

DIAGNOSTICO NACIONAL Y BALANCE REGIONAL

# DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS PARAGUAY - AMÉRICA LATINA - CARIBE

Campaña por una Convención Interamericana de los  
Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos





DIAGNOSTICO NACIONAL Y BALANCE REGIONAL

# DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS PARAGUAY - AMÉRICA LATINA - CARIBE

PERIODO DE LA INVESTIGACION

Campaña por una Convención Interamericana de los  
Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos





## COMITÉ DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER (CLADEM - PARAGUAY)

CLADEM Paraguay es la articulación nacional del Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, instancia que abarca la acción de grupos y personas en la defensa de los derechos humanos de las mujeres desde una perspectiva socio jurídica de género.

Ha desarrollado acciones tendientes a la sensibilización y concienciación de la opinión pública, a través de campañas mediáticas para impulsar la Campaña para la Difusión de la Declaración Universal de DDHH desde un enfoque de género.

Acompañó la elaboración y presentación del Anteproyecto de la Ley 1600/00 contra la violencia intra familiar y participó en la elaboración del borrador de anteproyecto de la Ley de Derechos Sexuales y Reproductivos.

Actualmente forman parte de CLADEM Paraguay las siguientes Organizaciones: Círculo de Abogadas del Paraguay (CAP), Kuña Aty, Centro de Asistencia Integral (CEDAI), Colectivo 25 de Noviembre y cuatro integrantes a título individual.



La presente publicación caracteriza la situación de los DDSS y RR en Paraguay en el período 1995-2000 e identifica los principales avances en materia legislativa, implementación de políticas públicas y los actores que intervienen. Pretende contribuir al análisis de los obstáculos y desafíos que se presentan para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque de género.





## INDICE

### DIAGNOSTICO NACIONAL:

Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en el Paraguay

I - Aspectos Metodológicos	11
II - Radiografía del País	13
III - Legislación Nacional y Políticas Públicas	43
IV - Temas, Actores y Argumentos Relevantes	53
V - Consideraciones Finales	55

### BALANCE REGIONAL

Diagnóstico sobre la situación de los Derechos Sexuales y los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos	59
---	----







## DIAGNOSTICO NACIONAL

# DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN PARAGUAY

EQUIPO DE TRABAJO RESPONSABLE DEL DIAGNÓSTICO NACIONAL:

**Ma. del Carmen Pompa.** Licenciada en Humanidades (UCA). Coordinadora CLADEM Py. *Responsable de la Coordinación de la investigación, coordinación y sistematización de datos referentes a la Relación entre las Políticas Públicas y los DDSSRR.*

**Elba Núñez.** Licenciada en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Asunción (UNA). Egresada de la Maestría en Ciencias Políticas, UNA. *Responsable del relevamiento de datos sobre radiografía del país, análisis de los datos y elaboración del informe.*

**Nimia Ferreira.** Abogada. Jueza Penal de Sentencias. Ex Presidenta de la Asociación de Abogadas del Paraguay (ADAP). *Responsable de la Sistematización de datos sobre legislación nacional.*

**Adelaida Cristina Galeano.** Comunicadora, Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Responsable de la Revisión de encuestas de opinión, periódicos, revistas y bibliografía.

**Estela González.** Trabajadora Social. *Responsable de la realización y transcripción de entrevistas a informantes claves.*

Revisión, discusión: Integrantes de CLADEM.



EDICIÓN

**Livia Sánchez.** Licenciada en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Asunción. Magíster en Gestión y Políticas Públicas, Universidad de Chile.

**Angélica Roa.** Licenciada en Psicología de la Universidad Nacional de Asunción (UNA)

**Corrección y cuidado de edición:** Myrian González.





## I – Aspectos Metodológicos

Este diagnóstico nacional forma parte del Diagnóstico Regional, que abarca además a otros trece países de América Latina y el Caribe<sup>1</sup>, para lo cual se ha contado con una Guía<sup>2</sup> preparada por el Comité Latinoamericano y del Caribe para la defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), en el marco del proyecto institucional “Campaña por una Convención de los Derechos Sexuales y Reproductivos”.<sup>3</sup> Estos diagnósticos tienen por objetivo conocer el estado de la situación de los derechos sexuales y reproductivos en cada uno de los países miembros de la Red CLADEM.

El diagnóstico abarcó el período comprendido entre los años 1995-2000. Y se basó en la revisión de fuentes secundarias que permitieron describir la situación de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito de la legislación y las políticas públicas nacionales y los procesos con ellos vinculados, así como la realización de entrevistas con informantes clave. Los siguientes temas fueron considerados para el análisis:

- Educación Sexual.
- Planificación familiar /anticoncepción.
- Violencia sexual.
- Prostitución (femenina y masculina).
- Matrimonios / unión de hecho.
- Divorcio.
- Abortos.
- Embarazo adolescente

- Orientación sexual
- VIH – SIDA
- Control prenatal, atención del parto y del puerperio
- Detección-prevención del cáncer uterino y de mamas
- Reproducción asistida
- Embarazo, maternidad y paternidad responsable en el Código Laboral

La guía contenía instrumentos especialmente diseñados para la recolección y análisis de la información, así como los términos de referencia para la elaboración del informe final del diagnóstico de cada país:

- Guía de información general para la presentación de la radiografía del país.
- Guías de revisión de entrevistas de opinión en periódicos y revistas.
- Registro y revisión de la legislación nacional (en su sentido amplio) y de las políticas públicas relacionadas con los temas seleccionados.
- Revisión bibliográfica acerca del debate académico.
- Guía de entrevistas a representantes de la iglesia, ONGs especializadas, investigadores/as, funcionarios/as del Estado.
- Términos de referencia del informe final de investigación.

---

1. Argentina, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Panamá, Perú, Puerto Rico y Uruguay.  
2. Guía para el diagnóstico sobre la situación de los derechos sexuales y reproductivos en América Latina, CLADEM, Lima, abril del 2000.  
3. Ver [www.cladem.org](http://www.cladem.org)

Para la realización de este trabajo en Paraguay, fueron utilizadas como fuentes primordiales de información: estadísticas oficiales del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), de la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC); documentos de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y a publicaciones periodísticas compiladas por la Organización No Gubernamental Centro de Documentación y Estudios (CDE).

Para la realización del diagnóstico nacional se ha tropezado con las siguientes limitaciones:

- No existe una base estadística que aglutine los datos de los servicios prestados por las instituciones públicas y privadas, razón por la cual la etapa de relevamiento de fuentes secundarias requirió la inversión de tiempos adicionales a los previstos.

Si bien el Paraguay cuenta con un Sistema Nacional de Salud desde el año 1996, donde el

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es el organismo rector, y además forman parte del Sistema otros proveedores públicos (Instituto de Previsión Social (IPS), Sanidad Militar, Sanidad Policial, Hospital de Clínicas) y Privados, no se tienen datos y no se puede realizar una tasa sobre la población en general. La ausencia de centralización de los datos no permite visualizar la cobertura real de las políticas públicas y el acceso a los servicios.

- Las variables sexo, edad y distribución geográfica no se encontraron consignadas como “datos cruzados” lo que dificultó el análisis en forma directa de algunos ejes solicitados en la radiografía del país (la mayoría de los investigadores en Paraguay realizan estimaciones de tasas).
- Se accedió en forma limitada a los datos presupuestarios de planes, programas y proyectos, de los temas analizados en este diagnóstico, que son objeto de políticas públicas. ■



## II. Radiografía del país

### A. Información cuantitativa

· País: Paraguay

#### 1. Población: 4.152.588 habitantes<sup>4</sup>

##### 1.a Distribución por sexo

Según proyecciones de la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) para el año 2000 el número de habitantes era de 5.496.450 personas. Las mujeres representan el 49,5% de la población total, mientras que la población masculina el 50,5% ( DGEEC, 1994).

##### 1.b Distribución por área geográfica

A partir de la década del 90 se observa un crecimiento de la población urbana en el país, debido al fenómeno de la migración campo ciudad. Los factores que influyeron fueron entre otros, la crisis del sector productivo en el área rural y el aumento de la oferta de empleos y servicios en las ciudades. Por lo tanto el 53,7% de la población residió en zonas urbanas y el 46,2 % en zonas rurales (EIH, 1997/1998).

En Paraguay al igual que en otros países de América Latina, el fenómeno de la migración rural-urbana ha significado la feminización del proceso de urbanización. Según el censo de 1992 la población urbana era del 50,5% del total y la población rural el 49,5%. La Encuesta Integrada de Hogares (EIH) 97/98 muestra que el 55% de las mujeres se encontraba residiendo en el área urbana.

#### 2. Distribución por grupos de edad

La población mayoritaria constituía los menores de 15 años, totalizando 2.172.720 personas, que correspondía al 39,5% de la población total (DGEEC,1992).

PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN TOTAL SEGÚN Y GRUPOS QUINQUENALES DE EDAD. 1995-2000		
Grupos de Edad	Hombres	Mujeres
0 – 4	394.350	379.364
5 – 9	370.718	357.900
10-14	340.606	329.782
15-19	304.656	295.571
20-24	243.888	236.980
25-29	212.847	207.249
30-34	192.687	187.286
35-39	169.711	165.493
40-44	146.486	142.277
45-49	127.311	121.426
50-54	176.513	74.895
55-59	63.254	62.689
60-64	49.079	52.486
65-69	31.375	39.620
70-74	22.659	31.759
75-79	14.338	20.812
80 y más años	11.343	19.040
<b>Total</b>	<b>2.771.821</b>	<b>2.724.629</b>

Fuente : DGEEC, Censo de población y vivienda.1992

#### 3. Distribución étnica racial de la población.

La población paraguaya es pluricultural y multiétnica; aunque la mayoría de la población es mestiza. Existen 17 pueblos indígenas, correspondientes a 5 familias lingüísticas, que constituyen el 1% del total de la población.

4 Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Censo Nacional de Población y Viviendas, 1992, Paraguay.

POBLACIÓN INDÍGENA SEGÚN ETNIA Y SEGÚN SEXO						
Etnia	Total		Mujeres		Hombres	
	N°	%	N°	%	N°	%
Aché	639	1,3	292	45,7	347	54,3
Avá-Guaraní (Chiripá)	6918	14	3331	48,1	3587	51,9
Mbyá	4744	9,6	2278	48	2466	52
Pai	8026	16,2	3888	48,4	4138	51,6
Guarayo	1254	2,5	638	50,9	616	49,1
Tapieté	1827	3,7	881	48,2	946	51,8
Lengua	9501	19,2	4531	47,7	4970	52,3
Sanapaná	1063	2,1	493	46,4	570	53,6
Toba Maskoy	2057	4,2	1000	48,6	1057	51,4
Angaité	1647	3,3	865	52,5	782	47,5
Guaná	84	0,2	39	46,4	45	53,6
Nivaclé Chulupí	7934	16	3816	48,1	4118	51,9
Maká	1061	2,1	520	49	541	51
Majui	229	0,5	107	46,7	122	53,3
Ayoreo	814	1,6	371	45,6	443	54,4
Chamacoco	908	1,8	434	47,8	474	52,2
Toba-Qom	781	1,6	367	47	414	53
<b>Total</b>	<b>49487</b>	<b>100</b>	<b>23851</b>	<b>48,2</b>	<b>25636</b>	<b>51,8</b>

**Fuente :** DGEEC, Censo de población y vivienda.1992

Tal como se observa en el cuadro, la población autóctona es de 49.487 habitantes. Se nota una leve preeminencia de varones (51,8 %) sobre el número de mujeres (48.2 %).

La población paraguaya es bilingüe. La Constitución nacional establece como idiomas oficiales el castellano y el guaraní.(Constitución Nacional, 1992).

El censo de 1992 revela que el 37% de los hogares habla solo guaraní, en el 50% se habla simultáneamente castellano y guaraní, y solo en el 7% de los hogares se habla exclusivamente castellano. Estos datos demuestran que el idioma más utilizado es el guaraní y es un elemento de identidad cultural del país.

El 54 % de las mujeres hablan el guaraní y el castellano, un tercio (33%) sólo guaraní, casi un décimo (8%) sólo castellano y el 5 % de las mujeres hablan otros idiomas (Pompa, 1996).

#### 4. Religión

La religión predominante es la católica, más del 94 % de la población pertenece a la misma, el 5 % pertenece a otras religiones y menos del 1 % no se adscribe a ninguna (DGEEC,1992).

En la Constitución Nacional de 1992 ha quedado reconocida la libertad religiosa y de culto, con lo cual ninguna religión tiene carácter oficial (Art. 24). Sin embargo en la práctica permanece la tendencia a considerar que la religión oficial sea la Católica, Apostólica Romana, tal como se establecía en la constitución de 1967, actualmente derogada (Constitución Nacional, 1992).

#### 5. Porcentaje de la población que se ubica en los segmentos de pobreza y extrema pobreza.

La pobreza de grandes sectores de la pobla-

**PARAGUAY: TASAS DE POBREZA, 1995 – 1998 (% DE LA POBLACION TOTAL)**

Areas	1995 (*)			1997/98		
	Pobreza Extrema	Pobreza no extrema	Total Pobreza	Pobreza extrema	Pobreza no extrema	Total Pobreza
Área M. de Asunción	3.1	16.6	19.6	2.1	14.8	16.9
Resto urbano (sin AMA)	9.7	17.4	27.1	11.7	16.7	28.5
Area urbana	6.8	16.9	23.7	7.3	15.9	23.1
Area rural	21.4	15.8	37.2	28.9	13.7	42.5
<b>Total país</b>	<b>13.9</b>	<b>16.4</b>	<b>30.3</b>	<b>17.3</b>	<b>14.8</b>	<b>32.1</b>

**Fuente:** DGEEC. Pobreza y Distribución del Ingreso en Paraguay 1997/98. 1999.

ción es una característica estructural de numerosos países latinoamericanos, entre ellos el Paraguay. La cual fue objeto de preocupación de numerosos estudios en los dos últimos decenios.

Uno de los últimos datos publicados por la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos respecto al análisis de la situación de pobreza en el país informa que entre los años 1997-1998 vivían en condiciones de pobreza el 32% de la población, debido a que sus ingresos eran inferiores al costo de la canasta básica de consumo (línea de pobreza). El porcentaje de pobres era mayor en el área rural (42.5%) que en el área urbana (23.1%). Asunción, la capital, tenía el porcentaje más bajo de habitantes pobres (11.8 %) (DGEEC/Robles, 1999).

La mayor preocupación se encontró en la cuantificación de la pobreza extrema ubicándose en área rural debido que el ingreso promedio de los pobres de esta área cubría sólo el 50% de la canasta básica de consumo.

En Paraguay, entre los años 1995 y 1997/1998, aumentó la pobreza (hogares cuyos ingresos no son suficientes para cubrir los costos de una canasta básica de bienes y servicios) de 30 a 32% y la pobreza extrema (hogares que no tienen ingresos suficientes para cubrir una canasta básica de alimentos) de 14 a 17%. La distribución por áreas,

que observamos en el cuadro, indica que la pobreza básica aumentó en el área rural de 37 a 43% y en el Resto urbano, sin incluir Asunción, de 27 a 29%. Mientras, la pobreza extrema aumentó tanto en el área rural como en la urbana (DGEE, 1999).

El aumento de la pobreza estuvo relacionada con la disminución del ingreso, sobre todo en el área urbana. Así mismo la crisis financiera ocurrida durante el período 1995/98 afectó en mayor medida a los estratos más altos. En cambio, en el área rural, disminuyeron los ingresos medios, aumentando de tal manera la desigualdad y la profundización de la pobreza ya existente en la población rural.

## **6. Zonas de conflicto en los últimos cinco años**

En Paraguay no existen zonas específicas de conflicto, sino que éstas están relacionadas a factores socio políticos que influye en la calidad de vida de la población. Uno de los principales factores de conflicto en los últimos cinco años fue el agravamiento de las luchas de la población por el acceso a la tierra, demandas tanto por la lucha histórica de los organizaciones de campesinos / as e indígenas como las organizaciones de sin tierra, estos últimos ubicados mayormente en los centros urbanos del país.

La problemática social en torno a las actividades relacionadas al cultivo y comercialización de la marihuana aumentó en este período. Según fuentes periodísticas, el cultivo de la marihuana fue la principal causa de violencia y muertes ocurridas en algunos departamentos del país debido a las numerosas intervenciones militares y policiales realizadas en dichos lugares que tenían por objetivo la eliminación de los cultivos y detención de los responsables, siendo los pobladores campesinos los más afectados por estas medidas al estar involucrados en la tarea de cultivo.

## **7. Instituciones creadas para atender los intereses de las mujeres**

La Secretaría de la Mujer fue creada en 1992 a través de la Ley N° 34, directamente dependiente de la Presidencia de la República, como resultado del proceso de demandas de organizaciones de mujeres iniciado en 1989, por iniciativa de la entonces llamada Multisectorial de Mujeres. En 1991 esta agrupación, junto con la Coordinación de Mujeres del Paraguay (CMP), elevó a la Comisión de Asuntos Constitucionales de la Cámara de Diputados, el documento *Bases para el proyecto de ley para la Secretaría de la Mujer*.

Es la instancia estatal encargada de políticas de género de mayor rango en la estructura del Estado paraguayo, que junto a otras dos oficinas en el plano ministerial, una en el Ministerio de Agricultura y Ganadería, denominada Oficina de Relaciones Intersectoriales de Género, y otra en el Ministerio de Justicia y Trabajo, llamada Oficina de Promoción Social de la Mujer Trabajadora, que contribuyen a la incorporación de dichos temas en la agenda pública.

La Secretaría de la Mujer ha creado desde 1998 la Red de Centros de Iniciativas y Desarrollo de la Mujer (Red CIDEM), con el apoyo de la Co-

munidad Europea, e impulsado la creación de las distintas Secretarías de la Mujer en los departamentos, la mayoría de las cuales se establecieron en 1999.

Se conformó una Red de atención a víctimas de violencia, brindan asistencia médica, legal y psicológica. Las instituciones estatales son: Departamento de Familia de la Policía Nacional, Secretaría de la Mujer, Fiscalía General del Estado, Centro de Emergencias Médicas, Hospital Materno Infantil “Loma Pyta”, Dirección General de Bienestar Social del Ministerio de Salud, Casa de la Mujer “Hogar sin Violencia”, los centros CIDEM.

Impulsó igualmente la creación de oficinas de la mujer en todos los municipios del país.

## **8. Tasa de matrimonio / uniones de hecho**

Cerca de la mitad de las mujeres mayores de 10 años se encontraban casadas o unidas según el censo de 1992. La estimación sobre una población de 1.554.720 mujeres de 15 y más años en 1999 arroja una tasa de matrimonio de 119 por cada 10.000 mujeres. Sin embargo, la mayor proporción de solteros era declarada entre la población masculina (DGEEC, 1992).

