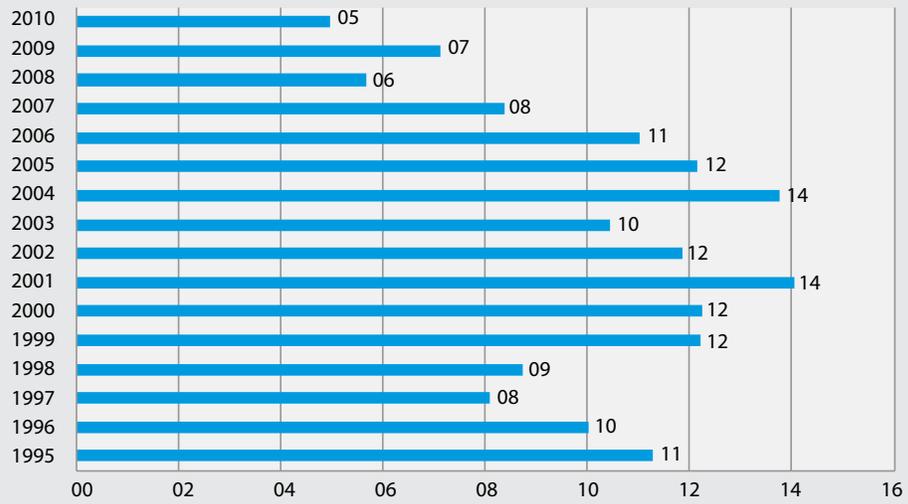
Por otro lado, tenemos una baja cobertura de telefonía fija en los domicilios, apenas 19%; pero en materia de acceso a celulares pasamos del 5% (1999) a 88,3% en el año 2010.

Tenemos que dar un gran salto en materia de acceso a Internet. Es fundamental que la mayor parte de la población tenga acceso y aproveche las ventajas de la red. Desde el sector público daremos pasos importantes para que en la educación pública de nuestro país las distancias tecnológicas se minimicen en los próximos años.



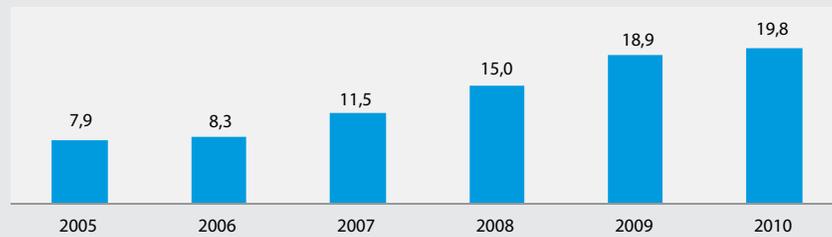
ODM 8

Servicio de la deuda como porcentaje de exportaciones de bienes y servicios



Fuentes: BCP_Paraguay, SIGADE. Sistema de Gestión y Análisis de la Deuda

Porcentaje de población de 10 años y más usuaria de internet



Fuente: DGEEC_Encuesta Permanente de Hogares. 2005-2010





ODM8
fomentar la
alianza mundial
para el desarrollo



1. Objetivo, Metas e indicadores

Objetivo 8: Fomentar la alianza mundial para el desarrollo.

<p>Meta 8 A: Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio. Incluye el compromiso de lograr, en los planos nacional e internacional, la buena gobernanza, el desarrollo y la reducción de la pobreza.</p>	
<p>Meta 8 C: Atender las necesidades especiales de los países sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo.</p>	<p>8.2: Proporción del total de la Asistencia Oficial para el Desarrollo bilateral (AOD) y por sectores, que los donantes del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) destinan a servicios sociales básicos (enseñanza básica, atención primaria de la salud, nutrición, abastecimiento de agua potable y saneamiento).</p> <p>8.3: Proporción de la AOD bilateral de los donantes del CAD/OCDE que no está condicionada.</p> <p>8.4: AOD recibida por los Países en Desarrollo Sin Litoral en proporción a su ingreso nacional bruto.</p> <p>8.9: Proporción de la AOD destinada a fomentar la capacidad de intercambio comercial.</p>
<p>Meta 8 D: Abordar en todas sus dimensiones los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo.</p>	<p>8.12: Servicio de la deuda como porcentaje de exportaciones de bienes y servicios.</p>
<p>Meta 8 E: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar en los países en desarrollo acceso a los medicamentos esenciales y a precios asequibles.</p>	<p>8.13: Proporción de la población con acceso sostenible a medicamentos esenciales y a precios asequibles.</p>
<p>Meta 8 F: En colaboración con el sector privado, dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular los de las tecnologías de la información y las comunicaciones.</p>	<p>8.14: Porcentaje de población con acceso a teléfono fijo en el hogar.</p> <p>8.15: Porcentaje de población con acceso a teléfono celular en el hogar.</p> <p>8.16: Porcentaje de la población de 10 años y más de edad usuaria de Internet.</p> <p>8.16A: Porcentaje de población con acceso a computadora personal en el hogar.</p> <p>8.16B: Porcentaje de población con acceso a computadora personal conectada a Internet en el hogar.</p>



ODM8

8A

meta

Meta 8 A: Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio. Incluye el compromiso de lograr la buena gobernanza, el desarrollo y la reducción de la pobreza, en los planos nacional e internacional.

Sistema Comercial

El Paraguay presenta uno de los sistemas comerciales más abiertos de la región. La apertura comercial¹ a principios de la década de los noventa fue del 34% y en el 2010 llegó a 83%. En cuanto a los niveles arancelarios cobrados², estos vienen reduciéndose desde 6,5% en 1991 hasta 3,4% en el 2010.

La liberalización comercial trajo consigo transformaciones estructurales en la economía del país, aumentando considerablemente su dependencia respecto a los mercados mundiales. En ese contexto, la Vocación Exportadora³ pasó de 13% en 1991 a 26% en 2010. En términos absolutos, los montos de exportación se sextuplicaron desde US\$ 737 millones (1991) a US\$ 4.555 (2010).

A pesar de estas mejoras en los indicadores de la política comercial externa, en la actualidad siguen persistiendo algunos problemas estructurales históricos, tales como:

- *Exportaciones concentradas en pocos productos.* El 90% de las exportaciones totales corresponden a “productos primarios” y “bienes de origen primario” con escaso valor agregado.
- *Exportaciones concentradas en pocos mercados.* El 48% de las exportaciones totales se destinan a dos regiones: Mercosur 29% (Argentina, Brasil y Uruguay) y Estados Asociados del Mercosur 19% (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela).

La elevada dependencia económica del comercio exterior, la fuerte concentración de las exportaciones a mercados vecinos y la condición de país sin litoral marítimo, exponen al país a condiciones de extremada vulnerabilidad e incertidumbre, al tiempo que limitan sus esfuerzos autónomos por alcanzar mayores niveles de crecimiento y desarrollo.

El hecho de ser un país sin litoral marítimo es quizás uno de los factores de mayor exposición y vulnerabilidad para la economía nacional. En el 2010, 7.000 contenedores en condiciones de tránsito varados en puertos de paso, provocó pérdidas de aproximadamente 250 millones de dólares americanos al empresario paraguayo.

Desde el 2005, el Paraguay ha adoptado medidas para agilizar y modernizar su régimen comercial; estos esfuerzos han resultado en la simplificación de los trámites aduaneros y la facilitación del comercio. Luego de poner en marcha una Ventanilla Única de Exportadores (VUE), el Paraguay habilitó también la Ventanilla Única de Importaciones (VUI), haciendo posible así realizar por vía electrónica todos los despachos de compra y venta al exterior.

