



MINISTERIO DE JUSTICIA Y TRABAJO  
ASUNCIÓN - PARAGUAY

Durante los últimos cuatro años, el Estado paraguayo superó diferentes obstáculos, a pesar de persistir dificultades en consensuar políticas de Estado debido a la relativa inestabilidad política, insuficiente crecimiento económico por la crisis del modelo económico, e insuficientes recursos para la eficiencia en la ejecución de políticas y programas de los servicios sociales básicos configuran un contexto restrictivo al desarrollo de las políticas económicas y sociales que afectan a la infancia<sup>1</sup>; como un PIB per capita de -1.4 % en 1996 y -3.0 % en 1998.

Reformas del Estado y de la economía que conducirían a una reactivación económica y al mejoramiento de la calidad de la democracia tampoco han avanzado significativamente. En el *Programa de gobierno 1999-2003* se contemplan líneas y acciones concretas pero, se han atrasado algunas acciones del cronograma establecido a pesar de la creación de la Secretaría Nacional de la Reforma del Estado, con la que el actual gobierno contempla llevar a cabo la reforma en las áreas de finanzas públicas, privatizaciones, gestión pública, sector financiero y de seguridad social, y descentralización aunque de hecho se han privilegiado las privatizaciones.

El aumento de recursos para el gasto social lamentablemente no ha significado aumento del bienestar de la mayoría de la población. En efecto,

---

<sup>1</sup> Siguiendo a la Convención se utiliza la expresión "Infancia" para la infancia y la adolescencia a menos que se explicita la diferencia entre ambos conceptos.

el gasto social (GS) de la Administración Central pasó de 3.0 % del PIB en 1990 a 8.2 % en 1998; o se elevó de 27.6 % a 44.2 % en ese mismo lapso, dedicándose la mayoría de los recursos a la educación, de 39.4 % a 48.4 %, y, en menor medida, a previsión social, de 36.6 % a 30.8 %, y salud, de 10.1 % a 16.4 %, respectivamente. Sin embargo, las asignaciones para los servicios sociales básicos (SSB) han sido menores para el período 1995-1998. En promedio, los SSB representaron 2.2 % del PIB, 27.8 % de los gastos sociales del gobierno central, y 12.3 % del gasto total del gobierno; inferior a la meta de la *Iniciativa 20/20*. El gasto promedio fue de 197.647.059 U\$S y per capita fue de 42 U\$S de 1996, asignándose 79.1 % a educación, 18.8 % a salud básica, y 2.1 % a agua potable y saneamiento básico. Comparativamente, Paraguay tiene magnitudes de gasto similares a las de Bolivia, Ecuador y Perú, otorgando mayor prioridad fiscal al gasto social pero menor a los servicios sociales básicos.

Asimismo debe puntualizarse que, la asistencia oficial para el desarrollo (AOD) ha sido muy baja tanto en las décadas de 1980 como de 1990 no superando en promedio 2 % del PIB, y, de la AOD, en promedio, en esta pasada década la mitad fue en cooperación técnica y aproximadamente el 5 % fue destinado a SSB. Por otra parte, la deuda pública externa no representa un porcentaje muy elevado del PIB y tuvo marcadas oscilaciones; significó 32.2 % en 1990 y se redujo hasta 14.9 % en 1996 aunque nuevamente ascendió a 19.3 % en 1998.

---

El entorno explica el crecimiento de la pobreza dentro de un proceso de crecimiento dual con disminución de la pobreza urbana y el crecimiento de la rural, especialmente en los sectores minifundarios; pero con datos que no son comparables en casi todos los casos. Alcanzó al 32.1 % del total de hogares en 1997/1998 con una muy asimétrica distribución porque abarcó a sólo 11.8 % de la población de Asunción, 20.3 % del Departamento Central urbano, 30.1 % del Resto Urbano, y, cubrió 42.5 % de la población rural. La lucha contra la pobreza en Paraguay que se renueva con la creación de la *Secretaría de Acción Social (SAS)* en 1995, el *Plan Estratégico de Desarrollo Social de 1996*, y a la fecha es considerado como uno de los temas centrales del *Plan de Gobierno*.

Al interior de este contexto global, en este lapso se establecieron hitos en el campo de políticas sociales nacionales y reformas legislativas en beneficio de la infancia. Los principales fueron, en primer lugar, el nuevo Código de la Infancia y de la Adolescencia, que reemplaza doctrinaria y estatutariamente al Código del Menor de diciembre de 1981, ley 903/81.