## **9. Tasa de Divorcio**

Según el censo de 1992 la población divorciada y/o separada era de 41.442, de los cuales el 65% eran mujeres y 35% hombres (DEEEC, 1992). La tasa estimada de divorcio era de 170,7 x 10.000 personas entre 15 y más años<sup>1</sup>.

## **10. Tasa de fecundidad por edad y área de residencia**

En el Paraguay entre los años 1990-1995 se verificó una leve disminución de la tasa de fe-

---

5 La estimación de divorcio se realizó sobre una población de 2.427.485 personas entre 15 y más años de 1992.



**TASAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDAD POR EDAD (1.000 MUJERES) Y TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF) POR ÁREA. SETIEMBRE 95-AGOSTO 98**

Área de residencia	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	TGF 15-44
Total	87	216	214	167	132	37	4,3
<u>Area</u>							
Urbana	51	168	180	124	100	21	3,2
Rural	140	280	252	214	168	65	5,6
<b>Total</b>							

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. 1998 (ENSMI, 1998).

cundidad (de 4.6 a 4.3 hijos por mujer) y el nivel se ha mantenido estable desde 1995. Según el área de residencia, la tasa global de fecundidad era de 3.2 hijos por mujer para las zonas urbanas y 5.7 para la rural. En Asunción y el Área Metropolitana la Tasa Global de fecundidad (TGF) era de 2.9 hijos por mujer. Estas diferencias son consistentes en todos los grupos de edades(ENSMI, 1998).

La Tasa Global de fecundidad (TGF) a nivel nacional para el período 95-98 entre 15 y 44 años, fue de 4.3 hijos por mujer (ENSMI, 1998).

### 11. Tasa de mortalidad materna

Según datos del Ministerio de salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), la mortalidad materna entre los años 1995 y 1995 la tasa de mortalidad materna tuvo una leve disminución de 111 a 104 respectivamente. El Paraguay registró una de las tasas más altas de mortalidad materna en

América y el Caribe, según datos de UNICEF, ubicándose en quinto lugar luego de Haití, Bolivia, Perú y Honduras. El MSPyBS identifica que existe un elevado subregistro que alcanzaría el 50% (MSPyBS, 1995).

Las muertes maternas ocurridas durante el proceso reproductivo: embarazo, parto y puerperio constituyen la primera causa de muerte entre las mujeres de 25 y 29 años y para los 15 y 49 años, la cuarta causa de muerte (MSPyBS,1999).

Según datos de la Encuesta de Demografía y Salud Reproductiva de 1995 y 1996 (ENDSR/96), ha detectado una tasa de 192 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. La diferencia de datos de estas dos fuentes podría estar indicando además, el escaso registro de fallecimientos en la población paraguaya.

Según el MSPyBS en 1999 las muertes maternas disminuyeron de una tasa de 150.04 muer-

**MORTALIDAD MATERNA POR CAUSAS - 1995  
(Tasa por 100.000 nacidos vivos)**

CAUSAS	1995	Tasa
Hemorragia	14	17.59
Aborto	30	37.69
Toxemia	17	21.36
Sepsis	25	31.41
Otras complicaciones	18	22.62
<b>TOTAL</b>	<b>104</b>	<b>130.67</b>

Fuente: Indicadores de Mortalidad. Departamento de Bioestadística, MSPyBS. 1995

tes por cien mil nacidos vivos ocurridas en 1990 a 114.4 por 100.000 nacidos vivos en 1999 (MSPyBS,1999).

Según registros del MSPyBS en 1995 las principales causas de mortalidad materna fueron:

- Hemorragias
- Toxemia
- Sepsis
- Aborto
- Otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio

Como se aprecia en el cuadro, el aborto provoca un mayor número de fallecimientos, y si tomamos en consideración el hecho de que tanto la hemorragia como las sepsis son frecuentemente complicaciones del aborto se considera la situación atentatoria a los Derechos de las Humanas, debido a que el ejercicio de la autodeterminación en las mujeres en su reproducción conlleva riesgos importantes en su salud y la pérdida de la vida, mientras que también es considerada como problema de Salud Pública, ya que su practica está condicionada a comportamientos de riesgos sexuales de la población, que incluyen a varones y mujeres, y que dichos comportamientos pueden ser altamente prevenibles por acciones de información, educación y comunicación y la oferta de métodos anticonceptivos a bajo costo en los servicios públicos y privados.

## **12. Tasa de morbilidad materna**

La información de morbilidad en Paraguay es aún más débil y fragmentaria que la de mortalidad. No existe información consolidada de causas de egreso hospitalario, debiendo recurrirse a las consultas por enfermedades de notificación obligatoria, que solo se refieren al área de información que cubre el Ministerio de Salud y que además no están desagregadas por sexo.

Según datos del MSPyBS, entre las morbilidades más frecuentes se destacaron: aborto, anemia, infecciones urinarias, hipertensión,

entre otras. En las adolescentes embarazadas los problemas más comunes eran: escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociadas, síntomas de parto prematuro y la rotura prematura de las membranas (MSPyBS, 1999)

La morbilidad y la mortalidad principalmente en las mujeres campesinas están condicionadas por el nivel de pobreza y exclusión social.

## **13. Tasa estimativa del total de abortos provocados en el país**

Son escasos los registros sobre abortos provocados y no se cuenta con datos confiables que ilustre la problemática. Los abortos se realizan en la clandestinidad debido a que su práctica está penalizada, motivo por el cual existe un elevado subregistro, por una parte, por otro, se cuenta con datos solo de los casos que han necesitado atención médica en establecimientos públicos o privados.

Datos del MSPyBS en 1995 registró el aborto como segunda causa de muerte materna, con una Tasa de 37.69 por 100.000 nacidos vivos (MSPyBS, 1995).

Según indicadores de mortalidad materna del MSPyBS, desde los años 93 al 99, el aborto se halló entre las principales causa de muerte y probablemente encubierta por subregistros, debido a omisión o vinculación con otras causas derivadas, como las hemorragias del evento obstétrico (DGEEC, EIH 2000).

## **14. Población estimada de portadores/as del VIH SIDA**

La epidemia del SIDA se inició en el Paraguay en el año 1985. Desde el año 1996 el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), viene brindando atención a los infectados, incluyendo diagnóstico laboratorial, seguimiento, así como el suministro de medicamentos.

<b>CASOS INFORMADOS DE SIDA SEGÚN SEXO</b>			
<b>Años</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Variación</b>
1995	43	7	36
1996	61	13	48
1997	70	26	44
1998	35	25	10
1999	33	14	19
Total	242	85	157

**Fuente:** Dirección General de Estadística, Encuesta y Censo, 2000

En el año 1998 se creó el Programa Nacional de Control del SIDA, dependiente del MSPyBS, cuyas acciones estaban orientadas a la prevención y a la asistencia de la población afectada por el VIH/SIDA.

En el marco de la Reforma Educativa se han introducido acciones de prevención dirigidos a niños, niñas y adolescentes de las instituciones de enseñanza. Así mismo las acciones de prevención abarcó a diferentes grupos vulnerables, como ser: trabajadoras sexuales, usuarios de drogas inyectables en las penitenciarias.

Los datos de la DGEEC muestran la evolución de la enfermedad entre los años 1995-1999, registrándose 327 casos de personas infectadas de SIDA, de los cuales 74% eran hombres y 36% mujeres (DGEEC, 2000). Según informes del Programa Nacional de Lucha contra el SIDA, la evolución de la enfermedad en nuestro país se encuentra estable, mediante los trabajos de prevención y educación realizados.

El Centro Nacional de Transfusión Sanguínea es el ente más importante en el campo de servi-

cios de hemoterapia del Paraguay, el cual recibe todos los datos en forma actualizada de las transfusiones sanguíneas realizadas en los distintos puntos del país. Existen 41 servicios en el territorio nacional, 25 públicos y 16 privados (SOCEMUV, 2000).

Según datos del Centro de Transfusión Sanguínea (1999), el 50 % de todos los nuevos casos con el VIH han ocurrido entre 15 a 24 años y el grupo de edad más afectado por la enfermedad era el de 30 a 39 años. La epidemia incide sobre todo en varones, aunque los casos en mujeres ha ido aumentando paulatinamente.

En el 66% de los casos registrados, la transmisión fue por vía sexual y aproximadamente el 12% de los casos hubo exposición por uso de drogas endovenosas, el 3,8% por transfusión sanguínea y en 2,9% debido a trasmisión perinatal (Centro de Transfusión Sanguínea, 1999).

Los servicios públicos fueron los receptores de un mayor número de donantes, ya que los es-

<b>SEROLOGÍAS POSITIVAS OBTENIDAS DEL CENTRO NACIONAL DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA DE TODO EL PARAGUAY EN LOS AÑOS 1998 Y 1999.</b>			
<b>Positivos en serologías</b>	<b>N° Total de casos</b>	<b>N° de Positividad</b>	<b>Total</b>
T. Cruzi	85911	3828	4,45 %
Sífilis	61297	3062	4,99 %
Hepatitis B	85925	375	0,44 %
HIV	86262	161	0,19 %
Hepatitis C	30078	138	0,46 %

tablecimientos del MSPyBS cuentan con una mayor cobertura a nivel nacional y de accesibilidad económica mayor que el privado.

Según datos del Centro de transfusión sanguínea, la principal causa de eliminación de unidades de sangre en los servicios de hemoterapia del Paraguay es la serorreactividad para el anticuerpo contra el T cruzi, coincidente con los datos epidemiológicos correspondiente a la región. No se observaron variaciones en la prevalencia de la hepatitis B y HIV/SIDA con relación a los años 1998 y 1999 por lo que mantuvieron los porcentajes de 0,44 y 0,19 respectivamente (SOCEMUV, 2000).

### **15. Tasa de embarazo en Adolescentes**

Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI/98) la mayoría de las adolescentes encuestadas han tenido su primera relación sexual fuera del matrimonio y un tercio de ellas antes de cumplir 16 años. La ENSMI/98, da cuenta de que las mujeres encuestadas entre 15 y 24 años de edad, el 6,9%, había reportado un hijo o más entre los 15 y 17 años.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, el embarazo sigue siendo motivo de preocupación, teniendo en cuenta el carácter conservador de los materiales utilizados en la educación formal. Aun cuando se ha avanzado en relación a los contenidos acerca de la salud sexual y reproductiva, se puede constatar un sesgo hacia el ejercicio de la sexualidad adolescente, evitando un enfoque más amplio. Dicha dificultad se traducen en la poca efectividad de los programas encarados por el Estado para esta población.

### **16. Edad promedio del inicio de las relaciones sexuales**

En 1995, el 56,3% de las mujeres adolescentes y jóvenes habían tenido relaciones sexuales

entre 15 y 24 años. Este mismo grupo tuvo una leve disminución (53,9%) en 1998, siendo el 44,5% premaritales y 9,5 por ciento marital. El 32,2% de las mujeres menores de 16 años reportaron haber tenido relaciones sexuales premaritales. Las relaciones premaritales aumentan con la edad de 18,2% entre las de 15 y 17 años a 65,4% entre las de 23 a 24 años. En cuanto a la pareja de la mujer joven en la primera relación sexual, estos han sido hombres mayores en un promedio de 6 años o más entre el 40 y 50 por ciento de las encuestadas. (ENDSR/96)

En cuanto al nivel de instrucción y el inicio de las relaciones sexuales, existe una marcada diferenciación entre las que poseen menos de cinco años de estudio, (considerada primaria incompleta) y las que cursaron más de cinco años (que incluye primaria completa hasta la secundaria y más). A mayor nivel de instrucción se posterga el inicio de las relaciones sexuales y a la inversa, a menos años de estudio, mayor posibilidad de inicio de relaciones sexuales a temprana edad. En cuanto al área de residencia no existe mucha variación para el área urbana y rural.

### **17. Violencia Sexual contra las mujeres**

El Código Penal que entró en vigencia desde el año 1997 incorporó la figura de “coacción sexual”, en reemplazo de “violación”, además de la incorporación del “abuso sexual” dentro de los denominados delitos contra la autonomía de las personas.

En el mismo código disminuyen las penas por crímenes sexuales y se plantean como atenuantes la relación con el agresor, limitando la concepción de los “actos sexuales” a los que sean manifiestamente más relevantes. Se incorpora la violencia intrafamiliar, se penaliza la trata de personas y se contempla la figura del acoso sexual. (Molina, 2000).

Si bien se cuenta con modificaciones legisla-

tivas introducidas en el marco normativo nacional, no indican necesariamente en el mejoramiento de la vida cotidiana de las mujeres. Esto se observa en las limitaciones que enfrentan en general las mujeres para obtener seguridad y ejercer el derecho a una vida libre de violencia, debido a la falta de conocimiento de las normas jurídicas que la amparan, así como del conocimiento de los mecanismos de protección existentes.

La Secretaría de la Mujer cuenta con un registro de datos cruzados entre el Centro de Atención a la Mujer de la Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República (CENAM), el Centro de Emergencias Médicas, la Policía y la Fiscalía.

En este período se ejecutó un proyecto de sistema de registro único nacional y como resultado se han registrado un total de 4.907 casos de atención directa a la mujer solamente en Asunción, que fueron denunciados en el año 1999. El 52% de la población atendida refirieron casos de violencia, entre estos 928 casos solicitaron orientación en general, 659 casos de mujeres víctimas de violencia conjuntamente con sus familiares recibieron orientación y 979 casos recibieron asesoría jurídica. El resto presentó otro tipo de problemática (Memoria General de la Secretaría de la Mujer 1999-2000)

Los servicios de atención de casos de violencia contra la mujer en un mayor número se encuentran en Asunción y algunas capitales departamentales y municipales. Las mujeres que viven en las áreas rurales pocas veces acceden a éstos servicios.

## **18. Educación**

En el período 1995/2000, el escenario educativo tenía como marco la reforma educativa. El propósito de reformar el sistema educativo paraguayo constituyó uno de los puntos principales de la agenda del nuevo gobierno iniciado en 1989,

y respondía a la necesidad de superar las serias deficiencias en el modelo educativo vigente y de ajustarlo al proceso democrático que se vivía en el país (Sottoli/Elias, 2001).

En 1990 se conformó una Comisión Nacional de la Reforma, con el mandato de formular una reforma integral del sistema educacional paraguayo, previa elaboración de un diagnóstico analítico general, así como de determinar propuestas y alternativas para superar las deficiencias del Sistema educativo (CARE , 1992)

El gasto social del gobierno en este período, revelaba que un gran porcentaje, 79,1% correspondía a educación básica, un 18,8% a salud básica, 2,1% restante a agua potable y saneamiento básico (Benegas/Sauma, 2000). A partir del año 1994, se inició la implementación de la reforma educativa en aula en el nivel inicial (3-5 años de edad) y el 1º y 2º ciclo de la educación básica (desde los 6 años)

En cuanto a la cobertura de la educación inicial, cuya oferta es brindada por tres sectores institucionales: público, privado y subvencionado, se ha observado un crecimiento paulatino desde el año 1990, y el acceso ha sido en forma igualitaria en niños y niñas. Aunque se ha identificado inequidad del acceso entre la zona urbana y rural, en detrimento de las zonas rurales, pero con tendencia a un aumento del acceso en ambas zonas. En 1990 en las zonas rurales aumentó de 2% a 14,4% en 1997; mientras que en las zonas urbanas aumentó de 18,4% a 31,9% (MEC, 1999)

En cuanto a la cobertura de la educación primaria, no se presenta diferencias significativas entre los sexos, no así entre zonas urbana y rural, teniendo las zonas urbanas un 96,6% de cobertura en 1997; mientras que las zonas rurales el 86,6% (MEC, 1999)

La Encuesta Integrada de Hogares, 1997/98, indica que las mujeres muestran un menor año

**Tasa de analfabetismo por sexo, según área de Residencia**

Área de Residencia	Promedio	Hombres	Mujeres
Urbano	3,8	2,7	4,8
Rural	12,7	9,7	16
Asunción	2,9	2,4	3,3
Central	2,7	1,6	3,8
<b>Total país</b>	<b>7,7</b>	<b>5,9</b>	<b>9,4</b>
<b>Fuente:</b> DGEE: Encuesta Integrada de Hogares 1997/98.			

de estudio en relación a los varones . Como puede apreciarse en el cuadro, en el área rural el índice de analfabetismo de las mujeres fue del 16% frente al 9,7% de los varones. Y en el área urbana 4,8% de las mujeres frente al 2,7% de los varones.

En Paraguay es muy difícil apreciar el nivel de analfabetismo total y funcional de la población, por la inexistencia de datos estadísticos de fuentes oficiales como el Ministerio de Educación y Cultura (MEC) y la dificultad propia de medición del analfabetismo funcional (Corvalán, 1995).

### **19. Cobertura de los servicios de Salud Reproductiva implementado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social**

La cobertura sanitaria por instituciones a nivel país indica que el 60% corresponde al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), el 14% al Instituto de Previsión Social (IPS), el 8% a la Sanidad Militar, 7% a Servicios Privados 5% a la Universidad Nacional de Asunción (UNA) el 5% corresponde a otros seguros privados y el 1% a la Sanidad Policial. En términos de infraestructura el país cuenta con 1140 establecimientos de salud entre hospitales, centros y puestos de salud, clínicas y sanatorios. De todas ellas 796 corresponden al sector público que sería el 70% del total y se estima que solo un 67 % de la población accede a los servicios básicos de salud. (Ángeles, Gustavo y Cols, 1999).

Según publicaciones de CEPEP (ENSMI/1998) del total de encuestadas, solamente el 34.8 % de las mujeres embarazadas recibieron atención prenatal en el primer trimestre del embarazo, más de la mitad (53.2 %) en el segundo o tercer trimestre, y el resto (12.0 %) no recibió ninguna atención. La asistencia tardía al primer control, en el 2do. y 3er. trimestre, es mayor en las áreas rurales (60.4%) y entre las mujeres con menor educación y mayor número de partos.

Del total de nacidos vivos en los últimos tres años anteriores a la Encuesta, a nivel nacional, el 56.3 % de los partos fueron institucionales, 39.3 % domiciliarios y 4.4 % en otro lugar. De los partos institucionales, 43,8 % ocurrió en instituciones públicas y 12.5 % en centros privados. Los partos institucionales son más comunes en áreas urbanas (81.3 %) y Gran Asunción (92.9 %), para las mujeres con educación secundaria o superior (93.7 %). (ENSMI/1998)

La mencionada encuesta también da cuenta de una demanda insatisfecha de métodos modernos de planificación familiar, reporta que el 23% de las mujeres rurales necesitan acceder a este servicio, con respecto a 13% de las mujeres del área urbana.

En cuanto a la cobertura del examen preventivo de cáncer cervical, el MSPBS en 1998 realizó 87.879 exámenes de PAP, la proyección de la población de mujeres de 15 a 44 años fue de 1.165.855, estimando como resultado una co-

bertura en solo el 7,5 %. El CEPEP ha realizado en el mismo año 6.115 exámenes de PAP, con lo cual estimamos una cobertura de 0,5 por ciento (Prieto, 2000).