1 Medido como la relación (Exportaciones + Importaciones)/Producto Interno Bruto.

2 Calculado a partir de la relación: Recaudaciones aduaneras/Importaciones totales.

3 La Vocación Exportadora se define como la relación: Exportaciones/Producto Interno Bruto.

Por otra parte, el Paraguay es miembro de la Organización Mundial de Comercio (OMC) y como tal ha participado activamente en las negociaciones comerciales del Programa Doha para el Desarrollo y, desde el año 2005, ha copatrocinado propuestas en las esferas de la facilitación del comercio, los derechos de propiedad intelectual, el acceso a los mercados para los productos no agrícolas y la agricultura.

Uno de los principales objetivos del Paraguay en la ronda Doha es obtener la mayor liberalización del comercio de productos agrícolas. Es importante para el Paraguay lograr un acceso efectivo a los mercados, tanto de los países en desarrollo como de los desarrollados, mediante la eliminación de las medidas que distorsionan el comercio en este sector, lo que permitiría a todos los países, en especial a los países en desarrollo, contar con reglas justas y equitativas que favorezcan su participación en el comercio mundial.

En ese sentido, se considera indispensable persistir con la ronda Doha atendiendo sus objetivos de desarrollo pues ella será una herramienta fundamental para fortalecer la alianza para el desarrollo y avanzar hacia el cumplimiento de los objetivos del milenio.

Sistema Financiero

El sistema financiero se consolidó en los últimos años y mantiene adecuados índices de solvencia y capitalización, al tiempo que se han introducido mejoras en la regulación y supervisión financiera. La legislación bancaria no establece ninguna diferencia entre el capital nacional y el extranjero, y éste último mantiene una presencia importante en el sector.

También la actividad aseguradora puede ser efectuada por empresas constituidas en el Paraguay o por sucursales de sociedades extranjeras con patrimonio diferenciado; las sucursales de sociedades extranjeras pueden ejercer su actividad en las mismas condiciones que las empresas de capital nacional, permitiéndose las operaciones transfronterizas de reaseguro.

De conformidad con uno de los objetivos del Plan Estratégico Económico Social 2008-2013 (PEES) que dispone fomentar un “sistema financiero incluyente”, se ha observado un incremento paulatino en el acceso al crédito de los pequeños productores agrícolas. Es así como, con la intención de brindar apoyo al crecimiento de pequeñas y medianas empresas, asegurar el acceso a créditos de las microempresas urbanas y rurales, lograr el fortalecimiento de los sectores exportadores tradicionales y el potenciamiento de los rubros no tradicionales, se crea por Ley N° 2.640 del 2005, la Agencia Financiera de Desarrollo (AFD), un banco público de segundo piso que otorga créditos a través de bancos, financieras y cooperativas habilitadas.

La creación de la AFD ha contribuido a desarrollar el mercado de créditos de mediano y largo plazo a las entidades de intermediación financiera de primer piso, públicas o privadas, el cual era prácticamente inexistente en el Paraguay, permitiendo la expansión del crédito en un entorno de reducción de tasas de interés. Del total de recursos puesto a disposición por la AFD (de 17 a 46 millones de dólares entre 2006/2007), el 15% se destinó al sector agrícola, el 24% al sector ganadero, el 15% al sector industrial, el 10% a las microempresas y el resto al sector de la construcción.



ODM8



De igual manera, a fines de 2006, en el marco del **Proyecto Umbral del Milenio**, se pone en vigencia el Sistema Unificado de Apertura de Empresas (SUAE) como ventanilla única de entrada de solicitudes y registros estatales, cuyo objetivo es facilitar y agilizar el proceso de constitución de nuevas iniciativas empresariales⁴. A través del SAUE las gestiones para la constitución de una empresa se redujeron de 74 a 36 días y los pasos del proceso disminuyeron de 17 a solo uno, mientras el costo pasó de 840 a 250 dólares.

A partir del 2009, el Crédito Agrícola de Habilitación (CAH) implementa, junto con el Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG), el Programa de Calificación Gradual de Productores como Sujetos de Crédito, dirigido a productores de la agricultura familiar campesina inscritos como tales en el MAG. El programa tiene como objetivo facilitar a dichos productores el acceso al crédito, así como la rehabilitación de clientes en situación de mora en el pago de sus deudas, mediante la reestructuración de dichas deudas y la entrega de apoyos financieros por concepto de transferencias monetarias condicionadas (provenientes del Programa Nacional de Apoyo a la Agricultura Familiar) durante y hasta tanto sean repagadas las cuotas derivadas de la reestructuración, de manera que dichos productores puedan volver a producir y generar ingresos.

Así mismo, con el fin de garantizar una inserción plena de las economías de menor desarrollo en el contexto de integración, específicamente dentro del bloque Mercosur, se creó el Fondo para la Convergencia Estructural del Mercosur (FOCEM). Este Fondo promueve el desarrollo de la competitividad, la cohesión social, en particular de las economías menores y regiones menos desarrolladas y el apoyo al funcionamiento de la estructura institucional y de los procesos de integración. El FOCEM es una institución comunitaria y solidaria que se basa en mecanismos de transferencia directa de recursos financieros desde las economías mayores (Argentina y Brasil) hacia las economías menores (Paraguay y Uruguay).

Meta 8. C: Atender las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y los pequeños Estados insulares en desarrollo (mediante el Programa de Acción para el desarrollo sostenible de los pequeños Estados insulares en desarrollo y los resultados del vigésimo segundo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General).

La atención de las necesidades especiales de ciertos países, en particular los Países en Desarrollo Sin Litoral (PDSL), se debe a la existencia de problemas específicos por su desventajosa situación geográfica agravados por la lejanía y el aislamiento de los principales mercados internacionales. Existen 32 PDSL: 16 en África, 12 en Asia, 2 en América Latina y 2 en Europa del Este y Central. Representan el 10 por ciento de la población total del mundo en desarrollo (aproximadamente 350 millones de personas).

Los PDSL se encuentran entre los más pobres de los países en desarrollo (el 40,3 % de su población vive con menos de un dólar por día según estadísticas del

⁴ El SUAE es un emprendimiento conjunto de las siguientes entidades gubernamentales: Consejo de Modernización de la Administración Pública, Corte Suprema de Justicia, Ministerios del Interior, de Justicia y Trabajo, de Industria y Comercio y de Hacienda, Instituto de Previsión Social (IPS) y Municipalidad de Asunción.



2000-2001), con índices de crecimiento débiles y sustancialmente menores a los presentados en países con acceso al mar. Además, otros factores que aumentan su vulnerabilidad son: el bajo crecimiento histórico que redundan en la carencia de infraestructura o infraestructuras limitadas, sobrecostos de transporte, capacidades productivas e instituciones débiles, mercados domésticos pequeños, costo por demoras y trámites en fronteras, baja competitividad, etc.