En segundo lugar la Reforma Educativa iniciada en 1993 y ejecutada desde 1995 constituye un proceso de largo plazo; ha significado entre muchos aspectos relevantes la extensión de la Enseñanza Escolar Básica a los nueve años y la Enseñanza Inicial a cuatro años.

A continuación una síntesis de los logros obtenidos durante estos cuatro años con los programas ejecutados en los diferentes ciclos de la educación:

## **EDUCACIÓN INICIAL**

### **ASPECTOS GENERALES**

La necesidad de priorizar la educación inicial se fortalece en el seno de la reforma educativa, sustentada bajo la Ley N° 1264 “General de Educación” que en la Sección II en su artículo 29 dice “La educación inicial comprenderá dos ciclos. El primer ciclo se extenderá hasta los tres años inclusive y el segundo hasta los cuatro años.

El preescolar a la edad de los cinco años, pertenecerá sistemáticamente a la educación escolar básica y será incluido en la educación escolar obligatoria por decreto del poder ejecutivo iniciado por el Ministerio de Educación y Cultura cuando el Congreso de La Nación apruebe los rubros correspondientes en el Presupuesto General de la Nación.

Un hito importante fue la organización el Foro Nacional de Educación Inicial en el cual fue elaborado el documento final de propuesta y la carta de compromiso “a favor de la educación inicial en el Paraguay”.

### **EDUCACIÓN INICIAL ESCOLARIZADA**

La modalidad escolarizada comprende tres etapas:

1. Jardín maternal: recibe a niños y niñas de cero a tres años a quienes se brinda atención y estimulación integral durante el día, en media jornada o en jornada completa. Ofrece servicios complementarios de salud y alimentación. Los jardines maternos están a cargo de maestras parvularias, enfermeras y cuidadoras.
2. Jardín de Infantes: atiende a niños y niñas de tres a cuatro años, ofrece actividades educativas tendientes a desarrollar todas las dimensiones de la personalidad de los infantes. Cuenta con un educador profesional que se responsabiliza de la formación integral de los niños ayudado por asistentes que apoyan la tarea docente.
3. Preescolar: atiende a niños y niñas de cinco años. Estimula el desarrollo integral de todos los aspectos de su personalidad. Es atendido por un docente especializado apoyado por uno o más asistentes.

En cualquiera de estas tres etapas cada institución, de acuerdo a su estructura y organización contrata los profesionales que necesitan en forma permanente, transitorio de apoyo o de servicio

### **LOGROS**

El crecimiento de la matrícula de educación inicial y preescolar de 59544 en 1994 a 140684 en el 2000, lo que representa un crecimiento del 136 %.

El mejoramiento de la calidad de la educación impartida con el aumento de los docentes con formación pedagógica especializados en el nivel que según cifras oficiales cubren 69% de los cargos.

La implementación del **Programa de Fortalecimiento de la Educación Inicial y Preescolar** con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo que apunta a los principios de la educación básica de equidad y calidad, enfatizando la capacitación de los recursos humanos del nivel conformado por técnicas y técnicos seleccionados en todas las zonas educativas del país quienes se constituirán en una red con el fin de liderar la implementación del **Plan Nacional De Educación Inicial y Preescolar** que surgirá a partir de distintas estrategias a ser desarrolladas como parte de este programa.

Específicamente se pretenden:

1. **Diseñar un Plan Nacional de Desarrollo de la Educación Inicial y Preescolar**
2. **Conformar y capacitar una Red Nacional de Técnicos Especializados en el Nivel.**
3. **Realizar investigaciones y estudios que permitan sustentar las políticas del nivel.**

## **EDUCACIÓN INICIAL NO ESCOLARIZADA**

Es una alternativa de atención a niños y niñas menores de cinco años de poblaciones urbano marginales y rurales que no tienen acceso a la educación inicial escolarizada, surge para complementar a la educación familiar, estimulando el desarrollo y la integración de los mismos al medio sociocultural.