Si bien el Paraguay cuenta con un Sistema Nacional de Salud desde el año 1996, donde el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es el organismo rector, y además forman parte del Sistema otros proveedores públicos (Instituto de Previsión Social (IPS), Sanidad Militar, Sanidad Policial, Hospital de Clínicas) y Privados, no se tienen datos de casi la mayoría de los servicios que prestan y que son objeto de política pública (excepto el servicio de control de transfusiones), por ello las tasa son pocos confiables de las problemáticas de salud sobre la población en general. La ausencia de centralización de los datos no permite visualizar la cobertura real de las políticas públicas y el acceso de la población a los servicios.

## **B. CONTEXTO POLÍTICO Y ACTORES**

### **1. Los principales actores y las actrices en la implementación de acciones de salud sexual y derechos reproductivos son:**

#### **Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)**

Desde el Estado paraguayo, el MSPyBS, es la institución encargada de la ejecución de los compromisos asumidos en las Conferencias y Convenciones internacionales y es el organismo rector de las políticas, programas y planes en el área de la salud. Según el código sanitario (Ley 836/80), es la más alta autoridad encargada de formular políticas públicas destinadas a mejorar la calidad de vida y satisfacer las necesidades de salud del sector más amplio de la población.

En el año 1994 se desarrolló la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo,

El Cairo, Setiembre, 1994. El Paraguay participó de la Conferencia a través de representantes de instituciones pública y ONG's. De la misma resultó un Programa de Acción, cuyos objetivos y delineamientos se refieren a la población y el desarrollo. En el presente Programa de Acción se recomienda a la comunidad internacional una importante serie de objetivos de población y desarrollo, así como metas cualitativas y cuantitativas que son mutuamente complementarias y de importancia decisiva para esos objetivos:

- el crecimiento económico sostenido en el marco del desarrollo sostenible;
- la educación, sobre todo de las niñas;
- la igualdad entre los sexos;
- la reducción de la mortalidad neonatal, infantil y materna y;
- el acceso universal a servicios de salud reproductiva, en particular de planificación de la familia y de salud sexual.

Las definiciones consensuadas en El Cairo entre los países participantes y que orientarían las políticas fueron: las de género, derecho reproductivo y salud reproductiva. Y entre las metas se salud se encontraba el compromiso de los Estados a través de sus programas de salud la reducción del 50% de la mortalidad materna.

En 1995 se llevó a cabo la IV Conferencia Mundial de la Mujer, en Beijing (China), los gobiernos participantes de evento, entre los que se encontraba Paraguay, se comprometieron a implementar la Plataforma de Acción Mundial (PAM). La Plataforma de Acción plantea un conjunto de acciones prioritarias para ser alcanzadas en el año 2000, agrupadas en 12 componentes que son: pobreza, educación, violencia, conflictos armados, economía, poder, mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer, los derechos humanos, medios de difusión, medio ambiente y la niña.

Los lineamientos específicos referidos a la

mujer relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos fueron los siguientes:

- La consideración como un derecho humano de la mujer, el asumir el control y la toma de decisiones sobre su sexualidad, así como el acceso universal a la información y a los servicios de salud reproductiva.
- La formulación de programas de enseñanza y servicios orientados a los/as adolescentes, para que puedan asumir su sexualidad y reproducción responsablemente.
- La defensa del principio de elección voluntaria e informada de la oferta de los métodos de planificación familiar.
- El aumento de la eficacia y la eficiencia de las políticas y los programas, incorporando una perspectiva de género en su formulación y ejecución.

Estas dos Conferencias Internacionales crearon un marco propicio para la revisión de los programas de salud ya existentes y el desarrollo de nuevas políticas de salud en el Paraguay, enmarcadas en las recomendaciones emanadas de dichas conferencias.

Es importante señalar la evolución que sufrieron los programas brindados por el MSPyBS, en relación a los temas que fueron abordados en las Conferencias Internacionales. En el período 1988-1992, se ejecutó un proyecto de fortalecimiento del Programa Nacional de Salud Familiar, focalizada en la salud materno infantil. Los servicios estaban dirigidos hacia las mujeres madres e incluía los siguientes servicios: planificación familiar, control prenatal, atención del parto institucional y del postparto, control del crecimiento y desarrollo del niño/a, detección oportuna del cáncer de cuello uterino y de mamas. El proyecto era ejecutado por el MSPyBS, con el

apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

A esto prosiguió la implementación del proyecto “Fortalecimiento de la Salud Reproductiva y Planificación familiar en el Paraguay” (1994-1996) con el apoyo de OPS y FNUAP, que tuvo por objetivos el diseño del Plan Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar y la conformación del Consejo Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Al interior del MSPyBS se modificaron dos programas para organizar mejor los esfuerzos que venía realizando el Ministerio en las áreas de salud reproductiva y planificación familiar. Así, en 1996 se creó la Dirección de Salud Reproductiva y en el 2000 incluyó a 6 programas.

- Programa de Salud Integral de la Mujer.
- Programa de Prevención del Cáncer en la Mujer.
- Programa Sistema Informático Perinatal (SIP)
- Programa de Parteras Empíricas.
- Programa de los Derechos Reproductivos de la Mujer y el Hombre.
- Programa de Planificación Familiar.

Este tuvo como finalización la creación de Consejo Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar y la elaboración del Plan Nacional de Salud Reproductiva para el período 1997 - 2001 (versión post Cairo) que se nutre con los acuerdos de las Conferencias de El Cairo y Beijing, que marcó un cambio en la atención de la salud de mujeres y hombres en el país.

Dentro del proceso de reforma del sector salud, la Ley 1032/96<sup>6</sup> estableció el Sistema Nacional de Salud, siendo la descentralización administrativa de servicios de salud, la estrategia

---

6 **Ley 1032.** Que crea el Sistema Nacional de Salud, cuenta con decretos reglamentarios. **Decreto N° 19966.** Por el cual se reglamenta la descentralización sanitaria local, la participación ciudadana y la autogestión en salud, como estrategias para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud. **Decreto 22385.** Por el cual se reglamenta la Ley 1032 que crea el Sistema Nacional de Salud, en cuanto al funcionamiento del Consejo Nacional de Salud y los Consejos Regionales y Locales de Salud. **Decreto N° 21376.** Por el cual se establece la nueva organización del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.



que posibilitaría la implementación de dicha reforma en los niveles departamentales y locales. A través de la formación de los Consejos de Salud a nivel local (municipal), regional (departamental) y nacional. El MSPyBS busca el mejoramiento de la eficiencia, calidad y equidad de las prestaciones de servicios, así como la promoción de la participación efectiva de la comunidad en la planificación, control y financiamiento local de los servicios básicos de salud.

El Plan Nacional de Salud y los Planes Locales de Salud son considerados los principales instrumentos de gestión del nuevo régimen de administración. El instrumento que posibilitaría la administración descentralizada de los servicios fue el Acuerdo de Gestión entre el MSPyBS y los Municipios a través de sus Consejos Locales de Salud. Los establecimientos que pueden ser objeto de transferencia temporal son los hospitales distritales, los centros y puestos de salud.

La única experiencia de descentralización de servicios básicos de salud en el país, constituyó la generada entre el MSPyBS y 17 municipios del Departamento Central a través de sus Consejos Locales de Salud, que tuvo una duración de 4 meses en 1998. La experiencia se llevó a cabo dentro de la administración del Ministro de Salud, el Dr. Andrés Vidovich Morales, y los Consejos Locales de Salud tuvieron la posibilidad de administrar los recursos propios generados en los Centros de salud trasferidos y los aportes municipales del 5% del presupuesto destinado a salud<sup>7</sup>.

Entre la política Estatal se encuentra la elaboración del Plan Nacional de Salud Reproductiva (1996) a través del Consejo Nacional de salud reproductiva y planificación familiar. En el primer eje de acción plantea la “construcción de la voluntad política en los niveles de decisión na-

cional, regional y locales de salud, en el marco del Sistema Nacional de Salud, para el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos”. Con esto se plantea la integración operativa entre los niveles de administración de las políticas públicas dentro del Sistema Nacional de Salud. El Plan será evaluado en el 2001.

El MSPyBS se caracterizó por haber tenido tres responsables en la dirección del Ministerio de Salud en los últimos 5 años. La primera administración estuvo a cargo del Dr. Andrés Vidovich Morales, hasta casi finales de 1998, quien impulsó la creación del Consejo Nacional de Salud Reproductiva, creó la Dirección de Salud Reproductiva y el programa de Planificación Familiar. Así mismo puso en marcha la descentralización administrativa de los servicios de salud a través de las firmas de Acuerdos con los municipios.

La administración de la Dra. Carmen Frutos de Almada, ministra designada por el Presidente Cubas Grau, diciembre del 1998, rescató la gratuidad de la atención del parto decretado con anterioridad por la ministra Cynthia Prieto, aunque esta medida tropezó con algunos problemas presupuestarios. Sin embargo esta ministra reprimió los programas de promoción y difusión de la salud sexual y reproductiva, especialmente la promoción y difusión de métodos de planificación familiar y enfatizó los métodos naturales de anticoncepción (Roa/Sánchez, 2001)

En marzo de 1999, luego de una crisis política que derivó en la renuncia de Cubas Grau, surgió un nuevo gobierno, asumiendo la Presidencia de la República, el entonces Presidente del Congreso, Luis Gonzáles Machi. El nuevo ministro de salud, Martín Chiola, impulsó nuevamente los programas que habían sido relegados por la ministra Frutos y desconoció los Acuer-

---

7 Datos relevados en entrevistas con los actores sociales que integraron los Consejos Locales de Salud, en Central.

dos firmados por el MSPyBS en el marco del proceso de descentralización.

El Plan Nacional de Salud, 1999-2003, cuenta una resolución ministerial N° 412, sirve de marco a la Política Nacional de Atención a la Salud de la Mujer, que establece sus ejes y líneas programáticas según las etapas por las cuales pasan las mujeres: niña, adolescente, mujer adulta en etapa reproductiva, mujer adulta en etapa post reproductiva, y también establece una línea programática para la acción con varones, ligada a la educación para la salud sexual y reproductiva, la paternidad responsable y la prevención del cáncer del aparato reproductor, y la prevención y erradicación de la violencia familiar. Es la primera vez que la política de salud en forma explícita aborde la educación y prevención de dolencias de salud reproductiva en los hombres.

Líneas programáticas	Ejes
Para la mujer niña . Para la mujer adolescente . Para mujer adulta en etapa reproductiva. Para mujer adulta en etapa post reproductiva . Para la acción con varones. Prevención y erradicación de la violencia familiar.	Crecimiento y desarrollo. Promoción de la salud integral. Sexualidad sana y maternidad segura. Mejoramiento de la calidad de vida. Desarrollo integral de la salud sexual y reproductiva.  Servicios: <b>orientación, educación y consejerías en materia de salud sexual</b> Anticoncepción, prevención y asistencia del cáncer de útero y mamas y, prevención del VIH/SIDA.

En este período (1995 –2000) se han dado iniciativas de coordinación y complementación de recursos entre el sector público y privado para mejorar el acceso de la población a servicios de salud reproductiva, como la que se ha desarrollado en la experiencia entre el Consorcio de ONG's de Mujeres y el Ministerio de Salud Pública con otras dependencias del Estado. El Consorcio de ONG's de Mujeres, estuvo integrada por organizaciones no gubernamentales con acciones en salud, aglutinadas con la finalidad de participar desde de la sociedad civil en el diseño e implementación del proyecto de fortalecimiento de la salud reproductiva y planificación familiar en los años 1994-1996.

Junto a la Secretaría de la Mujer y el Ministe-

rio de Educación y Cultura tuvieron a su cargo la ejecución del Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y Resultados para las Mujeres en la Educación (PRIOME) desde 1996.

---

### Ministerio de Educación y Cultura (MEC)

---

El logro de una mayor cobertura de la educación escolar básica, en los últimos años, en varios países latinoamericanos, posibilitó la atención de las reformas educativas hacia aspectos de calidad, eficiencia y equidad de los sistemas.

Los delineamientos que orientan y caracterizan a estas reformas, incluidas la del Paraguay, son las siguientes (CEPAL, 1997):

- Actualizar los contenidos de la educación y mejorar el proceso educativo;
- Redefinir el financiamiento del sistema y el

papel asignado al estado y a los mecanismos de mercado en este ámbito;

- Mejorar la capacitación docente;
- Corregir la segmentación social y las inequidades del acceso a la educación; Mejorar la calidad de la oferta educativa y promover la eficiencia y descentralización en la gestión.

La Constitución Nacional Paraguaya garantiza el acceso a la educación a todos sus habitantes, sin discriminación de sexo, clase, etnia o adscripción religiosa. Declara igualmente la obligatoriedad y gratuidad de la educación escolar básica de nueve años de duración

La Reforma Educativa (implementada en aula

en 1994) parte de 3 componentes fundamentales, los cuales se basan en conocimientos, actitudes y valores relacionados con la educación democrática, la educación familiar y la educación ambiental. En los primeros documentos de la reforma educativa no existió una mención explícita de la política educativa que apunte a la equidad de género. Como tampoco se profundizó en el diagnóstico del sector educativo, ésta problemática.

La acción más importante del MEC, en relación a la incorporación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos ha sido la implementación del Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y Resultados para las Mujeres en la Educación (PRIOME), conjuntamente con el MSPyBS y la Secretaría de la Mujer que es la encargada de transversalizar la perspectiva de género en las políticas del estado.

Por vez primera, en la Historia del Sistema Educativo, en el año 1996 el tema género fue incluido en el Plan Estratégico de la Reforma Educativa. Y se recomendó la introducción de la perspectiva de género en la preparación de libros de textos, planes de estudios y las capacitaciones a los actores educativos. Desde el componente de educación familiar se promovió la igualdad entre hombres y mujeres y la protección integral de la familia dando énfasis a la maternidad y paternidad responsables (CARE, 1996).

En el año 1998 se promulgó la Ley General de Educación y en su art. 10 declara que la educación se ajustará al principio de la efectiva igualdad entre los sexos y rechaza todo tipo de discriminación (MEC, 1998).

El MEC publicó un importante instrumento de gestión denominado Plan Estratégico de la Reforma Educativa: “Paraguay 2020, Enfrentemos el Desafío Educativo”(1996), el Consejo Asesor de la Reforma Educativa a su vez difundió el documento denominado “Avances de la

Reforma Educativa, Perspectivas, Estrategias y Políticas de la Educación Paraguaya (1998)”.

En febrero del 2000 se formuló el Plan Operativo Anual, POA, basado en el Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades para las mujeres, elaborado por la Secretaría de la Mujer, para el período, 1997-2001. Fecha en la que aun no se había realizado una evaluación de impacto del PRIOME, en las distintas áreas en las que se trabajó.

Según datos acerca de la desconcentración/descentralización en la educación, el MEC, desde el año 1960, el MEC, ha creado los Centros Regionales de Educación, cuyo propósito es aportar asistencia técnica a las instituciones dentro de su área de influencia. Las áreas de acción son entre otras: la formación, la capacitación y la actualización de los recursos humanos de la región. Actualmente existen 7 Unidades técnico administrativas, ubicadas en 7 de los 17 departamentos de la República: Central, Concepción, Guaira, Ñeembucú, Itapúa, Alto Paraná y Amambay.

A partir del año 1995, con el “Compromiso de Ypacarai”, que recoge los acuerdos entre las autoridades del MEC y gobernadores de todo el país, de iniciar la descentralización del sistema educativo. Para ello se han creado la Comisión Permanente para la descentralización del sistema educativo que tendrá la función de definir las formas de descentralización de la gestión administrativa a nivel del departamento, municipio e institución escolar, elaborar el presupuesto del MEC en forma departamentalizada, apoyar a las direcciones municipales de Educación y Cultura y brindar capacitación para el desempeño de sus funciones (FNUAP/FCE-UNA, 2002).

A partir de resoluciones ministeriales desde el año 1992 hasta el año 2000 se fueron creando varias instancias que implementarán la descentralización /desconcentración educativa en el territorio nacional. Por citar algunas de ellas: la

Dirección General de Centros Departamentales, las Unidades departamentales de Estadísticas(UD), Equipo de Gestión Departamental (EGD); Asociaciones de Cooperación Escolar (ACEs), Comisiones Zonales(CZ), Sistema Nacional de Actualización Docente(SINAD), Unidades Pedagógicas Departamentales (UPDS).

Más recientemente en el año 2000, por resolución ministerial N° 10711/00 se crearon los Consejos departamentales de educación, que constituyen instancias intermedias con capacidad de decisión, dependientes del MEC. Se encuentran funcionando en total cuatro consejos departamentales en Cordillera, Boquerón, Misiones y Ñeembucú.

---

### **Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República**

---

En el año 1992 el Poder Ejecutivo promulgó la ley N° 34, que crea la Secretaría de la Mujer, directamente dependiente de la Presidencia de la República, como resultado del proceso de demandas de organizaciones de mujeres iniciado en 1989, por iniciativa de la entonces llamada Multisectorial de Mujeres. En 1991 esta agrupación, junto con la Coordinación de Mujeres del Paraguay (CMP), elevó a la Comisión de Asuntos Constitucionales de la Cámara de Diputados, el documento *Bases para el proyecto de ley para la Secretaría de la Mujer*.

En 1993 se inició el funcionamiento de la secretaría con el nombramiento de la primera titular de la Secretaría de la Mujer, Cristina Muñoz, que posee el rango de ministra, lo que le permitió asistir a las reuniones del gabinete presidencial de ministros/as.

Es la instancia estatal encargada de políticas de género de mayor rango en la estructura del Estado paraguayo, que junto a otras dos oficinas en el plano ministerial, una en el Ministerio de Agricultura y Ganadería, denominada Oficina de Relaciones Intersectoriales de Género, y otra en el Ministerio de justicia y Trabajo, llamada Oficina de Promoción Social de la Mujer Trabajadora, que contribuyen a la incorporación de dichos temas en la agenda pública.

La Secretaría de la Mujer fue la principal actora en el proceso de ejecución de políticas públicas relacionadas a los derechos sexuales y reproductivos.

El Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres (PIOM) es el principal instrumento de gestión que “orienta la acción de los distintos actores y un medio para concertar recursos desde distintos espacios en pro de la equidad de género, condición indispensable para alcanzar la democracia plena” (SMPR, 1997). Se inscribe al PIOM, en el marco de la Constitución Nacional, de los instrumentos internacionales ratificados por el Paraguay y en los compromisos establecidos en la declaración y la plataforma de acción de Beijing.

