

MDM

objetivos de desarrollo del milenio

INFORME DE PARAGUAY

Mantengamos la promesa
Objetivos de desarrollo del Milenio



2 0 0 5



Presentación

Uno de los cambios más notables del último siglo ha sido el paso de una lucha básica por la supervivencia humana a una búsqueda de mejor calidad de vida. El combate a la pobreza extrema, la promoción de la mujer, la contención del VIH/SIDA y otras enfermedades graves, así como la universalización de la educación elemental forman parte de este proceso.

En este sentido, la **Declaración del Milenio** del año 2000 y su punto medular, los **Objetivos de Desarrollo del Milenio**, representan el más ambicioso de los acuerdos a los que hayan llegado los líderes mundiales en la historia: mejorar la calidad de vida de la ciudadanía mundial en un plazo relativamente breve, para el 2015.

En efecto, resulta imposible hallar otro momento de la historia en que Gobernantes de 147 países y 42 ministros, ministras y jefes y jefas de delegación se hayan puesto de acuerdo en **8 objetivos, 18 metas y 48 indicadores** fundamentales para avanzar hacia logros concretos basados en los Derechos Humanos y tendientes al real ejercicio de los mismos.

Debe notarse, sin embargo, que semejante expectativa conlleva riesgos. No satisfacer las necesidades de la ciudadanía en aspectos cubiertos por la Declaración del Milenio podría eventualmente suponer un campo de peligro para inéditos avances de libertad ocurridos en regiones enteras como la América Latina durante las últimas décadas.

La pobreza, la exclusión, la salud, la educación, son por tanto cuestiones de alta prioridad política mundial.

La realidad nos indica que el Producto Interno Bruto por habitante en América Latina y en Paraguay se ha estancado en los últimos años, al tiempo que la equidad en la distribución del ingreso ha ido empeorando.

Como comunidad internacional, sin embargo, desde Naciones Unidas hemos conocido de vigorosas iniciativas que varios países de la región encaran con éxito, mostrando una gran luz de esperanza que merece ser compartida. En el nivel local, algunos datos dan también motivo para el optimismo, en tanto otros nos sugieren la necesidad de un mayor esfuerzo.

El presente informe es una aproximación técnica a la realidad de los ODM en Paraguay, y a sus indicadores centrales, con lo cual pretendemos dotar de una herramienta, un punto de partida y un reflejo de tendencias a las autoridades encargadas de tomar decisiones en el nivel nacional. Para los investigadores, comunicadores y la ciudadanía en general, pretende convertirse en una fuente de datos para el análisis.

Este informe se fundamenta en indicadores que llegan hasta 2003 cuando el anterior alcanzaba hasta 2001, y cuenta con casi el doble de indicadores y una nueva sección de indicadores de calidad de vida de la población indígena, una de las más vulnerables.

Es cierto que ninguno de los ODM será alcanzado sin esfuerzo, en Paraguay ni en país alguno. Cada uno de ellos exigirá de estrategias integrales de mediano y largo plazo, orientadas a proteger a los más desfavorecidos. Sin embargo, son una poderosa fuente de orientación tanto para las políticas nacionales como para la demanda ciudadana. De esta conjunción, creemos es posible alcanzar los ODM.

HENRY R. JACKELEN
Coordinador Residente
ONU Paraguay

El informe está basado en las estadísticas disponibles,
fundamentalmente de las encuestas de hogares,
hasta 2003 dado que no se cuentan con todos o la mayoría de los indicadores de 2004,
requisitos para su inclusión en forma consistente en el informe.

Contenido

Resumen Ejecutivo	7
Ijapopy mbykyhápe	9
Executive summary	11
Introducción. Compromisos de desarrollo de la Declaración del Milenio	13
I - Objetivos, metas e indicadores	15
II - El contexto del desarrollo en Paraguay	19
III - Análisis de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en Paraguay	21
IV - Conclusiones	67
V - Bibliografía básica	71
VI - Anexo estadístico	73
Glosario de indicadores de los ODM	99

Índice de gráficos

Objetivo 1	
Población en extrema pobreza, 1995 - 2003	21
Razón de la brecha de la pobreza, 1998 - 2003	22
Participación de los hogares del quintil más pobre en el ingreso total de los hogares, 1999 - 2003	22
Desnutrición global en menores de 5 años, 1990 - 2001	23
Objetivo 2	
Tasa de matrícula neta del Preescolar y de la EEB (Ciclos 1° y 2°, y 3°), 1990 - 2002	29
Tasa de supervivencia hasta 5° grado, 1990 - 2001	29
Tasa de alfabetismo de la población de 15 a 24 años, 1992 - 2002	30
Tasa de matrícula bruta de la Educación Media (%), 1990 - 2002	30
Objetivo 3	
Paridad de género de la matrícula bruta conjunta de la EEB + E. Media (Mujeres/Hombres), 1990 - 2002	34
Alfabetismo de la población de 15 a 24 años. Paridad de género, 1992 - 2003	35
Participación de la mujer en el empleo asalariado no agrícola, 1995 - 2003	36
Porcentajes de mujeres en el Parlamento Nacional, 1989 - 2008	36
Objetivo 4	
Tasa registrada de mortalidad de menores de 5 años, 1990 - 2003	40
Tasa de mortalidad infantil, estimada y registrada, 1990 - 2005	41
Objetivo 5	
Tasa registrada de mortalidad materna, 1990 - 2003	44
Parto institucional, registrado y estimado, 1996 - 2004	45
Objetivo 6	
Prevalencia de VIH entre mujeres embarazadas de 15 y más años, 1992 - 2002	49
Prevalencia en el uso del condón en mujeres, 1990 - 2004	50
Tasa, registrada y estimada, de incidencia de la Tuberculosis, 1990 - 2003	51
Objetivo 7	
Población que usa combustibles sólidos para cocinar, 1995 - 2003	55
Población con acceso a agua (potable) en red, 1992 - 2003	55
Población con acceso a saneamiento básico, 1992 - 2003	56
Objetivo 8	
Servicio de la deuda como porcentaje de las exportaciones, 1995 - 2004	61
Desempleo abierto de la población de 15 a 24 años, 1992 - 2003	62
Población con teléfono fijo o celular en el hogar	63

Resumen Ejecutivo

En la sede de la Organización de las Naciones Unidas, en Nueva York, del 6 al 8 de septiembre de 2000, se reunieron líderes de 189 países a través de jefes de Estado y Gobierno y representantes, en la denominada Cumbre del Milenio. Firmaron la Declaración del Milenio. Los compromisos asumidos en la declaración son conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Paraguay, como parte de esta iniciativa, se comprometió a su cumplimiento.

Los ODM son un conjunto de 8 objetivos, con 18 metas y 48 indicadores –aunque no todos aplicables a todos los países. Por ejemplo, Paraguay no es una isla ni tampoco es un país altamente endeudado, y por tanto no sería objeto de las medidas establecidas para éstos. Los objetivos establecidos conforman una síntesis de los compromisos clave de las Cumbres y Conferencias mundiales llevadas a cabo por el Sistema de las Naciones Unidas (SNU) durante la década de 1990.

Paraguay y otros países latinoamericanos y caribeños, se ven constreñidos por diversos factores históricos, estructurales y regionales en su marcha hacia los ODM. No obstante, existen metas en proceso de Progreso compatible hacia el cumplimiento. Otras experimentan un Progreso insuficiente. Cabría esperar el cumplimiento de estas últimas en la medida que se constituyan en prioritarias políticas públicas mediante decisiones políticas y reciban la correspondiente asignación de recursos para financiarlas. Varias de estas metas de Progreso insuficiente han sido consideradas con especial interés por el Gobierno de Paraguay. Por esta razón, el mismo ha fijado metas intermedias, para el 2008 y/o 2011, como testimonio de compromiso.

Ante los limitados resultados alcanzados, el cumplimiento de los ODM requiere de la efectiva implementación de una estrategia contra la pobreza y la desigualdad, una concertación social y política amplia entre distintos sectores del gobierno y la sociedad, un pacto fiscal, un mecanismo presupuestario que asegure la disponibilidad de los recursos, la participación ciudadana y el apoyo de la cooperación en cantidad y calidad de la asistencia. Esto permitirá otorgar la efectiva prioridad necesaria a los ODM, ejecutar las políticas públicas y hacerlas sostenibles y oportunas. Asimismo, será necesario crecimiento económico de calidad, el incremento en volumen y eficiencia del gasto social, programas de impacto inmediato en las poblaciones más vulnerables y políticas de Estado de mediano y largo plazo.

De igual manera, es imprescindible el fortalecimiento de la capacidad nacional de seguimiento y evaluación de las políticas, programas y proyectos orientados a las metas de los ODM sobre todo considerando que el país cuenta con metas intermedias e incluso con la estimación de costo de las mismas.

El cumplimiento del compromiso asumido por el país con los ODM constituye un paso necesario para alcanzar un nivel de desarrollo humano superior y la vigencia efectiva de los derechos humanos, especialmente de los derechos sociales.

A continuación, el resumen de estimación del proceso de cumplimiento de las metas y los ODM.

	Objetivos	Metas	Proceso de cumplimiento	
			Metas	Objetivos
1	Erradicar la extrema pobreza y el hambre	<p>1: Reducir a la mitad la proporción de personas en extrema pobreza.</p> <p>2: Reducir a la mitad el porcentaje de personas que sufren hambre.</p>	<p>Progreso insuficiente</p> <p>Progreso compatible</p>	Progreso insuficiente
2	Lograr la educación primaria universal	3: Asegurar que todos los niños y niñas tengan la posibilidad de completar la educación primaria.	Progreso compatible	Progreso compatible
3	Promover la equidad de género y el empoderamiento de la mujer	4: Eliminar la disparidad de género en la educación primaria y secundaria, preferentemente para 2005, y en todos los demás niveles educativos para 2015.	Progreso compatible	Progreso compatible
4	Reducir la tasa de mortalidad de la niñez	5: Reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de niñas y niños menores de 5 años.	Progreso insuficiente	Progreso insuficiente
5	Mejorar la salud materna	6: Reducir en tres cuartos la tasa de mortalidad materna.	Progreso insuficiente	Progreso insuficiente
6	Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	7: Haber detenido y comenzado a invertir la propagación del VIH/SIDA.	Progreso insuficiente	Progreso insuficiente
		8: Haber detenido y comenzado a invertir la incidencia del paludismo y otras enfermedades [tuberculosis] graves.	Progreso rápido en paludismo y Progreso insuficiente en tuberculosis	
7	Asegurar la sostenibilidad del medio ambiente	9: Integrar los principios del desarrollo sustentable en las políticas y programas del país e invertir el proceso de pérdida de los recursos ambientales.	Progreso insuficiente	Progreso insuficiente
		10: Reducir a la mitad la proporción de personas sin acceso a agua potable y saneamiento básico.	Progreso insuficiente	

Notas:

1) Las metas comprenden 1990-2015, a menos que se indique otro lapso.

2) No se incluye el ODM 8 porque el mismo carece de metas cuantificadas y con tiempo de cumplimiento

Ijapopy mbykyhápe

Tetã nguéra Ñomoiuhára Rógape⁽ⁱ⁾, 6 ára guive 8 ára peve, ro'y 2000 jave, oñembyaty Nueva York-pe 189 tetã remimondo (ha oimeve oho vaekue hetã rêrape) peteĩ aty guasu héravape Paysa ro'y Ru'ãme⁽ⁱⁱ⁾. Tetã remimondo kuéra omboguapy héra upe Milenio Kuatiá guýre. Ijapopyre oñeñemoĩ hague peteĩ ñe'ẽme, ojekuaá Jehupyty Ñakãrapu'ãrã ko Milenio-pe ramo (ODM). Paraguai, omboajéva avei ko mba'e moñemoñepyrũ, ome'ẽ iñe'ẽ omba'apota.

ODM niko peteĩ aty oguerékova 8 mba'e ijapopyrã, 18 mba'e ogehupytyséva reheve ha 48 mba'e rechaukáva ndaopavavépei jepe ikatu oiko opa tetãme. Péina pepe, Paraguai, ndaha'ei ypa'ũngua⁽ⁱⁱⁱ⁾ ha ndaha'ei avei peteĩ tetã ihepyve'ẽmbyrã hetãva^(iv). Upéva ikatu ndojejapoi ipype umi mba'e ojejapóva ambu'épe. Umi mba'e jehupyty pyrãva niko ombyapu'a mbykyhápe umi ñe'ẽme'ẽ renondegua oja'póva tendota kuéra aty hu'ãmegua ha umi atyguasú arapy javeve oikóva Tetã Atyhárupi (SNU), 1990 ro'y pukukúépe.

Paraguai ha ambueve tetã Amérika Latina ha Karaive (Caribe) pegua ojejopy heta mba'e hekopoaty reheguare^(v), hereko joaju kuaá^(vi) reheguare, ohóvo umi ODM gotyo. Oimé jepe mba'e apopyrã akãrapu'ãrã, ikatúva oiko ha oikóva ohóvo. Oime avei umi iñakãrapu'ã sa'iva. Ikatu oñeha'arõ ko'ã ipaha peguáva oikóne haguã ohóvo, ojehechávo tekotevéha, oñeñemoĩ ramo ojejapo haguãicha ha ohupyty hepyrã. Heta ko'ã ñepu'ã hesa'iva, ohechakuaá-kuaave mburuvicha kuéra Paraguai pegua. Upéva, tetã Paraguai omoĩ ojupe guarã ijapopyrã ipuku mbytéva 2008 ha avei 2011 peguarã, ohechaukávo noñe'ẽme'ẽ reirihá.

Ojehechávo hesa'ihá ñe'ẽme'ẽngue jejapo, ODM kuéra oikotevé oiko añete ijapopyrã, mboriahu ha jaja'y opa rehegua, oñemoĩ peteĩ ñe'ẽme mburuvicha kuéra ha tavayguáva hetahápe porã, hérava Pacto Fiscal, oñopytyvõhápe maymáva, heta ha imbarete porã haguã ñepytyvõ, peteĩ mba'ëichapa ojeporu porã vaerã mba'e repyrã ojererekóva. Upéva ikatúta omohenda mba'épa tekotevéve ojejapo ODM kuéra rupi, tojejapo oje'éva, taimbarete ha tahendápe. Upéicha avei, tekotevé oñeñakãrapu'ã hekópe porã, tokakuaá tuichaichave mba'ereko ha tojeporu hendápe mba'erepyrã, ha toñemoĩ ijapopyrã oiko pya'éva umi tavaygua imboriahuvéva guarã, tojehecha mba'e mba'épa ojejapo vaerã hi'arekue mbytéva ha hi'arekue pukúvape.

Upéicha avei tekotevé oñemombareteve tetã katupyry oñemotenonde haguã ijapopy ha ijapopyrã ODM oguahêsehá gotyo. Kóva ha'eteve ojehechakuaá ramo tetãnguéra oguerékoha nda'arepukúpei ha oikuaá mboýpa hepyrã ohupytyta chupekuéra.

Ñe'ẽme'ẽ ñemboaje omoiva tetã ODM rovake, tekotevé oiko tenondete ogehupyty haguã yvypora kakuá tuichave ha heko añete haguã yvypóra rekombe'y^(vii), tenondete umi hekove rehegua.

Ko'águi iguývo, ojehecháta mbykyhápe mba'ëichapa oñeguahê oje'hóvo ogehupytyséva apópe ha ODM.

⁽ⁱ⁾ Organización de las Naciones Unidas

⁽ⁱⁱ⁾ Cumbre del Milenio

⁽ⁱⁱⁱ⁾ No es una Isla

^(iv) No es un país altamente endeudado

^(v) Factores históricos

^(vi) Estructurales

^(vii) Derechos Humanos

	Ijapopyrāva	Ojehupytyśeva	Mba'ėichapa oiko hina	
			Ijapopyrāva	Ojehupytyśeva
1	Topa mboriahu apĩ ha ñembyahyi.	1. Toñemombovyve mbyterupi umi imboriahutėva retakue 2. Tambovyve hetakuėgui mbyte rupi umi ohasáva ñembyahyi	Akārapu'ā sa'i Akārapu'ā ñemboja'o joja	Akārapu'ā sa'i
2	Tojehupyty ñeporombo'e opavavėpe guarā	3. Taikatu mitā kuėrape oñemohu'ā ñeporombo'e ñepyrūha	Akārapu'ā ñemboja'o joja	Akārapu'ā ñemboja'o joja
3	Toñembojoja kuña ha kuimba'e ha taijakatu Kuña kuėra	4. Topa ñembojoavy mitā ha kuimba'e pa'ume oñembo'e Ñepyrū ha mokoihāpe 2005-pe guarā ha yvatevehāpe katu 2015 peguarā	Akārapu'ā ñemboja'o joja	Akārapu'ā ñemboja'o joja
4	Toñemba'apo mbovyve haguā mitā omanóva	5. Taimbovyve ñemano retakuėgui mokoi vorekue mbohapygui mitakuña'i ha mitakuimba'e ohasa'yva gueteri mopo ro'y.	Akārapu'ā sa'i	Akārapu'ā sa'i
5	Tahesāive sy kuėra	6. Tambovyve mbohapy vorekue irundygui sy ñemano	Akārapu'ā sa'i	Akārapu'ā sa'i
6	Toñepohano memėke SIDA/HIV, akānundu ro'y ha oimevėva mba'asy	7. Tojejoko ra'e SIDA jepyso ha toñeñepyrū toñemboguevi meme. 8. Tojejoko ra'e akānundu ro'y ha hetave mba'asy oimėva	Akārapu'ā sa'i Akārapu'ā pya'e akānundu ro'ype ha akārapu'ā sa'i mba'asy po'ipe	Akārapu'ā sa'i
7	Toñeñeha'ā toñembyaive'y arareko	9. Toñemoi pe akārapu' ā porā tetā rembiaporāme ha toñemba'apo arareko ñembyai jejokore 10. Toñembovyve mbyterupi hetakuėgui umi oguereko'yva y porā ojey'úva ha ñemopotĩ haguā	Akārapu'ā sa'i Akārapu'ā sa'i	Akārapu'ā sa'i

Hechapyrā: 1) Ojehupytyśeva oho 1990-2015 peve, noñemoiri ramo ambuė ára ijapo haguā 2) Ijapopyrāva 8 (ojeherova Alianza Mundial para el Desarrollo) ojehekĩ ko'agui ndorekoi rupi tu'ā terā ijapopyrā ikatúva jahechauka

Mba'ėichapa oi ijejapo: a) Akārapu'ā sa'i, b) Akārapu'ā ñemboja'o joja ohova ojejapopa haguavo pe ojehupytyśeva, c) Akārapu'ā pya'e

Executive summary

At the United Nations Headquarters in New York, the leaders from 189 Member States met at the Millennium Summit from September 6 - 8, 2000, and as a result of the Summit, they signed the Millennium Declaration. The commitments made in the declaration are otherwise known as the Millennium Development Goals (MDGs). Paraguay, as a Summit participant, committed to the achievement of these goals.

The MDGs consist of a set of 8 objectives, with 18 targets and 48 indicators _ although not all of the goals apply to all countries. For example, Paraguay is not an island nation, nor is it a highly-indebted country, and as such, it would not be subject to the measures established for such countries. The established goals represent a synthesis of key commitments made at the global summits and conferences of the United Nations System throughout the 1990s.

Paraguay and other Latin American and Caribbean nations are constrained by diverse historical, structural and regional factors that inhibit achievement of the MDGs. Nevertheless, there are goals that are in the process of Compatible Progress towards achievement. Other goals are experiencing Insufficient Progress. It would be possible to expect achievement of these latter goals if they were to be prioritized within public policies and political decision-making, and if they were to be allocated the necessary resources to finance them. The Government of Paraguay has considered with special interest several of these goals characterized as having Insufficient Progress. It has thus established intermediate goals for 2008 and/or 2011 as proof of its commitment.

Based on limited results, achievement of the MDGs requires effective implementation of a strategy to reduce poverty and inequality, broad social and political agreement between different sectors from government and civil society, a fiscal pact, a budgetary mechanism that ensures resource availability, citizen participation, and the support of international cooperation organizations in terms of quantity and quality of assistance. This would help

establish the necessary and effective priority to the MDGs, implement public policies and to make them sustainable and timely. Also, it will be necessary to achieve high-quality economic growth, an increase in the volume and efficiency of social spending, quick impact programs targeted to the more vulnerable populations, and medium and long-term public policies.

Of equal importance, the strengthening of national capacity for monitoring and evaluation of policies, programs and projects geared to contribute to MDGs achievement is essential. This is even more important if we consider that Paraguay has established intermediate goals, including the estimated costs for achieving them.

Achievement of the MDGs commitments assumed by the country constitutes a necessary step to reach a higher level of human development, and the effective respect for and treatment of human rights, especially social rights.

The following summary estimates the process for MDGs achievement in Paraguay.

	Goals	Targets	Achieving Process	
			Goals	Targets
1	Eradicate extreme poverty and hunger	<p>1: Halve, between 1990 and 2015, the proportion of people in extreme poverty [whose income is less than \$1 a day].</p> <p>2: Halve, between 1990 and 2015, the proportion of people who suffer from hunger.</p>	<p>Insufficient Progress</p> <p>Compatible Progress</p>	<p>Insufficient Progress</p>
2	Achieve universal primary education	3: Ensure that, by 2015, children everywhere, boys and girls alike, will be able to complete a full course of primary schooling.	Compatible Progress	Compatible Progress
3	Promote gender equality and empower women	4: Eliminate gender disparity in primary and secondary education, preferably by 2005, and in all levels of education no later than 2015.	Compatible Progress	Compatible Progress
4	Reduce child mortality	5: Reduce by two-thirds, between 1990 and 2015, the under five mortality rate.	Insufficient Progress	Insufficient Progress
5	Improve maternal health	6: Reduce by three-quarters, between 1990 and 2015, the maternal mortality ratio.	Insufficient Progress	Insufficient Progress
6	Combat HIV/AIDS, malaria, and other diseases	7: Have halted by 2015 and begun to reverse the spread of HIV/AIDS.	Insufficient Progress	Insufficient Progress
		8: Have halted by 2015 and begun to reverse the incidence of malaria and other major diseases [tuberculosis].	Rapid Progress for malaria and Insufficient Progress for tuberculosis	
7	Ensure environmental sustainability	9: Integrate the principles of sustainable development into country policies and programs and reverse the loss of environmental resources.	Insufficient Progress	Insufficient Progress
		10: Halve, by 2015, the proportion of people without sustainable access to safe drinking water and basic sanitation.	Insufficient Progress	

Note: Goal 8 is excluded due to lack of quantitative targets.

Processes situation: a) Insufficient Progress, b) Compatible Progress towards achievement of targets, and c) Rapid Progress.

Introducción

Compromisos de desarrollo de la Declaración del Milenio

En la sede de la Organización de las Naciones Unidas, en Nueva York, del 6 al 8 de septiembre de 2000, se reunieron 191 países a través de jefes de Estado y Gobierno y representantes, en la denominada Cumbre del Milenio. Firmaron la Declaración del Milenio. Los compromisos asumidos en la declaración son conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Paraguay, como parte de esta iniciativa, se comprometió a su cumplimiento.

Los ODM son un conjunto de 8 objetivos, con 18 metas y 48 indicadores –aunque no todos aplicables a todos los países. Por ejemplo, Paraguay no es una isla ni tampoco es un país altamente endeudado, y por tanto no sería objeto de las medidas establecidas para éstos. Los objetivos establecidos conforman una síntesis de los compromisos clave de las Cumbres y Conferencias mundiales llevadas a cabo por el Sistema de las Naciones Unidas (SNU) durante la década de 1990.

Los representantes de los Estados presentes fijaron metas con sus correspondientes indicadores para los objetivos concretos a alcanzar en el lapso 1990-2015. Parte de esas metas son reducir a la mitad la proporción de personas que viven en condición de extrema pobreza y sufren hambre, proporcionar educación básica a todos los niños y niñas, reducir a la mitad la proporción de personas sin acceso a agua potable, haber detenido y comenzado a invertir la propagación del VIH/SIDA y lograr otras metas de desarrollo, analizadas en este informe.

El objetivo primero y principal es reducir a la mitad de los índices de 1990 la proporción de población en extrema pobreza y que sufre hambre para el 2015. Los demás ODM se articulan para

apoyarlo, además de sus recíprocas interrelaciones. Esta articulación se pone en evidencia, por ejemplo, en el caso de la meta de acceso al agua potable y saneamiento. Si bien ésta es una meta en sí misma, influye grandemente en el control de la mortalidad de los y las menores de cinco años de edad.

Resalta la importancia particular que adquiere el ODM relativo a la equidad de género y el empoderamiento de la mujer. La evidencia estadística disponible en Paraguay muestra los vínculos directos entre la condición y posición de las mujeres y el bienestar familiar. Por ello, el cumplimiento de este objetivo tendrá efectos sinérgicos en los demás objetivos de desarrollo. El aumento del nivel educativo de las mujeres impacta favorablemente en la nutrición y salud infantil, en la participación escolar de niños y niñas, en la reducción de la mortalidad materna, en el mejor uso de los recursos naturales. El acceso de las mujeres a un empleo remunerado disminuye la probabilidad de que su familia sea pobre, aumenta el nivel nutricional familiar y mejora la calidad de la vivienda. Tal como lo señaló el Secretario General de las Naciones Unidas: “No pueden alcanzarse los Objetivos de Desarrollo del Milenio, particularmente la erradicación de la extrema pobreza y el hambre, a menos que se aborden decididamente las cuestiones de población y salud reproductiva; y para esto es preciso intensificar los esfuerzos por promover los derechos de la mujer y aumentar las inversiones en educación y salud, incluyendo la salud reproductiva y la planificación familiar.”¹

¹ Declaración de Kofi Annan en su *Mensaje a la Quinta Conferencia sobre Población de Asia y el Pacífico* (Bangkok: UNESCAP, diciembre 2002).

De los ocho objetivos, el ODM 8 plantea un pacto internacional solidario para el desarrollo entre las naciones desarrolladas y aquellas en vías de desarrollo. Si bien carece de metas cuantificables y de plazos, permite el seguimiento de los compromisos de países desarrollados en el apoyo a los países en vías de desarrollo. Incluye 7 metas, como por ejemplo: tratamiento de la deuda externa y asociaciones con el sector privado, y 17 indicadores adicionales.

Las metas de los ODM son consideradas un umbral o punto de partida básico para el desarrollo; no constituyen necesariamente el punto de llegada. Asimismo son muy disímiles, como diferentes son las realidades nacionales, y esto ocurre en el caso de Paraguay.

Primero, algunas metas con sus correspondientes indicadores son puntos de llegada, porque su cumplimiento resulta difícil, como el caso de la reducción de la mortalidad materna. Segundo, existen metas que se hallan cercanas, como la tasa de matrícula neta en la enseñanza primaria (equivalente a los dos primeros ciclos de la Enseñanza Escolar Básica) o la reducción de la tasa de incidencia de la malaria. Tercero, determinadas metas no pueden ser estudiadas localmente, como por ejemplo la calidad de vida de personas que viven en tugurios, porque sus indicadores no se encuentran disponibles.

En cuarto lugar, ciertas metas han sido parcialmente sustituidas debido a la carencia de información sobre algún aspecto de ellas. Esto ocurre con la tasa de prevalencia de VIH entre mujeres embarazadas de 15 a 24 años, que fue reemplazada por la correspondiente a mujeres de 15 y más años. El criterio de reemplazo es encontrar indicadores afines a falta del específico. Quinto, también se cuenta con metas nacionales que reemplazan a otras originales porque el gobierno del Paraguay ha optado por una meta más ambiciosa. Este es el caso del abastecimiento de fuente de agua mejorada, que fue sustituido por abastecimiento de agua (potable) en red. Por último, otra particularidad de las metas nacionales son aquellas adoptadas como adicionales -así denominadas en este informe. En estos casos se agrega una meta e indicador, como por ejemplo, la erradicación del analfabetismo para el 2008, en la población de 15 y más años.

Como los indicadores globales pueden esconder marcadas disparidades nacionales, han sido desagregados por sexo, área de residencia y condición de pobreza, según la disponibilidad de da-

tos. En determinados casos, inclusive se cuenta con indicadores de la población indígena, segmento en situación de alta vulnerabilidad, aunque numéricamente pequeño².

El gobierno del Paraguay, en su condición de signatario de la Declaración del Milenio, asumió los objetivos y metas correspondientes. Asimismo, en testimonio de firme compromiso con los ODM, explícitamente expresó especial interés en algunas metas e incluyó otras –adicionales nacionales– en el *Plan de Crecimiento Económico con Equidad* (del año 2004) y en la *Dirección del Plan de la Estrategia Nacional de Lucha contra la Pobreza, la Desigualdad y la Exclusión Social* (también del 2004)³. Tanto las metas originales como las adicionales, con sus correspondientes indicadores, cuentan en algunos casos con referencias para los años 2008 y 2011 (años establecidos por el Gobierno como de *Metas Intermedias*). Una de las contribuciones del SNU a las metas intermedias seleccionadas por el Gobierno ha sido la estimación de sus costos (SAS/PNUD, 2005).

A continuación, se presenta cada objetivo con sus correspondientes metas e indicadores.

² En 2002 es 1,7% de la población total o nacional, según criterios de la DGEEC.

³ La Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad (EN-REPD) de la SAS también debe considerarse en un análisis más exhaustivo pero, hasta el momento de redacción de este informe, aún no es oficial.

Objetivos, metas e indicadores⁴

objetivo 1

Erradicar la extrema pobreza y el hambre

Meta 01: Reducir a la mitad el porcentaje de personas en extrema pobreza

Indicador 01: Porcentaje de población en extrema pobreza

Indicador 02: Razón de la brecha de la pobreza

Indicador 03: Participación de los hogares del quintil más pobre en el ingreso total de hogares

Meta 02: Reducir a la mitad la proporción de personas que sufren hambre

Indicador 04: Porcentaje de menores de 5 años con desnutrición global

objetivo 2

Lograr la enseñanza primaria universal

Meta 03: Asegurar para 2015 que todos los niños y niñas puedan completar la educación primaria

Indicador 06: Tasa de matrícula neta en la educación escolar básica (EEB)

Indicador 07: Tasa de supervivencia hasta el 5to. Grado

Indicador 07 A: Tasa de término de la primaria para personas de 15 a 24 años*

Indicador 08: Tasa de alfabetismo de personas de 15 a 24 años*

⁴ El lapso de cumplimiento de las metas comprende al período 1990-2015, a menos que se indique otra cosa. Se han modificado o reemplazado los indicadores originales, según la disponibilidad de información nacional. Los indicadores adicionales nacionales se encuentran en el texto y se registran sus metas, en tiempo y cantidad. En este listado no se contempla a todos los indicadores, disponibles en su totalidad en el anexo estadístico con su correspondiente glosario.

* *Indicador disponible para la población indígena.*

objetivo 3

Equidad de género y empoderamiento de la mujer

Meta 04: Eliminar la disparidad de género en la educación primaria y secundaria, preferiblemente para 2005, y en todos los demás niveles educativos para 2015

Indicador 09: Matrícula bruta (conjunta) de la EEB y E Media. Paridad de género en Mujeres/Varones

Indicador 10: Alfabetismo de personas de 15 a 24 años. Paridad de género en Mujeres/Varones*

Indicador 11: Porcentaje de mujeres en el empleo asalariado no agrícola

Indicador 12: Porcentaje de puestos ocupados por mujeres en el Parlamento nacional

objetivo 4

Reducir la tasa de mortalidad de la niñez

Meta 05: Reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años

Indicador 13: Tasa de mortalidad de la niñez menor de 5 años

Indicador 14: Tasa de mortalidad infantil (niñez menor de 1 año)

Indicador 15: Porcentaje de niñez de 1 año inmunizada contra sarampión

objetivo 5

Mejorar la salud materna

Meta 06: Reducir en tres cuartos la tasa de mortalidad materna

Indicador 16: Tasa de mortalidad materna

Indicador 17: Porcentaje de partos institucionales

objetivo 6

Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Meta 07: Haber detenido y comenzado a invertir, para 2015, la propagación del VIH/SIDA

Indicador 18: Tasa de prevalencia de VIH entre embarazadas de 15 y más años

Indicador 19 c: Tasa de prevalencia en el uso de anticonceptivos en mujeres

Indicador 19 a: Tasa de prevalencia en el uso del condón en mujeres de 15 a 24 años en la última relación sexual de los últimos tres meses

Indicador 19 b: Mujeres de 15 a 24 años con conocimiento espontáneo y conjunto de las tres formas de prevención del VIH/SIDA

objetivo 6

Meta 08: Haber detenido y comenzado a invertir, para 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves

Indicador 21: Tasa de prevalencia e incidencia de la malaria

Indicador 22: Porcentaje de población en áreas con riesgo de malaria utilizando medidas efectivas para prevención y tratamiento de la malaria

Indicador 23: Tasas de incidencia y mortalidad asociadas a tuberculosis

Indicador 24: Porcentaje de casos de tuberculosis detectados y curados con TAES/DOTS

objetivo 7

Asegurar la sostenibilidad del medio ambiente

Meta 09: Integrar los principios del desarrollo sustentable en las políticas y programas del país e invertir la pérdida de los recursos del medio ambiente

Indicador 25: Porcentaje del área de tierra cubierta por bosques

Indicador 26: Porcentaje de área protegida para mantener la diversidad biológica

Indicador 29: Porcentaje de población que usa combustibles sólidos para cocinar*

Meta 10: Reducir a la mitad, para 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento

Indicador 30: Porcentaje de población con acceso a agua (potable) en red*

Indicador 31: Porcentaje de población con acceso a saneamiento básico*

objetivo 8

Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Meta 15: Encarar de manera general, los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sea sostenible a largo plazo.