**Funciona en dos modalidades:**

1. **Hogar educativo comunitario:** atiende a niños / as de cero a dos años.
2. **Centro educativo comunitario:** atiende a niños de cero a cinco años. Esta modalidad se implementa a través de los Mita Roga (Casa del Niño / a) los cuales funcionan en casas de familia, clubes, iglesias y otros espacios cedidos por la comunidad, siempre que ofrezcan las condiciones necesarias básica para el desarrollo infantil.

## **LOGROS**

La capacitación periódica a madres educadoras de los departamentos Central, Cordillera y Caaguazú.

Talleres de actualización de docentes parvularias de los CEBINFA (dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social).

Suministro de materiales, juguetes didácticos e implementos pedagógicos para los dieciséis Mita Roga de los departamentos Central, Cordillera y Caaguazú.

Reuniones con autoridades y líderes comunitarios para la sensibilización y ampliación de cobertura de los Mita Roga existentes en los departamentos Central, Cordillera y Caaguazú, firmándose una carta compromiso entre la Dirección de Educación Inicial y los organismos participantes con el apoyo de UNICEF.

- La Dirección de Educación Inicial convoca a los principales actores gubernamentales y no gubernamentales que se encuentran trabajando a favor de la primera infancia en forma aislada, así surge la Coordinadora Nacional de Programas para el desarrollo de la primera infancia con el apoyo de UNICEF, en un intento de aunar experiencias y esfuerzos en la búsqueda de oportunidades y condiciones favorables para que se respeten, protejan, faciliten y hagan efectivos los derechos de los niños/ as a la supervivencia, protección, desarrollo y participación desde su concepción hasta los seis años. Todo ello con el fin lograr una política de estado que se comprometa, priorice y garantice el cumplimiento de estos derechos y haga vigente la reciente aprobación del Código de la Infancia y Adolescencia.

## **LOGROS OBTENIDOS CON EL PROGRAMA ESCUELA ACTIVA MITA IRÛ**

La incidencia de la implementación del programa en el mejoramiento del aprendizaje en las áreas de Matemática y Castellano.

La propuesta pedagógica es una alternativa a la crisis de la educación rural.

Diversidad en las formas de organización de niños/ as y familias.

Equipamiento de Rincones de Aprendizajes y Bibliotecas según las áreas.

Mayor apertura de las escuelas a la comunidad, familia y docentes.

Respaldo y apoyo de las familias y la comunidad hacia el proyecto.

Cambio de actitud de los docentes en cuanto a metodología y técnicas activas.

El juego y las actividades lúdicas como estrategias de aprendizaje.

Cambios en los docentes en cuanto a las relaciones del aula.

Los niños de las escuelas activas se perciben como más extrovertidos, alegres y desenvueltos.

## **LOGROS OBTENIDOS CON LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA ESCUELA DEL FUTURO “SCHOOL OF TOMORROW”**

La participación activa de la comunidad con la escuela como dispone la reforma educativa.

El mejoramiento del aprendizaje en la lecto- escritura

La vivencia de valores cristianos y culturales que preservan la familia y el ambiente físico y social.

El mejoramiento del rendimiento académico como consecuencia de la enseñanza individualizada.

El protagonismo del niño/a en el aprendizaje de las destrezas lingüísticas (español, guaraní e inglés)

La formación integral con un fuerte soporte de alta tecnología

El logro del aprendizaje activo.

La participación destacada de los alumnos en las Convenciones Internacionales de Escuelas del Futuro.

## **SISTEMA NACIONAL DE EVALUACIÓN DEL PROCESO EDUCATIVO - SNEPE**

El SNEPE en el sexto año de su creación como estructura del MEC viene realizando anualmente mediciones del rendimiento académico y las variables complementarias que inciden en el rendimiento académico en los ciclos terminales de la Educación Escolar Básica y de la Enseñanza Media.

### **Logros obtenidos con la implementación del SNEPE**

Apoyo al proceso de implementación de la reforma de E.E.B. suministrando informaciones permanentes y oportunas.

Utilización de los resultados de las mediciones en investigaciones, estudios, foros departamentales.

Aceptación del SNEPE a nivel de alumnos, docentes, autoridades educativas

Fortalecimiento de la cultura de la evaluación en el país, dando una visión del comportamiento del sistema a través de un indicador cuantitativo del logro académico.

Una mirada externa de confianza hacia el trabajo científico ejecutado por el SNEPE.

## **Resultado de la implementación del Programa “Mejoramiento de la Calidad de la Educación Secundaria”**

Instalación y fortalecimiento de un sistema de evaluación de la calidad para la Educación Media.