Se organiza el PIOM en nueve ámbitos de actuación. Para cada uno de los ámbitos se establece un objetivo general, varios objetivos específicos, diversas acciones y marcos estatales responsables para cada una de las acciones. El siguiente cuadro presenta los ámbitos de actuación y los objetivos generales de cada uno de ellos:

Teniendo como marco el PIOM las principales acciones desarrolladas fueron las siguientes:

- 1996 integró la mesa tripartita de seguimien-

PARAGUAY: PLAN NACIONAL DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS MUJERES 1997-2001	
AMBITO	OBJETIVO GENERAL
Jurídico-legal	Producir los cambios en la legislación y en la práctica jurídica para asegurar la igualdad ante la ley de mujeres y hombres
Educación	Favorecer la participación equitativa de mujeres en el proceso educativo y de producción de conocimientos
Cultura y comunicaciones	Promover una imagen no discriminatoria de las mujeres en la cultura y las comunicaciones
Acceso de las mujeres a los recursos económicos y al trabajo	Lograr la igualdad de oportunidades en el acceso a los recursos económicos, en especial en el trabajo, para reducir la pobreza de las mujeres y asegurar una mejor calidad de vida.
Erradicación de la violencia contra la mujer	Impulsar la erradicación de la violencia contra la mujer
Salud integral de las mujeres	Garantizar la salud integral de las mujeres
Participación social y política	Promover la participación social y política de las mujeres, en especial en los ámbitos de toma de decisiones
Medio ambiente	Lograr la participación activa y sistemática de la mujer en la formulación, gestión y toma de decisiones relativas al medio ambiente.
Institucionalidad	Fortalecer la institucionalidad pública para la implementación de políticas de igualdad de oportunidades.

to a Beijing por el gobierno, junto a representante de la Cooperación Internacional (Sistema de Naciones Unidas) y la sociedad civil (Coordinación de mujeres del Paraguay-CMP).

- Diseñó, en forma participativa, el Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres, 1997-2001. El Plan es producto de una amplia consulta a distintos sectores de la comunidad nacional, tanto del sector público como del privado, incluyendo a representantes de organizaciones no gubernamentales.
- Desde 1994 implementa el Plan Nacional para la prevención y la sanción de la violencia contra la mujer.
- Implementación del PRIOME en coordinación con el MEC y el MSPyBS.
- Creación, desde 1998, de la Red de Centros de Iniciativas y Desarrollo de la Mujer (Red CIDEM), con el apoyo de la Comunidad Europea.
- Impulsó la creación de las distintas Secretarías de la Mujer en los departamentos, la mayoría de las cuales se establecieron en 1999.
- Impulsó igualmente la creación de oficinas de la mujer en todos los municipios del país.

La Secretaría de la Mujer coordina el Plan Nacional para la Prevención y la Sanción de la violencia hacia la Mujer, que nació y se viene ejecutando en el seno de una Comisión Interinstitucional, integrada por los Ministerios del Interior, Justicia y Trabajo, Salud, Educación, Fiscalía General del Estado, La policía Nacional, la Coordinación de Mujeres del Paraguay y la Conferencia Episcopal Paraguaya.

En el marco de dicho Plan, la institución realiza: a) Atención y orientación a víctimas, b) Capacitación, c) Legislación y, d) Registro Unificado.

---

### **Comisión de Equidad, Género y Desarrollo de la Cámara de Senadores**

---

La Comisión de Equidad, Género y Desarrollo de la Cámara de Senadores fue creada por resolución N° 586, del 4 de julio del 2000. La atribución principal de esta Comisión es asegurar la inclusión de criterios de equidad e igualdad de oportunidades en los dictámenes sobre proyectos de ley, resoluciones o declaraciones referidos

a: deuda social, discriminación y segregación, especialmente relacionados con mujeres, minorías y grupos vulnerables. Igualmente debe velar por la observancia en nuestro país de los tratados sobre esta materia, elaborar y elevar a la plenaria de la Cámara de Senadores un informe anual, sobre el estado de las cuestiones de su competencia. En julio de 2000 se creó esta Comisión y está integrada por seis senadores/as (4 mujeres y 2 varones).

La Comisión de Equidad, Género y Desarrollo de la Cámara de Senadores cumplió una importante función para la promulgación de la Ley de aprobación del Protocolo Facultativo de la CEDAW, que permitió al Paraguay contar con un instrumento de protección internacional de Derechos Humanos (Molinas, 2000).

La Coordinación de Mujeres del Paraguay (CMP) conjuntamente con CLADEM desarrollaron una importante acción de convencimiento previamente a la promulgación de la mencionada Ley.

También fue significativa la publicación de un informe anual, en el que da cuenta de las acciones emprendidas por dicha comisión.<sup>8</sup>

---

### **La Iglesia Católica**

---

Caracterizada por su oposición a las acciones enmarcadas en los derechos sexuales y reproductivos. Desarrolló una campaña de rechazo y condena a la posibilidad de despenalización del aborto. Movilizó a un grupo vinculado a la Iglesia Católica autodenominados Movimiento PRO VIDA, que incluye a el Servicio de Amor y Vida ( SEAVI),

dependiente de la Arquidiócesis de Asunción, la Comisión Nacional por el Derecho a la Vida y la Asociación de Abogados a Favor de la Vida, Capítulo Paraguay, convocó a otras Iglesias para la realización de pronunciamientos, logrando el apoyo de diferentes sectores, incluyendo al propio Presidente de la República del período 1993-1998, que abiertamente declaró su postura en defensa del derecho a la vida.

La Iglesia Católica logró además, la atención de la prensa, que le dedicó amplia cobertura a las declaraciones que realizaban sus representantes en los actos oficiales en el que asistían las autoridades del Gobierno del período ya mencionado, permitiendo una importante presencia pública del tema.

Como mecanismo de presión utilizó apelo a la visita del Cardenal López Trujillo, Presidente del Pontificio Consejo para la Familia, cuyo discurso se centró en instar a la “Protección del derecho a la vida”. Llevando a cabo además un congreso del Cono sur, cuyo eslogan era “Por la Vida” (Última Hora, 10/07/96)

Las organizaciones de mujeres no tuvieron casi ninguna presencia o preponderancia en el debate que se generó a partir de la presión y reacción de la Iglesia, realizó algunas manifestaciones aisladas en torno a la necesidad de enfocar el tema del aborto, más allá del enfoque moral y religioso, como un problema de salud pública.

En relación a los contenidos de la educación sexual en el sistema educativo formal logró el consentimiento del Ministerio de Educación y Cultura para retirar de circulación un material educativo dirigido a las/os estudiantes, con el

---

8 En el año 2002 la Comisión de Equidad, Género y Desarrollo Social de la Cámara de Senadores con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) logró la creación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva y la asignación de fondos en el presupuesto general de gastos de la Nación del período fiscal 2002, según la Ley N° 1857 del Ministerio de Hacienda. El rubro incluye la adquisición de métodos anticonceptivos.

argumento de que los contenidos eran perjudiciales y banalizaban la sexualidad. El material denominado “Hablemos claro sobre el sexo”, fuera editado por la ONG Promoción y Mejoramiento de la Salud, PROMESA. Así mismo, algunos colegios religiosos arrancaron una de las hojas debido a que sostenían que se describía en forma explícita el acto sexual, abordando el tema del placer sin una consecuencia directa para la procreación.

La Iglesia Católica no sólo ha ejercido presión sobre estos temas, sino también y con mayor fuerza sobre la reglamentación del artículo 61 “De la Salud Reproductiva y la Planificación Familiar”, de la Constitución Nacional, que permitiría contar con una legislación sobre derechos sexuales y derechos reproductivos en nuestro país.

---

### **La Coordinación de Mujeres del Paraguay (CMP)**

---

La Coordinación de Mujeres del Paraguay (CMP) integró en el período 1995-2000 a 12 organizaciones de mujeres, se encuentran representadas ONG's, asociaciones de profesionales y laicas, con orientación feminista y no feminista (Alter Vida, Asociación de abogadas del Paraguay (ADAP), Base/Ecta, BECA, Centro de documentación y Estudios (CDE) Circulo de abogadas del Paraguay, Colectivo de Mujeres 25 de Noviembre, Fundación Kuña Aty, Grupo de Estudios de la Mujer Paraguaya, GEMPA/CPES, Mujeres por la Democracia, Presencia, Unión de Amas de Casa del Paraguay. se ha destacado como una actora importante dentro de la sociedad civil, aglutinando a diferentes organizaciones de mujeres, incluyendo.

Ha desempeñado un importante papel principalmente en la elaboración de propuestas legislativas. En el período 1995-2000, para la elaboración del Anteproyecto de Ley contra la Violencia Doméstica hacia la mujer, inició un proceso

participativo hasta su promulgación en octubre del 2000 como Ley 1600/00 denominada “Contra la Violencia Doméstica”, involucrando a los diferentes sectores en la elaboración de la propuesta, entre ellas a representantes de CLADEM Py.

La **CMP**, junto con la Cámara de Senadores, con el apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), realizó un Seminario Internacional, en el Parlamento Nacional, para debatir sobre el anteproyecto de ley sobre Salud Sexual y Reproductiva. La actividad contó con la presencia de tres expertas en el tema, como la Dra. en medicina, la uruguayana Cristina Grela Melluso; la abogada argentina, Susana Chiarotti (Coordinadora Regional de CLADEM) y la peruana Susana Galdós (Coordinadora Técnica de ReproSalud, del Centro Manuela Ramos).

Sin embargo, la fuerte oposición de los sectores conservadores relacionados con la Iglesia Católica impidió el debate público de este tema y la propuesta analizada entre diversos actores no ha sido retomada.

El proyecto consiste en una propuesta de reglamentación del artículo constitucional 61 “De la Salud Reproductiva y de la Planificación Familiar”, con el objetivo de aplicar efectivamente la Carta Magna. Además, de facilitar la elaboración de políticas públicas tendientes a la protección de la salud de la madre y del niño (ABC COLOR, 30/10/99).

Otra acción que ha marcado la posición de la coordinación de mujeres con relación a los derechos sexuales y los derechos reproductivos, ha sido la publicación de La Plataforma Política Feminista, documento que expone los temas y propuestas que la **CMP** considera prioritarios en la gestión de las autoridades, comprometiéndolos con las necesidades y demandas de las mujeres.

En este documento la **CMP** solicitó al gobierno la asignación de recursos nacionales sufi-

cientes para la implementación del Plan Nacional de Salud Reproductiva, incluyendo la protección de la maternidad y la paternidad responsable, la revisión y modificación de la legislación punitiva del aborto provocado.

También ha elaborado un importante documento referido al seguimiento de la “Implementación de la Plataforma de Beijing en Paraguay”, en donde se destaca las áreas críticas que en Paraguay afectan el principio de igualdad y el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres.

---

### **Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la Mujer, CLADEM PARAGUAY**

---

El Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la Mujer, como integrante de la Red Regional impulsó en el año 1998 la Campaña por la Difusión de la Declaración Universal De los Derechos Humanos desde el enfoque de Género. Esta campaña involucró a la prensa escrita, radial y televisiva con la presentación de mensajes a través de spots, jingles en castellano y guaraní.

Participó en el debate, difusión y elaboración del anteproyecto y convencimiento a parlamentarios, para la Ley 1600. En el año 2000 integró la Mesa Tripartita de Seguimiento a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, con el objetivo de dar seguimiento a la aplicación del Programa de Acción de El Cairo en Paraguay y evaluar sus resultados e impactos en la población paraguaya.

CLADEM ha sido parte activa del proceso de elaboración del anteproyecto de Ley sobre Salud Sexual y Reproductiva, contando con el apoyo de integrantes de la Regional, quienes participaron como expositoras centrales del Seminario Internacional, realizado en el Parlamento Nacional.

Son integrantes de CLADEM en el Paraguay: Alter Vida, Colectivo de Mujeres 25 de Noviembre, Asociación de Abogadas del Paraguay (ADAP).

---

### **Organizaciones No Gubernamentales (ONG's)**

---

Entre las ONG's que se encuentran trabajando el tema de los Derechos sexuales y reproductivos, desde diferentes perspectivas de abordaje, se destacan:

- **Centro de Educación y Tecnología Campesina (CECTEC)**, ha desarrollado un importante trabajo educativo en el área rural.
- **Centro de Estudios Rurales Interdisciplinarios (CERI)**, dedicado a la investigación y acciones de desarrollo.
- **Fundación Kuña Aty**, brinda atención a mujeres víctimas de violencia.

Está integrada por mujeres que trabajan juntas desde hace más de diez años (desde 1985). Es esta una entidad sin fines de lucro, que cuenta con un Departamento de Investigaciones Sociológicas.

Su misión, es convertir a todas las mujeres paraguayas, sin distinción de edad o posición social, en agente transformador de su propia condición y en protagonista de su propia historia individual.

Cuenta con financiación de organizaciones extranjeras. Realizan jornadas de capacitación y charlas sobre Género, Violencia, Derechos de la mujer, Salud y Derechos Reproductivos.

- **Colectivo de Mujeres 25 de Noviembre** que brinda atención a mujeres víctimas de violencia.
- **Promoción y Mejoramiento de la Salud, PROMESA**, cuyos beneficiario/as son adolescentes y jóvenes estudiantes secundarios. Productos como condones Pantera fueron lanzados en agosto de 1998 y las multivitaminas de Vital Día en noviembre de 2000. El Proyecto del adolescente de Arte y Parte PSI/PROMESA trabaja la salud reproductiva



del adolescente utilizando como instrumento la comunicación masiva.

Realiza campaña vigorosa de Información, educación y comunicación (IEC) para promover comportamiento sano como parte del proyecto social de la comercialización del condón.

- **Base Educativa y Comunitaria de Apoyo, BECA**, dedicada a la prevención del maltrato, el abuso y la explotación sexual infantil. BECA, inició en el año 1991 su tarea educativa en el área de la salud sexual y reproductiva, el maltrato, el abuso y la explotación sexual infantil, con un enfoque preventivo focalizando la acción en niñas y adolescentes de sectores más carenciados. Posteriormente y a partir de las necesidades detectadas en dicha área de trabajo, se amplió el alcance incorporando también a los adultos como beneficiarios de los programas. Para cumplir con los objetivos instituciones se han diseñado:
  - Programas de trabajo directo con niños, niñas y adolescentes.
  - Programas de Capacitación.
  - Producción de materiales.
  - Investigación.
- **Centro de Asistencia Integral, CEDAI** presta servicios preventivos y asistencia a niños/as víctimas.
- **LUNA NUEVA**, brinda asistencia a la niñas víctimas de explotación sexual en la capital.
- Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP). Es la única institución que hace seguimiento cuantitativo sobre la Salud Reproductiva. Cuenta con publicaciones sistemáticas de investigaciones cualitativas y cuantitativas, siendo la más importante “La Encuesta de Demografía y Salud Reproductiva 1995/6” (ENDSR/96) y La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI-98). Estos materiales brindan información estadís-

tica a nivel nacional sobre aspectos demográficos, de salud materno infantil, servicios de salud, planificación familiar y violencia hacia la mujer. La mención específica de CEPEP entre las otras organizaciones se debe a que los documentos elaborados por esta institución son de referencia obligatoria para las investigaciones sobre el tema.

EL CEPEP cuenta con 4 Clínicas propias, las cuales se hallan ubicadas en lugares estratégicos y de fácil accesibilidad, en Asunción, San Lorenzo, Encarnación y en Ciudad del Este.

Todas ellas ofrecen una gran variedad de servicios en forma rutinaria, como ser atención prenatal, ginecología, planificación familiar, consejería, pediatría y otras especialidades, contando para ello con equipamientos modernos y un plantel de profesionales altamente calificados.

También ofrecen a precios accesibles la realización de estudios auxiliares de diagnóstico, tales como Ecografía Obstétrica, Perfil Biofísico, Monitoreo Fetal, Mamografía, Radiografía y Análisis Clínicos a través de la tercerización de estos servicios.

Cuentan con una Farmacia Social, con un stock de medicamentos básicos a precios muy ventajosos, incluido medicamentos para el tratamiento de las ITS, al cual pueden acceder todos los usuarios de las clínicas.

Con el objetivo de mejorar la calidad de la atención materno infantil, el CEPEP pone a disposición de los trabajadores de la salud una serie de materiales de capacitación y normas de atención, modernas, prácticas y accesibles publicadas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

## Normas

- Normas de Diagnóstico y Tratamiento de las ITS
- Manual Nacional de Planificación Nacional
- Normas de Atención del Embarazo, Parto, Puerperio y Recién Nacido
- Manual Nacional de Normas y Procedimientos para la Prevención y Control del Cáncer de Cuello Uterino Compilación de Disposiciones Legales sobre Derechos Sexuales y Reproductivos
- Emergencias Obstétricas y Neonatales
- Pautas médicas y de Prestación de Servicios para Planificación Familiar
- Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva
- Manual de procedimientos e Instructivos para la Administración del programa de Planificación Familiar
- Guía para la Atención de la Salud Integral de la Niñez - Adolescencia y Madre Embarazada El CEPEP apoya al MSPyBS en la provisión de métodos anticonceptivos en los meses del año que enfrenta desabastecimiento, debido a problemas de logística.

## 2. Intereses que intervienen y la correlación de fuerzas existentes

El Estado ha desarrollado importantes acciones de políticas públicas incorporando las recomendaciones de las Conferencias Internacionales de El Cairo y Beijing . El período se caracteriza por la implementación plena de planes, programas y proyectos de salud sexual y reproductiva.

Sin embargo se observa todavía la debilidad institucional en la sostenibilidad de las políticas de salud, a cargo del MSPyBS; en el período analizado ha existido discontinuidad y hasta contradicción de decisiones y acciones frente a los compromisos internacionales asumidos a favor de la

salud sexual y reproductiva. Como fue el caso de la resolución ministerial que ordenó el retiro de los establecimientos del Ministerio de Salud de materiales educativos sobre planificación familiar, elaborados por el departamento de Educación de dicha institución.

Otra debilidad se genera en la escasa o casi nula existencia de mecanismos institucionales de participación del Estado para impulsar diseños, gestiones y evaluaciones participativas de programas y proyectos públicos con los diversos actores de la sociedad. Esta situación plantea al Estado una mayor exposición a la influencia de grupos organizados, con mayor poder político y económico, que buscan el cumplimiento de sus intereses corporativos, como es el caso de la Iglesia Católica que coopta al Estado hacia sus intereses, que se observa sobre-representa en todos los temas analizados en el presente diagnóstico.

En esta misma línea merece preocupación de las organizaciones no gubernamentales de mujeres la escasa difusión de informaciones que orienten a las usuarias al consentimiento informado del uso de anticoncepción de emergencia, existen temores en el personal de salud del MSPyBS acerca de este servicio ya sea por estar influenciada sus creencias por los principios que la Iglesia Católica, la cual mantiene un rechazo hacia la planificación familiar, y por la censura y presión que puede ejercer la misma sobre la continuidad de los programas públicos.

Además, el escaso presupuesto destinado a la implementación de los programas y proyectos de salud sexual y reproductiva limita la efectividad de sus acciones. Hasta la fecha no existe una asignación presupuestaria específica para el Programa de Salud Reproductiva y Planificación familiar en el clasificador de gastos en el presupuesto de gastos de la nación<sup>9</sup>.