Indicador 42: Servicio de la deuda como porcentaje de exportaciones

Meta 16: En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen un trabajo digno y productivo a los jóvenes

Indicador 45: Tasa de desempleo abierto de la población de 15 a 24 años

Meta 18: En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de la información y de las comunicaciones

Indicador 47 A: Porcentaje de población con teléfono fijo en el hogar*

Población 47 B: Porcentaje de población con teléfono celular en el hogar*

Indicador 48 A: Porcentaje de población con computadora personal en el hogar

Indicador 48 B: Porcentaje de población con computadora personal conectada a Internet en el hogar

El presente informe del Sistema de las Naciones Unidas (SNU) en Paraguay es parte del conjunto compuesto por los reportes *Visión Conjunta de la Situación de Paraguay (CCA)*⁵ y *Marco Común para la Cooperación de las Naciones Unidas en Paraguay (UNDAF)*⁶. Como el primer documento tiene por eje a los ODM y en este informe se fundamenta el segundo, el conjunto de los tres contribuye a la agenda común de cooperación del SNU para el desarrollo nacional.

Este informe sobre los ODM actualiza al similar presentado en el año 2003. Cuenta con la misma estructura, aunque se diferencia en:

- i) la inclusión de indicadores sobre la población indígena, a partir de los datos censales de 2002;
- ii) la inclusión de nuevos indicadores para la población no indígena; y
- iii) la sustitución de varios indicadores por otros más pertinentes, como por ejemplo, el porcentaje de población con teléfono celular en el hogar en lugar del porcentaje de hogares con teléfono celular.

El análisis de cada ODM está organizado en cuatro secciones:

- i) el diagnóstico y las tendencias emergentes de los indicadores estudiados;
- ii) el marco de apoyo actual del Gobierno a la consecución de los ODM. Esto es, las políticas y programas existentes en el país;
- iii) los desafíos a la consecución de cada uno de los objetivos; y
- iv) las prioridades para la asistencia al desarrollo.

La presentación de cada ODM parte de una sistematización en la que se especifica el objetivo con sus correspondientes metas, así como una evaluación del proceso de cumplimiento del objetivo, basada en las cuatro secciones mencionadas anteriormente.

⁵ CCA es el Common Country Assessment.

⁶ UNDAF es el United Nations Development Assistance Framework.



El contexto del desarrollo en Paraguay

Paraguay ha permanecido como un país de desarrollo medio, según el Índice de Desarrollo Humano (IDH), en los informes publicados de 1990 a 2004 por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). En 2005, se estima una población de 5.862.656, compuesta 50,6% por varones y 49,4% por mujeres, con una tasa de crecimiento de 2,2% anual, con 57,1% del total de personas viviendo en ciudades. La esperanza de vida al nacer es de 71,8 años para ambos sexos, de 69,8 para los hombres y 74,0 para las mujeres, en tanto la tasa global de fecundidad es de 3,4 hijos por mujer. Esto ubica a Paraguay como uno de los países del MERCOSUR de menor esperanza de vida y de mayor tasa de fecundidad.

El Producto Interno Bruto (PIB) a precios de mercado fue de 6.030 millones de dólares americanos corrientes en 2003, superior a 5.595 millones de 2002, pero inferior a los 6.254 millones registrados en 1991. El ingreso nacional por habitante en dólares corrientes fue 879, cercano a los 861 de 1989. Este ingreso ha ido decayendo desde 1998 hasta 2002 y luego se ha incrementado, aunque esta tendencia refleja un proceso y cantidad de recursos semejantes a los de finales de la década de 1980 e inicios de la siguiente.

Otro factor estructural es la alta vulnerabilidad de la producción y las exportaciones. En 2004, cuatro productos (fibras de algodón, semilla de soja, carne y madera) constituyeron 59,7% del total de 1.625 millones de dólares americanos de la exportación registrada. En el mismo año, 53,2% de las exportaciones tuvieron como destino los países del Mercado Común del Sur (MERCOSUR). El sector secundario (industria manufacturera y construcción) empleaba a 18,1% de la Población económicamente activa (PEA) en 2002, casi lo mismo

que en 1982 (18,9%). Paralelamente, el sector terciario (comercio y servicios) absorbía a 52,4% en 2002 y 29,9% en 1982, de la PEA. Este sector se expandió, pero creció fundamentalmente en el sector informal urbano.

Con el cambio de régimen político en 1989, el proceso que siguió a un prolongado autoritarismo de más de tres décadas abrió amplias expectativas a la ciudadanía. Sin embargo, quince años más tarde, muchos resultados presentan déficit, principalmente en el campo socioeconómico. El clima de libertades civiles y políticas permitió avances considerables hacia la consolidación de la democracia y de la vigencia de un Estado de Derecho. Pero en contrapartida, la continuidad de la debilidad institucional, de un modelo económico débil y de significativos niveles de corrupción obstaculizaron dichos avances. La percepción ciudadana presentó niveles críticos hacia el régimen político por su ineficacia en la resolución de sus problemas cotidianos. Lo más preocupante es la persistente brecha entre los enunciados constitucionales y el cumplimiento de los mismos en la vida de las personas, especialmente en lo que atañe a la ciudadanía social de los segmentos pobres y vulnerables.

Se ha dado un crecimiento sostenido de la población en condición de pobreza en la última década. Según el cálculo de la Línea de pobreza⁷, un

⁷ Según la DGEEC de la Secretaría Técnica de Planificación, la Línea de pobreza define a las personas cuyo nivel de bienestar expresado a través del ingreso es inferior al costo de una canasta básica de consumo (CBC) que comprende el conjunto de bienes y servicios que satisface los requerimientos mínimos para la sobrevivencia humana. Parte de la CBC es la canasta básica de alimentos (CBA) cuyo contenido calórico y proteico satisface los requerimientos nutricionales diarios. El costo de la CBC se denomina línea de pobreza (total) y el de la CBA línea de pobreza extrema o indigencia; quienes no pueden cubrir aquella son pobres y quienes no pueden cubrir ésta son pobres extremos; son pobres no extremos quienes cuentan con recursos para la CBA pero que son insuficientes para superar la CBC.

30,3% de la población era pobre en 1995, 33,7% en 1999 y 41,4% en 2003. En estos mismos años, la pobreza extrema o indigencia pasó de 13,9% a 15,5% y a 20,1%, respectivamente. Esto significa que aproximadamente la mitad de la pobreza total es de pobreza extrema.

En todo momento, la proporción de pobreza rural fue superior a la urbana. En 1995, 37,2% de la población rural era pobre, en tanto en el ámbito urbano, este indicador llegaba a 23,7%. En el 2003, los indicadores mostraban 43,4% de pobreza rural y 39,8% en el área urbana.

Sin embargo, así como en 1992 la población urbana superó a la rural, en el 2002 la cantidad total de personas pobres en las ciudades era mayor que la residente en el campo. De acuerdo con los últimos datos disponibles, de las 2.345.754 personas pobres en el 2003, 1.268.613 (54,1%) residían en el área urbana, mientras 1.077.140 vivían en el sector rural.

La pobreza extrema casi se duplicó en el área urbana, no así en la rural. En 1995, la indigencia afectaba a 6,8% de la población residente en las ciudades y 21,4% de la que vivía en el campo. En el 2003, este indicador pasó a ser 13,4% en las ciudades y 28,7% en el área rural. El aumento de la desigualdad también contribuyó al incremento de la pobreza; en el año de referencia, el Coeficiente de Gini⁸ llegó a 0,504 en el área urbana y a 0,586 en la rural.

Resumiendo, en el periodo considerado creció la pobreza, la indigencia es la mitad de la pobreza total, la proporción de pobreza rural se mantiene superior a la urbana, pero la cantidad de personas pobres residiendo en las ciudades superó a la que vive en el campo.

Además de lo anterior, varios indicadores de desarrollo social mostraron estancamiento y algunos señalaron un empeoramiento de la calidad de vida de la mayoría de la población desde la segunda mitad de la pasada década. Asimismo, el proceso de descentralización no ha tenido un desarrollo efectivo en la práctica. La lucha contra la corrupción ha avanzado muy lentamente. Sin embargo, también pueden encontrarse tendencias favorables en el sector social, como por ejemplo en el área de la educación.

El análisis de los ODM en Paraguay, que se presenta a continuación, comprende una estimación del proceso de cumplimiento de cada uno de ellos, mediante tres categorías:

- Progreso insuficiente;
- Progreso compatible con la trayectoria de cumplimiento de la meta; y
- Progreso rápido.

⁸ El Coeficiente de Gini permite saber cuán equitativa o no es la distribución del ingreso. Asume valores entre cero y uno. Cuanto más cerca de cero mayor igualdad en la distribución del ingreso y cuanto más cercano a uno mayor desigualdad. Con más de 0,5 y ya cercano a 0,6 resulta muy evidente la desigualdad.



Análisis de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en Paraguay

objetivo 1

Erradicar la extrema pobreza y el hambre.

Meta 1: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas en situación de extrema pobreza.

Meta 2: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que sufren de hambre.

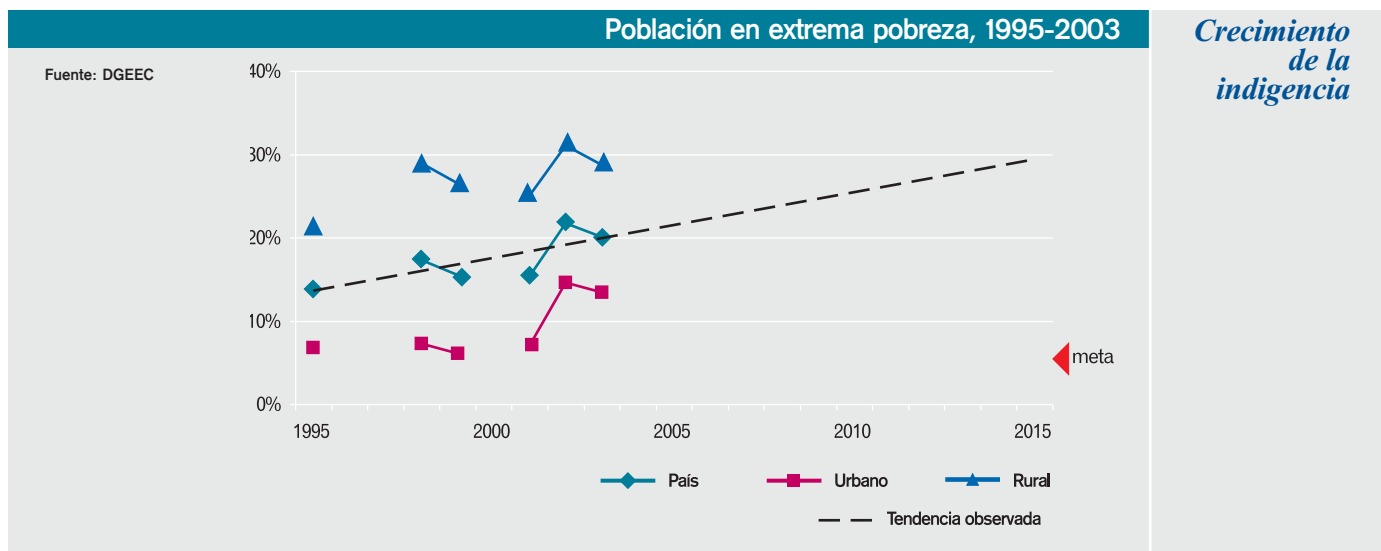
Estimación del proceso de cumplimiento:
Progreso insuficiente

Estado de las condiciones de apoyo para el logro de las metas

Estancamiento para Meta 1
Mejoría para Meta 2

1. Erradicación de la extrema pobreza y el hambre. Diagnóstico y tendencias

En Paraguay, las personas en situación de extrema pobreza (indigencia) son las que carecen de recursos para cubrir el costo de la Canasta Básica de Alimentos (CBA) cuyo contenido calórico-proteico satisface los requerimientos diarios.



Nota

En este gráfico, como en muchos de los siguientes, no se tiene una línea continua de datos porque la fuente es discontinua. En este caso, de la Encuesta de 1995 se pasa a la de 1998, 1999, 2001 y siguientes.

En el periodo 1995- 2003 la indigencia aumentó de 13,9% a 20,1% de la población, en tanto la pobreza creció de 30,3% a 41,4%. En el 2003, alrededor de 2.346.000 personas eran pobres, de las cuales 1.140.000 eran indigentes.

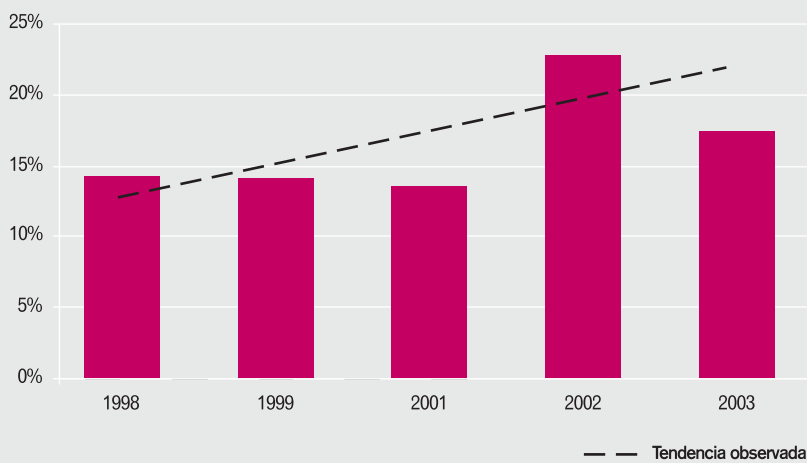
En 2003 la proporción de indigentes en el sector rural era mayor que en el urbano: 28,7% contra 13,4%. Asimismo, la cantidad absoluta de personas en extrema pobreza era de 712.700 en el campo y 427.000 en las ciudades.

La pobreza, sin embargo, está aumentando más rápidamente en el sector urbano que en el rural. En 2002 la cantidad de personas pobres del área urbana ya era superior a la rural.

La tendencia vigente indica un aumento de la indigencia y la pobreza, salvo que se adopten rápidas y efectivas acciones para reducirlas.

Aumento de la brecha de la pobreza

Razón de la brecha de la pobreza, 1998 - 2003

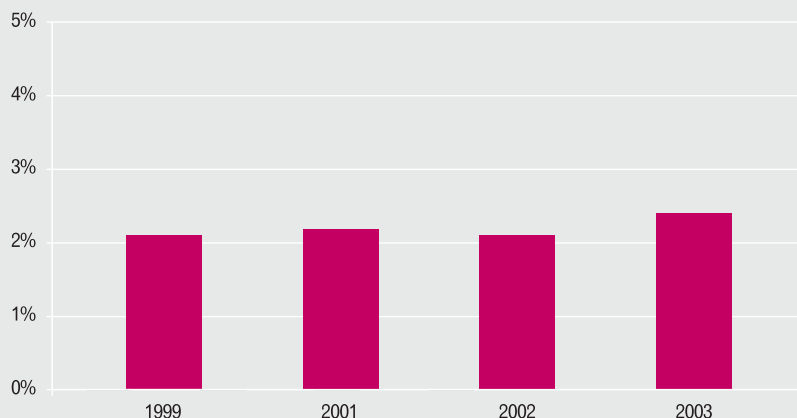


Fuente: DGEEC

La razón de la brecha de la pobreza mide la distancia entre el ingreso promedio de los pobres y la línea de la pobreza. Entre 1998 y 2003, la brecha se ensanchó, de 14,3% a 17,5%. Esto es, los pobres se volvieron más pobres. En 2003 en el área rural, la brecha era mayor que en el área urbana: 20,3% y 15,4% respectivamente. Sin embargo, la distancia en el sector rural ha variado escasamente, mientras que en el sector urbano ha aumentado en forma consistente con el incremento del número de personas pobres en las ciudades.

Desigualdad persistente en los ingresos de los hogares

Participación de los hogares del quintil más pobre en el ingreso total de los hogares, 1999-2003



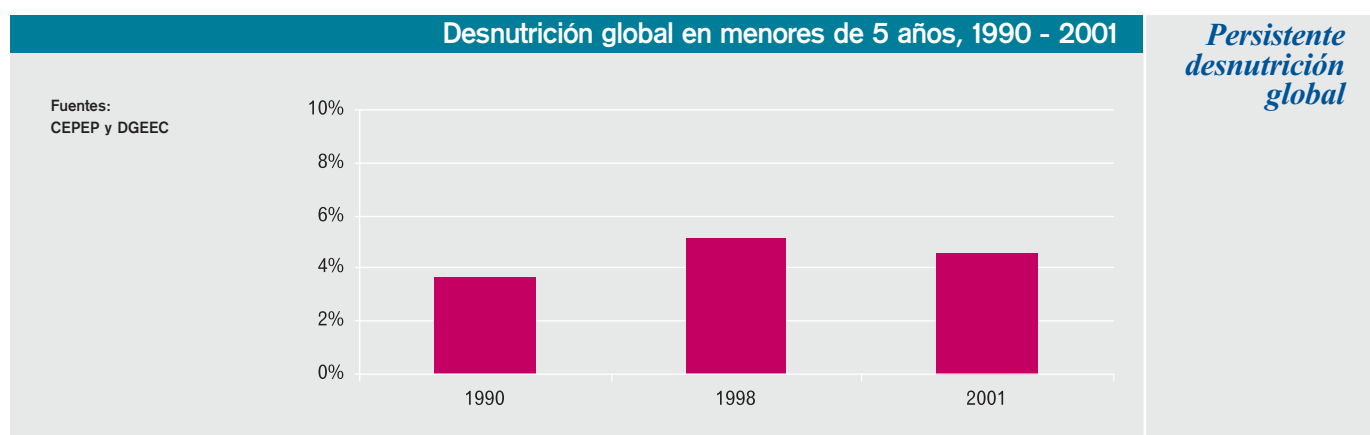
Fuente: DGEEC

Paraguay cuenta con una persistente y elevada desigualdad social. La población del quintil más pobre de los hogares en 1999 sólo accedió al 2,1% del ingreso total de los hogares; en el 2003 al 2,4%. En contrapartida, la población de los hogares del quintil más rico obtuvo 59,7% y 61,3%, respectivamente en 1999 y 2003.

El hambre que afecta a la población se mide a través del indicador de desnutrición global de menores de 5 años. Según la encuesta de hogares del 2000/1, 4,6% de niñas y niños de este grupo de edad se encontraban en esta condición. A partir de entonces, no se cuenta con información actualizada en las encuestas.

La lucha contra la desnutrición es importante en un doble sentido. Por una parte, busca evitar los efectos directos de la desnutrición. Por otra, pretende impedir la transmisión intergeneracional de la pobreza en cuanto que la persona desnutrida probablemente se origina en un hogar pobre y estará limitada en salud, educación y eventualmente en el acceso al empleo, reproduciendo la condición de pobreza.

Si bien no existe evidencia empírica que respalde la hipótesis de la feminización de la pobreza de ingreso, las menores remuneraciones recibidas por las mujeres así como las precarias condiciones laborales y las características familiares y de los hogares hacen suponer una mayor vulnerabilidad. En efecto, el ingreso de las mujeres representa alrededor del 72,0% del masculino. Aproximadamente 60,0% de las mujeres trabaja en el sector informal, incluyendo el servicio doméstico, en tanto las mujeres campesinas tienen escaso acceso a la propiedad de la tierra.



Asimismo, la mujer jefa de hogar requiere de mayor esfuerzo para mantener el nivel de vida familiar adecuado y su hogar tendría mayor probabilidad de tener que recurrir al trabajo de sus niñas y niños para obtener ingresos adicionales.

Los hogares con jefatura femenina tienen mayores niveles de necesidades básicas insatisfechas (NBI) en capacidad de subsistencia, educación y saneamiento básico. En cambio, estos hogares tendrían mayor calidad de vivienda, probablemente gracias a que las mujeres destinarían mayores re-

cursos al mejoramiento de la misma. El 57,0% de los hogares con jefatura femenina tiene al menos una NBI, frente al 50,4% de los hogares con jefatura masculina.

Si bien no se dispone de indicadores sobre extrema pobreza y el hambre para la población indígena, resulta claro que este segmento poblacional se halla en condiciones muy precarias. Esto se visualiza a partir de otras referencias como, por ejemplo, las de agua y saneamiento básico⁹.

2. Marco de apoyo: Políticas y programas

La lucha contra la pobreza y contra la extrema pobreza son parte del *Plan de Crecimiento Económico con Equidad 2011*. Asimismo, existen actualmente dos propuestas de estrategia contra la pobreza: la *Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad* (ENREPD) liderada por la Secretaría de Acción Social (SAS) y la *Estrategia Nacional de Lucha contra la Pobreza, la Desigualdad y la Exclusión Social* elaborada por la Dirección del Plan de Estrategia de Lucha contra la Pobreza. Ninguna de estas dos últimas ha sido oficializada, aunque se está buscando dicho estatus.

A estos instrumentos debe agregarse el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003-2007), cuyo cumplimiento tendrá especial impacto en la superación de la pobreza.

El Plan de Crecimiento Económico con Equidad 2011, originado en el Ministerio de Hacienda y ratificado por la Declaración de San Bernardino de Noviembre del 2004, contiene avances sustanciales en dirección al cumplimiento de los ODM. Se propone metas intermedias correspondientes a 2008, 2011, y se vincula con el Plan de la SAS. Asimismo, la Dirección del Plan de la Estrategia de Lucha contra la Pobreza establece metas específicas a 2008 y 2015 orientadas al cumplimiento de las metas nacionales sobre reducción de la pobreza y la indigencia.

También se encuentra en ejecución el Programa Piloto de Desarrollo Comunitario (PRODECO) cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida y favorecer la inclusión social de comunidades pobres de tres departamentos (Itapúa, Ñeembucú y Misiones).

Tanto el plan de la SAS como el de la Dirección Nacional proponen estrategias integradas en la lucha contra la pobreza. Éstas incluyen el aumento de la tasa de matrícula bruta de la educación inicial y escolar básica, la de la educación media, el aumento de la cobertura de agua potable y saneamiento básico, la atención de las embarazadas a través de los servicios públicos de salud y el acceso al conocimiento, información y servicios de planificación familiar por parte de las mujeres. Igualmente comprende acciones vinculadas con otras metas de los ODM.

Específicamente, la SAS ha iniciado la implementación de la Red de Protección y Promoción social para familias en extrema pobreza, que representaban 20,0% en 2004. El programa se propone reducirlas al 13,0% en el 2008 y al 8,0% en 2015¹⁰.

En las tres iniciativas se ha incluido la perspectiva de género y de grupos vulnerables como los indígenas. El desafío, sin embargo, se encuentra en la operativización de los mecanismos de incorporación efectiva de mujeres, indígenas, niñez, personas adultas mayores y guaraní parlantes, entre otros.

⁹ La población indígena constituye 1,7% de la población nacional.

La ENREPD, aun sin estar oficializada, tiene en ejecución el Programa “Abrazo” que consiste en la asistencia (alimentación, refuerzo escolar, atención a la salud y un subsidio en efectivo) a niños y niñas en situación de calle de Asunción y el Dpto. Central, con el objetivo de mantenerlos en el hogar. El programa durará tres años. Por otro lado, se encuentra en ejecución el programa “Familias”, consistente en una transferencia en efectivo a familias pobres, además de la atención de salud a mujeres y a niños y niñas de 0 a 15 años. La selección de familias beneficiarias se basa en un índice de prioridad geográfica por distritos y en éstos, por familias.

La Red de Protección y Promoción Social establecida en la ENREPD ejecuta a través de ambos programas la asistencia en salud y educación.

En el campo de la lucha contra el hambre, con apoyo de la Cámara de Diputados, el Instituto Nacional de Nutrición (INAN, dependiente del MSPBS) ha iniciado un ambicioso programa que incluye tanto la meta original como dos adicionales. El propósito original era reducir –entre 2004 y 2015– la desnutrición global de menores de 5 años, de 5,0% a 2,5%. Se ha agregado a ésta el propósito de reducir el riesgo de desnutrición global de 20,0% al 8,0% y la desnutrición en mujeres embarazadas del 30,0% al 12,0%.

Para la población indígena, las políticas implementadas hasta el presente se han revelado como ineficaces para el logro de recursos clave como la tenencia de tierras o en la articulación de políticas sociales con recursos naturales.

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

El mantenimiento de la lucha contra la pobreza como política de Estado mediante la continua asignación de recursos y el mejoramiento de la capacidad de gestión de las instituciones estatales es imprescindible.

El fortalecimiento de acuerdos entre actores clave para el seguimiento de esta estrategia es también relevante.

La oficialización y articulación de las estrategias es igualmente perentoria, de manera a optimizar los recursos disponibles.

El crecimiento económico debe ser de calidad. Esto es, debe ser sostenible, sostenible e inclusivo, beneficiando a toda la población. Este tipo de crecimiento es la base de condiciones y oportunidades a ser aprovechadas por la población en condición de pobreza para potenciar su capital humano, calificándolo para su desarrollo endógeno.

En lo inmediato, es urgente el alivio a las 1.140.000 personas que vivían en indigencia en 2003, así como a las 2.346.000 personas que vivían en pobreza en el mismo año. Para las personas en situación de indigencia, la implementación de la Red de Protección y Promoción Social, y para las personas pobres los programas de los planes mencionados.

En la implementación de la Red de Protección y Promoción Social resulta imprescindible otorgar prioridad a la seguridad alimentaria, de manera a asegurar la continuidad del proceso y la capacidad de asimilar los servicios y recursos asignados.

Asimismo, debe coordinarse efectivamente la oferta de servicios socia-

¹⁰ En muchos casos, no concuerdan los datos presentados en este informe, obtenidos recientemente, y los establecidos en los diferentes planes y programas debido a que éstos se estimaron mucho antes.

les, el financiamiento, la participación comunitaria y el seguimiento y evaluación de programas.

El fortalecimiento de las instancias que ejecutan los programas de protección social (como el INAN y la SAS, por ejemplo) así como el ordenamiento institucional para la asistencia y la protección social de las instituciones que trabajan sin coordinación eficiente, son desafíos relevantes.

La implementación de programas para disminuir los sesgos de género en el mercado laboral es necesario y urgente, dado que las mujeres otorgan prioridad a la familia y el hogar en la asignación de sus recursos, lo cual resulta en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, así como en una participación más activa de los hombres en las responsabilidades familiares.

Como el elevado número de dependientes es una de las características de los hogares pobres, el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos constituye uno de los ejes de acción contra la pobreza y el hambre. La respuesta a este desafío debe tener en cuenta el alto porcentaje de mujeres insatisfechas con el número y tiempo de espaciamiento de los hijos, así como el bajo acceso a métodos de planificación familiar, sobre todo entre las mujeres pobres.

El diseño, ejecución y evaluación de impacto de políticas consistentes contra el hambre y la pobreza para las poblaciones indígenas, respetando sus culturas, permanece como desafío.

4. Prioridades para la asistencia al desarrollo

Sin perjuicio de otras líneas de acción, alcanzar las metas de la lucha contra la pobreza, la indigencia y el hambre implica lo siguiente:

- articular la cooperación y asistencia oficial para el desarrollo con el objetivo de obtener mayor eficacia en su utilización;
- fortalecer la capacidad de gestión de instituciones estatales a cargo de la ejecución de programas, así como el mejoramiento de su coordinación, incluyendo la descentralización administrativa;
- apoyar la creación de mecanismos de presupuestación plurianuales que garanticen el volumen, la continuidad y la oportunidad de los recursos hacia proyectos prioritarios en la lucha contra la extrema pobreza y el hambre;
- favorecer los emprendimientos tendientes a un acuerdo o pacto fiscal que permita la sostenibilidad de los recursos asignados a la lucha contra la pobreza y el hambre;
- apoyar al gobierno en la oficialización de una estrategia nacional de lucha contra la pobreza y el hambre;
- promover la participación comunitaria y de organizaciones de la sociedad civil en los programas y proyectos, para favorecer su empoderamiento y facilitar su rol de vigilancia en la gestión contra la pobreza y el hambre;
- promover procesos de seguimiento y evaluación de impacto de programas y proyectos;

- favorecer la incorporación efectiva de la perspectiva de género en planes y programas destinados a la reducción de la pobreza y el hambre. Esto es, potenciar a la mujer en sus funciones de proveedora y no reducirla a su rol reproductivo, así como involucrar a los padres de manera efectiva en las responsabilidades familiares;
- evaluar los efectos e impactos de estas políticas sobre la vida de las mujeres para detectar a tiempo resultados no esperados, como violencia intrafamiliar y/o el incremento de la carga de trabajo no remunerado y familiar;
- promover el fortalecimiento, expansión, seguimiento y evaluación de programas y proyectos vinculados con la lucha contra el hambre en las escuelas; y
- diseñar, implementar y evaluar políticas y programas consistentes contra el hambre y la extrema pobreza con las poblaciones indígenas.

Lograr la educación primaria universal

Meta 3: Asegurar para 2015 que todas las niñas y niños tengan la posibilidad de completar la educación primaria.

Estimación del proceso de cumplimiento: Progreso compatible con el cumplimiento del objetivo.

Estado de las condiciones de apoyo para el logro de las metas

Mejorando sostenidamente

1. Educación básica universal. Diagnóstico y tendencias

Este ODM cuenta con metas del SNU y nacionales que se presentan en este orden. La Reforma Educativa (RE), iniciada en aula en 1994, estableció la Educación Escolar Básica (EEB) en tres ciclos, de tres años cada uno, para niñas y niños de 6 a 14 años y la Enseñanza Media (EM) en tres años para jóvenes de 15 a 17 años. La EEB y EM reemplazaron a la anterior Primaria y Secundaria de seis años cada una. Entonces, aquélla es equivalente a los dos primeros ciclos de la EEB. Paralelamente, se enfatizó la importancia del preescolar como parte de la Educación Inicial (EI).

La tasa de la matrícula neta, entre 1990 y 2003, del 1º y 2º ciclos de la EEB mostró una ligera tendencia a la elevación, partiendo ya desde un elevado promedio. Por otra parte, las tasas del 3º ciclo y especialmente del preescolar, subieron aceleradamente.

El promedio de la matrícula neta de los dos primeros ciclos de la EEB fue superior al 90,0% con mínimas asimetrías favorables a las niñas y el área rural. Esto evidenció un proceso hacia la equidad, considerando como punto de partida el año 1990.