Fortalecimiento del sistema de información del MEC para la toma de decisiones.

Producción de informaciones estratégicas para la formulación de la Reforma Educativa en el nivel.

Publicación y difusión de las informaciones a los distintos agentes educativos.

### **Bibliotecas Escolares**

Con la implementación del Programa MECES se dotaron de bibliotecas a 1248 instituciones que cuentan con el 3° ciclo de la E.E.B., con una cantidad de 100 libros como promedio, además de materiales didácticos de las áreas de Matemática y Ciencias Sociales.

Se crearon los Centros de Recursos para el Aprendizaje (CRA) y se elaboraron materiales para la capacitación de los docentes en el uso de los CRA. Dichos materiales fueron utilizados en jornadas presenciales.

### **Laboratorios**

Fueron entregados a las escuelas 1234 laboratorios de Ciencias Naturales y Salud. Los docentes especialistas fueron capacitados para su utilización correcta.

## **RESULTADOS DE LAS EVALUACIONES DEL SNEPE – POR SEXO**

TERCER GRADO 1997

	Comunicación	Matemática
Femenino	57,13	53,63
Masculino	54,87	53,53

TERCER CURSO 1997

	Castellano	Matemática
Femenino	49,62	40,53
Masculino	45,23	40,75

## SEXTO GRADO 1998

	Comunicación	Matemática	E. Sociales
Femenino	55,40	46,45	57,15
Masculino	53,10	46,48	57,95

## SEXTO CURSO 1998

	Femenino		Masculino	
	Humanístico	Técnico	Humanístico	Técnico
Lengua y Lit. Castellana	48,88	48,52	44,90	45,24
Matemática	36,78	30,58	35,92	31,56

## TERCER GRADO 1999

	Comunicación	Matemática	Vida Social
Femenino	47,20	47,53	62,03
Masculino	45,57	47,53	61,07

## TERCER CURSO 1999

	Castellano	Matemática	E. Sociales
Femenino	47,96	45,36	53,04
Masculino	43,80	44,44	51,64

## SEXTO CURSO 1999

	Femenino		Masculino	
	Humanístico	Técnico	Humanístico	Técnico
Lengua y Lit. Castellana	53,44	58,38	48,80	54,70
Matemática	36,84	42,78	36,48	41,26
E. Sociales	47,36	51,10	48,14	51,66

## NIVEL DE RENDIMIENTO O PROMOCIÓN DEL CICLO PRIMARIO

(EEB 1° y 2° CICLO)

Indicadores de Eficiencia de Educación Escolar Básica

Tasa de Promoción EEB (1° y 2° Ciclo)

AÑOS	TASA DE PROMOCIÓN EEB (1° y 2° CICLO)					
	1°	2°	3°	4°	5°	6°
1994	77,4	85,2	85,6	86,0	87,8	74,8
1995	76,5	83,4	86,2	86,5	88,0	78,1
1996	75,3	82,1	85,2	87,5	87,7	84,0
1997	77,4	84,1	86,6	87,5	90,7	83,5

1998	78,4	84,6	86,7	87,5	88,9	86,8
------	------	------	------	------	------	------

Fuente: MEC, Dirección de Planificación, Estadística e Información

#### TASA DE REPITENCIA EEB (1° y 2° CICLO)

AÑOS	TASA DE PROMOCIÓN EEB (1° y 2° CICLO)					
	1°	2°	3°	4°	5°	6°
1994	15,6	11,1	9,1	6,7	4,6	1,5
1995	15,8	12,4	8,6	6,7	4,3	1,4
1996	15,3	12,0	8,6	5,2	3,8	1,2
1997	15,4	12,1	9,1	6,5	3,8	1,6
1998	13,7	10,4	8,0	5,7	3,7	1,7

Fuente: MEC, Dirección de Planificación, Estadística e Información

#### TASA DE ABANDONO EEB (1° y 2° CICLO)

AÑOS	TASA DE PROMOCIÓN EEB (1° y 2° CICLO)					
	1°	2°	3°	4°	5°	6°
1994	6,9	3,8	5,4	7,3	7,6	23,7
1995	7,8	4,2	5,1	6,8	7,7	20,5
1996	9,4	5,9	6,2	7,4	8,5	14,8
1997	7,2	3,8	4,2	6,0	5,5	14,9
1998	7,9	5,0	5,2	6,8	7,4	11,6

Fuente: MEC, Dirección de Planificación, Estadística e Información

## CAMBIOS PERCIBIDOS EN EL NIVEL SECUNDARIO CON LA REFORMA EDUCATIVA

Actualmente, el Ministerio de Educación y Cultura se halla abocado a la elaboración del Plan Estratégico para la reforma de la Educación Media y Profesional con un enfoque y metodología participativa.