Además, existen estudios que demuestran que éstas son apenas una parte de las restricciones que enfrentan los PDSL, existiendo otras igualmente negativas tales como:

- *Impacto sobre el crecimiento económico:* Mackellar (2000) señala que no contar con litoral marítimo reduce el crecimiento promedio en alrededor de 1,5 puntos porcentuales por año. Gallup y Sach (1998) afirman que el ingreso per cápita de los PDSL es de apenas un tercio del que registran las economías costeras.
- *Impacto sobre la inversión y el comercio:* Limao y Venables (2000) sostienen que el aumento de los costos de transporte en un 10% reduce el volumen del comercio en más de un 20%. Ludeña (2003) indica que las deficiencias estructurales del Paraguay hacen que el país sea menos atractivo a la inversión extranjera. En el período 2003-2005 Argentina, Brasil y Uruguay recibieron entre 10 y 18 veces más inversión extranjera per cápita que el Paraguay.
- *Inversión pública en infraestructura en países sin litoral marítimo:* La deficiente inversión pública en los PDSL se asocia a un círculo vicioso de doble causalidad. Hausmann (2001) explica que la falta de infraestructura física en los países que se encuentran a una mayor distancia del mar no permite el desarrollo industrial en ellos y éste, a su vez, tampoco permite que dichos países cuenten con recursos suficientes para mantener la poca infraestructura existente. Robert y Deichmann (2009) concluyen que una integración regional efectiva involucra inversiones en transporte, infraestructura y telecomunicaciones, lo cual es particularmente cierto para los países sin litoral de una región, señalando como ejemplo el caso de Luxemburgo, Suiza, Austria y Hungría quienes experimentaron spillovers⁵ de crecimiento de sus vecinos.

La condición de PDSL del Paraguay le impone adversidades para integrarse con la región y con el resto del mundo. Un informe preparado recientemente⁶ señala que los sobrecostos de transporte asociados con la condición de mediterraneidad del país totalizan unos US\$ 327 millones en valores del año 2005. En términos del Producto Interno Bruto este sobrecosto representó cerca del 4,3%.

Por lo mencionado precedentemente, el reconocimiento de las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral es uno de los objetivos principales de la política internacional del Paraguay. Desde el año 1957, a través de una iniciativa paraguaya, la Organización de las Naciones Unidas realiza un reconocimiento especial mediante resoluciones anuales. En el 2000 se incluye entre los objetivos del milenio y en el 2001 se establece la Oficina del Alto Representante

5 Incidencias positivas.

6 Informe CARANA, Julio de 2006, Asunción (Paraguay).



tante para los países con necesidades especiales que encomienda la elaboración de un plan de acción plasmado, en el caso de los PDSL, en la Declaración de Almaty del 2003.

La Declaración de Almaty y su plan de acción reafirman el derecho de acceso al mar y desde el mar y la libertad de tránsito de los PDSL. A su vez busca fomentar la alianza para el desarrollo y la cooperación en atención a las necesidades especiales y establece prioridades que sirven como guía tanto para las políticas internas y para los programas de cooperación internacional. Esas prioridades son: 1) políticas de tránsito, 2) desarrollo y mantenimiento de infraestructura, 3) facilitación del comercio, 4) medidas de apoyo internacional, su aplicación y examen.

El Paraguay reporta ciertos avances en cada una de las prioridades del programa de acción de Almaty y en el cumplimiento de las mismas se verifica un importante componente de la cooperación sur-sur, en particular por su pertenencia al Mercosur.

Las políticas de tránsito son constantemente examinadas y discutidas a nivel regional de manera a agilizar y dotar mayor eficiencia a los servicios. Y si bien cuenta con iniciativas regionales para garantizar su conectividad, el desarrollo de su infraestructura continúa siendo un desafío para el país pues su realización se presenta lenta. A pesar de los esfuerzos y rescatables logros, la diversificación de las opciones de transporte es aún un desafío, especialmente debido los altos niveles de financiación requerida aunque el Gobierno actual ha aprobado mecanismos legales que permitirán al sector privado participar en la mitigación de esta asimetría.

En cuanto a facilitación del comercio, se han aprobados medidas y acuerdos con miras a disminuir los trámites de aduanas y facilitar los cruces de frontera, estableciendo sistemas de ventanillas únicas y código aduanero común en el Mercosur, entre otros.

Y con relación a las medidas de apoyo internacional, el Paraguay aboga para que se preste especial atención a los PDSL en las iniciativas de cooperación de la UNCTAD y la Ayuda para el comercio. Aún así, los flujos de cooperación hacia el Paraguay son bajos en comparación con otros países sin litoral, inclusive los de igual o mayor desarrollo relativo. En contrapartida, el Gobierno realiza esfuerzos para mejorar la elaboración y la gestión de los proyectos financiados por la cooperación y para transparentar su aplicación.

En el ámbito del Mercosur, la aprobación en agosto de 2010 de la Decisión CMC N° 10/2010, "Eliminación del Doble Cobro y Distribución de la Renta Aduanera", representa un avance histórico atendiendo a que la Argentina, el Brasil y el Uruguay reconocieron la necesidad de compensar, en el proceso de avance de la implementación de la Unión Aduanera, la adversidad que representa para el Paraguay su condición de País Sin Litoral Marítimo.

Esa decisión deberá ser reglamentada en el transcurso del año 2011 y se espera que la reglamentación implique la implementación de mecanismos efectivos para mitigar el impacto negativo que impone al Paraguay su condición de PDSL, restringiendo de manera significativa sus posibilidades de aprovechamiento de los beneficios de la integración en el Mercosur.



Meta 8 D: Abordar en todas sus dimensiones los problemas de la deuda de los Países en Desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo.

Según el Informe Trimestral de Deuda Pública Externa, registrada en el Sistema Integrado de Gestión y Administración de la Deuda Externa (SIGADE) del Banco Central del Paraguay (BCP), en el año 2010 el indicador se ubicó en 5%, nivel inferior al 7% registrado en el 2009 (Gráfico 1). Además, el indicador asume el valor mínimo del periodo 1995-2010.

El ratio Servicios de la Deuda Pública Externa registrada en el SIGADE con respecto a los Ingresos del Gobierno Central, mantiene un bajo nivel con relación a los porcentajes registrados en periodos del pasado reciente, debido al reembolso periódico de los vencimientos contractuales y al compromiso asumido de cumplir regularmente con el servicio de la deuda.

Respecto al nivel de Reservas Monetarias Internacionales, cabe señalar que en 1990 las mismas cubrían el 40,4% del endeudamiento público externo del país, para llegar a cubrir más del 80% en 1994. A la fecha del presente informe, las reservas superan ampliamente la totalidad del Saldo, explicado por un aumento significativo en el nivel de las Reservas Internacionales Netas que cubren el 178,5% de la Deuda Pública Financiera Externa registrada en el SIGADE.

Siempre de acuerdo con el citado informe, el saldo a diciembre del 2010, medido en dólares norteamericanos, asciende a USD 2.335,4 millones, monto compuesto de la siguiente manera: USD 2.328,2 millones corresponde a capital y USD 7,1 millones a capital e intereses atrasados. Comparado con el saldo al 31 de diciembre de 2009, aumentó en USD 101,2 millones.