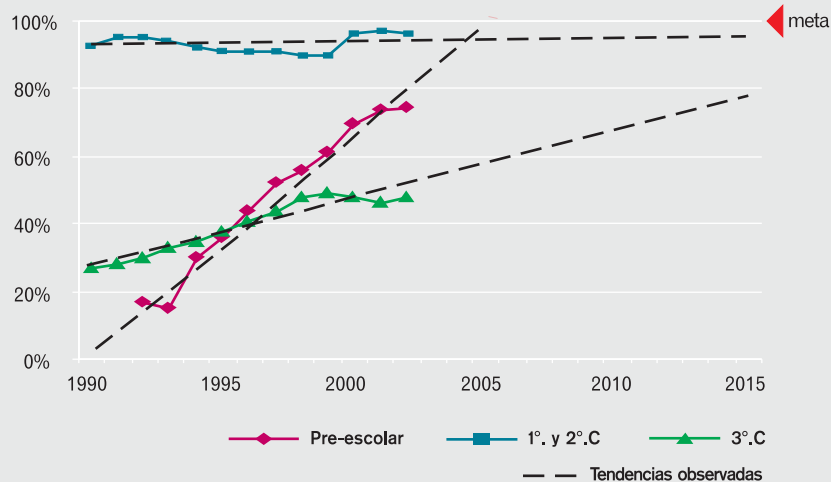
Un sustantivo avance se dio con la tasa de la matrícula neta del 3º ciclo que, de 27,0% en 1990 subió a 47,9% en 2003. Aún así, más de la mitad de la población no se ha registrado en la edad correspondiente. En el último año pudieron hallarse inequidades desfavorables a varones, y para ambos sexos en el área rural. Las tasas fueron 45,3% para varones y 50,6% para mujeres. Para el área urbana, la tasa de matrícula neta fue de 65,1%. En el área rural, sin embargo, la cifra llegó a menos de la mitad: 30,7%. No obstante, el mayor ritmo de crecimiento fue precisamente en el área rural.

Mayor crecimiento que en los ciclos antes mencionados se registró en la tasa del preescolar, que pasó de 17,0% en 1992 a 74,2% en 2002; esto es, se cuadruplicó. Al final del período existía un desequilibrio favorable a las niñas y al sector urbano, pero en ambos casos, no tan pronunciado como en el 3º ciclo de la EEB. En 2003, el 73,1% de niños se matricularon a la edad adecuada en el preescolar y 75,3% de las niñas, aunque 81,7% en el área urbana y 66,3% en la rural. Otra vez, la escolarización en el campo ha crecido a un ritmo significativamente mayor que en el área urbana. En 1990, ésta contaba con 34,0% y aquélla con 6,0% de matrícula.

Tasa de matrícula neta del Preescolar y de la EEB (Ciclos 1° y 2°, y 3°), 1990 - 2002

Permanencia y avances en tasas EI - EEB

Fuente: MEC, DGPEC-SIEC



La tasa de supervivencia hasta el 5° grado mostró un mejoramiento, aunque sin el dinamismo de los indicadores anteriores. En 1990, el 70,0% de niñas y niños matriculados en el grado 1° llegaban al 5° en el tiempo adecuado. En 2001, esta tasa era de 75,4%. Ambos porcentajes muestran elevada proporción de este indicador de eficiencia interna del sistema, aunque sin llegar al nivel óptimo. La asimetría por sexo fue mínima, pero se mantuvo hasta 2001. No obstante, existieron diferencias por área: 79,2% para la zona urbana y 71,7% para la rural, en 2001.

Tasa de supervivencia hasta 5° grado, 1990 - 2001

Mejoría en la tasa de supervivencia

Fuente: MEC, DGPEC-SIEC

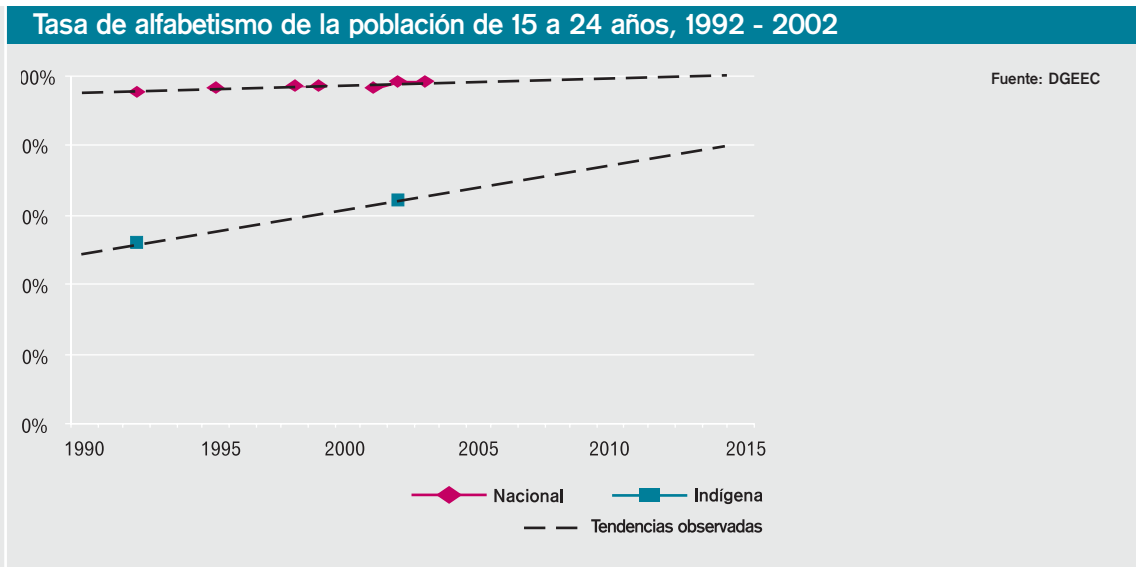


Otros dos indicadores del SNU mostraron importantes logros. La tasa de término de la primaria (dos primeros ciclos de la EEB) en la población joven de 15 a 24 años, fue de 74,7% en 1995 y de 86,2% en 2003, con una tendencia hacia la universalización en el 2014. En 2003 existían escasas diferencias de género, aunque las distancias eran evidentes según área y condición de pobreza: 91,9% en la ciudad y 78,2% en el campo; y 89,5% entre no pobres contra 80,6% entre pobres. Si bien persisten desigualdades, en el lapso considerado se dio un marcado avance de los grupos más desfavorecidos.

Reconociendo las particularidades de la población indígena, nótese que, en 2002 el 20,1% había terminado la primaria, pero con disparidades: 23,7% de varones y 16,4% de mujeres, y 31,7% del área urbana versus 18,8% de la zona rural.

El alfabetismo de personas jóvenes de 15 a 24 años es prácticamente universal y casi plena equidad según género, área de residencia y condición de pobreza. En 2003, estos indicadores oscilaban entre 97,0% y 98,7%. En todos los casos, la tendencia nacional por sexo y área de residencia indica que se llegaría a la universalización del alfabetismo antes de 2015.

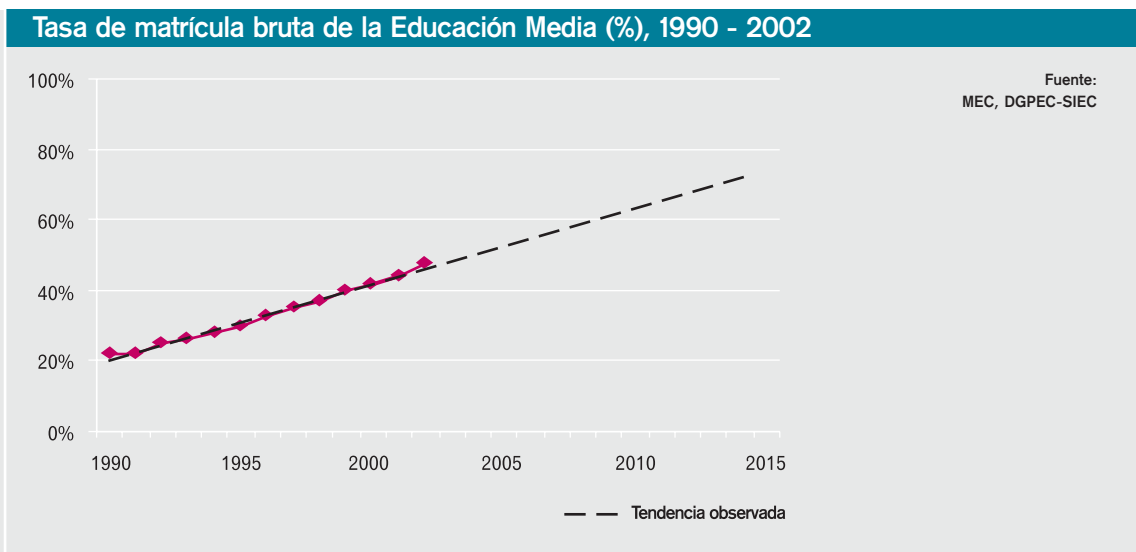
Asimetrías en tasas de alfabetismo



Diferente es el caso de la población indígena, que si bien presenta tendencia hacia el mejoramiento global, por sexo y área de residencia, sigue por debajo del resto de la población. En 2002, la tasa de alfabetismo de la población indígena joven fue de 63,9% para el país, 67,7% para varones y 60,0% para mujeres; al tiempo, 82,2% en el área urbana y 61,8% en la zona rural. En todos los casos, las diferencias entre población nacional¹¹ e indígena son relevantes.

¹¹ La DGEEC, emplea usualmente el término "población nacional" para referirse a la población no indígena. Lo mismo ocurre con la definición por sexos.

Sustantivo crecimiento en la Educación Media



Además de las metas e indicadores analizados, asumidos en la Declaración del Milenio, el Gobierno del Paraguay ha establecido otros adicionales.

La tasa de matrícula bruta en la Educación Media saltó de 22,0% en 1990 a 47,5% en 2003. Si bien probablemente no sea alcanzada la meta de 68,0% para 2008, el avance ha sido notable. En 2003 existían ligeros desequilibrios por sexo, y sobre todo por área. Los adolescentes matriculados alcanzaban 46,1%, y las matriculadas 49,0%. Un 69,1% de los y las adolescentes de las ciudades estaban registrados, en comparación con apenas 23,7% del campo. Al igual que en los casos anteriores, la expansión de la matrícula rural ha sido muy importante: alcanzaba 6,0% en 1990, mientras que la urbana ya estaba entonces en 39,0%.

El gobierno también se propuso la erradicación del analfabetismo absoluto para el 2008. Éste alcanzó 9,7% en 1992 y 6,6% en 2003. Las mayores diferencias se encuentran por área y condición de pobreza. En el año 2003 fue 4,0% en la ciudad y 10,2% en el campo; y 5,2% entre pobres contra 9,1% entre no pobres. Comprendió a 5,6% de hombres y 7,5% de mujeres, y en ambos casos fue desfavorable para las personas adultas mayores. A pesar de los avances, no se cumpliría la meta establecida.

Pueden encontrarse marcadas diferencias de porcentaje con la población indígena, aunque al igual que con la población nacional, las personas adultas mayores y las mujeres cuentan con menor escolaridad. El analfabetismo indígena en 2002 fue de 50,5% en el país; 44,9% en varones y 56,6% en mujeres; 28,3% en las ciudades y 53,1% en el campo.

Los indicadores educativos de la población nacional, en varios casos, registran igualdad de matrícula por sexo. Sin embargo, existen otras formas de discriminación a ser analizadas en el ODM 3 (Equidad de género y empoderamiento de la mujer).

Un elemento de discriminación y factor importante de la ineficacia y exclusión educativa es el limitado desarrollo de la educación bilingüe, en un país donde en 2002, a los cinco años de edad, el 39,6% se comunicaba usualmente en guaraní, el 33,3% en guaraní y castellano y 21,5% en castellano.

El bajo rendimiento y la repitencia se relacionan con el abandono escolar. Sin embargo, las causas de éste son diferentes para varones y mujeres. Los problemas económicos afectan a ambos sexos y suelen ser mayores para los varones; pero los problemas familiares constituyen una causal importante para las mujeres, siendo en cambio ínfima para los varones.

Resumiendo, las metas originales fueron cumplidas o probablemente lo serán. Las metas gubernamentales adicionales también se encuentran en procesos semejantes. No obstante, la población indígena tiene las desfavorables particularidades anotadas.

2. Marco de apoyo: Políticas y programas

La RE, orientada a la universalización de la EEB y la EM, ha recibido consistente apoyo. Los indicadores revelan una acelerada expansión de la matrícula del 3º ciclo de la EEB a partir del momento en que se la definió como obligatoria, así como desde el apoyo al preescolar de la EI. El impulso se ha dado, por ejemplo, en el caso de los Programas de Mejoramiento de

la Educación Primaria y Secundaria, inicialmente hasta el 2001. Posteriormente comenzaron, y continúan en ejecución, programas como los de fortalecimiento de la educación inicial y preescolar y de la RE, tanto de la Educación Media como de “Escuela viva *Heko katúva*”, la mayoría hasta 2008. El último programa se orienta a las escuelas de alto riesgo rurales y, en menor medida, urbanas. Cabe mencionar una ligera menor atención hacia el tercer ciclo de la EEB en relación con los otros.

Para la erradicación del analfabetismo se cuenta con la Dirección General de Educación Permanente y específicamente con la Dirección de Educación de Jóvenes y Adultos que interviene a través del Plan Nacional de Alfabetización 2004-2008. Tres son los programas en ejecución: a) Educación básica bilingüe de jóvenes y adultos (Prodepa - *Ko'e pyahu*) programa formal en Centros de educación de jóvenes y adultos; b) Bi-alfabetización guaraní-castellano, orientada más a adultos mayores rurales, programa no formal; y c) Alfabetización por Teleclases “*Yo sí puedo*”, para jóvenes y adultos de zonas urbanas y periurbanas, siguiendo el modelo cubano. Su meta es hacer que Prodepa llegue al 50,0% de la población analfabeta, Bi-alfabetización al 28,0%, y Teleclases al 20,0%. Estos programas cuentan con fondos de la Cooperación española, PNUD, Secretaría de la Mujer y la Cooperación italiana.

Cabe incluir dentro de la experiencia de alfabetización el caso de la ONG *Fe y Alegría*, que cuenta con escuelas que ofrecen educación bilingüe.

Para la equidad de género en educación también ha sido relevante el Programa Nacional para Igualdad de Oportunidades en la Educación (PRIOME), analizado en el ODM 3.

Finalmente, y pese a los avances en la cobertura, las evaluaciones han resaltado deficiencias en el sistema y en la calidad de la educación. Esto incidió en el bajo rendimiento de los estudiantes, que oscila alrededor del 50,0%. A estas evaluaciones se agregaron estudios que revelaron similar condición en los futuros docentes. Para la obtención de estos resultados ha sido fundamental el Sistema Nacional de Evaluación del Proceso Educativo (SNEPE) del MEC.

3. Desafíos para lograr la educación primaria universal y otras metas

Los avances registrados a través de los indicadores del SNU y los nacionales han sido sustantivos, especialmente en la cobertura cuasi universal de los dos primeros ciclos educativos.

Sin embargo, persisten la repitencia y la deserción, así como las inequidades por razones de género, condición social, área de residencia y etnia. Los programas de compensación o equidad, como Escuela Viva *Hekokatúva*, deben proseguir o extenderse en su ámbito de intervención en busca de una mayor cobertura.

Igualmente sigue pendiente el diseño, implementación y evaluación de una propuesta pedagógica bilingüe intercultural realmente pertinente, tanto para el guaraní como para otras lenguas indígenas.

La atención a la niñez indígena reviste características especiales y urgentes a considerar.

El mejoramiento de la calidad de la educación tanto para los alumnos como para la formación docente resulta un desafío mayor. Entre los componentes de ese proceso cabe el estímulo y fortalecimiento de una “cultura del esfuerzo” especialmente en la niñez, en los docentes y entre los futuros docentes, además de fortalecer a los componentes de la comunidad educativa (niñez, docentes, familias y dirección educativa).

Mayor tiempo en aula también ayudaría a mejorar la calidad de la educación al alcanzar las 800 horas/año, tema de negociación con los gremios.

Es necesaria la potenciación del uso de los resultados del SNEPE mediante la difusión y la capacitación para orientar estrategias y acciones tendientes a mejorar el rendimiento.

También vale considerar la profundización y articulación de los resultados de estudios y pruebas para construir tipologías de distintas comunidades educativas, así como las estrategias de intervención pertinentes.

El fortalecimiento de la perspectiva de género, no limitada a indicadores cuantitativos para disminuir los sesgos en la educación, es otro desafío.

4. Prioridades para la asistencia al desarrollo

Algunas prioridades para contribuir al logro de este objetivo son:

- apoyar tanto el seguimiento como la evaluación de programas en ejecución, buscando la mejor articulación de sus componentes para un mayor impacto;
- fortalecer el registro y la continuidad de las experiencias consideradas exitosas;
- evaluar la inserción y transferencia de programas en ejecución o a finalizar al MEC u otras instancias que aseguren la continuidad de los mismos, si fuesen pertinentes;
- promover programas orientados a la reducción de la repitencia y el abandono escolar;
- apoyar programas de equidad de género, en muchos casos no vinculados a indicadores cuantitativos, para erradicar prácticas sexistas y cambios culturales de largo plazo, creando mecanismos que puedan ser fácilmente incorporados a la práctica docente;
- fortalecer y apoyar acciones para la profesionalización docente y el seguimiento de la misma, la participación de la comunidad docente y la efectiva descentralización;
- continuar y expandir líneas de apoyo a instituciones educativas de áreas rurales y carenciadas, sin olvidar a las urbanas, a través de programas complementarios que incluyan atención en salud y nutrición. En este sentido, la población del 3º ciclo de la EEB ha recibido proporcionalmente menor atención que los otros ciclos de la EEB, EI y EM;
- apoyar la atención a la niñez y población indígenas con sus particulares características para una educación de calidad y con adecuación cultural; y
- promover estrategias de fortalecimiento y continuidad en la producción y uso de indicadores educativos como los producidos por el SNEPE.

Promover la equidad de género y el empoderamiento de la mujer

Meta 4: Eliminar la disparidad de género en la educación primaria y secundaria para el 2005, y en todos los demás niveles de la educación para el 2015.

Estimación del proceso de cumplimiento: Progreso compatible con el cumplimiento del objetivo.

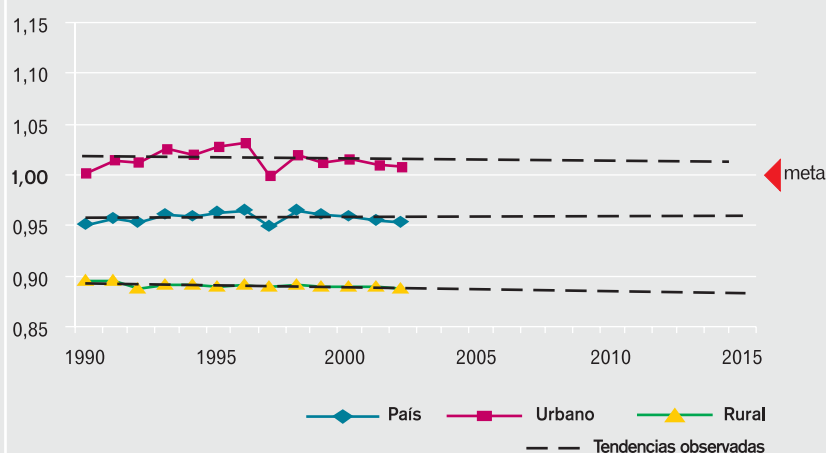
Estado de las condiciones de apoyo para el logro de las metas
Mejorando sostenidamente

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

Uno de los grandes avances en materia educativa en Paraguay ha sido el persistente aumento en el acceso de las mujeres al sistema educativo.

Paridad de género en la matrícula

Paridad de género de la matrícula bruta conjunta de la EEB+E Media (Mujeres/Hombres), 1990 - 2002



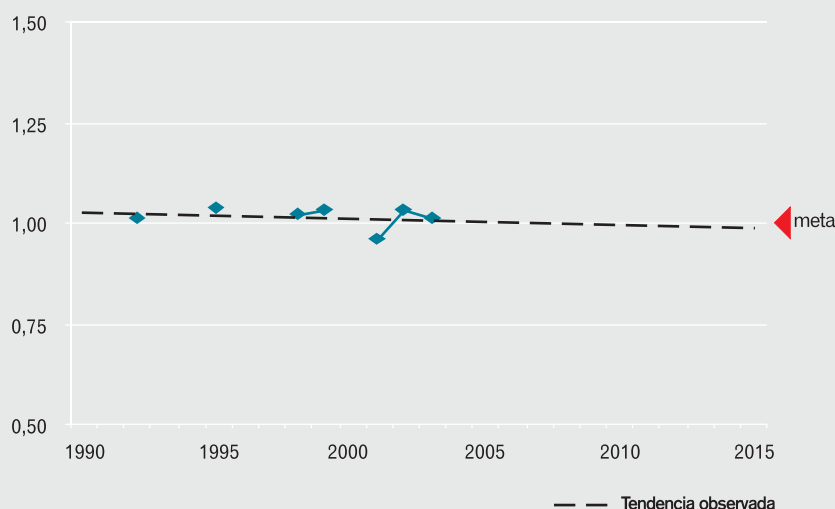
Esta tendencia positiva, de continuar el comportamiento presente, significará paridad de género al considerar que, entre 1990 y 2002, 96 mujeres por cada 100 varones estaban registradas en la matrícula bruta conjunta de la EEB y la EM, indicador útil aunque insuficiente para establecer la equidad de género en educación. No obstante, al considerar el área de residencia, en 2002, 89 niñas por cada 100 niños estaban registradas en el área rural. En resumen, equidad en el país pero no por área, una tendencia que se mantendría hacia 2015.

La paridad de género en el alfabetismo de la población joven, de 15 a 24 años, difiere escasamente en el nivel nacional. Presenta disparidades desfavorables a la población femenina joven rural y, en menor medida, pobre. En cambio es favorable a la joven urbana y no pobre. En 2003, por cada 100 varones rurales alfabetos, se encontraban 84 mujeres rurales alfabetas. Por cada 100 varones pobres alfabetos, había 97 mujeres pobres alfabetas. Por otra parte, en el área urbana había 114 mujeres alfabetas por cada 100 varones alfabetos; y 103 mujeres alfabetas no pobres, cada 100 varones alfabetos. No cabría esperar cambios importantes en el futuro, de mantenerse el comportamiento actual.

Alfabetismo de la población de 15 a 24 años. Paridad de género, 1992 - 2003

*Paridad
de género
en el nivel
nacional*

Fuente: DGEEC



Con estos indicadores, la meta sería alcanzada en el plazo previsto. Sin embargo, el contexto socioeconómico y político actual muestra que el cumplimiento de aquélla es insuficiente para llegar a la equidad de género; y aún más para avanzar hacia el empoderamiento de la mujer.

El mayor nivel educativo de la mujer no ha tenido suficientes efectos positivos en el mercado laboral y en la participación de ésta en la esfera política y social.

Varios factores explican esta inconsistencia y traslucen al menos dos problemas centrales: cobertura y calidad educativa. Aún es limitado el acceso de las mujeres campesinas e indígenas a la educación básica y media, y estos segmentos presentan los mayores índices de repitencia y/o abandono. A esto debe agregarse el impacto diferencial del género en determinadas barreras sociales. Tal es el caso de las madres adolescentes que abandonan la escuela, o niñas, niños y adolescentes que trabajan en la calle o son trabajadores/as domésticos, situaciones que aumentan el riesgo de violencia, embarazo precoz, VIH/SIDA, etc.

Otro problema central es la mala calidad de la educación formal, un déficit comprobado a través de los resultados de las pruebas del SNEPE. Los resultados de estas pruebas en matemáticas y comunicación arrojaron un rendimiento significativamente bajo. Igualmente, esta educación formal ha mostrado escasa vinculación con las exigencias del mercado laboral, con desfavorable impacto en el desempleo juvenil, analizado en el ODM 8.

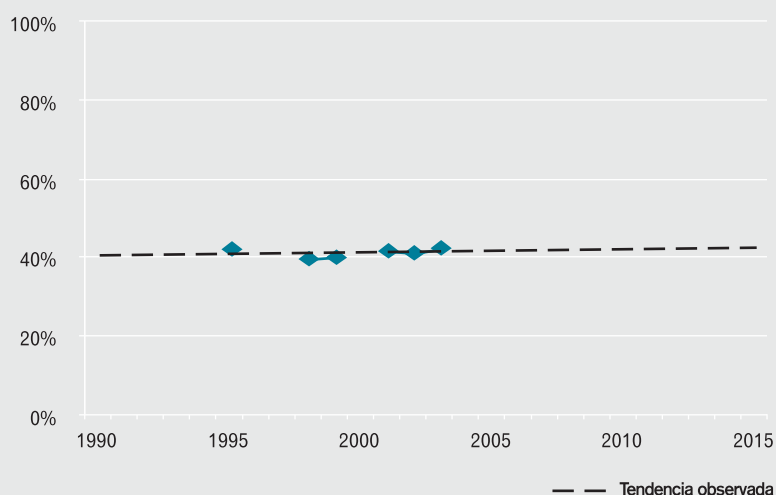
A pesar de la implementación de la RE con perspectiva de género, persisten en las instituciones prácticas docentes y marcos normativos formales e informales que fortalecen roles tradicionales de varones y mujeres, lo cual impacta en la elección de las carreras, el futuro laboral y el mismo proyecto de vida.

En este sentido, el ligero incremento del empleo asalariado no agrícola en un contexto de incumplimiento de las normas laborales no necesariamente significa equidad de género ni empoderamiento, si persisten las brechas salariales por sexo, mientras el empleo se caracteriza por su precariedad. No obstante, el mayor acceso de las mujeres a actividades remunera-

das puede generar autonomía económica y, en este sentido, mayor capacidad de financiamiento de sus necesidades y de negociación en el hogar. En el sector rural, la falta de acceso a los recursos productivos como la tierra y el mayor rezago educativo de las mujeres obstaculiza el empleo femenino.

Estancamiento en la participación económica

Participación de la mujer en el empleo asalariado no agrícola, 1995 - 2003

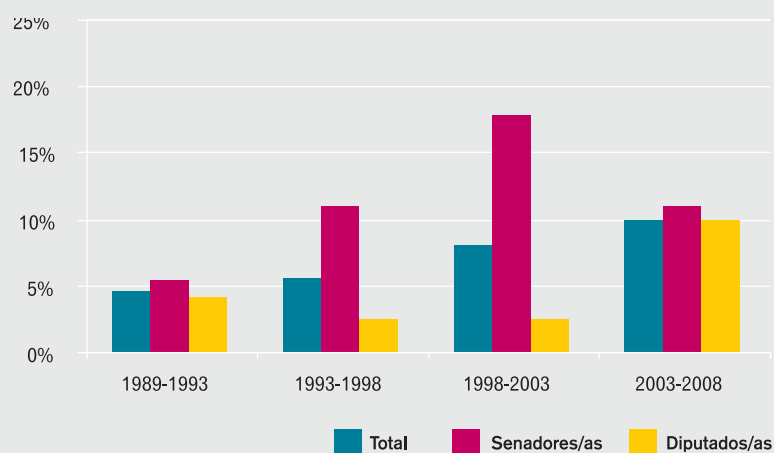


Se visualiza un leve pero persistente incremento de la participación económica de las mujeres desde inicios de la década de 1990. Han contribuido a esto, por una parte, la apertura de nuevas oportunidades laborales con motivo del incremento del gasto social, como la docencia o servicios en salud, y el proceso de urbanización, con actividades comerciales y el empleo doméstico. Por otro lado, la crisis económica impulsó al empleo –o a su búsqueda– a las mujeres como a otros miembros de la familia.

A pesar del mencionado incremento, en 2003 sólo el 42,2% de las mujeres económicamente activas se encontraban en el empleo asalariado no agrícola. Pero en 2001, el empleo femenino estuvo fundamentalmente en el comercio, los servicios y el sector informal y con mayores niveles de desocupación y subocupación. Esto es, a pesar del aumento de las credenciales educativas de las mujeres, no se evidencia una disminución de la diferencia en los ingresos, en la desocupación o subocupación.

Lento crecimiento de la participación parlamentaria

Porcentaje de mujeres en el Parlamento Nacional, 1989 - 2008



Las mujeres han logrado avances en materia jurídica que, sin embargo, no se han traducido en mayores capacidades y poder de decisión. En efecto, la limitada participación de la mujer en los espacios de decisión se origina en la restringida autonomía de sus derechos sexuales y reproductivos, escasa capacitación en el uso de los recursos familiares, mayor responsabilidad familiar y doméstica, anudada a la persistente desigualdad en la distribución de roles tanto del ámbito público como privado.

Aún queda bastante por hacer a pesar de los esfuerzos realizados. El Código electoral presenta una medida de discriminación positiva al establecer una cuota mínima del 20,0% para cada sexo en las listas electorales, lo cual de hecho sólo se aplica a la mujer. Pero esta cuota, más que ser un piso, se ha constituido en techo. La participación de las mujeres en los ámbitos locales presenta niveles un poco más elevados en el periodo electoral 2003-2008; esto es, aproximadamente 15,0% de los escaños municipales. Esto indicaría que, en ámbitos donde hay menores recursos que distribuir y poder para ejercer, así como una problemática más cercana al ámbito doméstico, mayor es la participación de las mujeres.

En la población indígena de 15 a 24 años, la paridad de género en alfabetismo muestra la persistencia de disparidades. En 2002 en el segmento joven, 87 mujeres por cada 100 varones estaban alfabetizadas, aunque con mayoría en el área urbana –110 mujeres por cada 100 varones. En el área rural, empero, existía una amplia desventaja –84 mujeres por cada 100 varones. Es decir, el desbalance más notorio se da en los lugares donde mora el 91,5% de la población indígena.

2. Marco de apoyo: Políticas y programas

Numerosas iniciativas permitieron avances en el objetivo de lograr una mayor igualdad entre varones y mujeres. El marco jurídico igualó, con algunas excepciones, el estatus legal de las mujeres al de los hombres, e incorporó medidas de discriminación positiva como las cuotas de participación electoral.

Fueron diseñados e implementados dos planes nacionales de Igualdad de Oportunidades (PIO) para Mujeres y Hombres; PIO I (1997-2001) y PIO II (2003-2007), ambos implementados por la Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República (SMPR).

También se ejecutó el Programa Nacional de Igualdad de Oportunidades y Resultados para la Mujer en la Educación (PRIOME) entre el MEC y la SMPR, en 1995. Éste tuvo por objeto incidir en los programas de estudios, materiales educativos, capacitación docente y comunidad educativa en general.

Si bien las iniciativas antes mencionadas no fueron evaluadas, incorporaron numerosos temas fundamentales para mejorar la condición y posición de las mujeres como, por ejemplo, la salud sexual y reproductiva, violencia intrafamiliar, e incidir en ciertas políticas públicas como la educativa.

En materia de empleo no existen estrategias específicas ni de gran alcance. Sólo algunos programas generales en el marco de trabajo de las instancias ejecutoras incorporan a las mujeres como grupos meta específicos y, en algunos casos, la perspectiva de género.

Paraguay suscribió compromisos internacionales cuyo cumplimiento afectará a este ODM. Tal es el caso de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Plataforma de Beijing. Finalmente, también fue desarrollado un programa de descentralización a través de la Red de Centros de Iniciativas y Desarrollo para la Mujer (CIDEM) con participación de los gobiernos locales, departamentales y de la sociedad civil.

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

El mayor desafío es la efectiva institucionalización de la perspectiva de género en el Estado paraguayo. Esto es, incorporar en el diseño, ejecución, monitoreo y evaluación de las políticas, planes, programas, presupuestos y proyectos, los mecanismos de incidencia adecuados para modificar la condición y posición de las mujeres en la sociedad.

Este desafío debe promover una mayor cooperación y acción conjunta con la sociedad civil, alianza imprescindible para articular los cambios señalados.

El fortalecimiento y la expansión de la cobertura y de la calidad educativa así como la capacitación laboral y el acceso a los recursos productivos para mejorar las oportunidades de las mujeres siguen siendo una deuda pendiente.

El monitoreo y evaluación de la educación bilingüe, teniendo presente la perspectiva de género, debe considerar niñas, niños y jóvenes del sector rural y pobre.

El incremento de la participación de las mujeres en los ámbitos sociales y políticos mediante su capacitación y de cambios en los patrones culturales que imposibilitan a las mujeres el ejercicio de los derechos civiles y políticos es necesario.

El fortalecimiento como el desarrollo de capacidades de las mujeres requieren de una nueva cultura de igualdad; ésta debe revertir estereotipos desfavorables a la mujer y promover la construcción de nuevas masculinidades. La flexibilización de los patrones tradicionales impuestos por la división sexual del trabajo es condición fundamental para lograr la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer.