El Plan Estratégico de elaboración prevé tres plazos:

El primero inmediato para los años 2002-2003.

El segundo a mediano plazo hasta el año 2007

El tercero a más largo plazo hasta el año 2020.

En ese contexto se ha iniciado el diseño del Currículum de la nueva educación media cuyos objetivos fundamentales y contenidos mínimos será sometido a una consulta

nacional especialmente de las comunidades educativas y los gobiernos departamentales en el marco del proceso de descentralización.

Conforme a la Ley 1264 General de Educación, la educación media en nuestro país comprende el bachillerato o la formación profesional y tendrá tres cursos académicos. Busca como objetivos la incorporación activa del alumno a la vida social y al trabajo productivo o su acceso a la educación de nivel superior.

Las materias comunes contribuirán a la formación general del alumnado. Las materias propias de cada modalidad de formación profesional o de bachillerato y las materias optativas le proporcionarán una formación más especializada, preparándole y orientándole hacia la actividad profesional o hacia los estudios superiores.

La obligatoriedad y gratuidad del tercer ciclo de la EEB a partir del año 1999 trajo consigo un incremento considerable de la matrícula, el cual constituye la demanda potencial de la educación media especialmente en el cuarto curso año 2002.

De acuerdo a las estimaciones, la cobertura bruta del nivel medio ciclo bachillerato llegará a 50% en el año 2002, si se consigue la cantidad de secciones, nuevas necesarias para atender el crecimiento vegetativo de la matrícula. Es importante señalar que en los últimos años no se consiguieron la cantidad de secciones requeridas debido a los recortes presupuestarios, lo cual incide directamente en la cobertura.

## INDICADORES DE EFICIENCIA DE LA EDUCACIÓN MEDIA

AÑOS	TASA DE PROMOCIÓN EEB (1° y 2° CICLO)					
	1°	2°	3°	4°	5°	6°
1996	84,8	88,9	90,3	78,3	87,9	67,8
1997	84,2	90,1	90,8	81,9	91,2	68,2
1998	87,5	89,0	90,0	86,3	94,1	82,0

Obs.: No incluye educación técnica

Fuente: MEC, Dirección de Planificación, Estadística e Información.

## FORMACIÓN DOCENTE

Revisión y Ajuste de Planes y Programas de Estudios para la Formación de Profesores de Tercer Ciclo de la Educación Escolar Básica.

Reelaboración del Plan y Programa de Estudio de la Formación de Profesores de las Áreas de Educación Física y Educación Artística, conforme a los Delineamientos Curriculares de la Reforma Educativa.

Implementación de Experiencia de Actualización Docente tendientes a fortalecer los equipos Departamentales y Locales de Gestión.

- Organización, ejecución, monitoreo y evaluación de Programa de Mejoramiento de la Formación Inicial de los maestros en el marco del **Proyecto MEC-BID**.

Componentes:

- Mejoramiento Académico de los Institutos de Formación Docente.
- Sistema de Evaluación de los Institutos de Formación Docente.

Homologación, reconocimiento y convalidación de estudios de docencia en el país y en el extranjero.

Implementación de la Modalidad de Formación Docente a Distancia para profesionalizar a docentes en ejercicio, sin título habilitante.

Evaluación y cierre del Componente de RR.HH. en el contexto del Programa MECES-MEC-BM.

Participación en la Reforma de la Educación Media – Comisión Técnica de Recursos Humanos.

Implementación de Programas de Educación Ambiental y Desarrollo Personal y Social como transversales de la Formación Docente Inicial con el apoyo técnico de la Fundación Tierra Nuestra.

Optimización de los recursos humanos, técnicos y presupuestarios de la oferta educativa en los I.F.Ds.