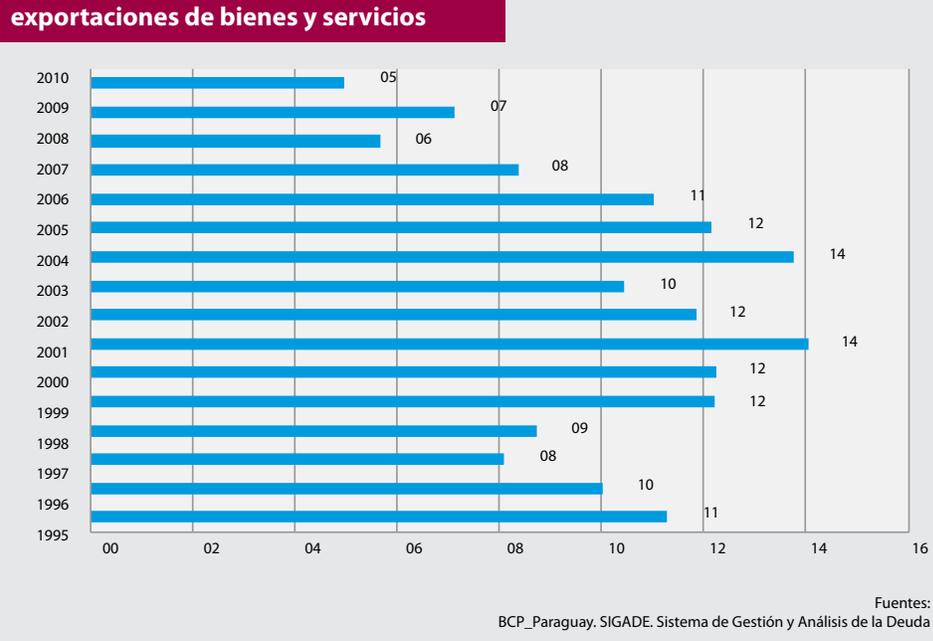
Actualmente los recursos externos del país provienen fundamentalmente de dos bloques de acreedores: 1) Organismos Multilaterales (63%) y 2) Gobiernos Extranjeros y sus Instituciones Financieras (37%), conformando ambos sectores acreedores el 100% de la deuda externa paraguaya.

El servicio de la Deuda Externa proyectado para el año 2011⁷, es de USD 285,8 millones, de los cuales USD 224,2 millones corresponde a capital, USD 60,2 millones a intereses y USD 1,4 millones a comisiones.

⁷ Estimaciones preliminares de la DPE-SSEI-MH, considerando el desembolso de préstamos suscritos y aprobados por ley.



Servicio de la deuda como porcentaje de exportaciones de bienes y servicios



Meta 8 E: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar en los países en desarrollo acceso a los medicamentos esenciales a precios asequibles.

Las compras de medicamentos efectuadas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social se realizan en forma consolidada y los mismos son distribuidos gratuitamente a todos los pacientes que acuden a los servicios de salud, a través de las farmacias de los servicios públicos. La Dirección de Gestión de Insumos Estratégicos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es la encargada de la adquisición, almacenamiento, distribución y control de los medicamentos, a partir de su creación en octubre del 2008.

En este sentido, cabe destacar que los indicadores presentados se obtuvieron de la encuesta realizada por la dirección de Vigilancia Sanitaria en el marco del análisis de la situación farmacéutica nacional. Las unidades de muestreo en el ámbito público fueron: 1 hospital general, 5 hospitales regionales, 8 hospitales distritales, 22 centros de salud y 1 parque central; y en el sector privado: 36 farmacias del entorno de los hospitales o centros de salud objeto del estudio.

El porcentaje promedio de precios de los medicamentos considerados en el estudio, entre las compras del sector público versus las del sector privado, fue de 560.2% con las compras consolidadas a nivel ministerial. Es decir, el costo a nivel público es sustancialmente menor, con la misma calidad de los productos, un indicador significativo si se considera que, a nivel mundial, 1/3 de la población no tiene acceso a medicamentos esenciales.

Indicador: Accesibilidad	Nacional (Mediana)
% de medicamentos prescritos, dispensados o administrados a los pacientes en las farmacias de unidades de salud pública	72.4



Además de la provisión de medicamentos a través de los servicios públicos de salud, existen otros esfuerzos dirigidos a mejorar el acceso a medicamentos esenciales; en este contexto se encuentra el Plan piloto de Medicamentos Esenciales apoyado por la industria farmacéutica privada nacional. El mismo consiste básicamente en la venta al público a precio diferenciado de 64 medicamentos que se encuentran en el Listado de Medicamentos Esenciales, en este caso al 50% del precio fijado para la venta al público en farmacias; teniendo en cuenta que los recursos del Ministerio de Salud para la adquisición de medicamentos son limitados, este plan permitiría que aquel ciudadano que requiera adquirir medicamentos lo haga en el sector privado a mitad de precio, lo cual también contribuirá a reducir el gasto de bolsillo en medicamentos.

Es importante mencionar, al respecto, que el gasto de bolsillo promedio en salud, específicamente para medicamentos, es de aproximadamente 58,6% sobre el total, pudiendo llegar al 83% para el quintil más pobre.

Entre los años 2007 y 2009 el gasto promedio en salud tuvo un descenso total del 19%, producido especialmente a expensas del quintil más pobre que, además, experimentó también un descenso del gasto total del 19%, recordando que además de medicamentos también se les provee de reactivos e insumos hospitalarios con recursos del Presupuesto General de la Nación.

Promedio de gasto en salud. Años 2006-2009

Año	Total	Población clasificada por quintiles de ingreso per cápita				
		20% más pobre	20% siguiente	20% siguiente	20% siguiente	20% más rico
2006	168.160	79.687	120.075	163.191	222.707	299.899
2007	212.997	115.140	143.232	166.304	262.309	441.425
2008	204.823	121.800	138.680	182.634	251.076	336.964
2009	172.710	92.520	1109.117	161.336	221.655	330.303

Fuente: DGEEC. Encuesta Permanente de Hogares 2006, 2007, 2008 y 2009

7C Meta 8 F: En colaboración con el sector privado, dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones.

meta

Indicadores 8.14 y 8.15. Porcentaje de población con teléfono fijo o teléfono celular en el hogar.

La suscripción a telefonía celular es 4,5 veces mayor que a líneas fijas en el Paraguay; en el 2010 el 88,3% de los hogares contaba con celulares y el 19,3% con líneas fijas. La tendencia se viene manteniendo desde 2008.

La telefonía fija tiene un lento avance y, de hecho, en la última década se ha estancado apreciándose la migración a tecnologías móviles; esta migración se



ODM8

puede observar claramente en la rápida penetración que tuvo la telefonía celular desde el 2005, encontrando su pico máximo en el 2008, según los datos.

Indicador 8.14: Porcentaje de población con acceso a teléfono fijo en el hogar

Periodo	Total	Urbana	Rural	No Pobre	Pobre
1995	11,5	21,4	1,1	-	-
1997/8	16,7	29,8	1,5	24,7	1,3
1999	18,8	33,7	1,4	28,1	1,9
2000/1	18,6	33,3	1,3	27,9	1,3
2002	13,8	23,0	1,8	24,3	2,4
2003	16,8	28,4	1,8	27,2	2,7
2004	15,4	25,9	1,5	23,6	2,9
2005	19,0	31,0	2,4	27,1	4,7
2006	17,8	29,0	2,2	28,8	2,9
2007	18,0	28,6	3,3	27,7	3,7
2008	20,9	32,7	4,4	30,1	5,0
2009	19,9	31,6	3,2	27,2	5,7
2010	19,3	31,5	1,8	27,3	3,3

Fuentes:

DGEEC_Encuesta Integrada de Hogares. 1998/98, 2000/01
DGEEC_Encuesta Permanente de Hogares. 1995, 1999, 2002-2010

La posesión de líneas fijas no representa impedimento a la utilización de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC). Con las redes de telefonía celular, rápidamente se pudo permitir el acceso a Internet⁸ ya que en el país no se cuenta con grandes inversiones en infraestructura de última milla para fortalecer y mejorar la penetración de la telefonía fija, que también como ya se dijo sufrió el impacto de la penetración de la telefonía celular, un fenómeno que acontece en todo el mundo.