El apoyo a la investigación con perspectivas de género y étnica que facilite el mejor uso de la información disponible y el conocimiento acumulado debe acompañar todos estos procesos de manera a consolidar lecciones aprendidas y evitar repetir desaciertos.

La disminución de sesgos de género en el mercado laboral es necesaria; sobre todo los que se traducen en discriminación salarial y segregación ocupacional.

La equidad de género en la educación de la población indígena, con sus particularidades, continúa pendiente. Asimismo, las investigaciones sobre el tema también deben incluirse.

4. Prioridades para la asistencia al desarrollo

Para consolidar los avances en la equidad de género y para ampliar las oportunidades de las mujeres, se anotan líneas de trabajo aunque no exhaustivamente. Estas son

- fortalecer el trabajo realizado por la Secretaría de la Mujer para consolidar su posición institucional así como su articulación con otras entidades públicas para reforzar la equidad de género en las políticas públicas, además de promover una mayor cooperación y acción conjunta con la sociedad civil;
- promover a las mujeres elegidas en cargos de representación pública;
- apoyar la generación de capacidades nacionales (sector público, ONGs, sociedad civil) para diseñar, ejecutar, monitorear y evaluar planes, programas y proyectos desde una perspectiva de género;
- contribuir a la producción de información relevante sobre las condiciones de vida de las mujeres, sus desigualdades con respecto a los hombres, dificultades y problemas específicos;
- fortalecer acciones para la participación femenina en instancias que incidan en su condición (ministerios, parlamento, gabinete social y económico, mesas negociadoras del MERCOSUR, etc.);
- promover acciones que ayuden a consolidar el proceso de descentralización de las entidades de atención a la mujer así como las instituciones ya establecidas;
- apoyar el mejoramiento del acceso de las mujeres a los recursos productivos como tierra y créditos, así como a la información y capacitación laboral de calidad para potenciar su intervención en la sociedad civil y en todo tipo de empresa;
- consolidar la matriculación de niñas y jóvenes en el sistema educativo –especialmente durante recesiones económicas– así como apoyar programas que reduzcan la repitencia y el abandono temprano de la escuela, sobre todo en zonas rurales y en hogares pobres;
- impulsar medidas que busquen generar responsabilidades compartidas entre varones y mujeres en el hogar y en la familia;
- diseñar e implementar políticas laborales que intervengan para evitar los sesgos sexistas del mercado laboral; e
- implementar programas efectivos de equidad de género en la educación indígena, respetando sus culturas.

Reducir la tasa de mortalidad de la niñez

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

Estimación del proceso de cumplimiento:
Progreso insuficiente

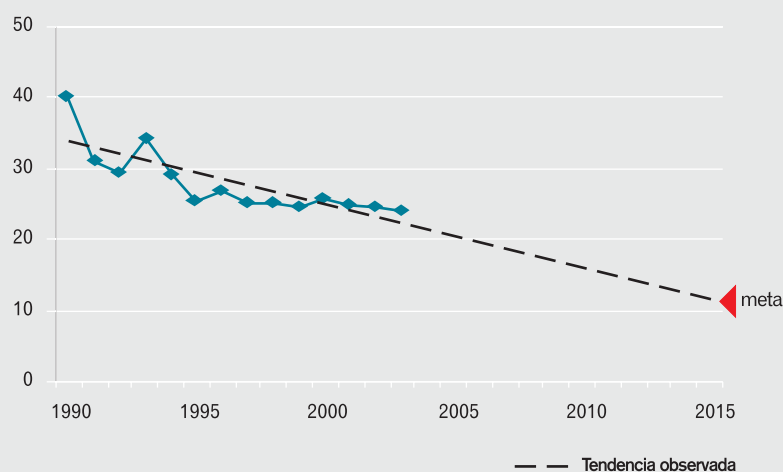
Estado de las condiciones de apoyo para el logro de las metas
Muy lenta mejoría

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

Las tasas de mortalidad registradas por el MSPBS, tanto la de menores de 5 años como la de menores de 1 año (infantil), mantienen el subregistro, a pesar del mejoramiento dado a partir de mediados de la pasada década¹². Las tendencias emergentes de las tasas registradas de ambas mortalidades cuestionan el cumplimiento de la meta. El problema del subregistro dificulta la interpretación de los datos y las consecuentes acciones. Pobreza y deficiencia en los servicios de salud, entre otros factores, inciden en los resultados encontrados.

Disminución de la tasa de mortalidad de menores de 5 años

Tasa registrada de mortalidad de menores de 5 años, 1990 - 2003

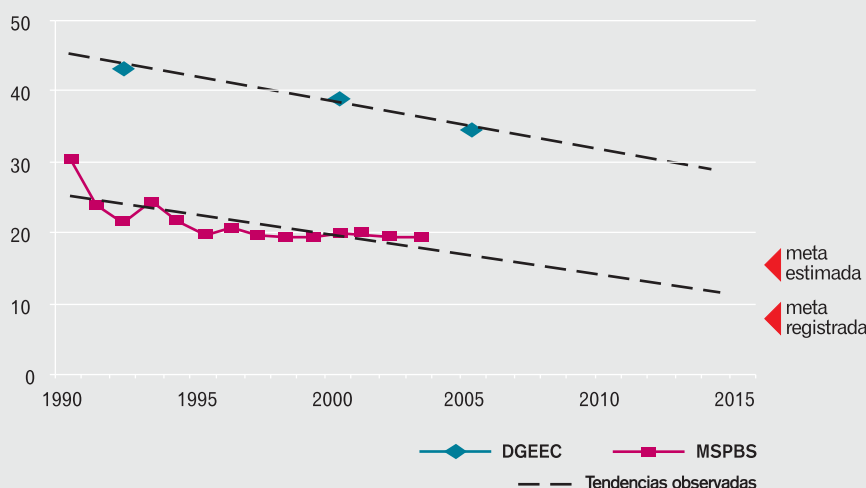


Considerando la tasa de mortalidad de menores de 5 años, la meta se cumpliría siguiendo la línea de tendencia descendente desde 40,0 por cada mil nacidos vivos en 1990 a 23,9 en 2003. Sin embargo, con el mejoramiento del registro a partir de 1995, la tendencia se estancó y no se cumpliría la meta. La tasa de mortalidad de varones fue superior a la de mujeres y la tasa urbana fue mayor a la rural, indicador de probable subregistro rural.

¹² La tasa estimadas por la DGEEC para menores de 5 años no ha sido publicada.

Tasa de mortalidad infantil, estimada y registrada, 1990 - 2005

Fuentes:
DGEEC y MSPBS



*Insuficiente
reducción de
la tasa de
mortalidad
infantil*

Se encuentran significativas diferencias entre la tasa de mortalidad infantil estimada y la registrada: aquélla duplica a ésta. La meta no se cumpliría a partir de la tasa estimada, y aún de la registrada a partir de los datos de 1995, que es mejor en calidad, pero indica estancamiento. En 2003 murieron más varones que mujeres y la tasa urbana fue muy superior a la rural, debido probablemente al subregistro en el campo.

El porcentaje de niños y niñas vacunados contra el sarampión (menores de 12 meses hasta 1999 y de 12 a 23 meses a partir del 2000) presentó ligeras oscilaciones entre 2000 y 2003: dicha vacunación cubrió 91,9% en el primer año y 89,3% en el segundo. En 2003, en Asunción llegó a 89,3% y en Caazapá a 92,6%, indicadores de áreas urbana y rural, respectivamente. Ambos porcentajes evidencian avances, aunque sin llegar al 95,0% de cobertura, nivel considerado óptimo para cumplir con los objetivos de erradicación de las enfermedades.

El gobierno paraguayo ha asumido como compromisos explícitos con los ODM los indicadores de mortalidad de menores de 5 años e infantil, utilizando las tasas registradas. Se ha propuesto pasar la mortalidad de los menores de 5 años de 40,0 en 1990 a 17,5 en 2008 y 13,3 en 2015. Por otro lado, reducir la mortalidad infantil de 30,4% en 1990 a 6,6% en 2015.

Este ODM se encuentra muy vinculado al anterior porque, por ejemplo, el mayor nivel educativo de la madre influye sustantivamente en la reducción de la mortalidad infantil, así como las metas de agua y saneamiento del ODM 7, relativas al Medio ambiente.

La carencia de información sobre mortalidad y vacunación de niños y niñas indígenas es, de por sí, indicador de su exclusión.

2. Marco de apoyo: Políticas y programas

Desde 1997 se cuenta con la estrategia Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) ejecutada por el Dpto. de Salud Integral de la Niñez del MSPBS con el apoyo de agencias de cooperación, ONGs nacionales e internacionales e instituciones financieras internacionales.

les. Esta estrategia tiene actualmente un carácter nacional, aunque con diferentes niveles de desarrollo departamental. Se orienta a aspectos relativos al crecimiento y desarrollo de niñas y niños, busca el mejoramiento de las capacidades del personal y los sistemas de salud para que ofrezcan servicios de calidad, así como el mejoramiento de las prácticas familiares y comunitarias.

La cobertura inmunológica se lleva a cabo mediante el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del MSPBS, con una buena cobertura, aunque todavía insuficiente.

De obtenerse el mejoramiento del registro de mortalidad neonatal se obtendría un significativo avance dado que la mortalidad neonatal constituía 59,9% de la mortalidad infantil y 47,9% de la mortalidad de menores de 5 años en 2002.

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

La mortalidad infantil y de menores de 5 años es un indicativo del desarrollo global y no sólo de la salud, porque en su formación intervienen, entre otros factores, el nivel de instrucción de las madres, el conocimiento de derechos y el acceso al agua potable, así como la atención al parto y a la persona recién nacida.

Los mayores desafíos constituyen la AIEPI, el PAI y el registro. La AIEPI presenta diferentes niveles de desarrollo departamental que requieren de acciones destinadas a su consolidación y fortalecimiento en forma pertinente para la realidad departamental y local.

El fortalecimiento y extensión de la cobertura del PAI también resulta imprescindible.

El mejoramiento del registro –tanto en las cantidades como en cuanto al área de residencia y, de ser posible, el nivel social– es perentorio para disponer de una aproximación más objetiva que permita el diseño, implementación y ejecución de planes y programas sobre bases realistas.

Así como se plantea la mejor aplicación de la AIEPI, el PAI y el sistema de registro, resultan necesarias estrategias destinadas a reducir las brechas por área de residencia y nivel social.

Cabe estimular tanto la participación comunitaria como la expansión del conocimiento de derechos de las personas. Esto vale tanto para las madres, padres o encargados, así como para los mismos niños y niñas.

La reducción de la mortalidad de la niñez está íntimamente asociada con la atención a la madre, razón de más para articular estas estrategias con las orientaciones aplicadas en la implementación del *Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR) 2003-2008*. Dentro de dicho plan tienen especial relevancia los programas de parto seguro y de prevención de la maternidad precoz.

En todos los casos, se debe optimizar la coordinación entre los organismos que tienen programas en el área y la participación comunitaria. También corresponde mejorar los estudios de impacto de las mencionadas es-

trategias y planes, mediante sistemas de información y análisis sobre morbilidad, mortalidad y sus costos.

La incorporación de indicadores de salud de la niñez indígena debe constituir prioridad para el diseño, ejecución y evaluación de programas y proyectos vinculados con la temática.

4. Prioridades para la asistencia al desarrollo

Algunas líneas de cooperación que favorecerían el logro de este objetivo son:

- promover el fortalecimiento de la implementación de la estrategia nacional de AIEPI en sus diferentes niveles de desarrollo;
- apoyar la expansión de la cobertura del PAI para alcanzar los niveles óptimos de prevención en inmunización;
- articular los planes señalados con la ejecución del PNSSR (2003-2007), en el nivel departamental;
- promover la participación de la comunidad, de ONGs y la sociedad civil en su conjunto en el diseño e implementación de estos programas;
- apoyar el mejoramiento del registro de indicadores de salud y mortalidad de la niñez, especialmente el de la mortalidad neonatal, para a partir de allí consolidar la producción de estadísticas más confiables; y
- extender lo anotado a la niñez indígena, respetando su cultura así como el diseño, ejecución y evaluación de programas y proyectos de atención en salud.

Mejorar la salud materna

Meta 6: Reducir en tres cuartos, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna.

Estimación del proceso de cumplimiento:
Progreso insuficiente

Estado de las condiciones de apoyo para el logro de las metas
Muy lenta mejoría

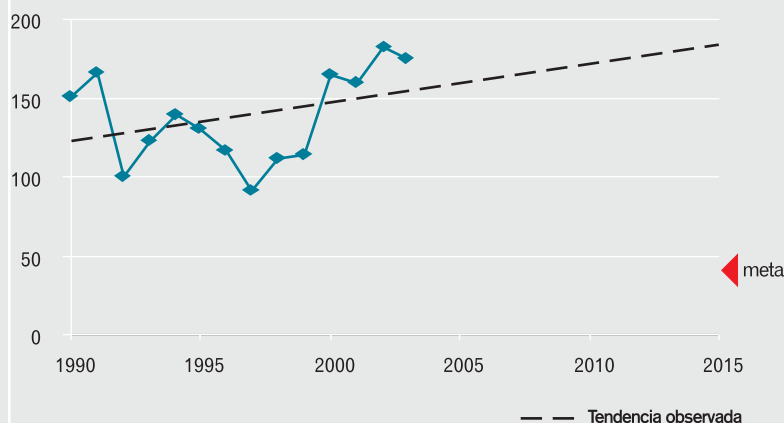
1. Reducción de la tasa de mortalidad materna. Diagnóstico y tendencias

El fundamental derecho humano a la vida de las mujeres está presente en esta meta. En Paraguay persiste una alta tasa de mortalidad materna registrada. De 150,1 por 100.000 nacidos vivos en 1990 bajó a 114,4 en 1999, aunque con importantes oscilaciones, producto del subregistro. Pero en 2000, la tasa subió a 164,0 y en 2003 a 174,1, también probablemente asociada al fortalecimiento de la vigilancia de la mortalidad materna y al mejoramiento de la calidad del registro.

La información desagregada por área a partir de 1996 muestra en 2003 una tasa de 174,4 por 100.000 nacidos vivos en el área urbana y 173,6 en el área rural, sugiriendo esta última cifra que aún persiste el subregistro en el campo.

Variaciones en la tasa de mortalidad materna registrada

Tasa registrada de mortalidad materna, 1990 - 2003



Los niveles de parto institucional son bajos en Paraguay. La tasa registrada en 2003 por el MSPBS llegaba a 84,8%. En cambio, la tasa estimada para el 2004 por la ONG CEPEP, fue de 74,1% con una tendencia al incremento. También persisten las diferencias por área de residencia, tanto para la tasa registrada como para la estimada.

Parto institucional, registrado y estimado, 1996 - 2004

Fuentes:
MSPBS y CEPEP



*Parto
institucional
con
diferencias*

Las principales causas biológicas estudiadas de la muerte materna siguen siendo evitables. Ellas son las hemorragias, el aborto, la toxemia y la septicemia, cuyas raíces están en la falta de acceso a: la información, la decisión de la mujer sobre su propio cuerpo, la planificación familiar, la atención prenatal y al parto y puerperio, especialmente en cuanto al manejo institucional de las emergencias obstétricas.

En los últimos años se verifica un aumento progresivo del uso de métodos anticonceptivos modernos. Sin embargo, existen diferencias importantes por nivel socioeconómico, idioma hablado y área de residencia. Las mujeres pobres, las campesinas y las que hablan guaraní presentan menor uso de anticonceptivos, así como bajo acceso a los servicios públicos de salud.

Las razones no biológicas de la muerte materna son las demoras en buscar el servicio de salud, asociadas al bajo nivel educativo de las mujeres, al machismo, al desconocimiento de los riesgos relacionados con el embarazo, parto y puerperio y señales de alarma. Igualmente inciden la desconfianza hacia los servicios de salud, las largas distancias a recorrer, la falta de recursos económicos, la poca solidaridad de la comunidad con la mujer gestante.

Asimismo, cuando las mujeres demandan los servicios de salud encuentran frecuentemente insuficiente respuesta de parte de éstos. En general, este fenómeno obedece a una débil infraestructura, recursos humanos calificados insuficientes y mal distribuidos, baja capacidad resolutoria, falta de insumos críticos e incapacidad de referencia. En consecuencia, los servicios responden por aproximadamente la mitad de las muertes maternas registradas.

Una de las principales causas de la mortalidad materna es el aborto, problema especialmente complejo para las mujeres pobres por las inadecuadas condiciones en las que éstas acceden a estos procedimientos. La educación sexual en la educación formal es un tema pendiente. El conocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos constituye una garantía para una vida larga y saludable y un comportamiento sexual libre y sin coerción.

El derecho a una maternidad segura está íntimamente ligado a uno de los derechos fundamentales: el derecho a la vida. Es decir, debe existir prestación de atención médica básica y de emergencia a todas las mujeres du-

rante el embarazo, el parto y el puerperio, independientemente de su situación socioeconómica, edad, estado civil, etnia, y de todas sus demás condiciones.

La mortalidad materna en mujeres de 15 a 19 años adquiere particular importancia, ya que ocupa el segundo lugar como causa de muerte en esta franja etaria. Cabe señalar que el embarazo adolescente y la posterior maternidad, además de constituir un riesgo para la salud, es motivo de abandono escolar, lo cual a su vez tiene un negativo impacto futuro en el mercado laboral y en la pobreza. La maternidad temprana, por tanto, obstaculiza el desarrollo de las capacidades y las oportunidades presentes y futuras de las mujeres. Para las mujeres de 20 a 24 años, la principal causa de muerte está relacionada con las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

La carencia de información sobre la maternidad indígena revela exclusión en su atención.

2. Marco de apoyo: Políticas y programas

Durante la última década se creó el Consejo Nacional de Salud Reproductiva y se formularon diversos planes, tales como el Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna (1994-1998) y el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (1997-2001). Su implementación no tuvo los efectos esperados.

Para el período actual, el país cuenta con el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003-2007). El objetivo estratégico de éste es “mejorar la salud sexual y reproductiva de la población de Paraguay a través de políticas, programas y proyectos integrados y sostenibles que aseguren la atención integral al individuo y a la comunidad con enfoque de derechos, calidad, género y equidad”. Con este Plan, el gobierno paraguayo espera cumplir con la meta de reducir la mortalidad materna a 55,0 en 2011 y a 37,5 en 2015, partiendo de la tasa registrada de 150,1 por 100.000 nacidos vivos en 1990.

En el marco de este Plan se inició la ejecución del programa “Maternidad segura” cuyo objetivo es la planificación familiar y el mejoramiento de los “kits de parto” con la intención de disminuir el gasto de bolsillo en salud de las futuras madres.

En otro orden de cosas y como avance, se puede mencionar la creación en el año 2002 del Programa de Salud Sexual y Reproductiva en el presupuesto del MSPBS. A partir de entonces, y por primera vez, el Estado destina rubros específicos para la compra de insumos de planificación familiar.

Los programas implementados a partir de la estrategia de reducción de la pobreza incluyen la atención de salud básica a las mujeres beneficiarias, con lo que se espera que la mayor vinculación de programas estatales tengan un efecto potenciador en la calidad de vida de la familia.

3. Desafíos para la reducción de la mortalidad materna

La tasa de mortalidad materna como indicador de desarrollo, de equidad de género y de salud es un evento centinela que no debiera ocurrir, o cuya ocurrencia es una señal de alarma de que el Estado, la sociedad y los servicios de salud no están cumpliendo su rol. Más aún, cuando esta ocurrencia no se detecta o no se registra, dejando una falsa impresión de seguridad en relación con el problema.

Se registra, entre los principales desafíos, garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres a partir del conocimiento, la información y el acceso gratuito a métodos de planificación familiar.

El mejoramiento del sistema de indicadores de salud para disminuir el subregistro y transparentar las causas de mortalidad materna, en particular el aborto, constituye otro desafío para realizar un seguimiento sostenido sobre los avances y retrocesos.

Resulta necesaria la mejoría del sistema de salud para garantizar una atención oportuna y de calidad. El esfuerzo nacional debe ser amplio y sostenido, involucrando a la sociedad y al Estado para hacer frente a sus múltiples determinantes e impactar sobre las brechas de inequidad relativas a este indicador.

También corresponde fortalecer la capacitación del personal de salud adecuado para cada nivel de atención y con mecanismos rápidos de derivación de urgencias, así como con los insumos requeridos.

La incorporación de los hombres a los programas relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres es otro desafío importante.

El incremento de información para las mujeres y las familias acerca de los servicios de salud sexual y reproductiva parece imprescindible. Se incluye, por una parte, una atención particular a las mujeres adolescentes para disminuir embarazos precoces y, por otra, la vinculación con el sistema educativo para desarrollar la estrategia de educación sexual.

Resulta necesario incorporar a la agenda pública el debate sobre derechos sexuales y reproductivos, dándole la necesaria relevancia.

Cabe fortalecer el PNSSR (2003-2007) como eje articulador –aunque no único– de las iniciativas del sector.

Corresponde incorporar una perspectiva intercultural al PNSSR (2003-2007), así como a otros planes vigentes y a los planes por diseñar, además de sus respectivos mecanismos de evaluación. También es imprescindible articular y aumentar la atención en salud materna de mujeres indígenas para optimizarla.

4. Prioridades para la asistencia al desarrollo

Las líneas de acción a considerarse, dentro de otras, deben incluir:

- apoyar el mejoramiento de las estadísticas de salud de la mujer e incentivar la investigación sobre mujer y salud y su vinculación con el género;
- favorecer la estructuración y fortalecimiento del sistema de salud para

lograr una gestión eficiente, con resultados sustanciales en el corto plazo. Esto debe incluir el incremento de las capacidades locales, tanto de la sociedad civil como de las municipalidades y gobernaciones;

- promover la incorporación de los hombres en programas vinculados a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, articulando este proceso a las nuevas masculinidades, aspecto anotado especialmente en el ODM 3: Promover la equidad de género y el empoderamiento de la mujer;
- apoyar la expansión de las capacidades de la mujer, por medio de una mayor y mejor información, estrategia que debe articularse con el sistema educativo;
- promover el fortalecimiento y la continuidad de los recursos y el impulso a la ejecución del presupuesto destinado al Programa de Salud Sexual y Reproductiva del MSPBS. Esta política debe perseguir eficacia y eficiencia, acordes con las prioridades establecidas por el sistema de salud y llevar en cuenta las particularidades culturales;
- apoyar la promoción de información y orientación en salud sexual y reproductiva, así como el acceso a los servicios con calidad y a la elección informada de métodos de planificación familiar; y
- apoyar estrategias y acciones con el fin de articular y aumentar la atención en salud materna de mujeres indígenas, respetando su identidad cultural.

Combatir al VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Meta 7: Detener en el 2015 y empezar a invertir la diseminación del VIH/SIDA

Estimación del proceso de cumplimiento:
Progreso insuficiente

Meta 8: Detener en el 2015 y empezar a invertir la incidencia del paludismo y otras enfermedades endémicas

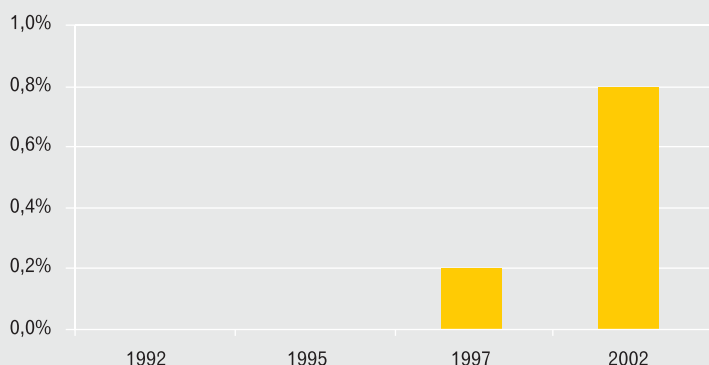
Estado de las condiciones de apoyo para el logro de las metas
Débil pero mejorando

1. VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual (ITS) y otras enfermedades endémicas (paludismo, tuberculosis). Diagnóstico y tendencias.

La prevalencia del VIH/SIDA en mujeres embarazadas ha aumentado de 0,2% en 2000 a 0,8% en 2002 al igual que en las trabajadoras sexuales –fue 0,6% en 2000 y 2,6% en 2002. A partir de estos datos se caracteriza a la epidemia como concentrada y se estima en 18.000 personas que viven con VIH en la población de 15 a 49 años a octubre de 2004. Esta estimación comparada con el número registrado para el mismo grupo de edad en la misma fecha indicó un subregistro de 80,0%. Resulta igualmente llamativa la notificación cada vez más frecuente de casos en regiones de la zona central del país.

Prevalencia de VIH entre mujeres embarazadas de 15 y más años, 1992 - 2002

Fuentes:
MSPBS - PRONASIDA



Crecimiento del VIH entre embarazadas

Por otra parte¹³, la tasa de prevalencia en el uso del condón entre las mujeres es baja. Fue de 10,5% en 2004, aunque era usado por 1,9% en 1990. Entre las mujeres jóvenes, de 15 a 24 años, la tasa de prevalencia en el uso del condón en la última relación sexual de los últimos tres meses fue 31,8% en 2004, resultado superior al 15,7% registrado en 1996. Sin embargo, en este mismo grupo etario, las mujeres que en 2004 tenían conocimiento espontáneo y conjunto de las tres formas de prevención del VIH/SIDA era de sólo 2,2%.

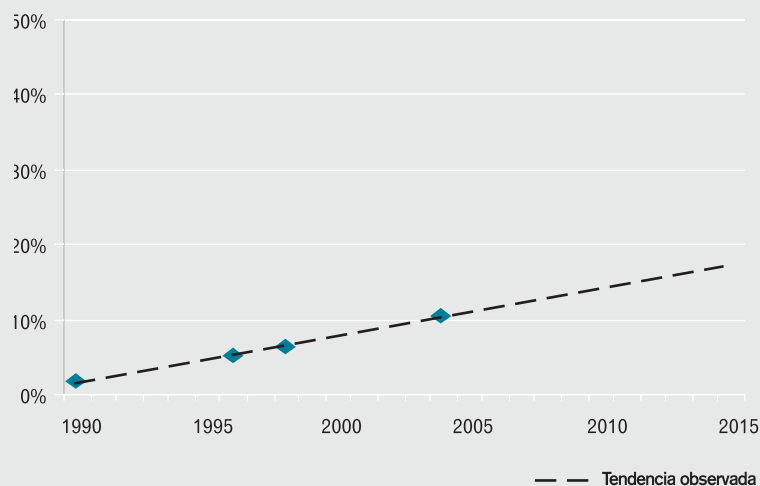
El paludismo o malaria es una enfermedad endémica. El país sufrió una epidemia en 1999, alcanzando el Índice Parasitario Anual (IPA) de 1,95 por mil. Desde 2002 volvió a los niveles endémicos, presentando 0,12 por mil de

¹³ Se utilizan, preferentemente, indicadores nacionales, a partir de una encuesta (ENDSSR 2004) dirigida exclusivamente a mujeres (CEPEP, 2005).

IPA en 2004. El problema está circunscrito a los departamentos del Centro-Oeste de la Región Oriental. Sólo se tiene transmisión autóctona de malaria y específicamente de malaria benigna. Se desconoce de muertes por malaria. En este caso se puede llegar a cumplir la meta inclusive antes de 2015.

*Baja
prevalencia
en el uso
del condón*

Prevalencia en el uso del condón en mujeres, 1990 - 2004



Paraguay cuenta con una prevalencia estimada de tuberculosis que impediría el cumplimiento de la meta. La incidencia registrada, o casos nuevos notificados, es menor a la estimada. Según ambas tasas, no se cumpliría la meta.

La tendencia para casos registrados de tuberculosis de todas las formas es bastante regular desde 1990 a la fecha, con ligero descenso hasta 2003, año de los últimos datos disponibles.

La OMS estimó para el 2003 un total de 4.115 casos, en tanto el país informaba 2.116. Esto equivale a 51,4% de lo estimado. El Chaco presenta la mayor proporción de casos, pero la mayor cantidad de casos –o notificaciones– se halla en el departamento Central y Asunción.

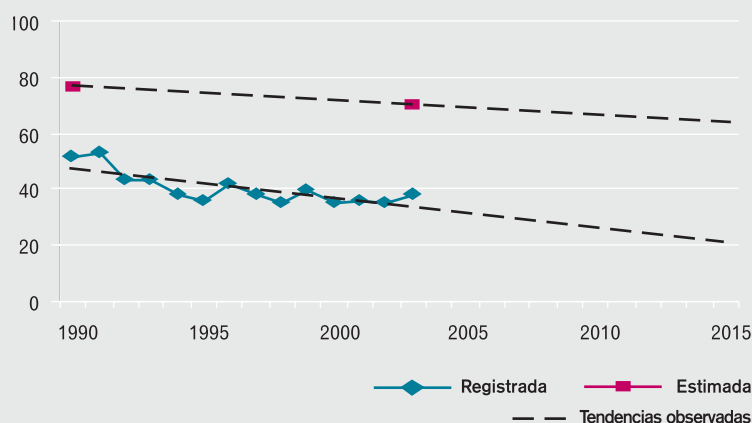
La tasa de mortalidad estimada es superior a la registrada. En 2003, la OPS/OMS estimó 13,0 muertes por mil personas, mientras el registro llegaba a 3,9. Aquella tasa es elevada y no parece estar asociada al VIH sino al diagnóstico tardío.

La probabilidad de éxito del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES/ DOTS) aumentó del 76,8% en 2000 a 81,7% en 2002. Sin embargo, este método llegó al 22,0% de los y las pacientes.

Como en los anteriores ODM, la ausencia de información sobre la población indígena revela niveles de exclusión en atención en salud.

Tasa, registrada y estimada, de incidencia de la Tuberculosis, 1990 - 2003

Fuentes:
MSPBS - PNCT y OMS - OPS



*Diferencias
sobre la
incidencia
de la TB*

2. Marco de apoyo: Políticas y programas

El Programa Nacional de Lucha contra el SIDA y las infecciones de transmisión sexual (PRONASIDA) es el rector del Plan Estratégico 2005-2009, que tiene por objetivo general reducir el impacto de la epidemia de ITS/VIH/SIDA.

El país ha hecho esfuerzos en el tratamiento que sin embargo fueron insuficientes en términos de proceso, cobertura, calidad, oportunidad y continuidad, y resultados. La integración de programas, instituciones y sectores es aún escasa y la problemática no es percibida como prioritaria en la agenda pública. Se carece de iniciativas que incorporen explícitamente a grupos vulnerables como el de las mujeres, con un rápido ritmo de contagio.

A partir de 1999 el Programa Nacional de Control de la Malaria del Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA) del MSPBS adecuó su estrategia al resto de los países de la región y las intervenciones realizadas hasta la fecha han permitido disminuir drásticamente el número de casos.

El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) se encuentra limitado por crisis de recursos humanos, insuficiente capacidad de gestión, así como las deficiencias en vigilancia y evaluación. En no menor medida, está afectado por un escaso compromiso político que se evidencia también en la débil articulación entre el programa y los servicios de salud. Tampoco se ha obtenido suficiente compromiso de parte de los profesionales sanitarios con el Programa, ni una suficiente movilización de las comunidades.

La implementación de la estrategia TAES/DOTS iniciada en el 2000 en dos departamentos del país, no se ha expandido suficientemente, y en 2003 sólo llegaba a 22,0% de los y las pacientes.

3. Desafíos para la reducción de la incidencia del VIH/SIDA y otras enfermedades endémicas

La expansión y fortalecimiento de los servicios de salud incidirá en la reducción de todas estas enfermedades.

La consideración del VIH/SIDA como factor importante en la agenda pública es un desafío mayor que se corresponde con el necesario fortalecimiento de la capacidad para que las iniciativas del país satisfagan las nuevas exigencias derivadas de la epidemia.

Este desafío comprende, entre otros factores, efectivizar la función rectora de las autoridades y fortalecer la infraestructura sanitaria, adquirir medicamentos y garantizar la calidad y apoyo de laboratorio. Del mismo modo, implica un mejor desempeño de las funciones esenciales de salud pública en la promoción, prevención y vigilancia, entre otros.

La menor capacidad de decisión de las mujeres las hace más vulnerables al VIH/SIDA, por lo cual la potenciación de sus derechos sexuales y reproductivos, así como su empoderamiento resultan necesarios.