De igual manera es necesario mencionar la creación de las *Secretarías de Mujer, Niñez y Juventud* en la mayoría de las Gobernaciones departamentales vigentes desde la nueva Constitución y que **se desarrollan desde 1999**.

A nivel local, desde 1995 se han ido conformando las *Consejerías por los Derechos del Niño* (CODENI), servicios municipales de atención que hoy llegan a 58 de los 220 municipios, particularmente en las capitales departamentales y principales ciudades del país.

Inmediatamente después la participación de Paraguay en la Cumbre Mundial de la Infancia el gobierno paraguayo con la cooperación internacional (UNICEF), siguiendo lo establecido se abocó a la preparación del Plan Nacional de Acción por la Infancia (*PNAI*), proceso que tuvo una *Revisión y ajuste de Mitad de Década* a fines de 1995, resultante en la versión del PNAI 1996-2001. En la Revisión se registró la aparición de nuevos programas e iniciativas institucionales orientados a la infancia a nivel nacional e internacional - regional, los cuales ejercieron un oportuno y saludable impulso para generar una articulación eficaz en pro de los objetivos del movimiento a favor de niños y adolescentes. Sin embargo, se destacó también la escasa difusión del PNAI por el Estado y la sociedad y consiguientemente la disociación respecto de planes, programas y proyectos orientados al área de la infancia. Tampoco se consolidó un Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación del Plan.

Por lo que uno de los temas tratados por el Comité sobre Paraguay en su Decimoquinta sesión, del 6 de junio de 1997, esquemáticamente fueron i) inadecuación normativa; ii) carencia de un mecanismo de monitoreo; iii) dificultades en la implementación de derechos de agentes de aplicación y gastos sociales insuficientes; iv) la necesidad de efectivizar medidas de protección a sectores vulnerables; y v) mejorar instrumentos y recursos orientados a la supervivencia y el desarrollo del niño.

Dado el diagnóstico en las fechas apuntadas, las *Observaciones finales* concluyentes emitidas, también el 6 de junio de 1997, por el Comité en distintas áreas consistieron en:

i) *Monitoreo y difusión*; esto es, priorizar el desarrollo de sistemas de recolección de datos y definición de indicadores, y campañas sistemáticas de difusión de los DDNN;

ii) *Supervivencia y desarrollo* entendida como priorización en asignaciones presupuestarias a la realización de DDNN económicos, sociales y culturales con énfasis en salud y educación y el goce de derechos por todos los niños, incluyendo a los más desventajados;

iii) *Protección* consistente en el cumplimiento de la legislación sobre la edad mínima para el reclutamiento militar, la promoción de la educación y el asesoramiento familiar así como la responsabilidad común en la crianza de los hijos, prevención del abandono de niños y la protección a las madres solteras muy pobres de redes ilegales de traficantes, combate al fenómeno de la niñez trabajadora en las calles mediante programas de retención escolar, entrenamiento vocacional y apoyo a la ratificación de la Convención No. 138 de la OIT sobre la edad mínima de admisión al trabajo, y, la reforma total del sistema de justicia juvenil en el espíritu de la Convención.

**Los aspectos positivos anotados fueron** i) el artículo constitucional (No. 85) de asignar 20 % del Presupuesto a la educación; ii) los esfuerzos gubernamentales en salud infantil; iii) el reforzamiento de la independencia del Poder Judicial, clave en el tratamiento legal de niños y adolescentes; iv) la sostenida cooperación de UNICEF y otras agencias. v) *Adecuación*

*normativa e institucional* con la promulgación del Código de la Niñez y Adolescencia - Ley 1680, adecuado a la Convención

Se podría mencionar que a pesar de los avances alcanzados, existen ciertos obstáculos que inciden negativamente para que el logro sea total, así como a) la infraestructura pública que no favorece a las instituciones de salud, educación o bienestar social; y b) las inadecuaciones del servicio público no acordes con el crecimiento poblacional.

Los resultados estuvieron condicionados por avances legales e institucionales así como la visualización y estimación de nuevas problemáticas, por una parte, y restringidos por políticas sociales y económicas no integradas o insuficientemente focalizadas, ineficientes en su ejecución como en la asignación de recursos, especialmente para los servicios sociales básicos.