Según datos del 2010 no existen marcadas diferencias en cuanto a la distribución de la población con la telefonía celular por área de residencia, con 92,8% en el área urbana y 81,9% en el área rural (10,9 puntos porcentuales de diferencia).

La telefonía fija ha tendido a estancarse en la última década debido, principalmente, a la forma como la misma se utiliza con bases fijas, en tanto que la telefonía celular no solo tiene mayores ventajas como, la movilidad, sino también el rápido acceso a Internet sin necesidad de instalaciones mayores y con costos relativamente más bajos. Otro punto importante es la introducción de nuevas tecnologías como VoIP vía Internet lo que hace que sea irrelevante tener o no un teléfono fijo. Esto podrá cambiar en los próximos años ya que todas las operadoras están previendo vender paquetes de doble play o triple play que empiezan a ser ofertados en el medio.

8 Si bien la penetración de Internet se da mayoritariamente a través de tecnologías inalámbricas (Wi-Max, GPRS, 3G), también se utilizan las redes de telefonía celular aunque no existen datos respecto a su cuantía.

En telecomunicaciones se adopta como indicador básico el número de líneas telefónicas fijas por cada 100 habitantes, pero este indicador no refleja la penetración real del servicio ya que cada grupo familiar tiene un promedio de 5 miembros según las encuestas de hogares; por otro lado, existen también iniciativas de acceso comunitarias. Sin embargo, este indicador pone de manifiesto la penetración de la telefonía básica y el grado de desarrollo del país.

Indicador 8.15: Porcentaje de población con acceso a teléfono celular en el hogar

Periodo	Total	Urbana	Rural	No Pobre	Pobre
1999	5,0	7,3	2,4	7,2	1,4
2000/1	28,5	39,8	15,3	37,7	12,1
2002	31,2	42,7	16,0	45,5	16,1
2003	31,1	40,9	18,4	42,1	16,5
2004	36,2	47,1	21,8	46,2	21,3
2005	49,9	61,2	34,3	61,1	31,2
2006	67,8	77,5	54,3	78,0	54,4
2007	78,4	86,1	67,6	86,2	66,9
2008	88,9	93,5	82,5	92,8	82,4
2009	88,4	92,8	82,0	92,7	80,2
2010	88,3	92,8	81,9	92,5	80,4

Fuentes:
 DGEEC_Encuesta Integrada de Hogares. 1998/98, 2000/01
 DGEEC_Encuesta Permanente de Hogares. 1995, 1999, 2002-2010

La telefonía celular ha tenido un gran repunte desde 2003 gracias a la diversificación de servicios realizada por las empresas operadoras de la misma, especialmente al ofrecer también Internet. Este repunte se nota sobre todo entre 2006 y 2008 cuando llega a un techo pero habiendo logrado que tanto en zonas urbanas como rurales los porcentajes de usuarios fuese casi similar, con un efecto colateral de ampliación del acceso a Internet, aunque en este último aspecto la diferencia de acceso entre zonas urbanas y rurales sigue siendo marcada.

La telefonía móvil puede ser definida como un sistema de transmisión por el cual un usuario dispone de una terminal que no es fija y no utiliza cables, lo que le permite gran movilidad y localización en una amplia zona geográfica donde se encuentre operando la red. Es un servicio de radio celular para dar cobertura a un territorio por medio de diversas estaciones base, y cada una posee un área de cobertura llamada célula.

El indicador muestra un grado importante de penetración, no obstante esto no significa un grado de desarrollo alto aunque el desempeño del Paraguay en telefonía móvil es excelente, superior a países desarrollados de la región.

Para expresarlo de otra forma, con un pequeño ingreso la población de menores recursos puede tener acceso a la telefonía móvil. Existen dos mecanismos que han permitido que esto suceda: 1) la modalidad de “prepagado”, por medio de la cual el usuario solamente gasta lo que tiene disponible en un momento determinado (desde cantidades muy pequeñas) y 2) el sistema “el que llama paga”, que permite que los usuarios reciban llamadas por cuenta del que llama, aún no disponiendo de saldo. Sin embargo, estos mecanismos de operación no hacen



sino reflejar una realidad económica del usuario por debajo del nivel de estas tecnologías sofisticadas y desarrolladas.

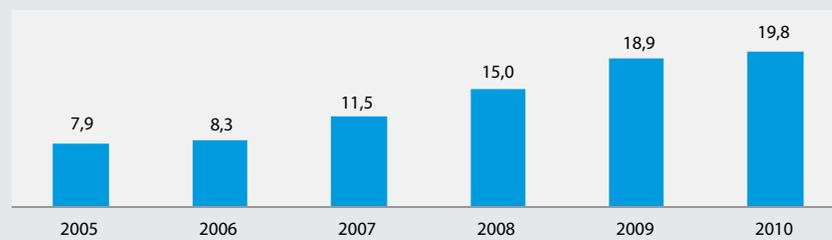
En los sistemas de telefonía móvil, la mayor parte de las inversiones están en las radio bases y sus costos y equipos asociados, que son infraestructuras compartidas. Esto genera que los costos directamente asociados al usuario móvil sean muy bajos y los costos asociados al minuto móvil sean más altos que los fijos.

Indicador 8.16. Porcentaje de la población de 10 años y más de edad usuaria de Internet.

Si bien en los últimos años existieron grandes avances en esta materia, como los cambios en la regulación, entre otros, no se ha logrado mantener o aumentar la penetración de Internet. Si bien existe una tendencia a incrementar, ésta debe ser mayor para buscar posicionar al país al nivel del Mercosur.

En el área urbana la tasa de crecimiento subió sustancialmente en el último año, mientras que en el área rural este indicador presentó un descenso. (Anexo: Cuadro 14). Sigue existiendo una marcada diferencia en el acceso en zonas urbanas si se compara con el de zonas rurales. Esto se revertirá con los planes que se poseen de entregar una computadora a cada niño escolar en el curso de la presente década.

Gráfico 2: Porcentaje de la población de 10 años y más usuaria de internet



Fuente: DGEEC_ Encuesta Permanente de Hogares. 2005-2010

Indicador 8.16: Porcentaje de la población de 10 años y más de edad usuaria de internet

Periodo	Total	Urbana	Rural
2005	8,0	12,8	1,0
2006	8,4	13,3	1,3
2007	11,5	17,7	2,3
2008	15,1	23,1	3,1
2009	18,9	27,9	5,4
2010	19,8	29,9	4,5

Indicador 8.16 A. Porcentaje de la población con acceso a computadora personal en el hogar.

El número de hogares que cuentan con una computadora personal en general tuvo un estancamiento en los últimos dos años, permaneciendo en alrededor del 20,8% en total y manteniéndose una marcada diferencia entre áreas urbanas y rurales, la primera con un 32,1% y la segunda con 4,4% y una diferencia de 27.7 puntos porcentuales entre ambas.

La evolución de este indicador se ha producido sin ninguna intervención del Estado ni del sector privado en general, ya que no se aplicaron planes para garantizar a la población la posibilidad de adquisición de computadoras personales quedando librado este proceso a las reglas del mercado.

Esta situación cambiaría en la presente década cuando se prevé implementar programas como “una computadora por niño” en la enseñanza escolar básica, programa que se están encarando recién desde el 2011. El objetivo del mismo es actuar en dos sentidos: primero, la adquisición de computadoras personales de parte de las familias y segundo, la superación de la brecha existente entre áreas de residencia y condición socio-económica.