Existe una estrecha relación entre el objetivo de reducir la morbilidad y mortalidad a causa del VIH/SIDA con los ODM 3 (Promover la equidad de género y el empoderamiento de la mujer), 4 (Reducir la tasa de mortalidad de la niñez) y 5 (Mejorar la salud materna).

La continuidad de los esfuerzos para el control del paludismo, con la disminución del número de casos, llevará a la posible eliminación de esta patología como problema de salud pública.

El mejoramiento de las estadísticas vinculadas con la tuberculosis, así como la expansión y fortalecimiento de la estrategia TAES/DOTS constituyen, entre otros, los retos mayores para el PNCT.

Para el logro de la meta se requiere de planificación de largo plazo que incluya integrar las acciones básicas del PNCT en los servicios de atención integral, además de fortalecer los sistemas de salud, especialmente la atención primaria.

Es necesario el mejoramiento de la gestión, expansión e implementación de la estrategia TAES/DOTS, considerando la escasa cobertura territorial actual y la necesidad de ampliar alianzas con instituciones públicas y privadas en forma descentralizada.

El desarrollo de programas y proyectos de atención en salud para poblaciones indígenas es urgente. En los mismos, es necesaria la incorporación de la perspectiva intercultural en el acceso a servicios de calidad.

4. Prioridades para la asistencia al desarrollo

El combate al VIH/SIDA, el paludismo y la tuberculosis será más efectivo con las siguientes, y otras eventuales líneas de acción:

- promover acciones para ampliar y fortalecer la cobertura de la red de servicios de salud, apoyando la descentralización y el mejoramiento en la gestión de los servicios;

- facilitar acciones para la continuidad en la asignación de recursos, técnicos y financieros, especialmente para la prevención y provisión de medicamentos;
- apoyar propuestas y estudios orientados a una mayor ponderación del VIH/SIDA/ITS y de la lucha contra la tuberculosis en la agenda pública;
- promover y fortalecer la asociación de los Programas nacionales con el sector privado, organizaciones comunitarias, ONGs y organizaciones de cooperación;
- favorecer el mantenimiento del nivel de esfuerzos en las intervenciones para el control del paludismo, apuntando a la eliminación de esta patología como problema de salud pública;
- promover el fortalecimiento de los sistemas de registro y seguimiento con el fin de disponer de estadísticas más precisas que permitan mejor monitoreo y evaluación de impacto;
- apoyar al desarrollo de programas y proyectos de atención a la población indígena, como un subsistema de salud específico, adecuado a su identidad cultural; y
- articular los programas de este objetivo con los ODM 3 (Promover la equidad de género y el empoderamiento de la mujer), 4 (Reducir la tasa de mortalidad de la niñez) y 5 (Mejorar la salud materna) buscando reducir la carga de morbilidad y mortalidad generadas por el VIH.

Asegurar la sostenibilidad del medio ambiente

Meta 9: Integrar los principios del desarrollo sustentable en las políticas y programas del país y revertir la pérdida y degradación de los recursos medioambientales

Meta 10: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas sin acceso sustentable a agua potable y a saneamiento básico.

Estimación del proceso de cumplimiento:
Progreso insuficiente

Estado de las condiciones de apoyo para el logro de las metas

Muy lenta mejoría

1. Asegurar la sostenibilidad del medio ambiente. Diagnóstico y tendencias

La expansión de la frontera agrícola impulsada por el modelo económico agroexportador, junto con la política de distribución de tierras boscosas para expandir la frontera agrícola, disminuyó de manera drástica la superficie boscosa nacional. Si bien la información respecto del área cubierta por bosques es heterogénea, las más optimistas señalan que, en la Región Oriental, los bosques eran 21,7% de la superficie, contra el 50% en 1945. En este mismo año, las estimaciones señalaban que 63,9% de la Región Occidental era todavía boscoso.

La deforestación impacta negativamente en las personas y el ecosistema. La tierra se erosiona y pierde productividad, el agua se contamina con mayor facilidad y el clima se modifica. La pérdida de bosques afecta a los medios de vida de quienes subsisten gracias a éstos. Las comunidades indígenas, por ejemplo, dependen en gran medida de estos recursos para su alimentación y como fuente de medicinas. El impacto sobre la economía del país es importante, considerando que durante siglos, los bosques han sido fuente de materia prima para la industria exportadora y la construcción.

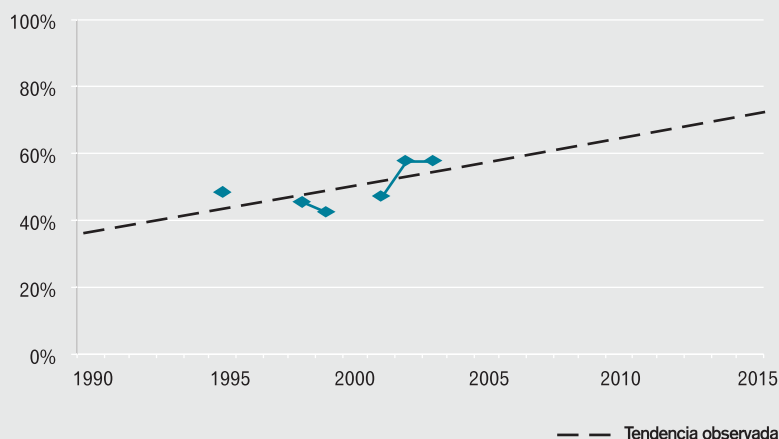
La destrucción de los ecosistemas ha puesto bajo amenaza a 137 especies de fauna y flora del Paraguay¹⁴. Sin embargo, es importante destacar que la superficie de áreas silvestres protegidas (ASP) ha ido aumentando sustantivamente al incorporar dos reservas de la biosfera en su contabilidad. En 2002, el total de la superficie protegida era 4,1% y pasó a 6,4% en 2005 pero con la inclusión de las reservas de la biosfera se alcanzaba 14,5% del país bajo algún tipo de protección para la conservación.

Por otra parte, la proporción de población que utiliza combustibles sólidos como carbón y leña para cocinar ha aumentado de 48,1% en 1995 a 57,9% en 2003, con diferencias extremadas por área de residencia y condición social. En el último año de referencia lo utilizaba 36,5% de la población urbana –el doble que en 1995– y 85,4% de la rural. Por otra parte, el combustible vegetal era usado por 44,1% de la población no pobre y 77,5% de la pobre. Resulta especialmente preocupante el incremento del consumo urbano y de la población no pobre, además de la tendencia general. Todos estos indicadores conllevan perniciosos efectos sobre los bosques.

¹⁴ Como puede verse en 2004. UICN *Red List of Threatened Species*, en www.redlist.org

Población que usa combustibles sólidos para cocinar, 1995 - 2003

Fuente: DGEEC



Crecimiento del uso de combustibles sólidos para cocinar

¹⁵ Este indicador nacional es sustituto de "agua mejorada" utilizado inicialmente. En toda la región del Cono Sur se utilizó siempre agua potable que, en las metas nacionales gubernamentales, devino en abastecimiento de agua con conexión domiciliar o agua potable en red.

¹⁶ El criterio de abastecimiento con red y conexión domiciliar para el área rural puede no ser lo más adecuado. En el área rural, la utilización de pozos con bombas o pozos protegidos puede ser una buena alternativa de abastecimiento. Si se considera el abastecimiento de ESSAP, SENASA, red privada y pozos con bomba, en 2003, la cobertura en el área rural alcanzaría 50,5% de la población, muy por encima del 29,8% de cobertura actual.

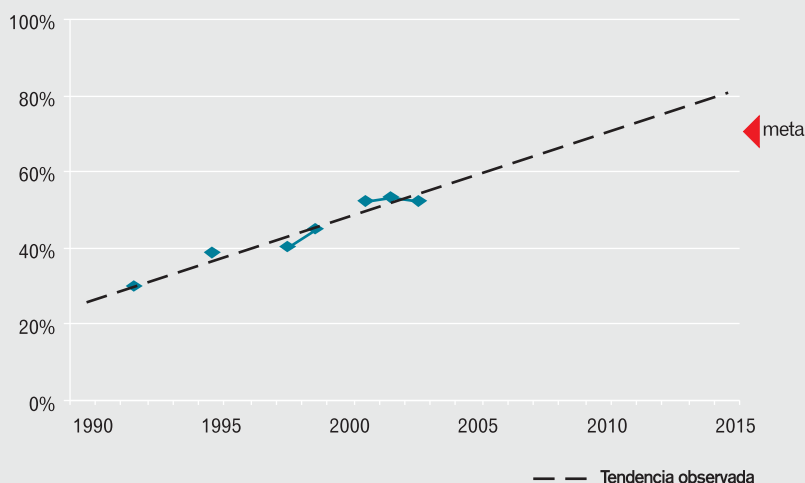
Asimismo, dadas sus condiciones de vida, la población indígena usa casi exclusivamente combustibles sólidos para la preparación de sus alimentos.

Debe notarse, sin embargo, que el mayor impulso a la deforestación en años recientes ha sido la expansión de la frontera agrícola-ganadera. Los favorables precios y la demanda de mercado de materia prima han impulsado la expansión del modelo productivo basado en la mecanización y "limpieza" de áreas remanentes de bosque para la producción de soja, maíz, trigo y girasol principalmente. La expansión de la agricultura ha incentivado el crecimiento de la producción ganadera a la Región Occidental, donde se encuentran los remanentes más extensos de bosques primarios.

La meta de reducir a la mitad la proporción de personas carentes de abastecimiento de agua (potable) con conexión domiciliar¹⁵ sería alcanzada¹⁶. Si bien la población cubierta pasó de 29,8% en 1992 a 58,7% en 2003, en el último año disponían del servicio 79,1% de las personas del sector urbano y 32,5% del rural. Un 62,6% de la población no pobre disponía del servicio, en comparación con el 53,1% de la población de menores recursos. El mayor crecimiento de la cobertura para la población pobre se explica por el rápido incremento reciente.

Población con acceso a agua (potable) en red, 1992 - 2003

Fuente: DGEEC



Sostenido crecimiento del abastecimiento de agua (potable) con conexión domiciliar

El promedio nacional es muy diferente al de la población indígena, en la cual se percibe un empeoramiento de las condiciones de vida. En 2002, sólo 3,0% accedía al agua potable, sin asimetrías por sexo, aunque con una enorme distancia por área de residencia: 21,3% en la urbana y apenas 1,2% en la rural, si bien se debe notar que 91,5% de la población indígena reside en el campo.

La cobertura de saneamiento básico¹⁷ es baja y no ha habido avances significativos. En 1992 fue 7,2% y en 2003 alcanzó 21,6%, con marcadas diferencias por área y condición social. En 2003, un 17,6% de la población urbana y 26,8% de la rural disponían del servicio; también 30,5% de la población no pobre y 9,1% de la pobre. Con este indicador no se cumple la meta en la mayoría de los casos.

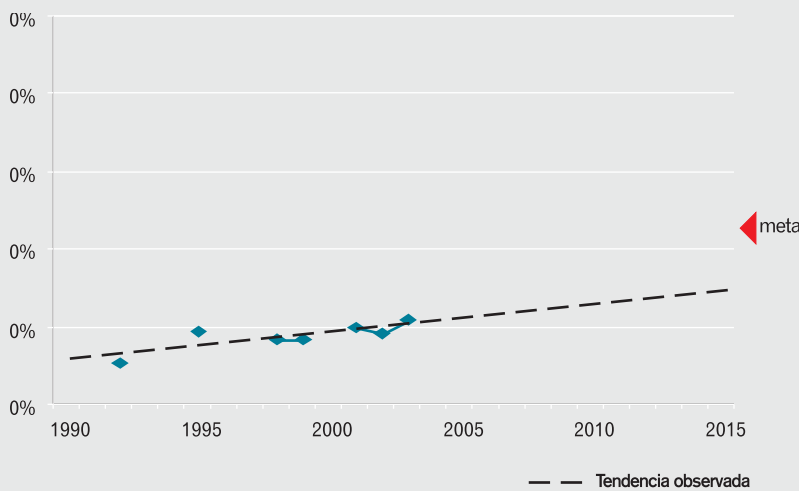
Aún peor es la situación indígena: apenas 1,1% de esta población cuenta con saneamiento básico y sin diferencias por sexo ni por área de residencia.

Resumiendo: según las tendencias, difícilmente se logrará un sustantivo mejoramiento en el acceso al agua potable y al saneamiento básico para el 2015, especialmente en el seno de la población rural. La exclusión de la población indígena de los servicios básicos es casi absoluta.

¹⁷ El indicador original fue "saneamiento mejorado" transformado en saneamiento básico en las metas de los ODM y en las nacionales gubernamentales; con diferentes indicadores por área, lo cual explica la excepcional mayor cobertura rural que urbana en este único caso. Se define saneamiento básico a la deposición de efluentes cloacales mediante la utilización de los siguientes sistemas sanitarios: inodoro conectado a red pública en el área urbana, e inodoro conectado a pozo ciego (con o sin cámara séptica) en áreas rurales.

Crecimiento lento del acceso a saneamiento básico

Población con acceso a saneamiento básico, 1992 - 2003



Fuente: DGECC

El impacto del mayor acceso al agua y saneamiento, como ya ha sido señalado, afecta positivamente a otros objetivos, como por ejemplo, el ODM 4: Reducción de la mortalidad de la niñez.

En las encuestas de hogares se encuentran indicios de que las mujeres jefas de hogar están más predispuestas que los jefes a invertir en el hogar, incluyendo en servicios de agua potable, recolección pública de basura, uso de combustibles no vegetales para cocinar, como el gas.

Por otra parte, el mejoramiento de estos indicadores es fundamental para las mujeres, debido a que contribuye a aumentar su productividad en el hogar, posibilitando su disponibilidad para el trabajo remunerado y su participación política y social.

2. Marco de apoyo: Políticas y programas

La debilidad del marco jurídico e institucional, así como una gestión ambiental ineficiente son las principales explicaciones para la drástica disminución del área boscosa nacional. Sin embargo, se ha avanzado en la institucionalización de la problemática, ya que fueron creadas diversas instancias planificadoras, de vigilancia y control. Se creó el Sistema Nacional del Ambiente, compuesto por la Secretaría del Ambiente (SEAM) y el Consejo Nacional del Ambiente (CONAM) que nuclea a varios ministerios, gobiernos subnacionales, ONGs, gremios productivos y otros sectores.

Recientemente se ha adoptado la Política Ambiental Nacional (PAN, mayo de 2005) y la Estrategia Nacional y Plan de Acción para la Conservación de la Biodiversidad del Paraguay (2004-2007) que actualmente tiene como uno de sus ejes la descentralización de la SEAM.

Desde 2004, está vigente la Ley No. 2524 “de prohibición en la región oriental de las actividades de transformación y conversión de superficies con cobertura de bosques”. Esto significó una drástica caída de la deforestación. Sin embargo, la norma no es cumplida a cabalidad, incentivando acciones fuera de la ley.

En los últimos cinco años, se observó un incipiente proceso de interacción entre el sector público y el privado en lo concerniente a la conservación, manejo y administración de las ASP. En efecto, algunos parques nacionales cuentan con un comité de gestión en funcionamiento, conformado por actores locales que participan en la toma de decisiones relacionada con cada área.

Los programas de extensión de los servicios de agua potable y saneamiento continúan su lenta expansión, contando con el importante financiamiento del BID y del BM, y el mantenimiento de subsidios en las tarifas. También ha sido relevante la participación comunitaria a través de proyectos implementados por el SENASA en el ámbito rural, el más deficitario. Actualmente el organismo encargado de la rectoría del sector no se ha estructurado. Por tanto, sigue el problema de la falta de determinación de políticas y planes.

Tampoco se ha fortalecido suficientemente el Ente Regulador de los Servicios Sanitarios (ERSSAN) lo cual dificulta el control en cuanto a la calidad de los servicios prestados a la población. Paralelamente, el sector privado ha venido expandiéndose a áreas sin cobertura y con capacidad de pago: en 2002 abastecían a 14,3% de la población. Aunque se reconozca más fácilmente las desigualdades de prestación del servicio en el área rural, también las áreas periurbanas sufren estas disparidades, si bien por el sistema estadístico disponible resulta imposible identificarlas ni cuantificarlas.

3. Desafíos para la sostenibilidad del medio ambiente

El modelo económico agroexportador vigente en las últimas décadas impactó negativamente en la sostenibilidad ambiental del país, que junto con la desigual distribución de la tierra y las altas tasas de fecundidad presionaron en exceso las posibilidades de los recursos naturales. En este sentido,

hasta tanto no exista un cambio en el modelo productivo y en el mercado de tierras, no será posible realizar transformaciones estructurales en el sector y por lo tanto, este objetivo será de difícil cumplimiento. Para las ASP, el desafío principal es la administración. Esto es, la conservación y utilización sostenible de la diversidad biológica.

Por otro lado, es necesario definir un marco regulatorio e institucional que incentive el manejo privado eficiente de los recursos naturales públicos. Las políticas públicas ambientales requieren una participación social activa en lo que se refiere al manejo de los desechos, del uso del agua y el cumplimiento cabal de la normativa vigente.

El logro de una gestión más eficaz de conservación, preservación y uso sostenible de los recursos naturales depende del fortalecimiento institucional de la SEAM, del Sistema Nacional Ambiental y del CONAM, incluyendo la definición y puesta en práctica de la política ambiental con suficientes partidas presupuestarias.

Estos logros dependen de la incorporación plena de los conceptos de conservación y uso sostenible de los recursos naturales en los planes y programas nacionales de desarrollo y la gestión gubernamental en todas sus dimensiones.

Recientemente, en agosto de 2005, se firmó el “Pacto Social para la Conservación del Bosque Atlántico del Alto Paraná”, con el objetivo de implementar mecanismos tendientes a la recuperación y conservación del mismo. El emprendimiento de la Vicepresidencia de la República, la SEAM, de agencias internacionales, además de representantes del sector rural empresarial y campesino constituye un ejemplo de articulación de instituciones y sectores.

El aumento de la cobertura y el aseguramiento de la calidad en los servicios de agua potable y saneamiento constituyen un desafío mayor del sector. El mejoramiento de estos indicadores afecta en particular a las mujeres; ya que contar con esos servicios podría aumentar su productividad en el hogar, incrementando su tiempo para otras actividades. Asimismo, estos procesos deben prevenir la contaminación del agua y del suelo.

Igualmente importante es la necesidad de mejor estructuración del ente rector del sector que definiría las políticas y programas sectoriales en materia de agua potable y saneamiento, para contar con una gestión efectiva en el marco de una planificación estratégica y la política de financiamiento sectorial.

En esta definición de políticas deberían consolidarse como ejes transversales la descentralización de servicios y administración, la focalización de los subsidios a sectores de menores recursos y la participación comunitaria.

El deterioro del medio ambiente afecta a hombres y mujeres de manera diferente. Las mujeres, al ser responsables principales de las actividades domésticas sufren de manera particular la falta de agua potable y de combustibles inadecuados para la cocina, ya que incrementa el tiempo de trabajo en el hogar. La erosión de la tierra disminuye su capacidad productiva y afecta a las posibilidades del hogar de contar con los recursos alimenticios necesarios, impactando de esta manera sobre los niveles nutricionales de la familia.

Por otro lado, la contaminación está asociada con diversos problemas de salud en toda la población expuesta, con mayor incidencia en la población

más vulnerable como niños y niñas, mujeres embarazadas, ancianos y ancianas.

La falta de acceso de las parejas a métodos anticonceptivos incrementa el crecimiento poblacional, lo cual incide, entre otros factores, sobre los recursos naturales y contribuye al deterioro ambiental.

Para la población indígena, el medio ambiente es un elemento sustantivo y vital. La protección de sus tierras y bosques, así como las opciones productivas, son desafíos de fundamental importancia.

4. Prioridades para la asistencia al desarrollo

Entre distintas acciones para asegurar la sostenibilidad del medio ambiente, se anotan las siguientes líneas de cooperación:

- promover la incorporación de la perspectiva de género en la política ambiental actual, dado que ésta es una de las cuestiones de significativo impacto sobre el bienestar de la familia y de las mujeres en particular;
- apoyar la definición y puesta en práctica de una política ambiental nacional fortaleciendo la institucionalidad del sector y su marco normativo, con mecanismos de concertación entre instituciones públicas y privadas;
- promover una amplia participación ciudadana en la gestión ambiental;
- apoyar la ampliación de la adquisición y titulación de tierras destinadas a conservación y como áreas protegidas para su manejo sostenible, incluyendo las tierras de indígenas o destinadas a ellos;
- promover la profundización de la descentralización de la gestión ambiental para lograr una aplicación gradual de las normas que afectan a los sectores productivos, sobre todo al industrial;
- apoyar los emprendimientos vinculados con el manejo apropiado de las ASP;
- fomentar la valoración de los recursos naturales y los servicios ambientales y fortalecer institucionalmente a los programas de agua potable y saneamiento;
- capacitar los recursos humanos de las instituciones gubernamentales y de la sociedad civil, potenciando la participación de la sociedad en planes y programas ambientales;
- fomentar la búsqueda de modelos de producción y actividades del sector privado que tiendan a la sostenibilidad;
- apoyar la estructuración del ente rector del sector agua y saneamiento, incluyendo la definición de sus políticas. Esto debe contribuir al aumento de cobertura de agua potable y saneamiento básico, la vigilancia de la calidad del agua y la delimitación de áreas servidas por los proveedores. Estas políticas deberían mantener la participación comunitaria, así como la expansión de servicios a la población de menores recursos como la rural, la periurbana y la indígena;
- promover el fortalecimiento de ERSSAN y SENASA tanto en el nivel institucional como en recursos humanos;

- apoyar a emprendimientos de inversión pública y privada en agua y saneamiento, teniendo presente la sostenibilidad financiera de las inversiones;
- expandir la cobertura y calidad de los servicios de agua potable y saneamiento básico para la población indígena con las consideraciones culturales y de financiamiento pertinentes; e
- implementar programas de información y concienciación sobre la necesidad de contar con agua segura y un ambiente sano, a nivel nacional, regional y local, con énfasis en las áreas rurales, periurbanas e indígenas.

Fomentar una asociación global para el desarrollo

Meta 13: Atender las necesidades especiales de los países sin litoral y de los pequeños Estados en desarrollo.

Meta 15: Abordar en todas sus dimensiones, el problema de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de que la deuda sea sostenible a largo plazo.

Meta 16: En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que

proporcionen un trabajo digno y productivo a los jóvenes.

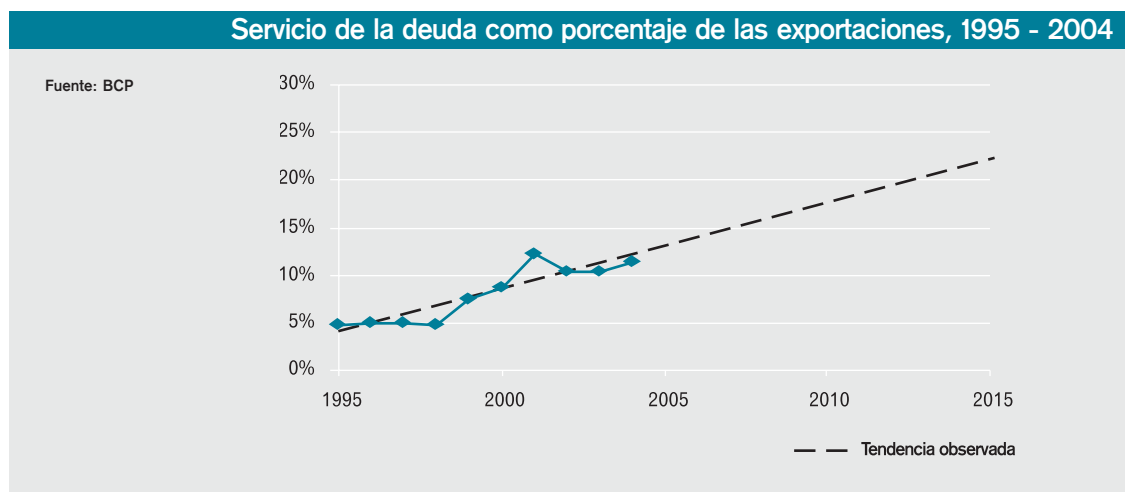
Meta 18: En cooperación con el sector privado, dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las de información y comunicaciones.

Estimación del proceso de cumplimiento:
No corresponde

1. Asociación global para el desarrollo. Diagnóstico y tendencias

Pese a los avances en el registro y en las orientaciones vinculadas con la Asistencia Oficial para el Desarrollo (AOD), se requieren aún mayores precisiones en la estimación y líneas estratégicas.

El servicio de la deuda como porcentaje de las exportaciones se ha duplicado en el transcurso de una década: de 4,8% en 1995 a 11,3% en 2004, con tendencia a aumentar. En 2003, el país cayó en default selectivo –esto es, pago parcial de los compromisos– pero se recuperó al año siguiente.



Aumento del servicio de la deuda

Son necesarias medidas de control del endeudamiento y de la eficiencia del mismo. Efectivamente, la experiencia reciente demuestra que de no darse cambios rápidos y sustantivos, el pago de la deuda externa provocará problemas mayores tanto en el corto como en el mediano plazo.

El desempleo abierto de la población joven de 15 a 24 años supera ampliamente los promedios nacionales y es uno de los graves problemas juveniles. De 1992 a 2003, el desempleo juvenil se cuadruplicó, pasando de 3,9% a 15,3% y afectando de manera particular a las mujeres, a los jóvenes urbanos y a los pobres.

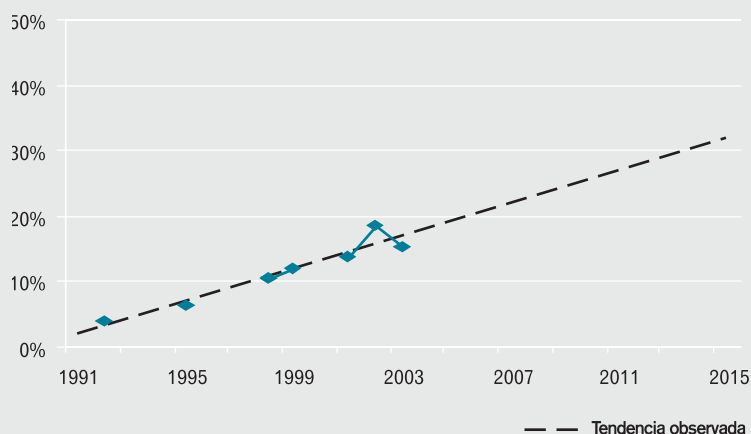
Una de las razones de esta problemática es la creciente migración rural al área urbana, así como desde pequeños centros urbanos hacia otros mayores, especialmente de jóvenes que buscan insertarse en el mercado laboral. Este desgranamiento explica parcialmente el bajo desempleo rural.

En este período 1992- 2003, el desempleo de las mujeres se septuplicó, pasando de 2,9% a 20,5% frente al de los varones que se triplicó: pasó de 4,2% a 12,1%, respectivamente. Asimismo, la subvaloración del aporte económico de la juventud campesina estaría en parte vinculada al hecho de que las mujeres realizan labores productivas en el hogar pero éstas no son registradas económicamente.

También debe considerarse a la juventud “desalentada” para la búsqueda de trabajo que ya no lo busca por el costo de hacerlo, o porque carece de expectativas de encontrarlo. Este segmento se declara inactivo y “desaparece” de las estadísticas de desempleo abierto.

Alto crecimiento del desempleo juvenil

Desempleo abierto de la población de 15 a 24 años, 1992 - 2003



Fuente: DGEEC

La expansión de las tecnologías de la información y comunicación (TICs) ha constituido un factor de cambio social. Se han verificado elevadas disparidades según su tenencia en el hogar, aunque en contrapartida, se dio la proliferación de cabinas públicas telefónicas y conectadas a Internet.

En 2003, dada la ineficiencia de la telefonía estatal, 16,6% de la población disponía de teléfono fijo en sus hogares en comparación a 9,4% en 1992. Este recurso cubría a 28,2% de la población urbana y 1,8% de la rural. Correspondientemente, llegaba a 25,5% de la no pobre y 4,0% de la pobre. Aún así, de la población indígena, 0,2% accedía a este recurso.

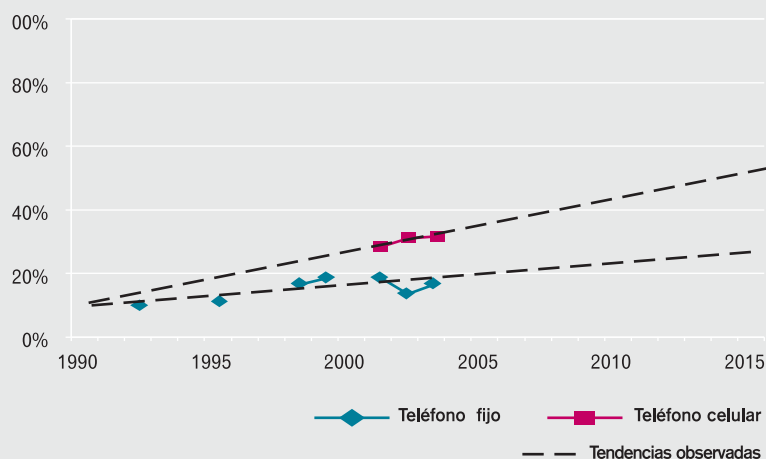
La situación fue diferente para el teléfono celular: de 5,0% en 1999 a 31,7% de población con este servicio en el hogar en 2003. Este último año, el teléfono celular estaba disponible para 42,1% de la población urbana y 18,4% de la rural; mientras tanto llegaba a 41,4% de la no pobre y 18,0% de la pobre.

La situación de la población empeora al considerar su acceso a computadora personal e Internet en el hogar. En 2003, 6,5% de la población nacional disponía de computadora personal con significativas y similares asimetrías por área de residencia y condición social. Cuentan con el recurso el 10,9% de la población urbana y la no pobre, versus 0,9% de la rural y 0,3% de la pobre.

Población con teléfono fijo o celular en el hogar

*Limitado
acceso al
teléfono*

Fuente: DGEEC



En el caso de la conexión a Internet domiciliaria, se repite lo ya apuntado precedentemente. En 2001 apenas 1,0% de la población contaba con Internet en el hogar y en 2003, 1,8%. En este año, accedía a la red 3,2% de la población urbana y 3,0% de la no pobre mientras que la población rural y la pobre carecían de ella.

La población indígena, en los indicadores sobre las TICs, muestra, otra vez, su condición de exclusión.

2. Marco de apoyo: Políticas y programas

La deuda externa requiere de tratamiento y políticas de mediano y largo plazo tendientes a una mejor gestión, además de una mejor aplicación y rendición de cuentas que disminuyan los niveles de corrupción. La centralización de la información sobre inversión pública en la Unidad Coordinadora de Inversión Pública (UCIP) del Ministerio de Hacienda es un significativo avance.

En relación con el empleo juvenil se anota que el esfuerzo más consistente desde el sector público, consistió en la implementación de reformas en la Educación Media, modificando programas humanistas e incorporando contenidos técnicos enfocados a una inserción laboral.

La Ley 1652 de 2000 creó el Sistema Nacional de Formación y Capacitación Laboral con el objetivo de generar oportunidades de formación y capacitación en diversas modalidades, así como preparar y mejorar la calificación de personas en todos los niveles ocupacionales. En la primera etapa, el Sistema contó con préstamos externos y recursos del Estado. Hasta el momento no se ha evaluado el impacto de este emprendimiento.

Asimismo, con la Ley 1980 de 2002 del Primer Empleo, destinada a favorecer la inserción laboral juvenil, no han sido desarrollados programas ni incentivos que impulsen su cumplimiento. Tampoco cuenta con enfoque de género, característica que se requiere para evitar la continuidad de sesgos de género en el mercado laboral juvenil.

La instancia que lleva adelante las políticas de juventud es el Viceministerio de la Juventud, que depende del MEC. A través de la STP y el Viceministerio de la Juventud, en alianza con otras organizaciones de la sociedad civil, se ha conformado la Red YES de Paraguay. Dicha instancia busca articular esfuerzos que favorezcan la empleabilidad y el emprendedurismo de jóvenes. Existen otras oficinas en ministerios y secretarías de Juventud en gobernaciones y municipalidades, pero estos esfuerzos carecen de suficientes recursos, humanos y financieros para generar un positivo y relevante impacto.