---

9 La nueva asignación de recursos del Estado, en el año 2002, al Programa de salud sexual y reproductiva constituye un hito histórico en la asunción de la responsabilidad social del Estado frente al tema y también para la ciudadanía que tendrá la tarea de monitorear el cumplimiento de las acciones.

Las doce organizaciones no gubernamentales representadas en la Coordinación de Mujeres del Paraguay (CMP) fueron las que hicieron de contrapeso a los planteamientos de la Iglesia Católica, abriendo espacios de debate para analizar los diferentes temas desde la mirada de varios actores/as involucrados en la temática de salud sexual y reproductiva, así mismo ha facilitado elementos desde la perspectiva de género para la construcción de reglas de convivencias más equitativas entre hombres y mujeres, logrado influir en el Estado al impulsar la creación de la Secretaría de la Mujer y articulada a la misma se lograron emprender acciones que benefician a la mujer.

Los medios de comunicación han hecho un esfuerzo sostenido en brindar informaciones a la opinión pública, fundamentalmente estas acciones contribuyeron durante la Convención Nacional Constituyente, presentando a los diferentes actores y actores y sus intereses así como los aspectos vinculados a las problemáticas de género, sexualidad y reproducción. Contribuyendo de esta manera el debate en el escenario público de temas que se consideraban exclusiva del ámbito privado.

### **3. Opciones políticas hegemónicas, excluidas y emergentes**

Dentro de las opciones de políticas hegemónicas vinculadas a la salud reproductiva se encontraron las acciones emprendidas para el mejoramiento del acceso de las mujeres a los servicios institucionales de control prenatal, parto, prevención del cáncer cérvico uterino y de mamas, planificación familiar, prevención del VIH/SIDA, prevención y atención de víctima de violencia sexual y doméstica.

Los Ministerios de Salud, Educación y Mujer tuvieron las responsabilidades de la conducción e implementación de dichas acciones, logrando

una articulación significativa.

Entre las opciones de políticas emergentes se puede identificar la necesidad formulada por profesionales pertenecientes a las Asociaciones Médicas y de la Universidad Nacional de implementar acciones continuas para el mejoramiento de la calidad de la atención, así como, la humanización de la misma.

Entre las opciones de políticas excluidas se encuentran el tratamiento del aborto provocado, la legislación vigente la circunscribe únicamente en el ámbito jurídico con acción punitiva. La presión ejercida por la Iglesia Católica limitó su discusión más amplia y la búsqueda de soluciones más efectivas a la problemática teniendo en cuenta los elementos que la estaría condicionando, como los aspectos contenidos en culturales que limitan el autocuidado de mujeres y hombres del ejercicio de sus sexualidad y reproducción, desigualdad política entre los sexos, la disponibilidad de los métodos de planificación familiar en los establecimientos públicos y privados accesibles a la población joven y adulta, entre otros.

Otro tema excluido es el que hace referencia al reconocimiento en las políticas de la salud sexual y reproductiva de los/as niños/as y adolescentes como “sujetos de derechos” con capacidad de demandar acceso a información, incluyendo el servicio de anticoncepción. A pesar de que los datos estadísticos demuestran que el inicio de relaciones sexuales se da en edades cada vez más tempranas.

Así mismo, la atención de la salud sexual y reproductiva de los grupos étnicos no está diferenciada de la población en general, no se cuenta con información acerca de conocimientos, prácticas y actitudes, que permita orientar programas definidos para de este grupo específico

## C. CONTEXTO ECONOMICO

Durante el período comprendido en este análisis (1995-95/99) se sucedieron en el poder tres períodos de gobierno Wasmosy (93/98) Cubas (98/99) y González Macchi (99/2003). Bajo el Gobierno del Presidente Juan Carlos Wasmosy hubo un proceso de involución en el PIB por habitante que disminuyó en un  $-1,3\%$ . Esta desaceleración del crecimiento estuvo relacionado con la crisis financiera que ha golpeado al sistema desde 1995 a 1998<sup>10</sup> (Ramírez,1998). A la economía paraguaya estancada por más de 15 años se le debe sumar el período de contracción económica originada por las sucesivas crisis financieras mencionadas anteriormente que dieron lugar a políticas monetarias y fiscales que frenaron la inversión y consumo, aumentando los niveles de pobreza de los sectores menos favorecidos.

En el sistema productivo se ha enfatizado el modelo agro exportador de los rubros de soja y algodón. La caída de los precios de estos productos, sumado a las restricciones que se impuso al comercio fronterizo informal ha afectado no sólo la capacidad de la política macroeconómica, sino también se ha retroalimentado con diferencias en el crecimiento económico y el empleo. El modelo productivo paraguayo se encuentra agotado y sin capacidad para promover el crecimiento económico, con un creciente deterioro de la economía rural y el aumento de la informalidad. Este modelo económico no genera empleo pero sí pobreza y exclusión social (Ramírez,1998).

Aunque el sector primario (agricultura, silvicultura, caza y pesca) perdió importancia relativa en la estructura productiva, no ha dejado de constituir el pilar fundamental de la economía paraguaya, las exportaciones agrícolas se consti-

tuyen en el eje generador de divisas al país. Paraguay no pudo superar su carácter «monoprodutor», en 1996, el 76% de sus exportaciones estaban concentradas en sólo 5 productos, todos ellos con un bajo valor agregado, algodón en rama, soja y semillas oleaginosas, carne y grasa vacuna, troncos, cueros y piel (DGEEC,1998).

La economía creció en apenas el 1,4% en 1996-97 y el crecimiento promedio del PIB, es a apenas un 3%, lo que en realidad demuestra un estancamiento, considerando la alta tasa de crecimiento poblacional del país. El gasto público con relación al PIB es de 11,4%. El PIB per cápita es de los más bajos de América Latina, superando solamente a Ecuador y Bolivia.

Sobre una Población Económicamente Activa (PEA) de casi 2,3 millones de habitantes, la tasa de desempleo total bordea el 15%. La tasa de participación económica de las mujeres se ha duplicado entre 1992/98, llegando a 41%, predominando su inserción en el mercado laboral urbano y en el sector informal. El salario mínimo en relación al tipo de cambio predominante, el dólar, se ha deteriorado en un 30% desde 1989. Alrededor del 50% de los trabajadores urbanos no llega ni siquiera a percibir ese salario mínimo.

El modelo económico, al cual se han ajustado los tres gobiernos que se sucedieron en este período, no ha podido dar solución a las crecientes demandas sociales, provocando un notorio incremento de la pobreza general y extrema, tanto rural como urbana (casi 1,8 millones de habitantes viven actualmente en esa condición), así como una presión cada vez mayor y de efectos nocivos sobre los recursos naturales y el ambiente, una clara primacía de la pobreza, inequidad social y

10 "Esto tuvo como resultado la intervención o liquidación de 13 bancos y 22 financieras por el BCP quien ha proporcionado asistencia de liquidez por un monto de 1,2 billones de guaraníes equivalentes a más del 100% de los billetes y monedas en circulación."

de género para amplios sectores de la sociedad nacional.

#### **D. PROCESO DE REFORMA ESTATAL Y SECTORIAL**

En el período 1995-2000 tres gobiernos ocuparon el poder a raíz de la crisis política de 1999. Raúl Cubas Grau, presidente electo renunció a sólo siete meses de haber asumido el poder. Su programa de gobierno planteaba la redefinición del rol del Estado y centrando la política económica en el apoyo a la producción, promover la instalación de agroindustrias, a partir de la reactivación económica y el mejoramiento de la infraestructura vial. El corto tiempo que duró su mandato no permitió la implementación de los puntos contemplados en su programa de Gobierno, dando paso al Gobierno de Unidad Nacional instalado posteriormente.

Respecto a los derechos sexuales y reproductivos durante la administración del MSPyBS a cargo de la Dra. Carmen Frutos de Almada se implementaron medidas que ha significado un retroceso en la implementación de la Política de Salud como el retiro de materiales educativos sobre sexualidad, planificación familiar entre otros y de métodos anticonceptivos modernos de los establecimientos de salud, poniendo énfasis en los denominados métodos naturales (Roa, 2000)

El Programa del Gobierno de Unidad Nacional (1999-2003), contempló el reacondicionar el aparato económico, fomentando la producción competitiva de bienes y servicios, cuya condición esencial es lograr la generación de empleos y la estabilidad macroeconómica. Así también plantea promover la inserción internacional de los productos nacionales a los mercados, cuya base fundamental sería la implementación de

políticas públicas de inversión, capacitación y administración.<sup>11</sup>

Durante este período se puso en marcha el proceso de Reforma del Estado y se creó la Secretaría de la Reforma dependiente de Poder Ejecutivo. El proceso iniciado responde principalmente a las medidas dictadas por el Fondo Monetario Internacional. En ese contexto se planteó la reducción del aparato estatal mediante la privatización de empresas estatales consideradas como deficitarias: Administración Nacional de Telecomunicaciones (ANTELCO), Industria Nacional de Comercio (INC), CORPOSANA, Petróleo Paraguay (PETROPAR) y Administración Nacional de Electricidad (ANDE), en una primera fase.

Las medidas anunciadas por el gobierno significaría la desvinculación laboral de alrededor de 10.000 empleados públicos. Para una Población económicamente activa de alrededor de un millón y medio de personas, el estado paraguayo cuenta con aproximadamente ciento cincuenta mil funcionarios públicos. Lo cual pesa de manera extraordinaria en las decisiones que debe adoptar el gobierno en relación a las reformas sugeridas.

Por otro lado también se planteó la reducción de los gastos corrientes en el Presupuesto General de Gastos, cuya consecuencia principal será la disminución de la cobertura de varios servicios sociales.

En el Sector Educativo, en 1990 se inició un profundo proceso de renovación de su sistema educativo que se formalizó en el año 1996, con una propuesta de carácter estratégico, denominada “Paraguay 2020, enfrentemos juntos el desafío educativo”. Esta propuesta, que presentaba una visión global y una nueva orientación

---

11 Extraído del PROGRAMA DE GOBIERNO.1999 – 2003 .Consolidado y Complementado. Asunción, Noviembre de 1999

ideológica requirió del inicio de la Reforma Educativa para su implementación. En 1998 se promulgó la Ley General de Educación introduciendo cambios sustanciales a la estructura y funcionamiento del sistema educativo. En el contexto de la reforma educativa se contempla la incorporación del componente de género en todos los niveles, materiales educativos y formación docente a través del Programa de igualdad de oportunidades y resultados para las mujeres en la educación (PRIOME).

En el Sector Salud, en 1996 se promulgó la Ley 1032 que creó el Sistema Nacional de Salud donde se establece explícitamente los principios de igualdad de acceso, calidad, eficiencia y participación social. En el año 1998 se contó con los decretos 19966 que reglamenta la descentralización sanitaria local, la participación y la autogestión en salud como estrategia para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud; y el 22385, por el cual se reglamenta el funcionamiento del Consejo Nacional de Salud y los Consejos Regionales y Local de Salud.

El decreto 19966 reglamentó la Ley 1032 que posibilita la transferencia temporal de los servicios básicos de salud (Hospital Distrital, Centros y Puestos de Salud) a los niveles locales, es decir a las Municipalidades y a los Consejos Locales de Salud. Se transfiere la infraestructura física y tecnológica, no los recursos humanos a través de un Acuerdo entre el MSP y BS y el municipio solicitante. Es una oferta y el Municipio puede solicitar la transferencia de los servicios asistenciales del MSP y BS. El municipio solicitante debe aportar 5% de su presupuesto anual a la salud.

En el diseño de funcionamiento del Sistema se plantea la siguiente estructura:

**Consejo Nacional de Salud.** Integrado por representantes de los sectores públicos, privados y organizaciones no gubernamentales vinculados

a la salud. El órgano directivo del CNS será el Consejo de Administración, presidido por el Ministro de Salud. El Comité Ejecutivo del Sistema será presidido por el Vice Ministro de Salud. Este comité tiene por función conducir el Sistema, elaborar e implementar el Plan Nacional de salud, y controlar su ejecución programática y presupuestaria.

La estructura y organización del Sistema plantea la conformación del Consejo Nacional de Salud, los Consejos Departamentales y los Consejos Locales de Salud a nivel de los municipios. En el diseño de la implementación del Sistema, los Consejos se caracterizan como organismos de concertación y coordinación que aglutina a los distintos actores del sector, y su autoridad provendrá de su alto nivel de representatividad sectorial.

**Consejos Departamentales de Salud.** Integrado por todos representantes de las instituciones del sectores públicos y privados vinculados a la salud. Esta instancia será presidida por la Secretaria de Salud de las Gobernaciones. Cuenta con una Mesa Directiva y un Comité Ejecutivo.

Según la experiencia, los Consejos Departamentales de Salud que tuvieron un trabajo sostenido fueron los de Central e Itapúa. En Central se caracterizo por la firma de Acuerdos de gestión de los servicios de salud firmado entre el Ministerio de Salud Publica, la Gobernación, las Municipalidades y 17 Consejos Locales de Salud. Durante el año 1998 se firmaron Acuerdos de Gestión entre el Ministro de Salud, Dr. Andrés Vidovich Morales, las Municipalidades y los Consejos Locales de salud. En total se firmaron 23 Acuerdos (17 en el Departamento Central, 1 en Misiones y 3 en Itapúa). La implementación de los Acuerdos de Gestión se realizaron entre los meses de septiembre a diciembre del año 1998 (4 meses). La primera fase de la experiencia se distinguió en el aspecto financiero de la gestión

de los servicios básicos de salud, por la administración de los recursos propios generados por los servicios de salud transferidos y del aporte del 5% de presupuesto municipal a cargo de los Consejos Locales de Salud.

El 31 de diciembre de 1998 se volvieron a firmar 10 Acuerdos de Gestión, todas correspondían al Departamento Central, firmadas con la Ministra de Salud, Dra. Carmen Frutos de Almada. En esta segunda fase ya no eran administrados los recursos propios de los establecimientos de salud y se volvió a depositar en una cuenta del Ministerio de Salud. El MSPyBS se comprometió en retornar en 30 días esos recursos a los Consejos Locales de Salud. Estos acuerdos no fueron implementados, fundamentalmente por la falta de cumplimiento del compromiso por parte del MSPyBS.

Los Consejos Locales de Salud en la práctica no administraron recursos públicos y se incorporó la facultad de organizar la convocatoria y selección de personal para ocupar los cargos directivos de los Centros de Salud. El caso más resaltante fue la experiencia de Limpio, donde fue seleccionado un profesor Universitario para ocupar la dirección del Hospital Distrital.

En 1999, la Secretaría de Salud del Departamento Central inició el diseño de la Red Departamental de Servicios Públicos de Salud con la participación de los Consejos Locales de Salud y las Municipalidades del departamento. Cuenta con una Ordenanza N° 06/01, por la cual se resolvió constituir la Red, en tanto se logre las transferencias de los establecimientos públicos, con el objetivo de dar una respuesta descentralizada a la demanda de salud de la población de nuestro departamento, en la convicción de la mayor eficiencia y equidad en la prestación de servicios, de los gobiernos subnacionales (Ordenanza N° 06/01).

En el Departamento de Itapúa, en abril de 1996, se conformó el Consejo Departamental de Salud y organizó un fondo rotatorio para la compra de medicamentos básicos con la finalidad de atender los problemas primarios de salud y beneficiar a la población mas carencia del departamento. El fondo rotatorio sería utilizado para la creación de las Farmacias Sociales a nivel de los distritos del departamento, sobre todo en aquellos que tuvieran un mínimo nivel de organización y conformara a su vez sus Consejos Locales de Salud. El programa se inició en el segundo semestre del año 1996 con la donación del Departamento de Itapúa, de cincuenta millones, como capital inicial para dotar ese año a 7 distritos con farmacias sociales. En el año 2000 las farmacias sociales estaban funcionando en 28 de 30 distritos existentes en el Departamento (CIRD/USAID, 2000).

**Consejos Locales de Salud.** Integrado por representantes de los sectores públicos y privados y organizaciones comunitarias vinculadas a la salud dentro de un municipio. Así mismo cuenta con una Mesa Directiva y un Comité Ejecutivo. La presidencia de la Mesa Directiva será presidida por la Dirección de Higiene y Salubridad de la Municipalidad.

Proyectos pilotos financiados por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, como el ejecutado por el Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD), apoyaron el fortalecimiento organizativo y gerencial de los Consejos Locales de Salud del Departamento Central, realizaron capacitaciones para el desarrollo de habilidades de planificación, monitoreo y evaluación de los servicios básicos de salud, este ultimo facilitó que los Consejos elaboraran boletines de desempeños del establecimiento y que eran difundidas las informaciones a la comunidad local (CIRD, 2000).

## E. DESARROLLO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

La Constitución Nacional sancionada en junio de 1992 reconoce la salud como un derecho fundamental de las personas. Introdujo el concepto de Salud Reproductiva en el Artículo 61: De la Salud Reproductiva y la Planificación Familiar, que ofreció un marco legal para avanzar en la implementación de programas en salud reproductiva y planificación familiar desde el Estado.

El Estado incorporó el tema de género en la agenda pública a partir de 1992. Entre los mecanismos institucionales creados para promover la articulación de género en las políticas del Estado se encuentra la creación de la Secretaría de la Mujer, (Ley N°34/92), con mayor rango ministerial, dependiente de la Presidencia de la República. Las acciones de la Secretaría de la Mujer están enfocadas hacia la promoción de políticas públicas sectoriales, tendientes a mejorar la condición de la mujer y lograr la igualdad entre los sexos.

El MSP y BS en el marco de las recomendaciones de las Conferencias Internacionales de El Cairo (1992) y Beijing (1994) ha incorporado modificaciones tanto operativa como programática en los programas de salud dirigidos a la mujer. En este período se dio una mayor participación del sector privado y de las organizaciones no gubernamentales de mujeres con acciones en salud reproductiva en el diseño, implementación, seguimiento y evaluación del Plan Nacional de Salud Reproductiva.

El esfuerzo más importante realizado desde el MSPyBS ha sido la ejecución del proyecto denominado «Fortalecimiento de la Salud Reproductiva y Planificación familiar en Paraguay». Dicho proyecto se ejecutó durante los años 1994-1997 y se caracterizó por el involucramiento

de instituciones públicas y privadas con experiencia en el área de la salud reproductiva. Para la implementación del proyecto se contó con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). Su objetivo principal se orientaba a la modificación del modelo de atención de los programas dirigidos a la salud de la mujer.

En torno a la ejecución del proyecto mencionado se operaron importantes cambios propiciados por la participación de los diversos actores públicos, privados y ONGs. Se conformó el “Consortio de ONG’s de Mujeres” integrada por organizaciones no gubernamentales dedicadas al área de la salud reproductiva y aglutinadas para representar a la sociedad civil en la implementación del proyecto, desde esta instancia se impulsó la participación de las usuarias en la provisión de servicios dirigidos a las mismas, con la finalidad de mejorar la demanda. Se enfatizó el trabajo de construcción de la ciudadanía de la mujer en salud, a través de acciones de información y difusión de los derechos reproductivos y el desarrollo de mecanismos de participación desde los grupos de usuarios/as en la prestación de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar de los establecimientos del MSPyBS.