Indicador 8.16 CO.1: Porcentaje de población con acceso a computadora personal en el hogar

Periodo	Total	Urbana	Rural	No Pobre	Pobre
1997/98	2,2	4,0	0,1	3,2	0,0
2000/01	5,6	10,0	0,4	8,4	0,0
2002	5,4	9,0	0,8	10,0	0,3
2003	6,6	11,1	0,9	11,2	0,2
2004	6,4	10,4	1,2	10,2	0,5
2005	8,9	14,2	1,6	13,4	0,8
2006	6,9	11,0	1,3	11,9	0,5
2007	12,1	18,6	3,1	18,0	3,1
2008	15,4	23,2	4,4	23,0	2,4
2009	20,0	29,7	6,2	28,6	3,6
2010	20,8	32,1	4,4	29,8	2,9

Fuentes:
 DGEEC_Encuesta Integrada de Hogares. 1997/98, 2000/01
 DGEEC_Encuesta Permanente de Hogares. 1995, 1999, 2002-2010

Indicador 8.16 B: Porcentaje de población con acceso a computadora personal conectada a Internet en el hogar.

Con respecto a este indicador se observa un marcado avance. En efecto, el último año (2010) se ha logrado un aumento de las conexiones a Internet equivalente a 3 puntos porcentuales más que el año anterior corroborando una tendencia positiva para alcanzar los valores vigentes en el Mercosur. Sin embargo subsisten notorias diferencias entre los hogares de la zona urbana, con un 23,5% de acceso a Internet, y la rural con apenas 2,3%. El gran crecimiento de



la cobertura a nivel nacional por medio de amplios planes ejecutados por diferentes organismos, no se refleja en la conectividad en las zonas rurales.

Según cita en el Informe 2010 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio: “A pesar de la reciente caída económica, el uso de las tecnologías de telecomunicaciones (ITC) sigue creciendo en todo el mundo. Para fines de 2009, el número mundial de suscripciones a teléfonos móviles había alcanzado los 4,6 mil millones aproximadamente; o lo que es lo mismo, 67 de cada 100 personas tenían una suscripción. La expansión de la telefonía móvil sigue al tope en los países en vías de desarrollo, donde para fines de 2009 la penetración había superado el 50%”.

Indicador 8.16 CO.2: Porcentaje de población con acceso a computadora personal conectada a Internet en el hogar

Periodo	Total	Urbana	Rural	No Pobre	Pobre
2000/01	0,9	1,6	0,1	1,4	-
2002	1,2	2,0	0,0	2,1	0,0
2003	1,8	3,1	0,0	2,9	0,1
2004	1,6	2,6	0,2	2,4	0,1
2005	2,1	3,6	0,1	3,2	0,1
2006	1,8	3,1	0,0	3,0	0,1
2007	3,3	5,5	0,2	5,2	0,2
2008	6,6	10,7	0,7	10,1	0,4
2009	11,8	18,1	2,8	17,4	1,1
2010	14,8	23,5	2,3	21,5	1,5

Fuentes:
DGEEC_Encuesta Integrada de Hogares. 2000/01
DGEEC_Encuesta Permanente de Hogares. 2002-2010

2. Marco de Apoyo: Políticas y programas

En una revisión de los avances en materia de Ayuda Pública al Desarrollo en la región y el mundo, el Informe 2010 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio⁹ destaca: “En 2009, los gastos netos de Ayuda Pública al Desarrollo (APD) sumaron 119,6 mil millones de dólares de EEUU, o sea, el 0,31% de los ingresos nacionales combinados de los países desarrollados. En términos reales este es un leve incremento de 0,7% en comparación con 2008, aunque medido en dólares actuales de EEUU, la APD disminuyó en más de 2% desde 122,3 mil millones en 2008. Si se excluye el alivio de la deuda, de 2008 a 2009 el incremento en APD en términos reales fue de 6,8%. Si también se excluyera la ayuda humanitaria, la ayuda bilateral para programas y proyectos de desarrollo aumentó 8,5% en términos reales, pues los donantes siguieron ampliando sus principales proyectos y programas de desarrollo. La mayoría de los incrementos se produjo en nuevos préstamos (20,6%), pero los subsidios también aumentaron (un 4,6%, excluyendo el alivio de la deuda)”.

9 Naciones Unidas (2010). Informe 2010 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nueva York: Naciones Unidas.
Disponible en: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/mdg/noticias/paginas/0/35550/P35550.xml&xsl=/mdg/tpl/p18f-st.xsl&base=/mdg/tpl/top-bottom.xsl>

El documento citado menciona que los donantes se comprometieron a aumentar su ayuda¹⁰, la cual corresponderá a un porcentaje del ingreso nacional bruto. De acuerdo con las proyecciones del ingreso nacional bruto futuro, estas cantidades combinadas con otros compromisos asumidos, habrían elevado la APD total de 80 mil millones de dólares de EEUU en 2004 a 130 mil millones de dólares de EEUU en 2010 (a precios constantes de 2004).

Contrarrestando esta predisposición, la desaceleración del crecimiento económico desde 2008 ha reducido el nivel de ingreso nacional bruto que se esperaba en los países desarrollados y el valor de los dólares comprometidos para el 2010 se ha visto reducido (se estimaba la APD en 126 mil millones a precios constantes de 2004). Se ha sumado a esto la crisis económica que también ha ejercido una enorme presión en los presupuestos públicos de los países desarrollados y, en consecuencia, algunos de los principales donantes han reducido lo prometido para 2010, aunque la mayoría de los compromisos siguen en pie.

Según las propuestas de presupuesto para el año 2010, y conociendo las últimas cifras del ingreso nacional bruto, se estima que el nivel general de ADP para 2010 será de 108 mil millones de dólares de EEUU (en dólares constantes del 2004), lo cual representa 22 mil millones menos de lo que se esperaba recibir si no hubiese habido una contracción en la economía¹¹.

Por su parte, el Gobierno del Paraguay concentra sus esfuerzos encaminados a impulsar el desarrollo, basado en tres grandes pilares de gestión: 1) Aumento de la productividad; 2) Equidad; y 3) Fortalecimiento de las instituciones del Estado.

Estos objetivos estratégicos están estrechamente vinculados con la mejora del desempeño del sector externo del país a través de medidas que promuevan la expansión de la producción y el comercio, con énfasis en actividades que impulsen el aumento del empleo y de los ingresos reales, así como el apoyo a la competitividad de las pequeñas y medianas empresas y a la agricultura familiar campesina, con miras a diversificar la oferta exportable y facilitar su inserción en el comercio exterior.

Por ende, los esfuerzos del Gobierno se dirigen a impulsar los cambios estructurales necesarios, aumentando la inversión pública y fomentando la del sector privado en aquellos sectores económicos de baja productividad y de escasa participación en los mercados externos. En tal sentido, el principal documento que establece estrategias e imparte orientación para la formulación de políticas en esferas como el comercio y la inversión, es el Plan Estratégico Económico y Social 2008/2013, cuyo objetivo es fomentar el crecimiento económico y una mayor inclusión social.