Poco se ha implementado del Plan Nacional para el Desarrollo de la Sociedad de la Información (PNSI, 2002-2005) presentado en Junio de 2002. Contaba con cuatro programas: i) desarrollo de la infraestructura de acceso a las redes, ii) desarrollo del gobierno electrónico, iii) educación y capacitación del capital humano nacional; y iv) promoción del comercio electrónico y de la industria del conocimiento.

La Comisión Nacional de la Sociedad de la Información (CNSI) ha priorizado recientemente el gobierno electrónico y la lucha contra la pobreza. La infraestructura vinculada con el sector estatal se desarrolla aún lentamente. Por otra parte, las TICs se encuentran fundamentalmente en la dinámica del ámbito privado. Las ONGs y las universidades aún carecen de una visión o estrategia sobre la SI. En todos los casos, la SI es vista en el país preferentemente como el acceso y uso de TICs, antes que una SI como concepto integrado con la noción de ciudadanía.

3. Desafíos para la generación de una sociedad global para el desarrollo

Resulta necesario el mejoramiento de la información vinculada con la AOD, así como establecer una política nacional e internacional proactiva y más eficaz en relación con la misma. Esto debe vincularse con la de condonación y canje de deuda, la política de los países en vías de desarrollo y sin litoral, además de estrategias de comercio internacional tanto en el MERCOSUR como fuera del mismo.

El fortalecimiento de la articulación de la cooperación externa y con los organismos prestatarios internacionales también es oportuno. Esto incluye la elaboración de políticas vinculadas con el endeudamiento externo y el mejor seguimiento y evaluación de los resultados de los préstamos.

También corresponde mejorar el registro de la información sobre el endeudamiento externo como sobre la AOD.

La rendición de cuentas sobre la política de endeudamiento y de sus resultados a la ciudadanía es otra tarea pendiente.

Para el tratamiento de la problemática juvenil en general –incluyendo al empleo– y su transversalización a todos los niveles del Estado es fundamental que el Viceministerio de Juventud se convierta en una Secretaría de la Juventud. Esta debe ser una institución con alto nivel técnico que coordine y sea la responsable del diseño e implementación de las políticas de juventud. Actualmente, el Viceministerio, junto con la Red de Juventud del Paraguay, está llevando adelante un proyecto con participación de la sociedad

civil, con el objetivo de la elaboración de una Ley y un Plan Nacional de Juventud del Paraguay. En las políticas y programas de dicha Secretaría deberá tener prioridad la definición de una política integral para incrementar el empleo juvenil, en cantidad y calidad.

La disminución de los sesgos de género en la educación básica, de manera que las niñas puedan tener una inserción menos vinculada a las carreras que responden a los patrones tradicionales de división del trabajo, también es necesaria.

Debe incorporarse a los indicadores de este ODM la calidad del empleo juvenil, y categorías tales como subempleo, desempleo abierto y oculto, y la discriminación de ingresos en virtud de la edad. Estas categorías son de fundamental importancia dado el alto nivel de informalidad de la economía paraguaya.

Otro desafío importante es recoger las recomendaciones realizadas por organismos internacionales, como CINTERFOR, la oficina especializada en formación profesional de la OIT que ha realizado estudios y definido estrategias a implementarse en el país.

El acceso a las TICs es clave para la SI pero también requiere de la capacidad de utilizarlas en forma pertinente. La expansión de su acceso y utilización deben verse como crecimiento de ciudadanía en el mundo digital.

La expansión de la conectividad tiene el reto de la inclusión para evitar que la tecnología ensanche las brechas digitales. Esto es, políticas y programas favorables al sector rural, a instituciones educativas y sectores sociales menos favorecidos. Estas medidas deben contemplar alianzas con el sector privado.

En todas estas estrategias y medidas, debe mantenerse el enfoque de género para evitar la continuidad de sesgos excluyentes.

4. Prioridades para la asistencia al desarrollo

Las líneas de acción siguientes, sin ser exhaustivas, podrían contribuir a una asociación mundial para el desarrollo:

- establecer lineamientos de políticas precisas sobre la AOD, políticas como país en vías de desarrollo y sin litoral, el manejo de los créditos externos y el endeudamiento;
- mejorar la coordinación de organismos cooperantes;
- establecer instrumentos de seguimiento y evaluación de la cooperación y los préstamos externos;
- promover la utilización de indicadores específicos y pertinentes que permitan saber si la asistencia al desarrollo contribuye o no a la eliminación de las brechas de género;
- favorecer la creación de una cultura de rendición de cuentas;
- apoyar la planificación e implementación de programas, planes y proyectos exitosos en la región. Estos deben orientarse a la disminución del desempleo y subempleo, con énfasis particular en aquellos grupos espe-

cialmente excluidos del mercado laboral como las mujeres jóvenes, personas adultas mayores y personas pobres;

- promover la incorporación efectiva de la perspectiva de género en los emprendimientos tendientes a aumentar el nivel de empleo de la juventud, especialmente al primer empleo;
- fortalecer las funciones relativas al empleo juvenil en las instituciones que tienen responsabilidades como el Viceministerio de Juventud, la Red YES, etc.
- apoyar las medidas del Sistema Nacional de Formación y Capacitación Laboral con una articulación especial para la juventud;
- apoyar la evaluación y renovación del PNSI y el fortalecimiento de la CN-SI con programas que les den mayor influencia, especialmente en la vinculación con la lucha contra la pobreza y el gobierno electrónico;
- promover la consideración de las radios comunitarias y otros recursos usualmente no asociados a las TICs como recursos constitutivos de la SI y la ciudadanía; y
- favorecer la articulación entre el PNSI y el sector privado, así como de aquellos programas orientados a la mayor inclusión de sectores desfavorecidos.

IV

Conclusiones

Un análisis conjunto del proceso de cumplimiento de los ODM, como de sus correspondientes metas internas, indica primariamente la existencia de escenarios poco favorables para su concreción en casi toda América Latina y el Caribe. Paraguay no es la excepción.

Paraguay y otros países latinoamericanos y caribeños, se ven constreñidos por diversos factores históricos, estructurales y regionales en marcha hacia los ODM. No obstante, existen metas en proceso de Progreso compatible hacia el cumplimiento. Otras experimentan un Progreso insuficiente. Cabría esperar el cumplimiento de estas últimas en la medida que se constituyan en prioritarias mediante decisiones políticas y reciban la correspondiente asignación de recursos para financiar políticas públicas adecuadas. Varias de estas metas de Progreso insuficiente han sido consideradas con especial interés por el Gobierno de Paraguay. Por esta razón, el mismo ha fijado metas intermedias, para 2008 y/o 2011, como testimonio de su compromiso.

Para enfrentar tanto el ODM de la pobreza así como los otros, el país requerirá de la efectiva implementación de una estrategia contra la pobreza

y la desigualdad, una concertación social y política amplia entre distintos sectores del gobierno y la sociedad, un pacto fiscal, un mecanismo presupuestario que asegure la disponibilidad de recursos, la participación ciudadana, y el apoyo de la cooperación internacional. Esto permitiría otorgar efectiva prioridad a los ODM, ejecutar las políticas públicas y hacerlas sostenibles y oportunas.

El cumplimiento de las metas de los ODM debe constituirse en el marco común de toda la estrategia de desarrollo del Estado –y no solamente de este gobierno– de las organizaciones de la sociedad civil, del empresariado y otras organizaciones sociales. Asimismo, el logro de las metas significará el cumplimiento efectivo de los derechos de las personas y de la colectividad paraguaya, en sus expresiones más diversas.

En última instancia, el cumplimiento de los ODM representa una búsqueda de la vigencia efectiva de los derechos humanos, principalmente de los derechos sociales. Esto es especialmente significativo para los grupos más vulnerables –como por ejemplo los indígenas– para quienes los derechos fundamentales se presentan esquivos.

Estimación del proceso de cumplimiento de Metas y Objetivos de Desarrollo del Milenio

	Objetivos	Metas	Proceso de cumplimiento	
			Metas	Objetivos
1	Erradicar la extrema pobreza y el hambre	<p>1: Reducir a la mitad la proporción de personas en extrema pobreza.</p> <p>2: Reducir a la mitad el porcentaje de personas que sufren hambre.</p>	<p>Progreso insuficiente</p> <p>Progreso compatible</p>	Progreso insuficiente
2	Lograr la educación primaria universal	3: Asegurar que todos los niños y niñas tengan la posibilidad de completar la educación primaria.	Progreso compatible	Progreso compatible
3	Promover la equidad de género y el empoderamiento de la mujer	4: Eliminar la disparidad de género en la educación primaria y secundaria, preferentemente para 2005, y en todos los demás niveles educativos para 2015.	Progreso compatible	Progreso compatible
4	Reducir la tasa de mortalidad de la niñez	5: Reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de niñas y niños menores de 5 años.	Progreso insuficiente	Progreso insuficiente
5	Mejorar la salud materna	6: Reducir en tres cuartos la tasa de mortalidad materna.	Progreso insuficiente	Progreso insuficiente
6	Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	7: Haber detenido y comenzado a invertir la propagación del VIH/SIDA.	Progreso insuficiente	Progreso insuficiente
		8: Haber detenido y comenzado a invertir la incidencia del paludismo y otras enfermedades [tuberculosis] graves.	Progreso rápido en paludismo y Progreso insuficiente en tuberculosis	
7	Asegurar la sostenibilidad del medio ambiente	9: Integrar los principios del desarrollo sustentable en las políticas y programas del país e invertir el proceso de pérdida de los recursos ambientales.	Progreso insuficiente	Progreso insuficiente
		10: Reducir a la mitad la proporción de personas sin acceso a agua potable y saneamiento básico.	Progreso insuficiente	

Notas:

1) Las metas comprenden 1990-2015, a menos que se indique otro lapso.

2) No se incluye el ODM 8 porque el mismo carece de metas cuantificadas y con tiempo de cumplimiento

Situación de los procesos	Definición
Progreso insuficiente	Inferior al esperado de acuerdo al tiempo transcurrido y que también se refiere a países que registraron un retroceso
Progreso compatible	Progreso compatible con trayectoria de cumplimiento de la meta
Progreso rápido	Mayor probabilidad de logro del objetivo que el caso anterior y países que ya lo han alcanzado

Criterios basados en: CEPAL, 2005. *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe*, junio, p. 262.

Es imprescindible el fortalecimiento de la capacidad nacional de seguimiento y evaluación de las políticas, programas y proyectos orientados a las metas de los ODM. Esto es aún más cierto si se considera que el país cuenta con metas intermedias, e incluso con la estimación de costo de las mismas.

Paraguay presenta características diversas en los criterios de capacidad de seguimiento y evaluación, según las metas. En general, se cuenta con buena capacidad de recopilación de la información, la cual es de calidad; aunque con las insuficiencias en salud y medio ambiente. Sin embar-

go, el país carece de la capacidad de incorporar esos buenos datos estadísticos a las decisiones políticas. Los mecanismos de seguimiento y evaluación fluctúan entre una capacidad media e insuficiente.

Todo lo apuntado anteriormente se corresponde con las líneas de cooperación señaladas en este informe. Es decir, las diferentes capacidades y/o mecanismos de seguimiento y evaluación son las instancias a fortalecer o mejorar según las características encontradas. Seguidamente, se presenta la evaluación correspondiente a cada una de las metas analizadas.

Metas de los ODM (abreviadas)	Capacidad de recopilación de datos	Calidad de la información reciente	Capacidad de seguimiento estadístico	Capacidad de análisis estadístico	Capacidad incorporar estadísticas a políticas y recursos	Mecanismos de seguimiento y evaluación
1: personas en extrema pobreza.	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Medio	Medio
2: personas que padecen hambre.	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente
3: educación primaria universal.	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Medio	Medio
4: disparidad de género en la educación	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Medio	Medio
5: mortalidad de menores	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente
6: tasa de mortalidad materna.	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente
7: VIH/SIDA	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente
8: el paludismo y tuberculosis	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente
9: desarrollo sustentable	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente	Insuficiente
10: agua y saneamiento	Bueno	Bueno	Bueno	Medio	Medio	Medio
15: deuda de los países en desarrollo.	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Medio	Medio
16: trabajo decente y productivo de jóvenes	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno	Insuficiente	Insuficiente
18: tecnologías de información/comunicación	Bueno	Bueno	Bueno	Medio	Medio	Medio

Nota: Las opciones son Bueno, Medio e Insuficiente.

El escenario global de los ODM en Paraguay indica que tanto las metas de Progreso compatible con el cumplimiento, como las de Progreso insuficiente requerirán de un esfuerzo sostenido e importante. El logro de las metas pendientes dependerá de un crecimiento económico de calidad, el incremento en volumen y eficiencia del gasto social, de políticas de Estado de mediano y largo pla-

zo y la participación de la sociedad nacional, en toda su diversidad. Alcanzar las metas –incluso las más difíciles– tendrá como consecuencia un mejoramiento en la calidad de vida de paraguayos y paraguayas, condición necesaria para cruzar el umbral hacia un desarrollo humano superior.



Bibliografía básica

- BANCO MUNDIAL. 2003. **Estrategia de Asistencia al País para la República del Paraguay, 2004-2007**. Asunción: 87 p. (www.worldbank.org)
- BID. 2004. **Estrategia de país, Paraguay 2004-2008**. Washington, DC, 2003 (www.iadb.org)
- BRAVO, Rosa. 2004. **Las metas del Milenio y la igualdad de género: el caso de Perú**. Santiago: CEPAL/UNIFEM, 89 p. (www.cepal.org)
- CEPAL. 2005. **Objetivos de Desarrollo del Milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe**. Santiago, junio, 335 p. (www.cepal.org)
- CEPEP (Centro Paraguayo de Estudios de Población), 2005. **Paraguay: Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2004. Informe final**. Asunción: CEPEP/USAID/UNFPA/CDC/PPF-RHO, julio, 420 p.
- COORDINACIÓN de Mujeres del Paraguay (CMP). 2001x. **Implementación de la Plataforma de Beijing en Paraguay, 1995-2000**. Informe no gubernamental. Asunción: CMP/PNUD, 198 p.
- NACIONES UNIDAS, Sistema de las. 2003. **Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de Paraguay**. Asunción, 62 p. (www.undp.org.py/rc/proyectos/Odm.pdf)
- 2005 a (en preparación). **Visión conjunta de la situación de Paraguay (CCA)**.
- 2005 b (en preparación). **Marco común para la Cooperación de las Naciones Unidas en Paraguay (UNDAF)**.
- PARAGUAY. 2004. Gabinete Social. Secretaría de Acción Social-Dirección Nacional. **Estrategia Nacional de Lucha contra la Pobreza, la Desigualdad y la Exclusión Social**. Asunción, Septiembre, 42 p.
- PARAGUAY. Ministerio de Educación y Cultura (MEC). **Planes nacionales**. Varias fechas y Tabulaciones especiales de la DGPEC.
- PARAGUAY. Ministerio de Hacienda. 2004. **Plan de Crecimiento Económico con Equidad, Foro Paraguay 2011**. San Bernardino, Noviembre, 134 p.
- PARAGUAY. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). **Planes nacionales**. Varias fechas y Tabulaciones especiales de Bioestadística
- PARAGUAY. Secretaría de Acción Social (SAS). 2005 a. **Memoria del Foro Internacional: Experiencias exitosas de lucha contra la pobreza en América Latina y Redes de protección social**. Asunción: SAS/GTZ/UNFPA, 158 p.
- 2005 b. **Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad (ENREPD)**. Asunción, Mayo, mimeo,
- PARAGUAY. Secretaría del Ambiente (SEAM)/Consejo Nacional del Ambiente (CONAM)/Programa de Apoyo Sistema Nacional Ambiental (SISNAM). 2005. **Política Ambiental Nacional del Paraguay (PAN)**. Asunción, 53 p.
- PARAGUAY. Secretaría del Ambiente (SEAM)/PNUD/GEF. 2003. **Estrategia Nacional y Plan de Acción para la Conservación de la Biodiversidad del Paraguay**. Asunción, noviembre, 110 p.
- PARAGUAY. Secretaría de la Mujer (SM). 2003. **Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades, 2003-2007**. Asunción.
- PARAGUAY. STP. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC).
- Encuestas nacionales**. 1995, 1997/8, 1999, 2000/1, 2002 y 2003.
- 2005 (en prensa). **Paraguay. Proyección de la Población Nacional por Sexo y Edad, 2000-2050**. Fernando de la Mora.
2004. **Censo Nacional de Población y Vivienda de 2002**. 2 vols. y Tabulados especiales. Fernando de la Mora.
2003. **Censo Nacional Indígena de 2002**. Fernando de la Mora.
- SAS/PNUD. 2005. *Estimación de los requerimientos presupuestarios requeridos para el cumplimiento anual de las metas intermedias de los ODM en el marco de la ENREDP*. Asunción, abril, mimeo, 34 p.
- PNUD/ID/DGEEC. 2003. **Informe Nacional de Desarrollo Humano, Paraguay 2003**. Asunción, 197 p.
- UNDP/CEPAL/IPEA-Brazil. 2002. **Meeting the Millenium Poverty Reduction Targets in Latin America**. New York, May, 43 p.

Siglas y acrónimos

BCP: Banco Central del Paraguay

BID: Banco Interamericano de Desarrollo

BM: Banco Mundial

CEPEP: Centro Paraguayo de Estudios de Población, ONG nacional

DGEEC: Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (STP)

DGPEC-SIEC: Dirección General de Planificación Educativa y Cultural

- Servicio de Información y Estadísticas Continuas (MEC)

ENREPD: Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad

FAO: Programa de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación

IFI: Institución Financiera Internacional

INAN-SISVAN: Instituto Nacional de Nutrición - Sistema de Vigilancia Alimentaria Nacional (MSPBS)

MAG: Ministerio de Agricultura y Ganadería

MEC: Ministerio de Educación y Cultura

MERCOSUR: Mercado Común del Sur

MJT: Ministerio de Justicia y Trabajo

MSPBS: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

ONG: Organización no gubernamental

OIT: Organización Internacional del Trabajo de las Naciones Unidas

OPS-OMS: Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud

PNIOMH: Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres (SM-PR)

PNSSR: Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

PR: Presidencia de la República del Paraguay

PRIOME: Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y Resultados para las Mujeres en la Educación

SAS: Secretaría de Acción Social (PR)

SM: Secretaría de la Mujer (PR), de la Presidencia de la República

STP: Secretaría Técnica de Planificación, de la Presidencia de la República

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

VI

Anexo estadístico

Objetivo 1: Erradicar la extrema pobreza y el hambre

- Indicador 01: Porcentaje de la población en pobreza extrema
- Indicador 02: Razón de la brecha de la pobreza
- Indicador 03: Participación de los hogares del quintil más pobre en el ingreso total de hogares
- Indicador 04: Porcentaje de menores de 5 años con desnutrición global

Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal

- Indicador 06: Tasa de matrícula neta del preescolar y de la educación escolar básica (EEB)
- Indicador 06NA: Tasa de matrícula bruta del preescolar y de la educación escolar básica (EEB)
- Indicador 06NB: Tasa de matrícula neta de la educación media (E Media)
- Indicador 06NC: Tasa de matrícula bruta de la educación media (E Media)
- Indicador 07: Tasa de supervivencia hasta el 5to. Grado
- Indicador 07A: Tasa de término de la primaria de la población de 15 a 24 años
- Indicador 08: Tasa de alfabetismo de la población de 15 a 24 años
- Indicador 08N: Tasa de analfabetismo de la población de 15 y más años

Objetivo 3: Equidad de género y empoderamiento de la mujer

- Indicador 09: Matrícula bruta (conjunta) de EEB y E Media. Paridad de género de Mujeres/Varones
- Indicador 10: Alfabetismo de la población de 15 a 24 años. Paridad de género de Mujeres/Varones
- Indicador 11: Porcentaje de mujeres en el empleo asalariado no agrícola
- Indicador 12: Porcentaje de puestos ocupados por mujeres en el Parlamento nacional

Objetivo 4: Reducir la tasa de mortalidad de la niñez

- Indicador 13: Tasa de mortalidad registrada de niños y niñas menores de 5 años
- Indicador 14: Tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año), estimada y registrada
- Indicador 15: Porcentaje de niños y niñas de 1 año inmunizados contra el sarampión

Objetivo 5: Mejorar la salud materna

- Indicador 16: Tasa de mortalidad materna registrada
- Indicador 17: Porcentaje de parto institucional, estimado y registrado

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

- Indicador 18: Tasa de prevalencia de VIH entre mujeres embarazadas de 15 y más años
- Indicador 19C: Tasa de prevalencia en el uso de anticonceptivos en mujeres [191]
- Indicador 19CN: Tasa de prevalencia en el uso de anticonceptivos en mujeres casadas o unidas [192]
- Indicador 19NA: Tasa de prevalencia en el uso del condón en mujeres [193]
- Indicador 19NB: Tasa de prevalencia en el uso del condón en mujeres casadas o unidas [194]
- Indicador 19A: Tasa de prevalencia en el uso del condón en mujeres de 15-24 años en última relación de últimos 3 meses [195]
- Indicador 19B: Mujeres de 15 a 24 años con correcto conocimiento espontáneo y conjunto sobre prevención VIH/SIDA [196]
- Indicador 19BN: Mujeres de 15 a 24 años con uso del condón en todas las relaciones para prevención VIH/SIDA [197]
- Indicador 21: Tasa de incidencia de la malaria
- Indicador 22: Porcentaje de población en áreas maláricas utilizando medidas efectivas para prevención y tratamiento
- Indicador 23A: Tasa estimada de prevalencia asociada a la tuberculosis
- Indicador 23B: Tasa de incidencia, registrada y estimada, asociada a la tuberculosis
- Indicador 23C: Tasa de mortalidad, registrada y estimada, asociada a la tuberculosis

Indicador 24: Porcentaje de casos de tuberculosis detectados y curados con TAES/DOTS

Objetivo 7: Asegurar la sostenibilidad del medio ambiente

Indicador 25: Porcentaje del área de tierra cubierta por bosques

Indicador 26: Razón de área protegida para diversidad biológica en relación a la total

Indicador 29: Porcentaje de la población que usa combustibles sólidos para cocinar

Indicador 30: Porcentaje de la población con acceso a agua (potable) en red

Indicador 30A: Porcentaje de la población con acceso a (fuente de) agua mejorada

Indicador 31: Porcentaje de la población con acceso a saneamiento básico

Indicador 31A: Porcentaje de la población con acceso a saneamiento mejorado

Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Indicador 42: Servicio de la deuda como porcentaje de exportaciones de bienes y servicios

Indicador 45: Tasa de desempleo (abierto) de la población de 15 a 24 años

Indicador 47A: Porcentaje de la población con teléfono fijo en el hogar

Indicador 47B: Porcentaje de la población con teléfono celular en el hogar

Indicador 48A: Porcentaje de la población con computadora personal en el hogar

Indicador 48B: Porcentaje de la población con computadora personal conectada a Internet en el hogar

Meta 1: Reducir a la mitad la proporción de personas en extrema pobreza

INDICADOR 01

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN EN EXTREMA POBREZA

(población debajo del nivel mínimo de consumo de energías)

	País	Varón	Mujer	Urbana	Rural
1995	13,9%			6,8%	21,4%
1998	17,3%	17,8%	16,7%	7,3%	28,9%
1999	15,5%	16,1%	14,9%	6,1%	26,5%
2001	15,4%	16,1%	14,6%	7,1%	25,1%
2002	21,7%	22,6%	20,9%	14,6%	31,1%
2003	20,1%	20,2%	19,9%	13,4%	28,7%

Fuente:

DGEEC: Encuesta Integrada de Hogares (EIH) 1997/8 y 2000/1, y Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 1995, 1999, 2002, y 2003.

Nota: Encuesta excluye a Dptos. de Boquerón y Alto Paraguay, referencia válida para todas las menciones de encuestas de la DGEEC.

INDICADOR 02

RAZÓN DE LA BRECHA DE LA POBREZA

(porcentaje de la LP)

Años	Total	Urbana	Rural
1998	14,3%	8,1%	21,4%
1999	14,1%	8,9%	20,2%
2001	13,6%	9,2%	18,8%
2002	22,7%	20,6%	25,5%
2003	17,5%	15,4%	20,3%

Fuente:

DGEEC: Encuesta Integrada de Hogares (EIH) 1997/8 y 2000/1, y Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 1999, 2002, y 2003.

INDICADOR 03

PARTICIPACIÓN DE LOS HOGARES DEL QUINTIL MÁS POBRE EN EL INGRESO TOTAL DE HOGARES

	1999	2001	2002	2003	2003	2003
Quintiles	Participac	Participac	Participac	Participac	Urbana	Rural
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Q1 + pobre	2,1%	2,2%	2,1%	2,4%	1,2%	5,6%
Q2	6,5%	6,4%	6,0%	6,3%	5,2%	9,2%
Q3	11,6%	11,5%	10,6%	11,0%	10,4%	12,7%
Q4	20,0%	19,1%	18,5%	18,9%	18,9%	19,1%
Q5 + rico	59,7%	60,9%	62,7%	61,3%	64,3%	53,5%

Fuente:

DGEEC. Encuestas de hogares del 2000/1, 2002, y 2003, base en el ingreso familiar promedio en guaraníes corrientes de 1997/8, marzo del 2001, diciembre del 2002, y noviembre del 2003, respectivamente.

INDICADOR 04
PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS
CON DESNUTRICIÓN GLOBAL

Años	País	Hombres	Mujeres	Urbano	Rural	No pobre	Pobre
1990	3,7%	3,3%	4,1%	2,8%	4,3%	Sd	Sd
1998	5,1%	5,5%	3,9%	3,6%	6,1%	2,9%	7,8%
2001	4,6%	3,7%	5,6%	3,8%	5,4%	2,2%	7,6%

Fuentes

Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP), 1990: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, p. 99 y 100;
DGEEC: Encuesta Integrada de Hogares (EIH) 1998 y 2001: EIH 1997/8 y EIH 2000/1

Meta 3: Asegurar para el 2015 que todos los niños y niñas puedan completar la educación primaria

INDICADOR 06

TASA DE MATRÍCULA NETA DEL PREESCOLAR Y DE LA EDUCACIÓN ESCOLAR BÁSICA (EEB)

Años	Educación Inicial					Educación Escolar Básica									
	Preescolar					1o. y 2o. Ciclos					3er. Ciclo				
	Total	Varón	Mujer	Urbana	Rural	Total	Varón	Mujer	Urbana	Rural	Total	Varón	Mujer	Urbana	Rural
1990						93,0%	94,0%	92,0%	92,0%	87,0%	27,0%	9,0%	8,0%	51,0%	9,0%
1991						95,0%	95,0%	94,0%	94,0%	87,0%	28,0%	28,0%	28,0%	49,0%	7,0%
1992	17,0%			34,0%	6,0%	95,0%	97,0%	95,0%	95,0%	87,0%	30,0%	30,0%	30,0%	58,0%	8,0%
1993	15,0%	15,0%	15,0%	29,0%	6,0%	94,0%	96,0%	94,0%	94,0%	89,0%	33,0%	32,0%	33,0%	61,0%	10,0%
1994	30,0%	28,0%	29,0%	55,0%	11,0%	92,0%	90,0%	90,0%	94,0%	83,0%	35,0%	36,0%	37,0%	65,0%	14,0%
1995	36,0%	35,0%	36,0%	63,0%	17,0%	91,0%	91,0%	91,0%	94,0%	85,0%	38,0%	37,0%	39,0%	66,0%	16,0%
1996	44,0%	43,0%	45,0%	67,0%	28,0%	91,0%	91,0%	92,0%	93,0%	88,0%	41,0%	40,0%	42,0%	68,0%	18,0%
1997	52,0%	50,0%	52,0%	71,0%	36,0%	91,0%	91,0%	92,0%	96,0%	84,0%	44,0%	44,0%	45,0%	75,0%	20,0%
1998	56,0%	53,0%	56,0%	80,0%	38,0%	90,0%	92,0%	93,0%	96,0%	81,0%	48,0%	45,0%	46,0%	75,0%	22,0%
1999	61,0%	59,0%	62,0%	73,0%	49,0%	90,0%	90,0%	90,0%	96,0%	84,0%	49,0%	48,0%	51,0%	73,0%	26,0%
2000	69,5%	68,2%	70,8%	77,1%	61,8%	96,6%	95,9%	97,4%	97,1%	96,2%	47,6%	46,3%	49,0%	64,5%	29,8%
2001	73,7%	72,1%	75,4%	82,2%	65,0%	97,1%	96,4%	97,8%	97,0%	97,1%	46,0%	43,4%	48,7%	64,2%	27,9%
2002	74,2%	73,1%	75,3%	81,7%	66,3%	96,3%	95,6%	97,0%	95,6%	97,0%	47,9%	45,3%	50,6%	65,1%	30,7%

INDICADOR 06NB

TASA DE MATRÍCULA BRUTA DEL PREESCOLAR Y DE LA EDUCACIÓN ESCOLAR BÁSICA

Años	Educación Inicial					Educación Escolar Básica									
	Preescolar					1o. y 2o. Ciclos					3er. Ciclo				
	Total	Varón	Mujer	Urbana	Rural	Total	Varón	Mujer	Urbana	Rural	Total	Varón	Mujer	Urbana	Rural
1990	27,0%	27,0%	28,0%	58,0%	7,0%	105,0%	107,0%	103,0%	104,0%	100,0%	39,0%	39,0%	39,0%	72,0%	12,0%
1991	31,0%	30,0%	32,0%	63,0%	9,0%	107,0%	108,0%	105,0%	105,0%	98,0%	39,0%	38,0%	39,0%	75,0%	9,0%
1992	25,0%			47,0%	10,0%	108,0%	110,0%	106,0%	106,0%	101,0%	42,0%	42,0%	42,0%	81,0%	11,0%
1993	36,0%	35,0%	36,0%	66,0%	14,0%	111,0%	112,0%	109,0%	109,0%	105,0%	46,0%	45,0%	46,0%	85,0%	14,0%
1994	38,0%	37,0%	38,0%	71,0%	15,0%	112,0%	111,0%	108,0%	113,0%	103,0%	50,0%	49,0%	51,0%	89,0%	20,0%
1995	43,0%	42,0%	43,0%	75,0%	21,0%	111,0%	112,0%	109,0%	113,0%	106,0%	52,0%	51,0%	53,0%	89,0%	22,0%
1996	53,0%	52,0%	54,0%	80,0%	34,0%	112,0%	114,0%	110,0%	111,0%	110,0%	56,0%	55,0%	56,0%	91,0%	27,0%
1997	61,0%	60,0%	62,0%	85,0%	44,0%	112,0%	113,0%	110,0%	115,0%	105,0%	61,0%	61,0%	61,0%	101,0%	29,0%
1998	68,0%	66,0%	68,0%	98,0%	46,0%	111,0%	114,0%	112,0%	116,0%	102,0%	67,0%	63,0%	63,0%	101,0%	33,0%
1999	75,0%	74,0%	76,0%	90,0%	61,0%	109,0%	110,0%	107,0%	114,0%	104,0%	71,0%	71,0%	72,0%	102,0%	40,0%
2000	85,2%	84,1%	86,5%	93,4%	77,1%	116,5%	117,7%	115,3%	113,8%	119,2%	70,0%	69,1%	70,8%	92,9%	29,8%
2001	90,5%	89,1%	92,0%	100,1%	80,7%	116,6%	117,7%	115,3%	113,2%	120,0%	74,1%	73,5%	74,7%	98,7%	49,5%
2002	91,3%	90,5%	92,1%	99,7%	82,5%	115,5%	116,9%	114,1%	111,3%	119,9%	75,6%	75,1%	76,2%	98,3%	52,8%

Fuentes: Indicadores 06 y 06NB:

MEC, DGPEC, SIEC, Tabulaciones especiales y Análisis cuantitativo de la evolución educativa, 1990-2001 (Asunción, diciembre 2003).