Las acciones de la Dirección General de Bienestar Social, dependiente del Ministerio de Salud, tenían por objetivo orientar los servicios hacia las necesidades de las usuarias, ocupándose de la capacitación del personal de salud en el enfoque de género y en el desarrollo de un mecanismo de participación desde los establecimientos del MSPyBS que permitiera la articulación entre el personal de salud y las usuarias capacitadas por el Consortio de ONGs de Mujeres.

El desarrollo de ambos componentes, dirigidos hacia la comunidad y las instituciones, permitieron el mejoramiento de la calidad de aten-



ción y la comunicación entre las usuarias y el personal de salud, como ser<sup>12</sup>:

- Aumento de trabajos comunitarios en las planificación de los Centros y Puestos de Salud.
- Mejor adecuación de los horarios de atención a la disponibilidad de las usuarias
- Difusión de los servicios que ofrecía el establecimiento de salud a la población.
- Adecuación de espacios físicos en los establecimientos con la finalidad de aumentar la privacidad en las consultas.

Como resultado del Proyecto se creó el “**Consejo Nacional de Salud Reproductiva**”. Este Consejo integró a las instituciones públicas de salud con acciones en salud reproductiva y planificación familiar, a las organizaciones privadas, a las organizaciones no gubernamentales y a las agencias de cooperación internacional. Su finalidad fue concertar prioridades y articular esfuerzos de financiamiento para la implementación del **Plan Nacional de Salud Reproductiva**, instrumento estratégico elaborado para orientar las acciones del Ministerio de Salud y del mismo Consejo. Dicho Plan pretende fortalecer el rol del Ministerio de Salud Pública como eje rector, normativo y conductor de las instituciones que trabajan en el campo de la Salud Reproductiva, apoyados por un Grupo Técnico Interinstitucional, intersectorial y multidisciplinario.

El Ministerio de Salud publicó el Plan Nacional de Salud Reproductiva (versión post Cairo) para el período 1997-2001, en el cual se reformulan los dos planes anteriores: el Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna (1993) y el Plan Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (1994).

El MSPyBS tenía la responsabilidad de incorporar el nuevo modelo de atención propiciado en el marco del proyecto, para dar sostenibilidad a

los servicios de salud reproductiva y planificación familiar desde la perspectiva de género. Sin embargo, una vez finalizado el proyecto no se conoce datos que den cuenta de la continuidad del modelo participativo ni el mantenimiento de los logros obtenidos, sumándose a esta discontinuidad de las acciones desde el Estado se encuentra la desarticulación del Consorcio de ONGs, que podría haber contribuido con el monitoreo de las acciones del MSPyBS.

Durante el período 1995-2000, uno de los temas de controversias entre el Estado, la Iglesia Católica y las ONGs de Mujeres se dio durante la revisión del anteproyecto de modificación del Código Penal, durante la cual se generó una importante discusión entre los grupos autodenominados PRO VIDA (incluía a representantes de la Asociación de Abogados a Favor de la Vida, Capítulo Paraguay y de la Coordinadora del Servicios de Amor y Vida-SEAVI) y representantes de organizaciones de mujeres con perfil feminista aglutinada en la Coordinación del Paraguay (CMP). Debido a la presión ejercida principalmente por la Iglesia Católica y para destrabar la controversia generada, el parlamento decidió aprobar el Código sin revisar este artículo, manteniéndose el texto original que considera el aborto como delito, conlleva una pena carcelaria tal como estaba contemplada en el antiguo Código que data del año 1914.

El tema de la Educación Sexual, ha sido incorporado en la formación académica siendo la Secretaria de la Mujer junto al Ministerio de Educación y Cultura y el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social la encargada de coordinar la ejecución del Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y Resultados para las Mujeres en la Educación (PRIOME) desde 1996.

En el mes de diciembre del 2000, luego de

---

12 Datos relevados del Informe de resultados de la implementación del proyecto “Fortalecimiento de la Salud Reproductiva y Planificación Familiar en Paraguay” elaborado por el MSPyBS al finalizar el proyecto. Asunción, 1997.

siete años de postergación, el Parlamento Nacional sancionó un nuevo Código de la Infancia y la Adolescencia promulgado por el Poder Ejecutivo en mayo del 2001.

Para la promulgación de este Código se ha debido sortear una serie de obstáculos generados a partir de la definición del sujeto niño planteada en el documento original, como toda persona humana “desde el nacimiento”. Nuevamente se originó una serie de medidas de presión desde los grupos vinculadas a la Iglesia Católica, que obligó al poder ejecutivo a vetar parcialmente la Ley incorporando la modificación de considerar niño/a a la persona “desde la concepción”. La postura de estos grupos se centró en el temor de dejar abierta la posibilidad de la despenalización del aborto provocado en nuestro país.

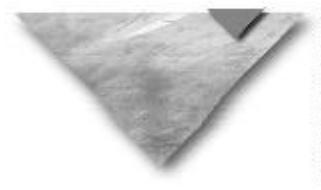
Finalmente el código aprobado no incorporó la mencionada definición propuesta por los grupos de perfil ético-religioso, lo cual posteriormente se introdujo con la promulgación posterior de una ley complementaria, “Que establece el alcance de los términos niño, adolescente y menor adulto.” (Ley 1702/2001) y que “A los efectos de la correcta interpretación y aplicación de las normas relativas a la niñez y la adolescencia establece en su artículo 1: Que el término niño se refiere a toda persona humana desde la concepción hasta los 13 años, luego define los términos adolescente y menor adulto.

Los eventos últimos antes mencionados permitieron la fuerte influencia de la Iglesia Católica, sobre los poderes públicos, en la formulación, tanto de legislaciones, como en la implementación de políticas públicas.

La Coordinación de Mujeres del Paraguay (CMP), también se constituyó en actora importante en el proceso de discusión e implementación de las políticas públicas, al generar una corriente de opinión contraria a las posturas tradicionales de los sectores conservadores y propició espacios para el análisis de la temática. Mantuvo una opinión crítica respecto a la falta de cumplimiento de los Compromisos Internacionales asumidos por el Gobierno, señalando la necesidad del funcionamiento de un Estado laico.

En el año 2000 se sancionó la Ley 1600 “De la Violencia Doméstica” promulgada por el Poder Ejecutivo, cumpliendo el mandato constitucional y los compromisos internacionales asumidos por el Paraguay.

Por último, los medios de comunicación han jugado un importante papel al abordar en el ámbito público la temática de la sexualidad y la reproducción, durante mucho tiempo restringido únicamente al ámbito privado. De esta manera hizo visible la necesidad de ampliar la mirada para mejorar la comprensión de las problemáticas relacionadas con la sexualidad y la reproducción y la incorporación de medidas más efectivas e integrales desde las políticas públicas.



### **III. Legislación nacional y políticas públicas**

#### **1. Educación Sexual**

En 1998 se promulgó la Ley General de Educación, en la cual se estableció un nuevo marco jurídico para el sistema educativo.

En su artículo 1 declara que todo habitante de la República tiene derecho a una educación integral y permanente, como sistema y proceso, se realizará en el contexto de la cultura de la comunidad.

En su artículo 3 declara que el estado garantizará el derecho de aprender y la igualdad de oportunidades de acceder a los conocimientos y a los beneficios de la cultura humanística de la ciencia y de la tecnología, sin discriminación alguna. Garantizará igualmente la libertad de enseñar, sin más requisitos que la idoneidad y la integridad ética, el derecho a la educación religiosa y al pluralismo ideológico

La Educación Sexual está conceptualizada como orientación e información que se brinda a la persona sobre el conocimiento de sí misma, para facilitar los sentimientos de autoestima y el ejercicio de la maternidad y paternidad responsables. Esta formulación corresponde a la política del Ministerio de Educación y Cultura, MEC, que juntamente con la Secretaría de la Mujer, firmó un convenio interinstitucional, en el año 1995, para llevar a cabo, Programa sobre Igualdad de Oportunidades y Resultados para la mujer en la

Educación (PRIOME). Abarca la dimensión biológica, síquica, social, cultural y ética de la persona, su autorrealización, autonomía y autodefinición ética. Esto constituyó la acción más importante del MEC, con relación a la incorporación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

El PRIOME tenía por objetivo promover la inserción de la perspectiva de género en la educación y en el proceso de la reforma educativa. Se constituyó una Unidad Técnica Operativa, dentro de la estructura del MEC, para su ejecución. Para la implementación del programa se diseñó el proyecto PRIOME, que contenía cuatro áreas de acción, que son las siguientes:

- capacitación docente
- análisis de textos
- reforma curricular
- monitoreo y evaluación

Durante la ejecución del PRIOME se logró la revisión de los ejes programáticos y los textos educativos para modificar los contenidos sexistas.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, MSPyBS, desde el Plan Nacional de Salud Reproductiva (versión post Cairo) 1997-2001, orienta la educación sexual al comportamiento sexual sano, responsable y placentero de hombres y mujeres. Abarca los ámbitos de la fecundidad, mortalidad, salud, planificación familiar, desarrollo y derechos humanos.

Los responsables de implementar los lineamientos de la educación sexual, son el MEC y el MSPyBS, a partir de sus políticas respectivas: el PRIOME y el Plan de Salud Reproductiva.

La educación sexual se ha incorporado en la currícula escolar, y en los años 1995-2000 se llegó a impartir en los 9 grados que conforman la educación escolar básica, distribuidos así: 1° ciclo: 1°, 2° y 3° grado (6,7,8 años de edad); 2° ciclo: 4°,5° y 6° grado (9,10,11 años de edad), y 3° ciclo: 7°, 8° y 9° grado que corresponde a los 12, 13, 14 años de edad. En el año 2000 se ha implementado hasta el 8° grado de la reforma.

La mayoría de las escuelas y colegios públicos presentan la modalidad de enseñanza mixta, salvo el Colegio Nacional de Niñas y el Colegio Nacional de la Capital, ambos ubicados en Asunción, que siguen manteniendo, de manera exclusiva, el grupo de estudiantes compuestos por mujeres y varones respectivamente.

En relación la Salud sexual y reproductiva se abordan los siguientes temas: las partes del cuerpo, el respeto al cuerpo, el inicio de la vida, la función reproductiva, clonación, fecundación in vitro, genoma humano, valoración de la familia (entendida como tal, la conformada tradicionalmente: mamá, papá, abuelos/as, hermanos/as), efectos del tabaco y el consumo de alcohol en el niño y en la niña, la pubertad (se discrimina la opción sexual, que no sea la del niño hacia la niña, y viceversa), maduración sexual, menstruación, masturbación. La profundización de los diferentes temas se prevé en relación a los grados.

La Educación sexual es abordada en los establecimientos de Salud del MSPyBS, a través de orientación y consejería para jóvenes de ambos sexos, en servicios ambulatorios (carpas de salud reproductiva). Se aborda el tema desde el enfoque de la planificación familiar y de la salud reproductiva, tendiendo las acciones de capacitación, servicios de planificación familiar y sa-

lud reproductiva, hacia las mujeres en edad fértil.

Paraguay carece de leyes que garanticen el abordaje de manera integral tanto de los derechos sexuales, como de los derechos reproductivos. La educación sexual de los niños y jóvenes es aún muy limitada, a causa de la resistencia que se observa en los y las docentes en relación al tema, la influencia religiosa y la presión social. No obstante, gracias a la labor de varias ONG's que trabajan en esta área específica, la educación sexual no sexista es un tema de debate que va sensibilizando a algunos sectores sociales, como a autoridades municipales y departamentales, asociaciones de cooperación escolar, grupos religiosos, comisiones vecinales.

## **2. Planificación Familiar/ anticoncepción**

Un gran avance para las organizaciones de mujeres de nuestro país, ha sido sin duda la influencia ejercida durante la asamblea constituyente de 1992, para la redacción final del artículo 4° “Del derecho a la vida” de la Constitución Nacional, CN cuyo texto dice: “El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Se garantiza su protección, en general, desde la concepción. Queda abolida la pena de muerte. Toda persona será protegida por el Estado en su integridad física y psíquica, así como en su honor y en su reputación. La Ley reglamentará la libertad de las personas para disponer de su propio cuerpo, solo con fines científicos o médicos”. Este artículo es considerado junto al artículo 61: “De la Salud Reproductiva y la Planificación Familiar”, como los más importantes para la reglamentación de una ley de salud sexual y reproductiva en nuestro país.

El Art. 61 dice: “El Estado reconoce el derecho de las personas a decidir libre y responsablemente el número y la frecuencia del nacimiento de sus hijos, así como a recibir, en coordinación con los organismos pertinentes, educación, orien-

tación científica y servicios adecuados en la materia. Se establecerán planes especiales de salud reproductiva y salud materno infantil para la población de escasos recursos”.

Por planificación familiar se entiende el derecho que tienen los individuos o parejas de poder decidir libremente sobre el número y espaciamiento de sus hijos, que se traduce en una actitud responsable frente a la maternidad y paternidad, esto se logra a través de procedimientos elegidos libremente, y acorde a la normativa legal vigente en el país. Los enfoques bajo los cuales se la considera en Paraguay son:

- Derechos Humanos
- Instrumento de Salud
- Ordenador Demográfico

El Ministerio de Salud Pública desarrolló durante los años 1993-1997 el proyecto “Fortalecimiento de la Salud Reproductiva y Planificación Familiar en Paraguay”, que se caracterizó por el involucramiento de instituciones públicas y privadas con experiencias en el área de la salud reproductiva en el diseño e implementación del proyecto.

En el año 1996 como resultado de la implementación del proyecto el MSPyBS incorpora el proyecto como Programas: Salud Reproductiva y Planificación Familiar. La provisión de servicios de planificación familiar se realiza desde hace varios años en los establecimientos del MSPyBS, los cuales se encuentran organizados en un Sistema Regionalizado de servicios de salud, distribuidos por niveles de complejidad de atención en: hospitales especializados, hospitales regionales, hospitales distritales, centros de salud y puestos de salud. El país cuenta con 18 regiones sanitarias, una por cada departamento (17 existentes en el país, más la capital Asunción).

El programa de Planificación Familiar inclu-

ye servicios de: a) orientación y consejería y b) provisión de métodos modernos de anticoncepción.

Estos servicios no son gratuitos, están subsidiados gracias a la cooperación financiera de organismos internacionales, como el Fondo Nacional de Población (FNUAP), Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), aunque los usuarios y usuarias deben cubrir algunos gastos.

El estado no ha incluido en el Presupuesto de Gastos de la Nación, los fondos necesarios para solventar el Programa a nivel nacional.

Los temas de planificación familiar están incorporados desde el 1º grado de la Educación Escolar Básica hasta el 9º grado (este grado aún no ha sido implementado en el año 2000)

En cuanto a los avances en la disponibilidad de métodos anticonceptivos, el MSPyBS cuenta con normas de atención de manera a garantizar el acceso de las usuarias, usuarios, a servicios de orientación y consejería sobre métodos de planificación familiar. Sin embargo, en la prestación de servicios en los establecimientos públicos de salud permanece la oferta dirigida a las mujeres adultas, heterosexuales y con pareja estable. Los servicios estatales no han adecuado el horario, ni los recursos humanos, para la atención de usuarios varones, ni de adolescentes o jóvenes.

Se cuenta con información muy limitada sobre la provisión de servicios de anticoncepción de emergencia, la comunidad no conoce la existencia de este servicios en los establecimientos públicos, pues no se difunde desde el organismo estatal y su implementación todavía se encuentra supeditada a la postura ideológica del personal de salud. Tanto es así que no se ha establecido su uso en los casos de violación o abuso sexual con riesgos de embarazo para la víctima.

### 3. Violencia Sexual contra las mujeres

La violencia sexual es toda acción donde se utiliza la fuerza física, intimidación o amenaza, para hacer que una mujer lleve a cabo una conducta sexual con la que no está de acuerdo. Hay violencia sexual cuando el ofensor:

- Fuerza a la mujer a tener relaciones sexuales cuando ella no quiere.
- La obliga a realizar prácticas sexuales con las que ella no está de acuerdo
- Critica su forma de tener relaciones sexuales

La política que aborda este tema es el Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres (1997-2001) que prioriza las siguientes acciones:

- atención y orientación a mujeres víctimas y/o sus familiares
- registro especial
- capacitación de funcionarios de la policía nacional y docentes
- educación y sensibilización de la sociedad
- investigación, legislación, evaluación

Los/as docentes reciben capacitación a través del PRIOME, para el desarrollo del tema en la currícula escolar.

Para la ejecución y supervisión de dichas acciones se constituyó una comisión interinstitucional, coordinada por la Secretaría de la Mujer e integrada por: Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Ministerio de Justicia y Trabajo, Ministerio del Interior, Ministerio Público, Intendencia Municipal de Asunción y Coordinación de Mujeres del Paraguay.

Desde la promulgación de la ley 1600/00 contra la violencia doméstica, los Juzgados de Paz, encada distrito del país, tienen potestad para la recepción de denuncias y aplicación de medidas urgentes de seguridad para la víctima. Se esta-

blece además gratuidad en los procedimientos y en los servicios de atención a las víctimas, así como normas de protección urgentes, y obligación por parte del estado de realizar un seguimiento y aplicación de estas acciones.

Tanto el personal policial como los operadores de justicia reciben capacitación en género a través de programas implementados por la Secretaría de la Mujer, por ONG's dedicadas a esta problemática y, específicamente, en el caso de tratamiento de niños / as, por la ONG Global Infancia.

Varias instituciones que conforman la red de atención a víctimas de violencia, brindan asistencia médica, legal y psicológica. Las instituciones estatales son: Departamento de Familia de la Policía Nacional, Secretaría de la Mujer, Fiscalía General del Estado, Centro de Emergencias Médicas, Hospital Materno Infantil "Loma Pyta", Dirección General de Bienestar Social del Ministerio de Salud, Casa de la Mujer "Hogar sin Violencia", los centros CIDEM.

El Código Penal de 1997, incorporó la figura de *Acoso Sexual* y se reemplazó el término violación, por *Coacción sexual* castigando con penas privativas de libertad de hasta quince años. La figura de acoso sexual ya había sido incorporada como causa justificada de terminación de contrato de trabajo en el Código Laboral.

Otra de las innovaciones del Código Penal, fue haber reemplazado el término por el de *Coacción*, aplicando penas que van hasta 15 años, siendo el punto cuestionado a este artículo la denominación, pues minimiza el delito cometido. La palabra *coacción* no causa el impacto generado por la palabra *violación*, ya que la palabra *coacción* cubre un campo semántico más amplio que la palabra *violación*. El artículo además, otorga al Juez el criterio de atenuar la pena según se den circunstancias atenuantes.