El gobierno nacional adoptó el Plan Estratégico Económico y Social (PEES), cuyo objetivo es “crear un sistema que sirva para coordinar las distintas políticas públicas e implementar la estrategia de crecimiento económico inclusivo en el mediano plazo”¹². Las acciones del PEES son complementadas por las propuestas contenidas en las Políticas para el Desarrollo Social (PSD 2020) que

10 Cumbre de Gleneagles del Grupo de los Ocho (G-8) y la Cumbre Mundial de la ONU en 2005

11 Naciones Unidas (2010). Objetivos de Desarrollo del Milenio - Informe 2010. Nueva York: Naciones Unidas. Disponible en español en: http://www.eclac.cl/MDG/noticias/paginas/0/35550/MDG_Report_2010_Espa.pdf (última consulta 09/07/2010)

12 Equipo Económico Nacional, Gobierno de la República del Paraguay. Plan Estratégico Económico y Social, PEES 2008/2013. Propuesta para un crecimiento económico con inclusión social en Paraguay,, Asunción 2008, pág.6.



plantean como objetivo estratégico promover y desarrollar las condiciones que permitan un crecimiento sostenido, sin exclusiones.

Los ocho pilares que conforman el Plan Estratégico son: 1) Mantener políticas macroeconómicas consistentes que aseguren la estabilidad y ofrezcan un contexto previsible para la toma de decisiones económicas; 2) Desarrollar un sistema financiero sólido y seguro, capaz de ofrecer servicios de calidad a todos los actores económicos, sin exclusiones; 3) Mejorar las empresas públicas mediante una gestión más profesional, más eficiente y transparente; 4) Modernizar la administración pública orientándola a facilitar el acceso de toda la población a los servicios públicos; 5) Realizar una reforma agraria integral con reactivación de la agricultura familiar; 6) Impulsar el desarrollo de la infraestructura; 7) Fortalecer la competitividad y mejorar el clima de negocios e inversión; 8) Generar empleo y luchar contra la pobreza y contra toda forma de exclusión social.

El PEES plantea que el “proceso de Crecimiento Económico con Inclusión Social en el Paraguay enfrenta una serie de restricciones que será necesario levantar en la implementación de las iniciativas, pues representan obstáculos para alcanzar los objetivos planteados. Una de las principales restricciones, es *la modalidad de inserción internacional comercial, productiva y financiera del Paraguay*, aspecto que se debe abordar si se pretende reducir la dependencia y la vulnerabilidad externa de la economía. El logro de una mayor diversificación de las exportaciones de bienes y servicios, la incorporación de mayor valor agregado a los productos tradicionales de exportación y la ampliación del número de mercados a los que accede la oferta exportable, es fundamental”.

En lo que hace a los objetivos vinculados con el mayor acceso a las nuevas tecnologías de información y comunicación, la Comisión Nacional de Comunicaciones (CONATEL), como organismo gubernamental responsable de impulsar las políticas públicas en materia de telecomunicaciones y ejercer acciones de fomento, control y reglamentación, con un enfoque integral que vincula servicios, prestadores, usuarios, tecnología e industria, se propone priorizar actividades en el marco de la Planificación Estratégica para el FSU, “Paraguay 2013 conectado”, durante el periodo-meta 2009-2013. Se pretende con ello lograr la cobertura de servicios en todos los municipios del país así como promover el uso de las TICs de manera conjunta con otras dependencias del Estado, e incluso organizaciones privadas, a fin de lograr niveles de infraestructuras necesarias y similares a los países y bloques de la región, en: Banda ancha, Comercio electrónico, Firma digital, Sistema de clave pública (PKI), Red metropolitana de datos.

De acuerdo con el marco legal vigente, la CONATEL apunta a la apertura del sector promoviendo y fortaleciendo el desarrollo de la competencia en el mercado, propiciando el crecimiento de la inversión privada en el sector y, en general, la promoción de reglas de juego claras, administradas en forma transparente y garantizando la igualdad de oportunidades para el aprovechamiento del espectro radioeléctrico así como para todos los agentes que actúan en el mercado”¹³.

Entre los principales desafíos de la CONATEL se encuentra la creación de Oficinas Regionales en varias localidades del país de manera a permitir una ma-

¹³ Idem, página 125.

por descentralización de trámites y ejecución de controles; habilitar estaciones radioeléctricas para diversos servicios de radiocomunicaciones y destinar nuevas bandas de frecuencias para distribución de servicios en localidades remotas (Ej.: Internet), así como la Implementación del Proyecto CONATEL - PNUD - UIT, para el desarrollo del Plan Nacional de Telecomunicaciones, Plan de Desarrollo Integral de Telecomunicaciones, Planes Técnicos de Numeración, Encaminamiento, Señalización y Seguridad de Red, Planes Técnicos Fundamentales de Transmisión y Sincronismo.

Por su parte, la Compañía Paraguaya de Comunicaciones (COPACO) ha reportado acciones en torno a dos objetivos precisos: 1) Fortalecer y modernizar las instituciones del Estado y las empresas públicas en términos de servicio al ciudadano y de profesionalización de sus funcionarios; 2) Instalar un sistema institucionalizado de respuesta integral a las demandas y necesidades sociales de la población más vulnerable y los municipios más pobres.

Con relación al objetivo 1 se destacan avances en la apertura de la Oficina Regional de Ciudades Digitales para Iberoamérica (oficina regional de dicha Asociación) desde donde se pretende desarrollar proyectos de Ciudades Digitales de inclusión social para gobernaciones y municipios del Paraguay y toda Iberoamérica. Dicha oficina se encuentra funcionando a la fecha en COPACO S.A. y con ella se pretende desarrollar proyectos TIC para el país, en el marco de los delineamientos del Gobierno enfocados a una mayor inclusión social.

En esta misma línea se encuentra la ampliación de la capacidad disponible de puertos de Internet, tanto en la capital como en las demás ciudades del país, buscando el aumento de la penetración del acceso a la banda ancha a escala nacional. Si bien los indicadores económicos demuestran una mayor posibilidad de ventas de dicho servicio en las principales ciudades (Gran Asunción, Encarnación, Ciudad del Este, Concepción, Coronel Oviedo) la COPACO, siguiendo con los lineamientos estratégicos del Gobierno, mantiene una presencia con el servicio banda ancha internet en 91 localidades y con una tendencia a crecer en servicios en otros puntos hoy día no accesibles¹⁴.

Para cumplir con el objetivo 2, el informe de Gobierno 2008/2009 menciona tres áreas de acción de la COPACO: 1) El de la Donación a los Municipios¹⁵, 2) La Reducción de Tarifas en los Servicios que Presta la Compañía y 3) Acciones en el marco del Programa Coordinadora Ejecutiva para la Reforma Agraria (CEPRA). El objetivo de COPACO en el programa CEPRA es ofrecer proyectos de solución en el ámbito de las telecomunicaciones a los asentamientos situados en los diferentes departamentos, donde tiene una cobertura de más de 60 asentamientos ubicados en los departamentos de San Pedro, Concepción, Misiones, Caazapá, Caaguazú y Canindeyú. El proyecto de CEPRA/COPACO cuenta con 3 etapas de ejecución: 1ª. : Asentamientos que actualmente son cubiertos por la tecnología de telefonía GSM de COPACO. 2ª. : Asentamientos que son contemplados por el proyecto de Servicio de Fondo de Servicio Universal de COPACO. 3ª. : Asentamientos que no están contemplados en la 1ª ni en la 2ª etapa¹⁶.

14 Ídem página 129.

15 En el marco de los Contratos N° 75/2007, N° 95/2008, N° 102/2008, N° 109/2008, correspondientes a la Licitación Pública Nacional N° 14/2008 "Suministro, Instalación y Puesta en Servicio de Equipos de Informática en Varios Municipios del País". El que consiste en la donación para la Provisión del servicio de INTERNET y equipamientos a los Municipios y Gobernaciones del País, el monto de la donación a la agosto del 2009, era de Gs. 4.734.070.013

16 Ídem, página 131.