Notas:

*A partir de 2000, la tasa de escolarización fue actualizada en base a la población ajustada a los resultados del Censo 2002.**"A partir de 1995, la edad de ingreso al Preescolar fue de 5 años; antes era de 6 años."**"A partir de 1995, la edad de ingreso al Primer grado fue de 6 años; antes era de 7 años."**"A partir de 2000, la edad de ingreso al Noveno grado fue 12 años; antes era de 13 años."**"A partir de 2002, la edad de ingreso a la Educación Media fue de 15 años; antes era de 16 años."*

Casilleros vacíos: Sin datos

INDICADOR 06NB**TASA DE MATRÍCULA NETA DE LA EDUCACIÓN MEDIA**

Años	Total	Varón	Mujer	Urbana	Rural
1990	15,0%	5,0%	6,0%	27,0%	4,0%
1991	13,0%	14,0%	17,0%	26,0%	2,0%
1992	17,0%	16,0%	19,0%	30,0%	2,0%
1993	19,0%	17,0%	20,0%	32,0%	3,0%
1994	20,0%	19,0%	22,0%	33,0%	4,0%
1995	22,0%	20,0%	24,0%	36,0%	5,0%
1996	24,0%	23,0%	26,0%	40,0%	6,0%
1997	27,0%	25,0%	29,0%	44,0%	6,0%
1998	28,0%	26,0%	30,0%	45,0%	8,0%
1999	30,0%	28,0%	32,0%	48,0%	10,0%
2000	31,5%	29,9%	33,2%	46,8%	12,7%
2001	32,7%	31,3%	34,2%	48,1%	14,4%
2002	30,6%	28,2%	33,2%	46,1%	13,6%

Fuente:

MEC, DGPEC, SIEC, Tabulaciones especiales y Análisis cuantitativo de la evolución educativa, 1990-2001 (Asunción, diciembre 2003).

Notas:

A partir de 2000, la tasa de escolarización fue actualizada en base a la población ajustada a los resultados del Censo 2002. A partir de 2002, la edad oficial para la Educación Media es de "15 a 17 años; anteriormente era de 16 a 18 años."

INDICADOR 06NC**TASA DE MATRÍCULA BRUTA DE LA EDUCACIÓN MEDIA**

Años	Total	Varón	Mujer	Urbana	Rural
1990	22,0%	20,0%	24,0%	39,0%	6,0%
1991	22,0%	20,0%	24,0%	39,0%	4,0%
1992	25,0%	23,0%	26,0%	44,0%	4,0%
1993	26,0%	24,0%	28,0%	45,0%	5,0%
1994	28,0%	27,0%	30,0%	45,0%	6,0%
1995	30,0%	28,0%	32,0%	49,0%	7,0%
1996	33,0%	31,0%	35,0%	54,0%	9,0%
1997	35,0%	33,0%	37,0%	57,0%	9,0%
1998	37,0%	35,0%	40,0%	60,0%	12,0%
1999	40,0%	38,0%	42,0%	63,0%	14,0%
2000	41,9%	40,5%	43,4%	61,2%	18,4%
2001	44,1%	42,9%	45,2%	63,3%	21,0%
2002	47,5%	46,1%	49,0%	69,1%	23,7%

Fuente:

MEC, DGPEC, SIEC, Tabulaciones especiales y Análisis cuantitativo de la evolución educativa, 1990-2001 (Asunción, diciembre 2003).

Notas:

A partir de 2000, la tasa de escolarización fue actualizada en base a la población ajustada a los resultados del Censo 2002. A partir de 2002, la edad oficial para la Educación Media es de "15 a 17 años; anteriormente era de 16 a 18 años."

INDICADOR 07**TASA DE SUPERVIVENCIA HASTA EL 5to. GRADO**

Años	Total	Varón	Mujer	Urbana	Rural
1990	70,0%	70,0%	70,0%	95,0%	56,0%
1991	76,0%	77,0%	75,0%	89,0%	67,0%
1992	73,0%	73,0%	73,0%	88,0%	63,0%
1993	71,0%	71,0%	72,0%	93,0%	57,0%
1994	76,0%	76,0%	76,0%	84,0%	70,0%
1995	76,0%	75,0%	76,0%	86,0%	67,0%
1996	71,0%	72,0%	71,0%	98,0%	53,0%
1997	78,0%	78,0%	78,0%	89,0%	68,0%
1998	75,0%	73,0%	75,0%	86,0%	65,0%
1999	81,0%	81,0%	81,0%	87,0%	76,0%
2000	78,3%	78,4%	78,0%	84,5%	72,6%
2001	75,4%	76,2%	74,5%	79,2%	71,7%

Fuente:

MEC, DGPEC, SIEC, Tabulados especiales.

INDICADOR 07A**TASA DE TÉRMINO DE LA PRIMARIA DE LA POBLACIÓN DE 15 A 24 AÑOS**

Años	País	Varón	Mujer	Urbana	Rural	No pobre	Pobre
1992	69,0%	69,1%	68,9%	82,7%	53,1%		
1995	74,7%	74,6%	74,7%	83,9%	63,2%		
1998	80,6%	78,6%	82,4%	90,4%	66,8%	86,0%	64,7%
1999	82,1%	80,1%	84,1%	90,7%	71,0%	87,1%	70,0%
2001	80,7%	78,2%	83,3%	89,7%	67,9%	85,4%	69,3%
2002	84,4%	83,6%	85,3%	90,7%	74,9%	88,3%	79,3%
2003	86,2%	85,5%	86,9%	91,9%	78,2%	89,5%	80,6%

Fuentes:

DGEEC: Censo Nacional de Población y Viviendas (CNPV) 1992; Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 1995, 1999, y 2002; y Encuesta Integrada de Hogares (EIH) 1997/8 y 2000/1.

Notas:

A partir de 2000, la tasa de escolarización fue actualizada en base a la población ajustada a los resultados del Censo 2002.

INDICADOR 08**TASA DE ALFABETISMO DE LA POBLACIÓN DE 15 A 24 AÑOS**

Años	País	Varón	Mujer	Urbana	Rural	No pobre	Pobre
1992	95,3%	95,6%	95,0%	97,3%	93,0%		
1995	96,5%	96,8%	96,3%	97,7%	95,0%		
1998	97,3%	97,5%	97,1%	98,8%	95,1%	98,2%	94,5%
1999	97,2%	97,1%	97,3%	98,5%	95,5%	98,3%	94,5%
2001	96,3%	96,1%	96,5%	97,9%	94,0%	97,8%	92,7%
2002	98,0%	98,5%	97,7%	98,8%	96,9%	98,2%	97,9%
2003	98,0%	98,0%	98,0%	98,7%	97,0%	98,5%	97,0%

Fuentes:

DGEEC: Censo Nacional de Población y Viviendas (CNPV) 1992; Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 1995, 1999, y 2002; y Encuesta Integrada de Hogares (EIH) 1997/8 y 2000/1.

Notas:

A partir de 2000, la tasa de escolarización fue actualizada en base a la población ajustada a los resultados del Censo 2002.

INDICADOR 08NA**TASA DE ANALFABETISMO DE LA POBLACIÓN DE 15 Y MÁS AÑOS**

Años	País	Varón	Mujer	Urbana	Rural	No pobre	Pobre
1992	9,7%	8,0%	11,4%	5,8%	14,3%		
1995	8,2%	6,4%	9,9%	5,6%	11,3%		
1998	8,9%	7,0%	10,7%	5,6%	13,4%	6,7%	15,6%
1999	7,7%	5,9%	9,4%	3,8%	12,7%	6,1%	12,0%
2001	8,4%	6,9%	9,8%	5,1%	12,9%	6,4%	13,6%
2002	7,1%	5,6%	8,6%	4,4%	11,1%	6,2%	8,6%
2003	6,6%	5,6%	7,5%	4,0%	10,2%	5,2%	9,1%

Fuentes:

DGEEC: Censo Nacional de Población y Viviendas (CNPV) 1992; Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 1995, 1999, 2002 y 2003; y Encuesta Integrada de Hogares (EIH) 1997/8 y 2000/1.

Notas:

A partir de 2000, la tasa de escolarización fue actualizada en base a la población ajustada a los resultados del Censo 2002.

objetivo 3

Equidad de género y empoderamiento de la mujer

Meta 4: Eliminar la disparidad de género en la educación primaria y secundaria, preferiblemente para 2005, y en todos los demás niveles educativos para 2015

INDICADOR 09

MATRICULA BRUTA (CONJUNTA) DE EDUCACIÓN ESCOLAR BÁSICA Y EDUCACIÓN MEDIA PARIDAD DE GÉNERO EN MUJERES/VARONES

Años	País	Urbano	Rural
1990	0,95	1,00	0,89
1991	0,96	1,01	0,90
1992	0,95	1,01	0,89
1993	0,96	1,02	0,89
1994	0,96	1,02	0,89
1995	0,96	1,03	0,89
1996	0,96	1,03	0,89
1997	0,95	1,00	0,89
1998	0,96	1,02	0,89
1999	0,96	1,01	0,89
2000	0,96	1,02	0,89
2001	0,95	1,01	0,89
2002	0,95	1,01	0,89

Fuentes:

MEC, DGPEC, SIEC: Tabulaciones especiales y Análisis cuantitativo de la evolución educativa, 1990-2001 (Asunción, Diciembre 2003)

Nota:

Matrícula bruta conjunta de Educación Escolar Básica (1°, 2° y 3° ciclos) y Educación Media. Incluye Educación Indígena

INDICADOR 10

ALFABETISMO DE POBLACIÓN DE 15 A 24 AÑOS, PARIDAD DE GÉNERO EN MUJERES/VARONES

Años	País	Urbana	Rural	No pobre	Pobre
1992	1,01	1,15	0,87		
1995	1,03	1,16	0,90		
1998	1,02	1,09	0,93	1,09	0,82
1999	1,03	1,19	0,84	1,06	0,95
2001	0,96	1,10	0,78	1,06	0,75
2002	1,03	1,18	0,83	1,11	0,93
2003	1,01	1,14	0,84	1,03	0,97

Fuentes:

DGEEC: Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 1992; Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 1995, 1999 y 2002; y Encuesta Integrada de Hogares (EIH) 1997/8 y 2000/1.

INDICADOR 11

PORCENTAJE DE MUJERES EN EL EMPLEO ASALARIADO NO AGRÍCOLA

Años	País	Urbana	Rural	No pobre	Pobre
1995	41,9%	41,3%	43,5%		
1998	39,9%	41,1%	35,2%	40,9%	32,1%
1999	40,2%	41,1%	36,6%	41,6%	31,2%
2001	41,9%	44,3%	32,7%	42,6%	38,3%
2002	41,4%	42,2%	37,5%	43,1%	36,0%
2003	42,2%	43,3%	37,7%	43,1%	38,8%

Fuentes:

DGEEC: Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 1995, 1999, 2002, y 2003; Encuesta Integrada de Hogares (EIH) 1997/8 y 2000/1.

INDICADOR 12**PORCENTAJE DE PUESTOS OCUPADOS POR MUJERES EN EL PARLAMENTO NACIONAL**

Años	Porcentajes			Cantidades		
	Total	Senadoras	Diputadas	Total	Senadoras	Diputadas
1989-1993	4,6%	5,6%	4,2%	5	2	3
1993-1998	5,6%	11,1%	2,5%	7	5	2
1998-2003	8,0%	17,8%	2,5%	10	8	2
2003-2008	10,4%	11,1%	10,0%	13	5	8

Fuente:
Parlamento Nacional

objetivo 4

Reducir la tasa de mortalidad de la niñez

Meta O5: Reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años

INDICADOR 13

TASA REGISTRADA DE MORTALIDAD DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

Años	País	Varón	Mujer	Urbana	Rural
1990	40,0				
1991	31,0				
1992	29,3				
1993	34,3				
1994	29,0				
1995	25,4				
1996	26,8	29,8	23,7	22,8	25,2
1997	25,1	28,2	21,9	22,1	22,9
1998	25,1	27,4	22,6	17,4	32,5
1999	24,5	28,4	20,5	21,7	29,2
2000	25,6	28,5	22,7	27,3	22,6
2001	25,0	27,1	22,8	26,9	21,1
2002	24,5	26,6	22,3	25,6	22,3
2003	23,9	25,7	22,0	27,8	17,1

Fuente:
MSPBS, Bioestadística, tasa cada mil Nacidos vivos registrados.

Notas:
Se ha mejorado el registro, especialmente desde mediados de 1990.
Se dispone de información por sexo y área solamente desde 1997.

INDICADOR 14

TASA ESTIMADA Y REGISTRADA DE MORTALIDAD INFANTIL (MENORES DE 1 AÑO)

Años	País Estimada DGEEC	País Registrada MSPBS				
			Varón	Mujer	Urbana	Rural
1990		30,4				
1991		24,0				
1992	43,3	21,4				
1993		24,5				
1994		21,7				
1995		19,7				
1996		20,9	23,6	18,1	17,7	19,3
1997		19,7	22,6	16,6	17,4	17,1
1998		19,6	21,9	17,3	13,8	25,0
1999		19,4	22,3	16,5	16,9	23,7
2000	39,1	20,2	22,8	17,5	21,7	17,6
2001		19,7	21,5	17,8	21,5	16,0
2002		19,6	21,6	17,6	20,6	17,7
2003		19,4	20,9	17,8	22,8	13,4
2004						
2005	34,5					

Fuentes:
MSPBS, Bioestadística para tasas registradas.
DGEEC, Tabulaciones especiales a partir de los Censos de 1992 y 2002.

Notas:
Tasa estimada por DGEEC basada en nacidos vivos estimados.
Tasa registrada por 1.000 nacidos vivos registrados por el MSPBS.
Casillero vacío porque se carecía de registro por sexo.

INDICADOR 15**PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS DE 1 AÑO INMUNIZADOS CONTRA EL SARAMPIÓN**

Años	País	Asunción	Caazapá
1990	71,0%	118,7%	53,9%
1991	74,8%	96,3%	66,2%
1992	87,1%	230,6%	67,9%
1993	95,5%	131,9%	83,3%
1994	76,4%	123,4%	71,6%
1995	74,7%	113,5%	91,9%
1996	74,7%	106,3%	84,3%
1997	59,5%	81,9%	67,1%
1998	78,1%	148,5%	61,0%
1999	71,4%	69,1%	79,5%
2000	91,9%	105,2%	97,1%
2001	90,1%	93,5%	97,8%
2002	86,2%	81,8%	86,6%
2003	91,4%	96,7%	95,9%
2004	89,3%	91,0%	92,6%

Fuentes:

MSPBS, Dpto. de Bioestadística y
PAI-Programa Ampliado de Inmunizaciones*Notas:**Los datos del MSPBS no permiten desagregaciones por área y sexo. Asunción es la capital y área urbana y Caazapá es un Dpto. típicamente rural.**Se confrontan la población programada (estimada) con la población (vacunada) realizada hasta 1999 a menores de 1 año, desde 2000 de 1 año.*

objetivo 5

Mejorar la salud materna

Meta O6: Reducir en tres cuartos la tasa de mortalidad materna

INDICADOR 16 TASA REGISTRADA DE MORTALIDAD MATERNA

Años	Registrada MSPBS	Urbana	Rural
1990	150,1		
1991	165,8		
1992	99,5		
1993	123,1		
1994	139,5		
1995	130,7		
1996	116,5	86,4	168,1
1997	91,6	75,0	124,8
1998	110,9	62,2	185,6
1999	114,4	76,1	179,1
2000	164,0	147,5	193,4
2001	159,7	127,7	225,1
2002	182,1	169,6	206,4
2003	174,1	174,4	173,6

Fuente:
MSPBS/OPS-OMS. 2003. Paraguay. Indicadores de mortalidad 2000, Asunción y DGEEC, tabulaciones especiales basadas en los censos 1992 y 2002.

Notas:
Tasa registrada por 100.000 nacidos vivos registrados por Bioestadísticas del MSPBS.
Tasa estimada por DGEEC basada en (100.000) nacidos vivos estimados por la DGEEC.
Mejoramiento del registro a partir de 1995 y casillero vacío por carencia de datos debido a estructura de registro.

INDICADOR 17 PORCENTAJE ESTIMADO Y REGISTRADO DE PARTO INSTITUCIONAL

Años	CEPEP Estimada			MSPBS Registrada		
	País	Urbano	Rural	País	Asunción	Caazapá
1996	56,8%	76,1%	42,6%	83,4%	98,2%	67,4%
1997				85,4%	98,3%	66,8%
1998	56,3%	81,3%	39,0%	83,7%	97,1%	67,2%
1999				85,7%	97,4%	67,1%
2000				84,5%	97,0%	66,4%
2001				85,5%	97,4%	69,6%
2002				85,0%	98,2%	65,8%
2003				84,8%	98,6%	64,4%
2004	74,1%	84,9%	60,7%			

Fuentes:
MSPBS, Bioestadística
CEPEP: Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, 1990; Demografía y Salud Reproductiva, 1995/6; Salud Materno-Infantil, 1998 y Demografía y Salud Sexual y Reproductiva, 2004.
Todas las encuestas del CEPEP excluyen a casi todo el Chaco, referencia válida para todas las menciones.

Meta 07: Haber detenido y comenzado a invertir, para 2015, la diseminación del VIH/SIDA.

INDICADOR 18

TASA DE PREVALENCIA DEL VIH ENTRE MUJERES EMBARAZADAS DE 15 Y MÁS AÑOS

	Porcentaje
1992	0,0%
1995	0,0%
1997	0,2%
2002	0,8%

Fuente:
MSPBS, PRONASIDA

Nota:
Estudios de vigilancia en poblaciones de bajo y alto riesgo en "mujeres embarazadas de 15 y más años de "áreas urbanas mayores".

INDICADOR 19C [191]

TASA DE PREVALENCIA EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES

Años	País
1990	32,7%
1996	36,8%
1998	41,1%
2004	50,5%

Fuentes:
Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 1990, Cuadro 5.4;
Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva (ENDSR) 1995/6, Cuadro 5.7;
Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 1998, Cuadro 5.7;
Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva (ENDSSR) 2004; todas son del Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP), Asunción

Notas:
1990 y 1996: 15-49 años; 1998 y 2004: 15-44 años.
Se excluye a yuyos entre métodos anticonceptivos.

INDICADOR 19CN [192]

TASA DE PREVALENCIA EN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES CASADAS O UNIDAS

Años	País	Urbana	Rural
1990	44,1%	53,3%	33,5%
1996	50,7%	56,2%	45,0%
1998	57,4%	65,4%	49,3%
2004	72,8%	76,5%	67,4%

Fuentes:
Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 1990, Cuadro 5.5;
Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva (ENDSR) 1995/6, Cuadro 5.8; Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 1998, Cuadro 5.8; Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva (ENDSSR) 2004; todas son del Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP), Asunción

Notas:
1990 y 1996: 15-49 años; 1998 y 2004: 15-44 años.
Se excluye a yuyos entre métodos anticonceptivos.

INDICADOR 19NA [193]

TASA DE PREVALENCIA EN EL USO DEL CONDÓN EN MUJERES

Años	País
1990	1,7%
1996	5,2%
1998	6,2%
2004	10,5%

Fuentes:
Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 1990, Cuadro 5.4; Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva (ENDSR) 1995/6, Cuadro 5.7; Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 1998, Cuadro 5.7; y Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva (ENDSSR) 2004.
Todas son del Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP), Asunción

Notas:
1990 y 1996: 15-49 años; 1998 y 2004: 15-44 años.

INDICADOR 19NB [194]**TASA DE PREVALENCIA EN EL USO DEL CONDÓN EN MUJERES CASADAS O UNIDAS**

Años	País	Urbana	Rural
1990	2,6%	3,7%	1,2%
1996	6,5%	8,4%	4,6%
1998	7,3%	9,9%	4,7%
2004	11,9%	13,9%	9,0%

Fuentes:

Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 1990, Cuadro 5.5; Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva (ENDSR) 1995/6, Cuadro 5.8; Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 1998, Cuadro 5.8; y Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva (ENDSSR) 2004.
Todas son del Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP), Asunción

Notas:

1990 y 1996: 15-49 años; 1998 y 2004: 15-44 años.

INDICADOR 19A [195]**TASA DE PREVALENCIA EN EL USO DEL CONDÓN EN MUJERES DE 15 A 24 AÑOS EN SU ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL DE LOS ÚLTIMOS TRES MESES**

Años	País
1996	15,7%
1998	21,2%
2004	31,8%

Fuentes:

Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva (ENDSR) 1995/6, Cuadro 8.13; Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) 1998, Cuadro 7.14; y Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva (ENDSSR) 2004.
Todas son del Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP), Asunción

INDICADOR 19B [196]**MUJERES DE 15 A 24 AÑOS CON CONOCIMIENTO ESPONTÁNEO Y CONJUNTO DE LAS TRES FORMAS DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA**

	País	Urbana	Rural
Conoce	2,2%	2,8%	1,0%

Fuente:

Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva, 2004 del Centro Paraguayo de Estudios de Población

INDICADOR 19BA [197]**MUJERES DE 15 A 24 AÑOS QUE HAN OÍDO HABLAR DEL VIH/SIDA Y QUE RESPONDIERON ESPONTÁNEAMENTE USAR CONDÓN EN TODAS LAS RELACIONES PARA PREVENIR LA TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA**

	País
Responde afirmativamente	35,9%

Fuente:

Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva, 2004 del Centro Paraguayo de Estudios de Población

Meta 08: Haber detenido y comenzado a invertir, para 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves

INDICADOR 21**TASA DE INCIDENCIA DE LA MALARIA**

(original: Tasas de prevalencia y muerte asociadas a la malaria)

	IPA-Tot	IPA-Var	IPA-Muj
1999	1,95	2,65	1,21
2000	1,28	1,73	0,81
2001	0,50	0,65	0,34
2002	0,50	0,65	0,34
2003	0,25	0,34	0,15
2004	0,12	0,17	0,07

Fuente:

MSPBS, Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA)

Notas:

- 1) No se tienen muertes por malaria
- 2) Las muestras de prevalencia son exclusivamente de áreas con malaria
- 3) Se utiliza Incidencia Parasitaria Anual (IPA) por 1000 habitantes (total país)
- 4) Se registra el IPA desde 1999 dado que, la cantidad A15 óptima de muestras de sangre de la población residente en áreas malaricas sería de 100.000 y en 1997 y 1998 fueron menos de la mitad.
- 5) La tasa subirá en el caso de considerar exclusivamente a las regiones con malaria.

INDICADOR 22**PORCENTAJE DE POBLACIÓN EN ÁREAS CON RIESGO DE MALARIA UTILIZANDO MEDIDAS EFECTIVAS PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA MALARIA**

Años	Personas protegidas
1999	100,0%
2000	100,0%
2001	100,0%
2002	100,0%
2003	100,0%

Fuente:
MSPBS, Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA)

Notas:

- 1) El indicador indica que la prevención debe ser medida por el porcentaje de personas menores de 5 años que duermen protegidos por mosquiteros "tratados con insecticidas; y el tratamiento debe ser medido por el porcentaje de personas menores de 5 años tratados apropiadamente.
- 2) Según SENEPA, las personas en áreas maláricas son tratadas o protegidas en su totalidad aunque no con estos indicadores.

INDICADOR 23A**TASA ESTIMADA DE PREVALENCIA ASOCIADA A LA TUBERCULOSIS (TBC)**

Años	Prevalencia
1990	118
2003	106

Fuente:
OPS-OMS, estimaciones de Global Tuberculosis Control, Surveillance, Planning, Financing, WHO 2005 (www.who.org)

Notas:

Tasa por 100.000 habitantes

Resulta clave la diferencia entre las tasas registrada (por MSPBS) y la estimada (por OPS/OMS) de incidencia y mortalidad.

INDICADOR 23B**TASA DE INCIDENCIA, REGISTRADA Y ESTIMADA, ASOCIADA A LA TUBERCULOSIS (TBC)**

Años	Incidencia registrada				Incidencia estimada por OPS País
	Todas sus formas País	Pulmonar BK+ País	Todas sus formas Asunción	Todas sus formas Caazapá	
1990	51,4	23,5	Sd	Sd	76,0
1991	52,7	21,5	Sd	Sd	
1992	43,3	19,3	Sd	Sd	
1993	43,3	21,5	Sd	Sd	
1994	38,4	18,6	24,0	47,0	
1995	36,1	15,5	33,4	20,7	
1996	41,8	18,0	28,0	37,0	
1997	38,3	17,0	25,3	28,3	
1998	35,1	15,6	28,9	46,4	
1999	39,4	18,0	27,7	65,6	
2000	35,2	16,4	33,5	38,9	
2001	36,1	16,2	30,5	45,0	
2002	35,2	17,4	37,1	48,3	
2003	37,8	20,8	37,7	53,1	70,0

Fuentes:

Registros del MSPBS, Dpto. de Bioestadística, Prog Nac Control de la TBC OPS-OMS, estimaciones de Global Tuberculosis Control, Surveillance, Planning, Financing, WHO 2005 (www.who.org)

Notas:

Tasa por 100.000 habitantes

No se dispone de diferenciación por área urbano-rural, ni sector social debido a la estructura de registro por Región sanitaria (=Departamento).

A sugerencia de epidemiólogos se incluye la Tasa de afectado por Pulmonares bacilares (BK+)

Nota:

La posible reducción de la TB es menor a medida que, nos acercamos al presente y se mejoran las estadísticas, porque según la línea de tendencia es a 10 (1990-2000), a 20 (1990-2003), y a 32 (1995-2003), En ningún caso se trata de detener la incidencia.

Sin embargo, lo más importante es la acotación agregada en la parte final de la Nota inicial: la diferencia entre la notificación nacional y la estimación por OPS/OMS; esto es, aquella es 52,5% de ésta. Lo cual cuestiona seriamente, o hasta podría pensarse que invalida, los datos disponibles.

INDICADOR 23C**TASA DE MORTALIDAD, REGISTRADA Y ESTIMADA, ASOCIADA A LA TUBERCULOSIS (TBC)**

Años	País	Mortalidad registrada por MSPBS	Mortalidad estimada por OPS
1990		3,0	11,0
1991		2,4	
1992		2,0	
1993		4,1	
1994		3,5	
1995		4,2	
1996		4,4	
1997		3,3	
1998		3,5	
1999		4,0	
2000		3,5	
2001		3,3	
2002		3,4	
2003		3,9	13,0

Fuentes:

Registros del MSPBS, Dpto. de Bioestadística, Prog Nac Control de la TBC OPS-OMS, estimaciones de Global Tuberculosis Control, Surveillance, Planning, Financing, WHO 2005 (www.who.org)

Nota:

Tasa por 100.000 habitantes

Nota:

La posible reducción de la TB es menor a medida que nos acercamos al presente y se mejoran las estadísticas, porque según la línea de tendencia es a 10 (1990-2000), a 20 (1990-2003), y a 32 (1995-2003). En ningún caso se trata de detener la incidencia.

Sin embargo, lo más importante es la acotación agregada en la parte final de la Nota inicial: la diferencia entre la notificación nacional y la estimación por OPS/OMS; esto es, aquella es 52,5% de ésta. Lo cual cuestiona seriamente, o hasta podría pensarse que invalida, los datos disponibles.

INDICADOR 24**PORCENTAJE DE CASOS DE TUBERCULOSIS DETECTADOS Y CURADOS CON EL TRATAMIENTO ACORTADO EstrictAMENTE SUPERVISADO (TAES/DOTS)**

Años	Total de casos	Curados	Tratamiento terminado	Tratamiento exitoso	Población cubierta
2000	69	66,7%	10,1%	76,8%	
2001	152	66,7%	19,4%	81,6%	
2002	145	58,6%	33,1%	91,7%	22%

Fuentes:

MSPBS, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis Población cubierta estimada en 2002, de OPS-OMS, Global Tuberculosis Control, Surveillance, Planning, Financing, WHO 2005, p. 173 (www.who.org)

Notas:

- 1) Los casos de tuberculosis que son tratados bajo la estrategia TAES/DOTS son escasos en relación al total de casos; en el 2002, de un total de 1809 casos pulmonares, solo 145 fueron tratados bajo TAES/DOTS.
- 2) Se incluye a curados, tratamiento terminado, y éxito del tratamiento
- 3) El TAES/DOTS se implementa desde 2000 en áreas demostrativas.

Meta O9: Integrar los principios del desarrollo sustentable en las políticas y programas del país, y revertir la pérdida (y degradación) de los recursos ambientales

INDICADOR 25
PORCENTAJE DEL ÁREA DE TIERRA CUBIERTA POR BOSQUES

Estimación de la superficie de bosques nativos del Paraguay, 2002

Región	Sup. Km ²	Has.	Porcentaje
Oriental	159.827,0	874.534,6	5,5%
Occidental	246.925,0	363.458,9	1,5%
País	406.752,0	1.237.993,5	3,0%

Fuente:

Elaboración de Ramón Gonzáles y otros. 2004 (Cuadro 8).
Estudio de tendencias y perspectivas del sector forestal en América Latina. Informe nacional de Paraguay (www.fao.org)

Nota:

Se considera área boscosa a superficies con cobertura forestal a partir de 156 Has.

INDICADOR 26
PORCENTAJE DEL ÁREA SILVESTRE PARA LA DIVERSIDAD BIOLÓGICA EN RELACIÓN A LA TOTAL

Denominación	2005 Km ²	2002 Km ²
Total ASP bajo dominio público	2.373.991 5,8%	1.567.772 3,9%
Total ASP bajo dominio privado	183.306 0,5%	61.979 0,2%
Total Superficie protegida	2.557.297 6,3%	1.629.751 4,0%
Total Entidades autárquicas	45.546 0,1%	33.110 0,1%
Total Reservas de la Biósfera*	3.290.034 8,1%	0 0,0%
Total general	5.892.877 14,5%	1.662.861 4,1%
Total superficie del Paraguay	40.675.200 ha.	

* Corresponde solamente a la zona de amortiguamiento y zona de transición. Las áreas núcleos fueron descontadas.

INDICADOR 29**PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN QUE USA COMBUSTIBLES SÓLIDOS PARA COCINAR**

Años	País	Urbano	Rural	No pobre	Pobre
1995	48,1%	18,4%	79,1%		
1998	45,4%	18,6%	76,4%	30,8%	76,1%
1999	42,6%	13,9%	76,2%	30,0%	67,5%
2001	46,9%	22,0%	75,9%	33,6%	72,8%
2002	57,7%	36,8%	85,2%	41,9%	76,0%
2003	57,9%	36,5%	85,4%	44,1%	77,5%

Fuente:

DGEEC: Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 1995, 1999, 2002, y 2003; Encuesta Integrada de Hogares (EIH) 1997/8 y 2000/1.

Nota:

Combustibles sólidos para cocinar son carbón y leña.

Meta 10: Reducir a la mitad el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento

INDICADOR 30**PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CON ACCESO A AGUA (POTABLE) EN RED**

Años	País	Urbano	Rural	No pobre	Pobre
1992	29,8%	57,0%	2,9%		
1995	39,1%	67,9%	8,9%		
1998	40,4%	71,1%	11,6%	49,7%	21,4%
1999	44,9%	70,7%	14,8%	51,6%	31,8%
2001	52,5%	79,6%	20,7%	57,7%	42,4%
2002	53,3%	76,2%	23,2%	59,8%	45,9%
2003	58,7%	79,1%	32,5%	62,6%	53,1%

Fuentes:

DGEEC: Censo Nacional Población y Vivienda 1992, Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 1995, 1999, 2002 y 2003; Encuesta Integrada de Hogares (EIH) 1997/8 y 2000/1.

Notas:

Se sustituyó "agua potable" por "agua en red".
 Agua en red es Agua de Corposana, Senasa y Sector privado.

INDICADOR 30A**PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CON ACCESO A (FUENTE DE) AGUA MEJORADA**

Años	País	Urbano	Rural	No pobre	Pobre
1995	72,7%	89,8%	54,8%		
1998	75,4%	91,8%	56,4%	83,3%	58,7%
1999	78,3%	93,3%	60,9%	83,8%	67,7%
2001	81,6%	95,6%	65,2%	86,5%	72,0%
2002	82,0%	93,8%	66,6%	87,9%	75,2%
2003	85,1%	95,0%	72,3%	89,4%	79,0%

Fuentes:

DGEEC: Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 1995, 1999, 2002, y 2003; Encuesta Integrada de Hogares (EIH) 1997/8 y 2000/1.

Notas:

El criterio se fundamenta en "WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation. Policies and Procedures. Version 4 April 2004", página 9-10 (por extensión del 3.2.) es conexión domiciliar (Corposana/Senasa/sector privado), grifo público, agua de lluvia, manantial, pozo con bomba y pozo sin bomba (50%).