A diferencia del Acoso sexual, es un delito de acción penal pública (significa que no se necesita de un profesional, abogado/a, para la denuncia y seguimiento del caso, debido a que es la fiscalía quien lleva adelante el proceso), depende de la gestión de la víctima hacer conocer el hecho y debe acudir a las audiencias que les son fijadas por el juez y/o jueza, para el seguimiento del caso, por ello no basta con su denuncia, siendo el diagnóstico médico un elemento fundamental para la obtención de sentencias condenatorias .

Constituye un problema la limitada disponibilidad de servicios de salud especializados para la realización de diagnósticos médicos en casos de violación. Existe en el país solo dos centros que cuentan con profesionales capacitados para realizar el diagnóstico forense, el Policlínico Policial Rigoberto Caballero y el Centro de Emergencias Médicas. Según datos de la “Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva, 1995-1996” (CEPEP, 1997) cerca del 20% de las mujeres no acuden a las autoridades correspondientes a denunciar las situaciones de violencia familiar.

Otra incorporación importante al Código penal es el de la violencia doméstica. Sin embargo la exclusión de formas de violencia distintas a la física, ponen en peligro la vida de la mujer, ya que con esta prescripción se puede impedir un juicio oportuno y la protección necesaria contra las agresiones. El castigo contemplado para este delito es solo de multa que debe pagar el victimario. Quedando éste en libertad de tomar represalias contra la víctima, temor que influye en el hecho de no pedir ayuda manifestadas por la mayoría de las víctimas .

En el caso de hechos punibles contra el estado civil, el matrimonio y la familia, se tipifica el incesto como delito, castigando con pena privativa de libertad de hasta dos años o con multa.

El 6 de octubre del 2000, fue promulgada por

el Poder Ejecutivo la Ley 1600/00 contra la Violencia Doméstica, cumpliendo el mandato constitucional y los compromisos internacionales asumidos por el Paraguay. Esta Ley establece las normas de protección para toda persona que sufra lesiones, maltratos físicos, psíquicos o sexuales por parte de algún integrantes del grupo familiar. Establece la gratuidad y urgencia de la atención a las víctimas, con la innovación de que las denuncias pueden ser realizadas por la víctima u otra persona que esté en conocimiento de los hechos. La denuncia puede ser realizada ante un Juzgado de Paz y éste tiene la potestad de determinar las medidas de urgencias que considere necesarias para garantizar la protección de la víctima.

#### **4. Prostitución (femenina y masculina)**

Se cuenta con una serie de instrumentos legales relacionados con la Prostitución, que van desde la Constitución Nacional, que no la contempla directamente, sino al tratar en el Art. 10 “De la proscripción de la esclavitud y otras servidumbres”, en el que se refiere a la esclavitud, la servidumbre y trata de personas.

El nuevo Código Penal (Ley 1160/97) se refiere al tema en el CAPÍTULO V. “Hechos Punibles contra la Autonomía Sexual”, en su Art. 129 de la “Trata de personas”, que sanciona hasta 6 años de pena privativa de libertad, a quien en base a engaños trasladase fuera del territorio o introdujera a una persona induciéndola a la Prostitución, En el CAPÍTULO VI. “Hechos Punibles contra las Personas”, Art. 139 se habla específicamente del “Proxenetismo” sancionando a la persona que indujera a la prostitución a una persona de: 1) menos de 18 años; 2) entre 18 y la mayoría de edad 3) entre 18 y la mayoría de edad, cuya educación esté a su cargo y lo pena con privación de la libertad de hasta 5 años o multa. En caso de actuación comercial se aumentará la pena hasta 6 años. Además se aplicará el art. 57 (pena patrimonial) y el Art. 94 (comiso de

bienes). Si la víctima es menor de 14 se elevará la pena hasta 8 años. Igualmente, en el Art. 140 “Rufianería” se sanciona con pena privativa de la libertad de hasta 5 años a quien explotare la prostitución ajena, aprovechándose de las ganancias.

Como puede verse, el Código Penal no habla de prohibición de la prostitución ni tampoco de su autorización.

Por Ley Orgánica Municipal N°222 del 30 de julio de 1954 todo lo relacionado con la prostitución ya no está bajo jurisdicción de la autoridad sanitaria (como definía el anterior Decreto-Ley N° 2436, del 10 de enero de 1951), sino bajo jurisdicción de las Juntas Municipales. En la sección séptima de esta Ley “Moralidad y Servicios Sociales”, en el artículo 81 se confiere a la Junta Municipal una serie de facultades de la forma siguiente: “Reglamentar todo lo concerniente a la prostitución y las relaciones nacidas de ella, según las circunstancias, tomar todas las medidas encaminadas a combatirla y hacerla desaparecer en forma gradual, en colaboración estrecha con las autoridades competentes, sobre todo, cuando de dicho comercio pudiera derivarse un peligro para la salud de la población y para el vigor de la raza”.

Una reforma presentada en el año 1975 en su capítulo III DE LAS PROSTITUTAS, autorizaba sólo a las mayores de edad que hayan sido “autorizadas por la Municipalidad de la Capital e inscriptas en el Registro correspondiente”. Se hablaba de un carnet “habilitador” para el ejercicio de la prostitución. Esta autorización era válida por un año pudiendo ser renovada por dos años más. Establecía las vías correspondientes para conseguir la autorización (departamento Ejecutivo), el canon (Gs. 2000, aproximadamente 50 centavos de dólar), además de un certificado de salud y buena conducta otorgado por la Policía Nacional. El registro a que se refiere estaba dispuesto en el Policlínico Municipal. Como dato

importante se destaca que “no podrán ejercer la prostitución las mujeres casadas, enfermas físicas y/o mentales, las embarazadas, las ebrias consuetudinarias y las fármacos dependientes”. Prohibía la exhibición de las mismas en las calles “en busca de clientes” y la permanencia en las puertas y ventanas ubicadas sobre la calle del local. También preveía sanciones como:

- a) apercibimiento.
- b) multa mínima de Gs 10.000 (\$ 2,32) y el doble por reincidencia.
- c) clausura temporal.
- d) clausura definitiva.

Esta ordenanza es la que está en vigencia actualmente en nuestro país, aunque no aplicada desde el Golpe Militar de 1989. Aunque esporádicamente y de forma arbitraria, se intenta aplicarla de nuevo. Esta Ordenanza Municipal está encuadrada dentro del sistema reglamentarista, ya que trata de regular el ejercicio, previendo la identificación y el control por parte de la autoridad municipal y policial. No prohíbe totalmente el ejercicio de la prostitución, excepto en algunos casos.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) y los Municipios son los responsables de implementar las disposiciones legales acerca de la Prostitución

El ejercicio de la Prostitución está reglamentado por ordenanzas municipales. En Asunción (capital del país) está reglamentada la prostitución femenina y en San Lorenzo (que pertenece a la categoría de Ciudades Mayores, del Departamento. Central), están reglamentadas la prostitución femenina y masculina.

En la capital se quiso delimitar áreas específicas en estas ciudades, pero este emprendimiento no prosperó. Su ejercicio se desenvuelve en las calles céntricas de la ciudad, mercados, plazas, moteles, casas de sauna, clubes nocturnos.

Aunque existe un Código Sanitario de 1980,



Decreto-Ley N°836/80, promovido por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, éste no hace especificaciones ni restricciones, sino que se dirige a la población en general. Por lo tanto, la prostitución no está específicamente sujeta a ningún control, aunque hasta hace muy poco tiempo, la policía obligaba a las prostitutas, a través de redadas, a realizarse controles sanitarios. Estas redadas actualmente ya no se llevan a cabo.

Según las ordenanzas municipales, estaría sujeta al control sanitario (test de Elisa, prueba de VDRL) que se comprueba por la posesión de una carnet que habilita a la mujer a ejercer la prostitución sin riesgos, pero esta disposición no siempre se cumple.

A nivel estatal no hay ningún programa específico de atención a la salud, incluso muchas veces las mujeres que ejercen esta actividad son discriminadas si se conoce que la ejercen. Por este motivo y también por motivos económicos, es escasa la asistencia a los centros de salud, ya que en muchos casos, además de la consulta suelen requerir tratamiento que no pueden solventar. En el caso del programa Nacional de Lucha contra el Sida pueden realizar gratuitamente el Test de Elisa y la prueba de VDRL, pero no como atención especial sino dentro del servicio gratuito que se da a toda la población. La atención está totalmente subsidiada por agencias extranjeras que apoyan los programas de salud.

En el citado Programa de Lucha contra el SIDA y ETS, se brinda servicio de orientación y consejería, especialmente en el tema de VIH, pero este servicio está dirigido a la población en general, no específicamente dirigido a controlar la salud de quienes desarrollan la prostitución como actividad.

Los estereotipos que se manejan respecto a quines la ejercen son:

- Mujeres de clase social baja, analfabetas, que

ejercen la prostitución porque les gusta “la vida fácil” o porque son libertinas.

En relación a la Explotación Sexual infantil, el marco legal paraguayo no incorpora esta denominación. Se ha encontrado algunos artículos del Código Penal que se acercan al tratamiento del tema. Se castiga el delito tipificado como proxenetismo, como también a las personas que se aprovechan de las ganancias obtenidas a través de la prostitución, acción que tipifica como rufianería, estableciendo penalidades entre 5 y 8 años, según sea menor de 14, 18 o 20 años la persona explotada.

## **5. Matrimonios /unión de hecho**

Las uniones de hecho tienen reconocimiento en la Constitución Nacional. Las uniones de hecho entre el hombre y la mujer, sin impedimentos legales para contraer matrimonio, que reúnan las condiciones de : estabilidad y singularidad, producen efectos similares al matrimonio, dentro de las condiciones que establezcan la ley.

La seguridad social, según ley del seguro social, incorpora a la mujer concubina /conviviente a la cobertura del seguro del hombre concubino /conviviente. Reconoce a la mujer parte de los riesgos de maternidad y enfermedad, atención de salud, riesgo de invalidez, pensión de sobrevivencia.

El seguro público, en el cual la mujer es la trabajadora, no tiene la opción de incorporar a su esposo/concubino , como beneficiario, solo a sus hijos, lo que si ocurre cuando el hombre es el trabajador. Pero tiene pago del seguro por reposo por maternidad (63 días).

En cambio, en los seguros privados, la cobertura es completa, solo se requiere la capacidad de pago.

## 6. Divorcio

Es importante resaltar la Ley Del Divorcio (45/91). Esta Ley establece que ambos cónyuges, de común acuerdo y sin expresión de causa, o a solicitud de uno de ellos con expresión de causas tales como conducta inmoral, malos tratos, atentado de uno contra la vida del otro, la separación de hecho por más de un año, entre otras, acceda al divorcio. Si bien es cierto que sin expresión de causa se puede solicitar el divorcio, es un requisito para el juicio tener la separación de bienes o iniciarlo en forma conjunta y obliga a los esposos, en caso de que tengan hijos, a establecer el régimen de visitas, tenencia y prestación de alimentos.

Así mismo, se menciona la Ley 1/92 de Modificación parcial del Código Civil, por la innovación en términos de protección a los hijos nacidos dentro de matrimonios de hecho. Establece la opción de usar el apellido del marido, agregando al suyo propio, que antes de la vigencia de esta ley era obligatorio usarlo, con la preposición “de”, lo que implicaba incluso perder el propio apellido o identificarse como la señora “de”, perdiendo la mujer su propia identidad.

Otra opción consiste en que ambos cónyuges establezcan el orden de los apellidos para los hijos, el régimen de administración de bienes en forma conjunta, la categoría de hijos en matrimoniales y extramatrimoniales, reemplazando la categoría de “hijos naturales, adulterinos, incestuosos y sacrílegos”. Se reconoce como unión de hecho la convivencia común de una pareja y si hubiera hijos comunes, el plazo se considerará cumplido en la fecha del nacimiento del primer hijo. Las uniones de hecho tienen los mismos efectos que un matrimonio, en cuanto a los bienes de la pareja.

## 7. Abortos

El Código Penal Paraguayo que data de 1914

y modificado en el año 1998, mantiene la penalización del aborto provocado en general, incluyendo a la mujer, a quienes hayan instigado el hecho y a quienes lo hayan realizado (médicos o parteras). Exime de culpa a quien haya obrado para salvar la vida de la mujer puesta en peligro por el embarazo o parto, al decir “ muerte por estado de necesidad en el parto” (Art.109).

Los artículos referentes al aborto provocado son los únicos que siguen vigentes a pesar de la modificación del Código Penal, pues el Parlamento decidió no incluir cambios en relación al tema. La penalización alcanza al hombre responsable de la concepción sólo como cómplice, y existe un atenuante para quien haya pretendido salvar la “honra” de la esposa, madre, hija o hermana.

Se manifiesta, además, la idea de que el embarazo de una mujer puede, en determinadas condiciones, significar una “deshonra”. Esta idea discriminatoria plantea como un valor el honor de las mujeres en función a su comportamiento sexual, y constituye en gran parte del doble discurso que impulsa a muchas mujeres (sobre todo jóvenes) al aborto y, por otra parte, las condena por el mismo hecho.

## 8. Orientación sexual

Si bien la Constitución Nacional declara la igualdad en dignidad y derechos y la no discriminación, estos derechos no tiene vigencia en la protección real de las minorías sexuales, ya que no se traducen en leyes para protegerlos. El Código Civil vigente no reconoce las uniones de hecho de parejas del mismo sexo.

En los años 1996 y se fundaron, respectivamente, la Comunidad Homosexual del Paraguay (CHOPA) y el Grupo de Acción Gay-Lésbico (GAG-L), que buscan promover una cultura tolerante hacia las minorías sexuales y el desarrollo de estrategias de acción para la defensa de sus derechos.

La Comunidad Homosexual de Paraguay (Chopa), fue fundada en 1996 con énfasis en la prevención del VIH/SIDA, y el Grupo Lazos aglutino a transformistas y travestis. Aún cuando han pasado siete años del origen del movimiento homosexual, en Paraguay las marchas o los actos públicos a favor de esa minoría son hasta ahora inexistentes.

El grupo GAG-L fue creado en 1999, se caracteriza por ser el primer grupo «con líneas de acción vinculada a los derechos humanos. Hemos conseguido visibilidad en los medios de comunicación y a través de ellos instalar el debate con la ciudadanía y establecer vínculos con las distintas asociaciones sociales», señala el dirigente del organismo, Pablo Cáceres. En Paraguay, la Fundación Triángulo y el Consejo de la Juventud de España, desarrollaron durante tres días (entre el 9 y el 11 de diciembre del 2000) las «Primeras Jornadas de Jóvenes por la Igualdad de Gais y Lesbianas».

El artículo 140 del Código Civil excluye en forma explícita a los homosexuales al impedir «el matrimonio entre sí para las personas del mismo sexo». El artículo 138 del Código Penal establece penas de dos años de cárcel contra quien mantenga relaciones homosexuales prematrimoniales con menores de 16 años, mientras que en iguales circunstancias las personas heterosexuales son sancionadas sólo con un multa.

El Reglamento Disciplinario de la Policía Nacional sanciona con 30 días de arresto o con la baja a quienes practiquen la homosexualidad, mientras la aplicación del Código Laboral jamás reconoce los derechos de esta minoría, lo cual violenta la declaración socio-laboral del Mercado Común del Sur (Mercosur) firmada en diciembre de 1998 por Argentina, Brasil, Uruguay y Paraguay.

El grupo GAG-L ha efectuado diversas acti-

vidades desde su creación para aminorar la homofobia, denunciando y reportando en informes cada hecho que violenta los derechos de su sector y efectuando talleres y seminarios de sensibilización.

## 9. VIH – SIDA

Existe un Programa Nacional de lucha contra el SIDA que brinda servicios preventivos y atención y tratamiento a los enfermos. La situación de las minorías sexuales ha cambiado en términos sociales y en avances científico-médicas, sin embargo nuestro marco legal sigue violando el derecho a la libertad, a la seguridad, a la intimidad y a la salud de las personas.

El Art. 8 de la Ley 102/91 del SIDA dice: “Se consideran grupos de alto riesgo a homosexuales, bisexuales, heterosexuales promiscuos, meretrices, proxenetas, drogadictos intravenosos, politransfundidos, población carcelaria, niños, jóvenes de la calle y todo otro grupo así considerado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social”. Según el artículo, el homosexual o bisexual se halla en el grupo de riesgo por su orientación y no por su comportamiento, lo que evidencia más bien prejuicio.

El VIH/SIDA es un de los pocos temas que cuenta con el consenso de la sociedad paraguaya para el desarrollo de acciones de prevención del SIDA, las diferencias se presentan a la hora de seleccionar las estrategias de implementación de estas acciones. Los grupos religiosos y algunas organizaciones laicas, como: Iglesia Católica, Servicio de Amor y Vida (SEAVI), Asociación de Abogados a favor de la Vida, Capítulo Paraguay, plantean como único mecanismo de prevención la abstinencia y la pareja estable o monogámica hasta el matrimonio.

El Ministerio de Salud Pública y las organizaciones no gubernamentales, vinculadas a la Sa-

lud Reproductiva, plantean el uso de preservativos, como la alternativa más segura de prevención del SIDA.

## **10. Reproducción asistida**

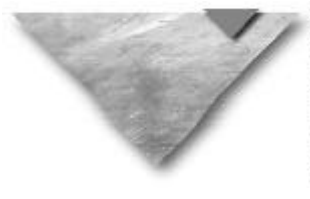
Existe en el país cuatro centros privados de Fertilidad asistida y no cuenta con la regulación ni supervisión del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Respecto al planteamiento de leyes que regulen la práctica, en 1992 hubo un intento de proponer su tratamiento en el Senado pero el tema no ha sido tratado. Los tipos de reproducción asistida que se vienen practicando en el país incluyen: donación de espermatozoides y óvulos, inseminación, fertilización y micro manipulación.

## **11. Embarazo, maternidad y paternidad responsable en el Código Laboral**

En cuanto a la protección laboral, la Constitución establece que “Los trabajadores de uno u

otro sexo tienen los mismos derechos y obligaciones laborales, pero la maternidad será objeto de especial protección, que comprenderá los servicios asistenciales y los descansos correspondientes, los cuales no serán inferiores a doce semanas. La mujer no será despedida durante el embarazo y tampoco mientras duren los descansos por maternidad”. Por tanto queda establecida la protección en cuanto a la maternidad.

El Código Laboral del año 1995 contempla los derechos y el cuidado de la mujer trabajadora embarazada, los días de licencia pre y post parto (63 días de reposo) y dos días de licencia para el padre. En su artículo 29 establece el traslado de una mujer embarazada que realice trabajos insalubres, sin reducción de salario, para desempeñar otras tareas y la prohibición de despido por causa de maternidad. Así mismo se sanciona el incumplimiento de la prestación alimentaria, afectando esta responsabilidad por igual a varones y mujeres.