Asimismo, en el marco de la Propuesta de Política Pública para el Desarrollo Social (Paraguay 2020) se encuentra contemplado el Plan Director TICs, una Hoja de Ruta que permite desarrollar una estrategia apuntando a que las TICs se conviertan en un eje estratégico para alcanzar el desarrollo sostenible a largo plazo en el Paraguay. El primer componente del Plan (cuya primera etapa finalizó en enero de 2011) pretende establecer una base para disminuir la brecha digital y fortalecer el desarrollo del Estado e industrias locales a través del uso de las TICs. Para llegar a este objetivo es necesario ejecutar diversas iniciativas sobre los diferentes aspectos de la realidad nacional, de manera coordinada, a fin de utilizar de forma eficiente las TICs como herramienta que posibilite el desarrollo nacional.

El Plan Director contempla un diagnóstico de la situación actual de las TICs en el Paraguay, los retos que el país debe afrontar para lograr lo propuesto y un plan de acciones a corto, mediano y largo plazo. El plan es impulsado desde el Gabinete Civil de la Presidencia de la República del Paraguay, con apoyo de la Fundación Parque Tecnológico Itaipú.

Otra iniciativa que cabe mencionar es el Proyecto Piloto Comunidad Digital, que tiene como objetivo demostrar la aplicabilidad de las TICs para el desarrollo integral de una comunidad y, de esta manera, disminuir la brecha digital.

Por su parte, el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), entre los programas propuestos en el marco del Plan 2024, plantea la implementación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en las escuelas con el objetivo de aprovechar los nuevos desarrollos tecnológicos para construir ambientes pedagógicos enriquecidos y acordes con los estilos culturales cognitivos de los tiempos que corren. Entre sus actividades relacionadas se pueden mencionar:

- a. Dotación de infraestructura y tecnología: laboratorios de PC, implementación del modelo “una computadora por alumno”; pizarras digitales interactivas.
- b. Conectividad a Internet de escuelas rurales en zonas de influencia de frontera de todo el país: 20 centros de videoconferencia; 430 puntos de conexión a Internet wireless en instituciones educativas oficiales.
- c. Capacitación y formación docente con un Plan de Capacitación en uso de las TIC a docentes de zonas rurales (apoyado por Euro Social Educación); curso básico de uso de herramientas TIC (apoyado por Microsoft Paraguay); curso TIC en el aula (apoyado por el Diario Ultima Hora y la Organización de Estados Iberoamericanos).

3. Desafíos para la generación de una sociedad global para el desarrollo.

Como una forma de afrontar los desafíos de la deuda pública, el Gobierno Nacional elabora un análisis de sostenibilidad de la deuda con periodicidad semestral. El documento “Análisis de la sostenibilidad de la deuda a mediano plazo”, tiene por objetivo analizar la sostenibilidad de la deuda pública del Paraguay en el mediano plazo, mediante proyecciones del coeficiente Deuda/PIB

para el periodo 2011/2013 Administración Central y su extensión a la Deuda Pública Total. Asimismo, cuenta con el documento de “Lineamientos Estratégicos para la Gestión de la Deuda Pública 2011-2015” que espera su aprobación por Decreto. Además, el país se encuentra trabajando en el diseño de una Estrategia Nacional de Endeudamiento y de un modelo de sostenibilidad de la deuda.

Asimismo, el Mercosur, pese a mostrar una balanza comercial deficitaria en los últimos años, es el acuerdo de integración más importante en términos comerciales. Por tanto, disminuir las trabas comerciales y no comerciales presenta un desafío a tener en cuenta para fortalecer políticas en torno a la competitividad.

Por otro lado, el desarrollo global presenta múltiples desafíos para un País en Desarrollo Sin Litoral marítimo, en especial si se consideran los costos de transporte que inciden en el precio de los productos finales. Además, existen otros factores de impacto económico como: a) la lejanía entre las zonas de producción o consumo y los puertos de ultramar y b) los factores que dependen de la falta de acceso al mar como el costo por demoras y trámites en fronteras.

En cuanto a lograr acceso pleno al desarrollo tecnológico, sería conveniente modernizar y realizar una gradual difusión de las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) planteándose, al mismo tiempo, el desafío de capacitar a la población a través de un trabajo conjunto entre el sector privado y el público para reducir las desigualdades existentes en el acceso a las mismas (Katz, Birch 2007). En este aspecto será decisivo el apoyo del Ministerio de Educación y Cultura, a través de programas que permitan coordinar y priorizar el uso de este tipo de herramienta para la educación.

4. Prioridades para la asistencia al desarrollo.

- a. Programas Sociales: educación, vivienda, salud, y acceso a agua potable.
- b. Programas para el desarrollo de infraestructura: construcción de infraestructuras rurales, recuperación de caminos de acceso a comunidades rurales, puentes e infraestructura de integración regional (mejora de la infraestructura fronteriza y de las obras de interconexión física con países vecinos).
- c. Programas de competitividad: mejoramiento en la capacidad de implementación de los acuerdos de libre comercio, programas de desarrollo industrial, mejora en la capacidad de inserción en los mercados mundiales.
- d. Programas de nuevas Tecnología de la Información y Comunicación: propiciar el diseño e implementación de una estrategia nacional que articule esfuerzos del sector público y privado para garantizar la equidad en el acceso a las TIC.



BIBLIOGRAFÍA ODM 8

- Banco Central del Paraguay (BCP). Deuda Pública Externa, Diciembre 2004. 1995-2004.
- Banco Central del Paraguay (BCP). Deuda Pública Externa, Diciembre 2005.
- Banco Central del Paraguay (BCP). Sistema de Gestión y Análisis de la Deuda (SIGADE). 2006-2007
- Banco Central del Paraguay (BCP). Sistema de Gestión y Análisis de la Deuda (SIGADE). Deuda Pública Financiera Externa Registrada en SIGADE. Diciembre de 2009. Disponible en: http://www.bcp.gov.py/gee/dx/2009/dic/INF_DIC_09.pdf
- Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda. París, 2 de marzo de 2005
- DGEEC. Encuesta Integrada de Hogares. 1997/8, 2000/1
- DGEEC. Encuesta Permanente de Hogares. 1995, 1999, 2002-2008
- Gobierno de Chile, "Los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Segundo Informe del Gobierno de Chile". Disponible en: <http://www.pnud.cl/odm/segundo-informe/MDGR%20Chile%202008.PDF>
- Naciones Unidas, Objetivos de Desarrollo del Milenio - Informes mundiales (varios años). Nueva York 2010. Disponible en: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/mdg/noticias/paginas/0/35550/P35550.xml&xsl=/mdg/tpl/p18f-st.xsl&base=/mdg/tpl/top-bottom.xsl> (última consulta 09/07/2010)
- Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio - Informe 2010. Nueva York, USA. Disponible en español en: http://www.eclac.cl/MDG/noticias/paginas/0/35550/MDG_Report_2010_Espa.pdf (última consulta 09/07/2010)
- Naciones Unidas en Argentina. Disponible en: <http://www.onu.org.ar/viewpage.aspx?28>
- Programa de Acción de Accra, 3er. Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo. 2 al 4 de septiembre de 2008. Accra, Ghana
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo – Argentina. Informe Oficial de Progreso de ODM – Argentina. Disponible en: http://www.undp.org.ar/docs/Informes_y_Documentos/ODM_2009.pdf