INDICADOR 3I**PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CON ACCESO A SANEAMIENTO BÁSICO**

Años	País	Urbano	Rural	No pobre	Pobre
1992	10,7%	14,4%	7,0%		
1995	18,7%	18,3%	19,0%		
1998	16,8%	13,2%	21,0%	23,2%	3,3%
1999	16,6%	13,6%	20,2%	22,8%	4,5%
2001	19,7%	16,9%	23,1%	26,6%	6,3%
2002	18,2%	15,2%	22,2%	29,1%	5,7%
2003	21,6%	17,6%	26,8%	30,5%	9,1%

Fuentes:

DGEEC: Censo Nacional Población y Vivienda 1992, Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 1995, 1999, 2002 y 2003; Encuesta Integrada de Hogares (EIH) 1997/8 y 2000/1.

Notas:

Saneamiento básico comprende a vivienda conectada a red pública en el área urbana y a wc con pozo ciego en la rural. El Censo de 1992 sólo registró alcantarillado público y sistema de evacuación de excretas; este último anotado como pozo ciego.

INDICADOR 3IA**PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CON ACCESO A SANEAMIENTO MEJORADO**

Años	País	Urbano	Rural	No pobre	Pobre
1995	53,5%	78,9%	27,1%		
1998	53,8%	78,9%	24,5%	68,1%	23,4%
1999	59,0%	84,9%	28,8%	71,4%	34,6%
2001	59,9%	84,8%	30,8%	72,1%	36,1%
2002	57,1%	80,9%	25,8%	72,0%	40,0%
2003	59,1%	82,4%	29,2%	70,3%	43,2%

Fuentes:

DGEEC: Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 1995, 1999, 2002, y 2003; Encuesta Integrada de Hogares (EIH) 1997/8 y 2000/1.

Notas:

Saneamiento mejorado incluye Wc conectado a red pública, Wc con pozo ciego y excusado tipo municipal.

Meta 15: Encarar de manera general, los problemas de la deuda de los países en desarrollo, con medidas nacionales e internacionales, a fin de hacer que la deuda sea sostenible a largo plazo

INDICADOR 42**SERVICIO DE LA DEUDA COMO PORCENTAJE DE EXPORTACIONES DE BIENES Y SERVICIOS**

Años	Razón
1995	4,8%
1996	4,9%
1997	4,9%
1998	4,7%
1999	7,4%
2000	8,6%
2001	12,2%
2002	10,4%
2003	10,3%
2004	11,3%

Fuente:
Banco Central del Paraguay, Gerencia de Estudios Económicos (www.bcp.gov.py)

Nota:
Exportaciones FOB incluyendo reexportaciones. Se trata del servicio de la deuda pública externa; incluye pagos de capital, intereses y comisiones.
Mayor consistencia de datos a partir de 1995, año del inicio de la serie.
Datos ajustado conforme con registros del SIGADE Sistema de Gestión y Análisis de Deuda).

Meta 16: En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen un trabajo digno y productivo a los jóvenes

INDICADOR 45**TASA DE DESEMPLEO ABIERTO EN LA POBLACIÓN DE 15 A 24 AÑOS**

Años	País	Varón	Mujer	Urbana	Rural	No pobre	Pobre
1992	3,9%	4,2%	2,9%	4,4%	3,2%	Sd	Sd
1995	6,2%	5,5%	7,3%	9,7%	2,5%	Sd	Sd
1998	10,3%	9,2%	12,2%	12,7%	6,6%	10,1%	10,9%
1999	11,9%	10,8%	13,9%	16,7%	5,7%	11,7%	12,4%
2001	13,8%	11,7%	17,3%	18,4%	7,7%	14,0%	13,3%
2002	18,6%	14,8%	24,6%	25,0%	9,5%	15,0%	23,6%
2003	15,3%	12,1%	20,5%	21,5%	7,2%	12,6%	20,1%

Fuentes:
DGEEC: Censo Nacional Población y Vivienda 1992, Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 1995, 1999, 2002 y 2003;
Encuesta Integrada de Hogares (EIH) 1997/8 y 2000/1.

Meta 18: En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de la información y de las comunicaciones

INDICADOR 47A

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CON TELÉFONO FIJO EN EL HOGAR

Años	País	Urbano	Rural	No pobre	Pobre
1992	9,8%	18,8%	0,8%		
1995	11,5%	21,4%	1,1%		
1998	16,7%	29,8%	1,5%	23,6%	2,2%
1999	19,0%	34,1%	1,4%	27,1%	2,9%
2001	18,6%	33,3%	1,3%	26,7%	2,6%
2002	13,8%	23,0%	1,8%	23,2%	3,0%
2003	16,6%	28,2%	1,8%	25,5%	4,0%

Fuentes:

DGEEC: Censo Nacional Población y Vivienda 1992, Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 1995, 1999, 2002 y 2003; Encuesta Integrada de Hogares (EIH) 1997/8 y 2000/1.

Nota:

El indicador "Teléfonos cada 1000 personas" se reemplazó por dos indicadores: Población con teléfono fijo en el hogar, por una parte, y con celular, por otra, por su disponibilidad, consistencia y continuidad.

INDICADOR 47B

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CON TELÉFONO CELULAR EN EL HOGAR

Años	País	Urbano	Rural	No pobre	Pobre
1999	5,0%	7,3%	2,4%	6,6%	1,8%
2001	28,5%	39,8%	15,3%	37,1%	11,8%
2002	31,2%	42,7%	16,0%	42,9%	17,6%
2003	31,7%	42,1%	18,4%	41,4%	18,0%

Fuentes:

DGEEC: Encuesta Integrada de Hogares (EIH) 2000/1, y Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 1999, 2002, y 2003.

Nota:

El indicador "Teléfonos cada 1000 personas" se reemplazó por dos indicadores: Población con teléfono fijo en su hogar, por una parte, y con celular, por otra, por su disponibilidad, consistencia y continuidad.

INDICADOR 48A

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CON COMPUTADORA PERSONAL EN EL HOGAR

Años	País	Urbano	Rural	No pobre	Pobre
1998	2,2%	4,0%	0,1%	3,2%	0,1%
2001	5,6%	10,0%	0,4%	8,2%	0,3%
2002	5,4%	9,0%	0,8%	9,8%	0,3%
2003	6,5%	10,9%	0,9%	10,9%	0,3%

Fuentes:

DGEEC: Encuesta Integrada de Hogares (EIH) 1997/8 y 2000/1, y, Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2002, y 2003.

Nota:

El indicador "Computadoras personales cada 1000 personas" fue reemplazado por el utilizado debido a su disponibilidad, consistencia y continuidad.

INDICADOR 48B**PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CON COMPUTADORA PERSONAL CONECTADA A INTERNET EN EL HOGAR**

Años	País	Urbano	Rural	No pobre	Pobre
2001	1,0%	1,7%	0,1%	1,5%	0,0%
2002	1,2%	2,0%	0,0%	2,1%	0,0%
2003	1,8%	3,2%	0,0%	3,0%	0,1%

Fuentes:

DGEEC: Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2000/1 y Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2002 y 2003

Nota:

El indicador "Internet cada 1000 personas" fue reemplazado por el utilizado debido a su disponibilidad, consistencia, y continuidad.

Población Indígena

Objetivo 2: Alcanzar la educación primaria universal

Indicador 07Ai: Tasa de término de la primaria de la población indígena de 15 a 24 años

Indicador 08i: Alfabetismo de la población indígena de 15 a 24 años

Indicador 08Ai: Analfabetismo de la población indígena de 15 y más años

Objetivo 3: Equidad de género y empoderamiento de la mujer

Indicador 10i: Alfabetismo de la población indígena de 15 a 24 años de Mujeres/Hombres

Objetivo 7: Asegurar la sostenibilidad del medio ambiente

Indicador 29i: Población indígena que usa combustibles sólidos para cocinar

Indicador 30i: Población indígena con acceso a agua potable

Indicador 31i: Población indígena con acceso a saneamiento mejorado

Indicador 31Ai: Población indígena con acceso a saneamiento básico

Objetivo 8: Desarrollar una sociedad global para el desarrollo

Indicador 47Ai: Población indígena con acceso a teléfono fijo en su hogar

Indicador 47Bi: Población indígena con acceso a teléfono celular en su hogar

objetivo 2

Alcanzar la educación primaria universal

Meta 3: Asegurar para el 2015 que todos los niños y niñas puedan completar la educación primaria

INDICADOR 07Ai

TASA DE TÉRMINO DE LA PRIMARIA DE LA POBLACIÓN INDÍGENA DE 15 A 24 AÑOS

Años	País	Varón	Mujer	Urbana	Rural
1992	9,4%	11,8%	7,0%	26,7%	8,2%
2002	20,1%	23,7%	16,4%	31,7%	18,8%

Fuentes:

DGEEC: Censo Nacional Indígena 1992 y 2002

INDICADOR 08i

ALFABETISMO DE LA POBLACIÓN INDÍGENA DE 15 A 24 AÑOS

Años	País	Varón	Mujer	Urbana	Rural
1992	51,2%	57,5%	45,0%	90,9%	48,5%
2002	63,9%	67,7%	60,0%	82,2%	61,8%

Fuentes:

DGEEC: Censo Nacional Indígena 1992 y 2002

INDICADOR 08*i*

ANALFABETISMO DE LA POBLACIÓN INDÍGENA DE 15 Y MÁS AÑOS

Años	País	Varón	Mujer	Urbana	Rural
1992	63,0%	57,5%	69,0%	27,6%	65,3%
2002	50,5%	44,9%	56,6%	28,3%	53,1%

Fuentes:

DGEEC: Censo Nacional Indígena 1992 y 2002

objetivo 3

Equidad de género y empoderamiento de la mujer

Meta 4: Eliminar la disparidad de género en la educación primaria y secundaria, preferiblemente para 2005, y en todos los demás niveles educativos para 2015

INDICADOR 10*i*

ALFABETISMO DE LA POBLACIÓN INDÍGENA DE 15 A 24 AÑOS PARIDAD DE GÉNERO EN MUJERES/HOMBRES

Años	País	Urbana	Rural
1992	0,79	1,06	0,76
2002	0,87	1,10	0,84

Fuentes:

DGEEC: Censo Nacional Indígena 1992 y 2002

objetivo 7

Asegurar la sostenibilidad del medio ambiente

Meta 09: Integrar los principios del desarrollo sustentable en las políticas y programas del país, y revertir la pérdida (y degradación) de los recursos ambientales

INDICADOR 29*i*

PROPORCIÓN DE POBLACIÓN INDÍGENA QUE USA COMBUSTIBLES SÓLIDOS PARA COCINAR

Años	País	Varón	Mujer	Urbana	Rural
1992	98,6%	98,7%	98,5%	87,4%	99,3%
2002	97,2%	97,3%	97,1%	81,8%	98,7%

Fuentes:

CNPV: 1992

EIH: 1997/8 y 2000/1

EPH: 1995, 1999, 2002, y 2003

Nota:

Combustibles sólidos para cocinar son carbón y leña.

Meta 10: Reducir a la mitad el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible a agua potable y a servicios básicos de saneamiento

INDICADOR 30i

PROPORCIÓN DE POBLACIÓN INDÍGENA CON ACCESO A AGUA (POTABLE) EN RED

Años	País	Varón	Mujer	Urbana	Rural
1992	6,0%	5,9%	6,2%	84,5%	1,2%
2002	3,0%	3,0%	3,1%	21,3%	1,2%

Fuentes:

DGEEC: Censo Nacional Indígena 1992 y 2002

Notas:

Se sustituyó "agua potable" por "agua en red".

Agua en red es Agua de Corposana, Senasa y Sector privado.

INDICADOR 31i

PROPORCIÓN DE POBLACIÓN INDÍGENA CON ACCESO A SANEAMIENTO MEJORADO

Años	País	Varón	Mujer	Urbana	Rural
1992	2,6%	2,6%	2,5%	12,2%	2,0%
2002	1,8%	1,8%	1,9%	9,1%	1,1%

Fuentes:

DGEEC: Censo Nacional Indígena 1992 y 2002

Notas:

Saneamiento mejorado incluye Wc conectado a red pública, Wc con pozo ciego y excusado tipo municipal.

INDICADOR 31Ai

PROPORCIÓN DE POBLACIÓN INDÍGENA CON ACCESO A SANEAMIENTO BÁSICO

Años	País	Varón	Mujer	Urbana	Rural
1992	0,43%	0,43%	0,43%	0,70%	0,41%
2002	1,07%	1,09%	1,05%	0,94%	1,08%

Fuentes:

DGEEC: Censo Nacional Indígena 1992 y 2002

Notas:

Saneamiento básico comprende a vivienda conectada a red pública en el área urbana y a Wc con pozo ciego en la rural.

El Censo de 1992 sólo registró alcantarillado público y sistema "de evacuación de excretas; este último anotado como pozo ciego."

Meta 18: En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de la información y de las comunicaciones

INDICADOR 47Ai

POBLACIÓN INDÍGENA CON ACCESO A TELÉFONO FIJO EN SU HOGAR

Años	País	Varón	Mujer	Urbana	Rural
1992	0,08%	0,08%	0,10%	0,77%	0,04%
2002	0,22%	0,20%	0,25%	1,50%	0,10%

Fuentes:

DGEEC: Censo Nacional Indígena 1992 y 2002

Nota:

"El indicador "Teléfonos cada 1000 personas" se reemplazó por "Población con teléfono en su hogar"; sólo fijo o sólo móvil" por su disponibilidad, consistencia y continuidad.

INDICADOR 47Bi

POBLACIÓN INDÍGENA CON ACCESO A TELÉFONO CELULAR EN SU HOGAR

Año	País	Varón	Mujer	Urbana	Rural
2002	1,54%	1,51%	1,58%	9,19%	0,78%

Fuente:

DGEEC: Censo Nacional Indígena 2002

Nota:

"El indicador "Teléfonos cada 1000 personas" se reemplazó por "Población con teléfono en su hogar"; sólo fijo o sólo móvil" por su disponibilidad, consistencia y continuidad.

Glosario de indicadores de los ODM

ODM 1: Erradicar la extrema pobreza y el hambre

Porcentaje de población en pobreza extrema: porcentaje de la población cuyo ingreso per cápita está por debajo del costo de la canasta básica de alimentos (CBA).

Razón de la brecha de la pobreza: distancia promedio que separa a la población pobre de la línea de la pobreza, considerando la distancia de los no pobres igual a cero.

Participación de los hogares del quintil más pobre en el ingreso total de hogares: proporción del ingreso percibido por los hogares clasificados en el primer quintil, como porcentaje del ingreso total de los hogares.

Porcentaje de menores de 5 años con desnutrición global: porcentaje de niños y niñas que está por debajo de -2 desviaciones estándar (DE) desde la mediana de peso para la edad (bajo peso para la edad).

Porcentaje de menores de 5 años con riesgo de desnutrición global: porcentaje de niños y niñas que está entre -1 y 2 DE desde la mediana de peso para la edad (bajo peso para la edad).

Porcentaje de menores de 5 años con desnutrición crónica: porcentaje de niños y niñas que está por debajo de -2 DE desde la mediana de talla para la edad (baja talla para la edad).

Porcentaje de mujeres embarazadas desnutridas: número de casos prevalentes de desnutrición en embarazadas detectados durante un periodo determinado, expresado como porcentaje del total de embarazadas. Se define desnutrición en embarazadas a toda razón Peso/Talla (P/T) de la mujer, porcentaje adecuación/edad gestacional en relación a la tabla de Rosso-Mardonez (Chile).

ODM 2: Lograr la enseñanza primaria universal

Tasa de matrícula neta en el preescolar: cociente entre el número de alumnos/as (o estudiantes) matriculados/as del grupo de edad oficial correspondiente al preescolar del nivel de Educación Inicial y la población total del grupo de edad que corresponde oficialmente al preescolar de este nivel de enseñanza, por cien.

Tasa de matrícula neta en la educación escolar básica (EEB), 1º y 2º ciclos: cociente entre el número de alumnos/as matriculados/as del grupo de edad oficial correspondiente al nivel de la EEB 1º y 2º ciclos y la población total de ese mismo grupo de edad, por cien.

Tasa de matrícula neta en la educación escolar básica (EEB), 3º ciclo: cociente entre el número de alumnos/as matriculados/as del grupo de edad oficial correspondiente al nivel de la EEB 3º ciclo y la población total de ese mismo grupo de edad, por cien.

Tasa de matrícula bruta en el preescolar: cociente entre el número de alumnos/as (o estudiantes) matriculados/as en el preescolar del nivel de la Educación Inicial, independientemente de su edad y la población total del grupo de edad que corresponde oficialmente al preescolar de este nivel de enseñanza, por cien.

Tasa de matrícula bruta en la EEB, 1º y 2º ciclos: cociente entre el número de alumnos/as matriculados/as en el nivel de la EEB 1º y 2º ciclos, independientemente de su edad, expresado como porcentaje de la población del grupo de edad oficial que corresponde a este nivel de enseñanza.

Tasa de matrícula bruta en la EEB, 3º ciclo: cociente entre el número de alumnos/as matriculados/as en el nivel de la EEB 3º ciclo, independientemente de su edad, expresado como porcentaje de la población del grupo de edad oficial que corresponde a este nivel de enseñanza.

Tasa de matrícula neta en la educación media: cociente entre el número de alumnos/as (o estudiantes) matriculados/as del grupo de edad oficial correspondiente al nivel medio y la población total de ese mismo grupo de edad, por cien.

Tasa de matrícula bruta en la educación media: cociente entre el número de alumnos/as (o estudiantes) matriculados en el nivel medio, independientemente de su edad y la población del grupo de edad que corresponde oficialmente a este nivel de enseñanza, por cien.

Tasa de supervivencia hasta el 5to grado: porcentaje de alumnos/as que comenzaron el primer grado y llegaron al quinto grado de enseñanza primaria.

Tasa de término de la primaria de la población de 15 a 24 años: cociente entre la población de 15 a 24 años que tiene el 6º grado aprobado o superior al mismo de la EEB o su equivalente a los tres años aprobados de la Educación Básica de Adultos (EBA) y la población total de dicho grupo de edad, por cien.

Tasa de alfabetismo de la población de 15 a 24 años: cociente entre la población de 15 a 24 años que tiene el segundo grado aprobado o superior al mismo de la EEB o de la EBA y la correspondiente población total, por cien.

Tasa de analfabetismo en personas de 15 y más años de edad: cociente entre la población de 15 y más años de edad que no tiene el segundo grado aprobado o inferior al mismo de la EEB o de la EBA y la correspondiente población de 15 años y más de edad, por cien.

ODM 3: Equidad de género y empoderamiento de la mujer

Matrícula bruta (conjunta) de Enseñanza Escolar Básica y Educación Media. Paridad de género de Mujeres/Varones: cociente entre la suma de matrícula bruta de la EEB y la Educación Media de mujeres y la suma de matrícula bruta de la EEB y la Educación Media de varones.

Alfabetismo de la población de 15 a 24 años. Paridad de género de Mujeres/Varones: relación entre el número de mujeres de 15 a 24 años de edad alfabetas y el número de varones alfabetos del mismo grupo de edad

Porcentaje de mujeres en el empleo asalariado no agrícola: cociente entre el número de mujeres trabajadoras (empleadas, obreras y domésticas) que reciben remuneración en el sector no agrícola y la población total (ambos sexos) trabajadora remunerada en el mismo sector, por cien.

Porcentaje de puestos ocupados por mujeres en el Parlamento nacional: proporción de mujeres que ocupan puestos en el Parlamento nacional. Se expresa como el cociente entre la cantidad de mujeres parlamentarias, y el total de parlamentarios/as, por cien.

ODM 4: Reducir la tasa de mortalidad de la niñez

Tasa registrada de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años: cociente entre el número registrado de defunciones de niños y niñas menores de 5 años de edad en un periodo determinado y el total de niños nacidos vivos registrados en dicho periodo, expresado por 1.000 nacidos vivos.

Tasa registrada de mortalidad infantil (menores de 1 año): cociente entre el número registrado de defunciones de niños y niñas menores de un año de edad en un periodo determinado y el total de niños y niñas nacidos vivos registrados en dicho periodo, expresado por 1.000 nacidos vivos.

Tasa estimada de mortalidad infantil (menores de 1 año): cociente entre el número estimado de defunciones de niños y niñas menores de un año de edad en un periodo determinado y el total de niños y niñas nacidos vivos estimados en dicho periodo, expresado por 1.000 nacidos vivos.

Porcentaje de niños y niñas de 1 año de edad inmunizados/as contra el sarampión: cociente entre el número registrado de niños y niñas de 1 año de edad, que han recibido la dosis de la vacuna contra el sarampión y la población total estimada de niños y niñas de 1 año de edad, por cien.

ODM 5: Mejorar la salud materna

Tasa registrada de mortalidad materna: cociente entre el número registrado de defunciones maternas (muertes debidas a complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio) en un periodo determinado y el número de niños/as nacidos/as vivos/as registrados/as en dicho periodo, por 100.000 nacidos vivos.

Porcentaje registrado de parto institucional: cociente entre el número registrado de partos ocurridos en instituciones de salud en un periodo determinado y el total de niños/as nacidos/as vivos/as registrados/as en dicho periodo, por cien.

Porcentaje estimado de parto institucional: cociente entre el número estimado de partos ocurridos en instituciones de salud en un periodo determinado y el total de niños/as nacidos/as vivos/as estimados/as en dicho periodo, por cien.

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

Tasa de prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas de 15 y más años: porcentaje de muestras de sangre obtenidas de mujeres embarazadas de 15 y más años de edad que dan resultados positivos al examen de detección del VIH durante estudios centinela de rutina en clínicas de atención prenatal.

Tasa de prevalencia en el uso de anticonceptivos en mujeres: cociente entre el número de mujeres de 15 a 44 o 15 a 49 años de edad (se indica en el cuadro) que utilizan anticonceptivos (excluyendo yuyos) y el total de mujeres de los grupos de edad respectivos, por cien.

Tasa de prevalencia en el uso de anticonceptivos en mujeres casadas o unidas: cociente entre el número de mujeres casadas o unidas de 15 a 44 o 15 a 49 años de edad (se indica en el cuadro) que utilizan anticonceptivos (excluyendo yuyos) y el total de mujeres casadas o unidas de los grupos de edad respectivos, por cien.

Tasa de prevalencia en el uso del condón en mujeres: cociente entre el número de mujeres de 15 a 44 o 15 a 49 años de edad (se indica en el cuadro) que utilizan condón como método anticonceptivo y el total de mujeres de los grupos de edad respectivos, por cien.

Tasa de prevalencia en el uso del condón en mujeres casadas o unidas: cociente entre el número de mujeres casadas o unidas de 15 a 44 o 15 a 49 años de edad (se indica en el cuadro) que utilizan condón como método anticonceptivo y el total de mujeres casadas o unidas de los grupos de edad respectivos, por cien.

Tasa de prevalencia en el uso del condón en mujeres de 15 a 24 años en la última relación sexual de los últimos tres meses: número de mujeres de 15 a 24 años de edad que declararon usar condón en la última relación sexual de los últimos 3 meses, expresado como porcentaje del total de mujeres de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales en dicho periodo.

Mujeres de 15 a 24 años con conocimiento espontáneo y conjunto de las tres formas de prevención del VIH/SIDA: número de mujeres de 15 a 24 años que mencionaron espontáneamente las tres formas de prevención de transmisión de VIH/SIDA (abstinencia sexual, pareja estable con fidelidad mutua y uso correcto del condón en todas las relaciones sexuales), expresado como porcentaje del total de mujeres de 15 a 24 años que conocen o han oído hablar del VIH/SIDA.

Mujeres de 15 a 24 años con uso del condón en todas las relaciones sexuales para prevención de VIH/SIDA: número de mujeres de 15 a 24 años que mencionaron espontáneamente que el uso del condón en todas las relaciones sexuales previene la transmisión del VIH/SIDA, expresado como porcentaje del total de mujeres de 15 a 24 años que han oído hablar del VIH/SIDA.

Tasa registrada de incidencia asociada a la malaria: se expresa como el número de casos de malaria detectados en una población en riesgo un determinado año, dividido por el total de esa población, expresada por 1.000 habitantes, de área malárica para el mismo año.

Porcentaje de la población en áreas maláricas utilizando medidas efectivas para la prevención y el tratamiento de la malaria: proporción de la población de área malárica a la cual se aplica algún tratamiento para la cura de la malaria, por cien.

Tasa estimada de prevalencia asociada a la tuberculosis: número estimado de población con prevalencia asociada a la tuberculosis, expresado por 100.000 habitantes.

Tasa registrada de incidencia asociada a la tuberculosis: número de casos nuevos de tuberculosis registrados en un año específico, expresado por 100.000 habitantes.

Tasa estimada de incidencia asociada a la tuberculosis: número de casos nuevos de tuberculosis estimados en un año específico, expresado por 100.000 habitantes.

Tasa registrada de mortalidad asociada a la tuberculosis: número de muertes cuyos certificados de defunciones registran tuberculosis como causa básica y asociada de muerte, expresado por 100.000 habitantes, para un año determinado.

Tasa estimada de mortalidad asociada a la tuberculosis: número de muertes estimados que registran tuberculosis como causa básica y asociada de muerte, expresado por 100.000 habitantes, para un año determinado.

Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES/DOTS): porcentaje de casos nuevos registrados de tuberculosis pulmonar frotis positivo curados bajo la estrategia TAES/DOTS. Se consideran pacientes curados a aquellos con éxito de tratamiento, que incluye a los que se le confirmó la curación desde el punto de vista bacteriológico y los que terminaron el tratamiento.

ODM 7: Asegurar la sostenibilidad del medio ambiente

Porcentaje del área de tierra cubierta por bosques: cociente entre el área de tierra cubierta por bosques (cobertura forestal a partir 156 Has.) y el área total de tierra, por cien.

Porcentaje de área protegida para mantener la diversidad biológica: cociente entre el área de tierra protegida para mantener la diversidad biológica y el área total de tierra, por cien. Área protegida es un área de tierra o mar dedicada a la protección y el mantenimiento de la diversidad biológica y los recursos naturales y culturales asociados y manejados a través de medios legales u otros medios efectivos.

Porcentaje de la población que usa combustibles sólidos para cocinar: proporción de población que utiliza la biomasa (madera, residuos de cosecha y estiércol) y carbón como la fuente primaria de energía doméstica para cocinar, por cien.

Porcentaje de la población con acceso a agua (potable) en red: proporción de población con acceso a servicios de agua potable (abastecimiento de agua a través de: ESSAP/SENASA, red privada a través de distribución en red), expresado como porcentaje de la correspondiente población total.

Porcentaje de la población con acceso a (fuente de) agua mejorada: proporción de población con acceso a fuentes de agua mejorada, expresada como porcentaje de la correspondiente población total. Se define acceso a fuente de agua mejorada al abastecimiento de agua a través de: ESSAP/CORPOSANA, SENASA, red privada, pozo artesiano, pozo con bomba, pozo sin bomba (50%). El criterio se fundamenta en "WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation. Policies and Procedures. Version 4 April 2004", páginas 9-10 (por extensión del 3.2).

Porcentaje de la población con acceso a saneamiento básico: proporción de población con acceso a saneamiento básico expresado como porcentaje de la correspondiente población total. Se define saneamiento básico a deposición de efluentes cloacales mediante la utilización de los siguientes sistemas sanitarios: inodoro conectado a red pública en área urbana, e inodoro conectado a pozo ciego (con o sin cámara séptica) en áreas rurales.

Porcentaje de la población con acceso a saneamiento mejorado: proporción de población con acceso a saneamiento mejorado expresado como porcentaje de la correspondiente población total. Se define saneamiento mejorado a la deposición de efluentes cloacales mediante la utilización de los siguientes sistemas sanitarios: inodoro conectado a red pública, inodoro conectado a pozo ciego (con o sin cámara séptica), letrina de vertimiento de agua, letrinas de foso mejorado.

ODM 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Servicio de la deuda como porcentaje de exportaciones de bienes y servicios: servicio de la deuda pública externa como porcentaje de las exportaciones FOB (incluye las reexportaciones). El servicio de la deuda pública externa incluye pagos de capital, intereses y comisiones.

Tasa de desempleo (abierto) de la población de 15 a 24 años: porcentaje de la Población Económicamente Activa (PEA) de 15 a 24 años de edad en situación de desempleo abierto, con respecto a la PEA de ese mismo grupo de edad. Desempleados abiertos son las personas en la fuerza de trabajo que estaban sin trabajo en el período de referencia (últimos 7 días), que están disponibles para trabajar de inmediato y que habían tomado medidas concretas, en el período de referencia, para buscar un empleo asalariado o empleo independiente. Se incluyen también a las personas que no buscaron activamente trabajo en el período de referencia por razones de enfermedad, mal tiempo o esperando noticias.

Porcentaje de la población con acceso a teléfono fijo en el hogar: proporción de la población con acceso a teléfono fijo en el hogar, expresado como porcentaje de la correspondiente población total.

Porcentaje de la población con acceso a teléfono celular en el hogar: proporción de la población con acceso a teléfono celular en el hogar, expresado como porcentaje de la correspondiente población total.

Porcentaje de la población con acceso a computadora personal en el hogar: proporción de la población con acceso a computadora personal en el hogar, expresado como porcentaje de la correspondiente población total.

Porcentaje de la población con acceso a computadora personal conectada a Internet en el hogar: proporción de la población con acceso a computadora personal conectada a Internet en el hogar, expresado como porcentaje de la correspondiente población total.

El presente informe ha sido elaborado por el Sistema de las Naciones Unidas en Paraguay, en el marco de las actividades de Coordinación Interagencial.

Composición del Equipo de País del Sistema de Naciones Unidas en Paraguay

Henry R. Jackelen

Coordinador Residente del Sistema de las Naciones Unidas en el Paraguay
Representante del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

Carmen Rosa Serrano

Representante de la Organización Panamericana
de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

Valdir Welte

Representante del Fondo de las Naciones Unidas
para la Agricultura y la Alimentación (FAO)

Manuelita Escobar

Oficial Nacional de Programa del Fondo de Población
de las Naciones Unidas (UNFPA)

Walter Mendonça Filho

Oficial a cargo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Susana Gatto

Representante Adjunta del PNUD

Equipo Técnico Interagencial

Jorge Méndez

Coordinador de la Oficina de Desarrollo Humano

Eduardo Gallardo

Oficial de Programa UNICEF

Marcia Moreira

Asesora OPS/OMS

Nafiou Inoussa

Asistente de Administración UNFPA

Eduardo Calderini

Oficial de Programa FAO

Equipo encargado de la preparación del Informe

Roberto Céspedes

Investigador principal

Verónica Serafini

Investigadora

Aldo Natalizia

Coordinador

José María Amarilla

Corrección de estilo

Félix de Guaranía

Traducción al guaraní

Ysabel Blanco

Traducción al inglés

Agradecimientos a Instituciones Gubernamentales que proporcionaron información

Ministerio de Educación y Cultura (MEC): Dirección General de Planificación Educativa y Cultural (DGPEC);
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS): i) Departamento de Bioestadística (DBE), ii) Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS), iii) Programa Nacional de Lucha contra el Sida (PRONASIDA), iv) Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA);
Secretaría del Ambiente (SEAM) de la Presidencia de la República (PR);
Secretaría de la Mujer (SM) de la PR;
Secretaría Técnica de Planificación (STP) de la PR;
Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC), de la STP;
Banco Central del Paraguay (BCP);
Ente Regulador de Servicios Sanitarios (ERSSAN);
Instituto Paraguayo del Indígena

Agradecimientos a Profesionales del Sistema de Naciones Unidas que revisaron el material:

FAO: Eduardo Calderini

ONUSIDA: Inés López

OPS: Marcia Moreira, María Almirón, Bernardo Sánchez, Sonia Tavares

PNUD: Carmen Echaury, Pablo Brugnoli, Frank Fragano, Veronique Gerard, Jorge Méndez,

Ysabel Blanco

UNFPA: Mirtha Rivarola

UNICEF: Amado Lovera, Ana Ramos, María Sarabia

UNIFEM: Montserrat Caral Ortiz

© Copyright 2005
Por Sistema de las Naciones Unidas en Paraguay

Este documento es propiedad del Sistema de Naciones Unidas en Paraguay. No tiene fines de lucro, por lo tanto no puede ser comercializado en el Paraguay ni en el extranjero. Están autorizadas la reproducción y la divulgación por cualquier medio del contenido de este material, siempre que se cite la fuente.

Impreso en Paraguay en los talleres de
Artes Gráficas Zamphirópolis S.A.

Diseño gráfico:
Karina Palleros

Octubre de 2005