Esta década ha sido muy positiva en la visualización de problemas e incluso en la estimación de los mismos que constituyen requisitos de intervención. La temática de género, de la vida familiar, de salud sexual y reproductiva así como de la necesidad de protección especial a niños en circunstancias difíciles, de la cultura de la paz y niñez y medio ambiente son áreas “nuevas”, de interés e intervención crecientes. Sin embargo, por otra parte, la escasez y deficiencia en la utilización de los recursos así como la persistencia de la pobreza impidieron avances en varios indicadores de salud básica, como nutrición y enfermedades prevalentes de la infancia, agua y saneamiento, mortalidad materna; desarrollo de la niñez

temprana, de la educación primaria y alfabetismo así como el seguimiento a madres precoces con bajo nivel educativo. El resumen de los resultados se presenta seguidamente

	<i>Cumplidas</i>	<i>Observaciones</i>
Ratificación de la Convención	Sí	
Implementación	Sí	
Monitoreo	Sí	
<b>Grupo 2 A: Mortalidad infantil (solo uno en el original, desglosado aquí en dos)</b>		
Reducción de tasa de mortalidad infantil en un tercio	Sí	35.5 %
Reducción de tasa de mortalidad de menores 5 años en un tercio	Sí	37.2 %
<b>Grupo 2 B: Vacunación</b>		
Erradicación de la poliomelitis	Sí	100.0 %
Eliminación virtual del Tétanos neonatal	Parcial	
Reducción del 95 % de las muertes por sarampión (originalmente solo uno, desglosado en dos)	Sí	
Reducción del 90 % de los casos de sarampión (originalmente solo uno, desglosado en dos)	Sí	
Cobertura de la vacunación	No	
<b>Grupo 2 C: Nutrición infantil y lucha contra las enfermedades infantiles comunes</b>		
Reducción en 50 % de las muertes causadas por diarrea	Parcial	40.1 %
Reducción en 25 % de las muertes causadas por Infecciones respiratorias agudas	No	11.3 %
Lactancia materna exclusiva por 6 meses y con alimentación hasta los 24 meses	Parcial	
Universalizar la promoción del crecimiento y desarrollo psicosocial de menores de 5 años	Parcial	
Proporcionar atención integrada al 50 % de menores de 5 años que consulten enfermedades comunes	Parcial	
<b>Grupo 2 D: Agua y saneamiento ambiental</b>		
Reducir la proporción de población sin acceso a agua potable en un 25 % (mínimo)	Sí	24.3 %

Reducir la población sin acceso a servicios de saneamiento en 17 % (mínimo)	No	
<b>Grupo 2 E: Control de la reproducción y sexualidad</b>		
Acceso de todas las parejas a la planificación familiar	No	
Acceso universal a prevención y control de VIH/SIDA y ETS	Parcial (datos dispersos)	
<b>Grupo 3 A: Desnutrición infantil</b>		
Reducción a la mitad de la desnutrición severa y moderada de menores de 5 años	No	
Seguridad alimentaria en todos los hogares	No	Visualización y avances
<b>Grupo 3 B: Micronutrientes</b>		
Eliminación virtual de DDI (carencia de sal yodada)	Parcial	Avance substantivo
Eliminación virtual de carencia de Vitamina A y sus consecuencias, incluyendo la ceguera	Sin datos	
<b>Grupo 4 A: Maternidad segura</b>		
Reducción de la mortalidad materna a la mitad	No	26.1 %
Reducción de la anemia por deficiencia de hierro en un tercio	Datos parciales	
Proveer acceso a la atención prenatal, atención del parto, emergencias obstétricas	Parcial Parcial No	
Reducción de la tasa de bajo peso al nacer a menos del 10 %	No	
<b>Grupo 4 B: Violencia contra la mujer</b>		
EGM 1: Estadísticas de género	Sí	Datos no comparables
EGM 2: Convención de Belém do Pará acerca de la violencia contra la mujer	Sí	
EGM 3: Apoyo para víctimas de la violencia contra la mujer	Sí	
<b>Grupo 4 C: Promoción de la igualdad de género</b>		
EGM 5: Ayuda para mujeres pobres	Sí	Datos no comparables
EGM 7: Género y legislación, construcción de capacidad	Sí	Datos no comparables
<b>Área 5: Vida familiar</b>		