## **IV. Temas, Actores y Argumentos**

Este capítulo tiene por objeto recoger el discurso de los actores y las actoras en el proceso de diseño e implementación de políticas relacionadas a la salud sexual y reproductiva. Las entrevistas fueron realizadas a representantes de la Iglesia, académicos, funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y organizaciones no gubernamentales.

Se ha realizado un mapeo del involucramiento de los actores y actoras en los temas, visibilizando sus posturas y sus intereses. La práctica es considerada aquí el discurso político de los actores y las actoras, y que se presenta a continuación:

**MATRIMONIO / DIVORCIO:** El matrimonio para la Iglesia Católica sigue siendo la única forma tradicional de conformación de la pareja entre hombres y mujeres. La Iglesia no acepta el divorcio y la actividad sexual fuera del matrimonio. Estos temas no han generado mucho debate entre las ONGs. La Ley de divorcio (45/91) surgió desde el Estado y se impuso a pesar de la resistencia de la Iglesia.

**VIOLENCIA SEXUAL.** Sobre el tema de violencia contra la mujer hay un amplio consenso entre los diversos actores, Estado, ONG, Iglesia y Medios de comunicación, acerca de la necesidad de erradicarlo, definiendo como delito que produce un verdadero drama social. La CMP logró capitalizar este consenso social e impulsó un amplio debate sobre el tema. En esta instancia se elaboró el Anteproyecto de Ley contra la violencia doméstica, producto de una amplia dis-

cusión entre organizaciones y grupos de mujeres, y un plebiscito de consulta ciudadana.

**EDUCACIÓN SEXUAL.** El Estado, a través de los Ministerios de Salud, Secretaría de la Mujer y Educación junto a las ONGs vinculadas a la salud sexual de las mujeres plantean el tema en relación a la prevención y el ejercicio responsable y sin riesgos de la sexualidad, con énfasis en la énfasis a la maternidad y paternidad responsables. La Iglesia plantea la educación de los jóvenes desde la perspectiva de la abstinencia.

**ABORTO.** La revisión del Código Penal que data de 1914 es la que más polémica y presión generó a la Comisión de Legislación y Codificación de la Cámara de Senadores. Tres proyectos proponían modificaciones en la “penalidad” de la práctica del aborto provocado. La Iglesia desarrolló una campaña de rechazo y condena a la posibilidad de despenalización del aborto. Se movilizaron grupos vinculados a la Iglesia Católica autodenominados Movimiento PRO VIDA, que incluye al Servicio de Amor y Vida (SEAVI), dependiente de la Arquidiócesis de Asunción, la Comisión Nacional por el Derecho a la Vida y la Asociación de Abogados a Favor de la Vida, Capítulo Paraguay; buscando articulaciones con otras Iglesias para la realización de pronunciamientos, logrando de esta manera el apoyo de diferentes sectores, incluyendo al propio Presidente de la República del período 1993-1998, que abiertamente declaró su postura en defensa del derecho a la vida.

Finalmente, el Código penal se aprobó sin hacer ninguna modificación a los artículos sobre el aborto.

**El VIH/SIDA:** es un de los pocos temas que contó con el consenso de la sociedad paraguaya para el desarrollo de acciones de prevención del SIDA promoviendo el uso del preservativo. Las diferencias se presentan a la hora de seleccionar las estrategias de implementación de estas acciones. Así, los grupos religiosos y algunas organizaciones laicas plantean como único mecanismo de prevención la abstinencia y la pareja estable o monogámica hasta el matrimonio.

El MSPyBS y los movimientos sociales plantean el uso del preservativo, como la alternativa más segura de prevención del SIDA.

**EMBARAZO EN ADOLESCENTES.** El embarazo adolescente es otro de los temas que ha tenido una postura hegemónica por todos los sectores sociales, considerado como un problema social grave. Producto de una escasa educación sexual, las ONGs que trabajan con este sector apuntan a la información y educación sobre la salud reproductiva desde el punto de vista de los derechos humanos de niños y niñas y adolescentes.

**Orientación Sexual.** Las organizaciones de homosexuales masculinas y femeninas denuncian la discriminación social de la que son objetos los homosexuales y lesbianas (trabajadores/as sexuales) en todos los ámbitos, pero sus acciones tienen escasa visibilidad. La Iglesia Católica lo considera como un pecado mientras algunas ONGs apuestan al respeto de la diversidad para el desarrollo de una cultura tolerante y el

desarrollo de programas de atención a sus necesidades de salud vinculadas principalmente a la prevención del SIDA.

## PLANIFICACIÓN FAMILIAR

**Iglesia Católica.** La postura oficial de la iglesia es la prohibición de los métodos artificiales, incluido los de barrera (preservativos), aún para los casos de protección contra las infecciones de transmisión Sexual. Solo admite el uso de los métodos considerados “naturales”.

Las ONGs y los medios de comunicación han contribuido de manera significativa en la difusión y sobre los diferentes métodos de planificación familiar. Los Centros, Puestos de salud y Hospitales del MSPyBS disponen, aunque con frecuentes problemas de abastecimiento oportuno, de los insumos de planificación familiar. Aunque el Estado se declare laica, las prácticas de los personales de salud muestra la influencia de la religión Católica, debido a ello la anticoncepción de emergencia no es difundida entre las opciones de métodos de planificación familiar.

Una de las pocas posturas realizadas por los académicos/as se ha dado en torno a este tema, plantean enfatizar la información y sus beneficios en las instituciones públicas de enseñanza y de servicios de salud.

**ACCESO A SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA. Control prenatal, parto institucional y prevención del cáncer en la mujer.** Tema abordado con frecuencia por las ONGs y que además ha sido objeto de focalización por muchos años en la Política de Salud.



## **V. Consideraciones Finales**

En el período comprendido entre los años 1995-2000, el Paraguay se encontraba en plena fase de implementación de planes y programas públicos, como:

- Plan Nacional de Atención Integral a la Adolescencia (1997-2001).
- Plan Nacional de Salud Reproductiva. Versión post Cairo (1997-2001).
- Plan Nacional de Igualdad de oportunidades para las Mujeres (1997-2001).
- Programa sobre Igualdad de Oportunidades y Resultados para la Mujer en la Educación (PRIOME).
- Programa Nacional de Lucha contra el SIDA.
- Plan Nacional de Erradicación de la violencia por parte de la Secretaría de la Mujer, con la creación y funcionamiento de dos importantes redes: a) Red de Centros de Iniciativas y Desarrollo de la Mujer (Red CIDEM), b) Red de instituciones públicas para la atención a víctimas de violencia.

Además en este período fueron aprobadas legislaciones, tales como:

- el Código Penal (1997).
- Ley General de Educación (1998)
- Ley contra la Violencia Doméstica (2000)

Se tiene así la lectura de un importante movimiento de interrelación entre los actores (públicos y privados) en pos de intereses colectivos, y su impacto en la gestión pública del Estado, animados por el deseo de cambio, tras la larga dictadura del sistema de gobierno que ha vivido el país hasta el año 1989.

Fue una época de avances en el tema de la incorporación de un lenguaje acorde a los nuevos mandatos internacionales, principalmente en los documentos elaborados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la Secretaría de la Mujer y el Ministerio de Educación y Cultura.

Dan cuenta de este proceso, las acciones emprendidas desde el año 1994 que impulsó la creación del Consejo Nacional de Salud Reproductiva y su funcionamiento, y los cambios operativos y programáticos ocurridos en el MSPyBS modificando las denominaciones de los programas dirigidos a abordar la salud reproductiva y la planificación familiar en el país. La participación de la sociedad civil a través del Consorcio de ONG's de Mujeres en el desarrollo del Proyecto "Fortalecimiento de la Salud Reproductiva y Planificación Familiar en el Paraguay" en el MSPBS. La implementación del PRIOME en el MEC. El Plan Nacional de Igualdad y el Plan Nacional de Erradicación de la violencia por parte de la Secretaría de la Mujer.

La interrelación de actores y actoras ha permitido el desarrollo de las Políticas Públicas caracterizados por el aumento de la participación tanto de las instituciones privadas, como de las organizaciones de la sociedad civil en el proceso de diseño, implementación y evaluación de dichas políticas.

Asimismo, la fortaleza de la sociedad civil en la elaboración de propuestas legislativas que fa-

vorezcan la igualdad, como ser la alianza estratégica entre varias ONGs y organismos estatales que permitió la promulgación de la Ley contra la Violencia doméstica, a través de la movilización de diversos sectores políticos y sociales. La Coordinación de Mujeres del Paraguay (CMP) impulsó un amplio debate entre organizaciones y grupos de mujeres de base, así como, un plebiscito de consulta ciudadana para la elaboración del Anteproyecto de Ley.

A pesar del aumento de la participación de más actores en las acciones públicas se constató la mayor influencia de la Iglesia Católica en todo el proceso discusión de programas, proyectos y marcos normativos sobre salud sexual y reproductiva. Las iglesias constituyen un grupo de presión y han frenando todos los intentos de discusión y ampliación de los contenidos de los derechos reproductivos. La presión que ejerce sobre el Estado constituye un problema político de cooptación, reduciendo la capacidad de identificar y procesar la diversidad de intereses de la sociedad civil.

El Gobierno a través de la Secretaría de la Mujer, ha desarrollado una importante labor para la incorporación de la perspectiva de género en las estructuras de los otros ministerios. Las acciones más relevantes estuvieron relacionadas con la Ley 1600y el Plan Nacional de Erradicación de la Violencia contra la Mujer. La conformación y el funcionamiento de Comisiones Interinstitucionales integrando a ONG's y otras dependencias del Estado para el abordaje de temas referidos a la mujer.

El desafío que se plantea es la efectiva implementación de los planes y programas con perspectiva de género formulados desde las instituciones administrativas del Estado. Para ello, es importante la superación de las debilidades institucionales, como la falta de asignación presupuestaria a los programas dirigidos a la equidad de género, la discontinuidad de las políticas

provocadas por las creencias personales de la autoridad de turno, y generando como consecuencia, la poca confianza de la población hacia los organismos del gobierno y hacia la implementación de las acciones.

En cuanto a las limitaciones se ha identificado la preeminencia del contenido ético religioso planteado por la Iglesia Católica por encima de otros intereses de los actores/s sociales. Esto se evidenció fuertemente en el estudio para la modificación del Código Penal, la promulgación del nuevo Código de la Infancia y la Adolescencia y durante la propuesta de elaboración de la Ley relativa a los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

La Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer se implementa en forma deficiente debido a la carencia de coordinación entre las diferentes dependencias del Ministerio de Salud Pública. Del mismo modo, existen ejemplos de acciones innovadoras en el área de la salud sexual y reproductiva, como las Carpas de la Salud o el Móvil Salud, pero no se dispone de datos sobre la medición de los resultados e impactos que han tenido dichos programas para el cambio de actitudes y comportamientos de los y las usuarias. Otra deficiencia constituye el desconocimiento por parte de las y los técnicos del nivel central de la Plataforma de Acción y las recomendaciones del Cairo y de Beijing, para definir los programas y algunas actividades actualmente en ejecución.

El Programa de Planificación Familiar brinda servicios de anticoncepción preferentemente a las mujeres adultas y los servicios del MPSBS siguen siendo subsidiadas por la cooperación internacional. Recién para el año 2002 se prevé la inclusión de fondos necesarios para solventar el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en el Presupuesto de Gastos de la Nación. El hecho es sumamente significativo, pues por primera vez el sector público paragua-



yo asigna recursos para la adquisición de insumos de planificación familiar.

El MSPyBS no difunde información respecto a la anticoncepción de emergencia en los establecimientos públicos y su implementación todavía se encuentra supeditada a la postura ideológica del personal de salud. Tanto es así que no se ha establecido su uso en los casos de violación o abuso sexual con riesgos de embarazo para la víctima.

Con respecto a la reproducción asistida se han encontrado servicios en el sector privado en Asunción, pero con la ausencia de legislación y casi nula fiscalización por parte del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Otra gran dificultad radica en los aspectos culturales relacionados a la sexualidad, los cuales limitan el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos. Esto merece ser analizado con más detenimiento al interior de las organizaciones de mujeres, para desarrollar acciones más asertivas tendientes a la de-construcción de los modelos hegemónicos sobre la mujer y su papel en la sociedad, y la construcción de un nuevo modelo.

En cuanto a los principales desafíos se encuen-

tra priorizar el seguimiento a la reglamentación del artículo 61: De la Salud Reproductiva y la Planificación Familiar, de la Constitución Nacional y la creación de una Ley de derechos sexuales y reproductivos. Consideramos que la ausencia de dicha reglamentación debilita las políticas públicas implementadas en el área, pues se deja al arbitrio del gobierno de turno la implementación y/ o continuidad de determinadas acciones.

El avance en materia de salud sexual y reproductiva dependerá en gran medida del seguimiento de un plan regional de sensibilización y articulación de esfuerzos para el cumplimiento de los Derechos Sexuales y los Derechos reproductivos como parte integrante de los Derechos Humanos. Lo que requerirá sin lugar a dudas del trabajo coordinado e integrado entre las ONG 's y las organizaciones de mujeres que trabajan en torno a estos temas.

La incorporación de los medios de comunicación, como aliados estratégicos en el proceso antes mencionado, y la puesta en el debate público de los reclamos realizados por los grupos de homosexuales y otros grupos excluidos, para la demanda del respeto de los derechos humanos, sobre la base de la incorporación de la diversidad y el respeto a la libertad de opción sexual, son otros desafíos que deben ser considerados como prioritarios para el futuro próximo.



## BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, Luz; Acosta, Nilse: Explotación sexual de niñas y adolescentes en Asunción y Ciudad del Este, Paraguay. Asunción, 1997.
- Base Educativa y Comunitaria de Apoyo (BECA): Ahora ya saben todo: Vivencia de la sexualidad de los adolescentes. Asunción, 1996.
- Constitución de la República del Paraguay, sancionada y promulgada el 20 de junio de 1992. Asunción, 1992.
- Consejo Asesor de la Reforma Educativa (CARE): Reforma Educativa, Compromiso de Todos. Ministerio de Educación y Cultura(MEC), Asunción, 1992.
- Coordinación de Mujeres del Paraguay (CMP): Informe a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Situación de los Derechos Humanos de las Mujeres. Asunción, 1999.
- Coordinación de Mujeres del Paraguay: Plataforma Política Feminista, presentada a los partidos políticos para las Elecciones Generales de 1998. Asunción, 1998.
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC): Estimación y proyección de la población total, según sexo y grupos de edad. Período 1950-2050. Asunción, 1994.
- Dirección General de Estadísticas Encuestas y Censos (DGEEC)/Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP): *Población en el Paraguay*. Asunción, 1999.
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC)/Vice Ministerio de la Juventud/ Ministerio de Educación y Cultura: *Juventud en cifras*. Asunción, 1999.
- Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP): Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva (1995-1996). Asunción, 1996.
- Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil: ENSMI-98 Informe Final. Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP). Asunción. 1998.
- Gladys Benegas, Pablo Sauma: Iniciativa 2020. El Gasto público en servicios sociales básicos en Paraguay. Sistema de Naciones Unidas, Paraguay. 2000.
- FNUAP /FCE-UNA: Población y Desarrollo. “La descentralización /desconcentración de la educación”. Edición N°22, San Lorenzo, Paraguay, 2002.
- Fundación Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD). Experiencias 1. Fondos Rotatorios de Medicamentos Básicos para Farmacias Sociales. La experiencia del Departamento de Itapúa. Asunción. 2002.
- Junta Departamental del Departamental Central. Ordenanza N° 06/01. Aregua. 2001.
- HEISECKE, Ernesto; INSAURRALDE, Ofelia; ROMERO, Beatriz; SÁNCHEZ LEON, Juan. Las criaditas de Asunción. Asociación de Investigación Económica y Social, BASE-IS / ATYHA. Las criaditas de Asunción. Trabajo infante juvenil. Asunción. 1995.
- Cynthia Prieto. “La Mujer y la Salud. Indicadores”, en Informe No Gubernamental. Implementación de la Plataforma de Beijing. 1995-2000. Coordinación de Mujeres del Paraguay. Asunción 2001.
- Angélica Roa, Livia Sánchez. “La Mujer y la Salud”. Informe No Gubernamental. Implementación de la Plataforma de Beijing. 1995-2000. Coordinación de Mujeres del Paraguay. Asunción 2001.
- Definición de prioridades de la Conferencia Mundial sobre la Mujer Secretaría de la Mujer, Presidencia de la República, Coordinación de Mujeres del Paraguay, Naciones Unidas (PNUD; UNICEF; FNUAP). Asunción, 1996.
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). Pobreza y distribución del ingreso en Paraguay, 1997/1998. Asunción. 1999.
- Informe Estadísticos del Centro de Transfusión Sanguínea. Paraguay. 1999.
- Ministerio de Educación y Cultura: Estadística Educativa: Anuario 1998.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar social. Unidad de Planificación. Centro de Documentación. *Paraguay: Situación de Salud*. Asunción. 1999.
- Ministerio de Educación y Cultura (MEC): Ley General de Educación. Asunción. 1998.
- Ministerio de Educación y Cultura (MEC)/ Consejo Asesor de la Reforma Educativa (CARE). *Avances de la Reforma Educativa, Perspectivas, Estrategias y Políticas de la Educación Paraguaya*. Asunción, 1998
- Secretaría de la Mujer. Presidencia de la República. *Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres 1997-2001. Resumen Ejecutivo*. Asunción. 1997.
- Secretaría de la Mujer. Presidencia de la República/Coordinación de Mujeres del Paraguay, Naciones Unidas (PNUD/ UNICEF/FNUAP). *Definición de Prioridades de la Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Asunción. 1996.
- Secretaría de la Mujer. Presidencia de la República/Coordinación de Mujeres del Paraguay, Naciones Unidas (PNUD/ UNICEF/FNUAP). Definición de Prioridades de la Conferencia Mundial sobre la Mujer. Asunción. 1996.
- Serpaj/Diakonia/Unión Europea: *Derechos Humanos en Paraguay 1998*. Asunción:
- Serpaj/Diakonia/Unión Europea: *Derechos Humanos en Paraguay 1999*. Asunción. 1999.
- Serpaj/Diakonia/Unión Europea: *Derechos Humanos en Paraguay 2000*. Asunción. 2000.
- *Informe sobre los Derechos Humanos en Paraguay 1996*. Asunción: Serpaj/Diakonia/Unión Europea. 1996.
- *Informe sobre los Derechos Humanos en Paraguay 1997*. Asunción: Serpaj/Diakonia/Unión Europea. 1997.
- Susana Sottoli, Rodolfo Elias: Mejorando la educación de las niñas en Paraguay. UNICEF, Paraguay. Asunción. 2001.
- Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina (SOCEMUCV). Seroprevalencia de enfermedades infecciosas en donaciones sanguíneas del Paraguay en los años 1998 y 1999. Universidad Católica - Sede. Regional Guairá. Villa Rica- Paraguay. 2000.
- Prieto, Esther. Mujer y Desarrollo en Síntesis. Sistema de las Naciones Unidas en Paraguay. Asunción, 1999.