Asegurar el registro de nacimiento	No	Visualización y estimación
Asegurar a padres información relevante sobre la crianza y vida familiar	Parcial	Visualización
Habilidades para la vida	Sin datos comparables	Visualización
Participación del hombre en la vida familiar	Sin datos comparables	Visualización
Adolescentes	Sin datos comparables	Visualización
<b>Área 6: Educación y desarrollo durante la niñez temprana</b>		
<b>Grupo 6 A: Desarrollo durante la niñez temprana</b>		
Desarrollo durante la niñez temprana	Parcial	
<b>Grupo 6 B: Educación primaria y alfabetismo</b>		
Reducción del analfabetismo a la mitad	No	15.2 %
Cobertura plena de la primaria y retención de la mitad	No	
Madres adolescentes con (bajo) nivel educativo); Seguimiento de todas las	Sin datos	
<b>Área 7: Niños en necesidad de protección especial</b>		
Discapacidades	Sí (parcialmente)	Visualización y estimación
Niños en circunstancias especialmente difíciles	Sí (parcialmente)	Visualización y estimación
<b>Área 8: Niños en el conflicto armado y cultura de la paz</b>		
Protección a niños en situaciones substitutas al conflicto armado	No	
Promoción de valores de paz, tolerancia, comprensión y diálogo	Sí	
<b>Área 9: Medio ambiente</b>		
Fomento de acciones para preservar el medio ambiente	Sí	(No comparable)

**Área 1: Convención sobre los Derechos del Niño:** ratificación, implementación y monitoreo.

**Cuadro-resumen de Metas y Resultados del Área 1:**

***Convención de los Derechos del Niño***

	<i>Cumplidas</i>	<i>Observaciones</i>
Ratificación de la Convención	Sí	
Implementación	Sí	
Monitoreo	Sí	

Como es de conocimiento, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) fue firmada por Paraguay en 1989 y **ratificada** en septiembre de 1990 por el Parlamento como Ley No. 57/90. La CDN exigía una serie de adecuaciones para el cumplimiento efectivo los derechos del niño. El proceso de **adecuación** tuvo el fuerte impulso de ONGs, y el acompañamiento de las instancias estatales. Una de las primeras acciones del Estado fue la implementación del Plan Nacional de Acción por la Infancia (PNAI), elaborado con el impulso y cooperación de la UNICEF. Dicho plan que según algunas instituciones estatales se trataba de un Marco referencial, no pudo ser plenamente implementado debido a la insuficiente coordinación interinstitucional, difusión y apropiación del mismo por parte del mismo gobierno como de la sociedad civil así como por la falta de presupuesto y de voluntad política para que tenga pleno funcionamiento. En la adecuación *institucional* se menciona que, la institución encargada por el sector infancia en el Código vigente es la Dirección General de Protección al Menor (DGPM), dependiente del Ministerio de Justicia y Trabajo (MJT) que a pesar de sus amplias facultades carece de los recursos para llevar a cabo sus tareas.

La Secretaría de Acción Social (SAS), de la Presidencia de la República, tiene un programa de atención a niños y adolescentes trabajadores de la calle al que se suma otro de la Unión Europea para la población vulnerable. Estos recursos son utilizados tanto por organismos gubernamentales descentralizados como organizaciones de la sociedad civil en proyectos de atención directa, promoción y prevención. Además de tareas generales de salud, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) creó el Centro Nacional de Defensa de los Derechos de la Infancia (CENADI), con énfasis en las víctimas del maltrato infantil. Sin embargo, en 1999 dicha institución sufrió importantes recortes presupuestarios que le impidieron liderar la Red Nacional contra el Maltrato, iniciativa llevada adelante actualmente por ONGs. Las mismas agrupadas en la Coordinadora por los Derechos de la Infancia y la Adolescencia (CDIA) así como individualmente impulsaron iniciativas en el campo de la difusión de los DDNN y mediante el apoyo del Ministerio de Educación y Cultura (MEC) establecieron la Semana por los Derechos del Niño en escuelas públicas a mediados de agosto desde 1996; pero según sus investigaciones aproximadamente 60 % de las personas adultas aún desconocen la Convención y en otro estudio se revela que sólo 50 % de los niños conocen sus derechos y de forma superficial evidenciando las limitaciones de la *difusión* del nuevo instrumento jurídico.

En este contexto es importante destacar como un logro, el desarrollo de jornadas de capacitación a *agentes de aplicación*; propuestas de abordaje

respetuosas de DDNN en situaciones como trabajo infantil, maltrato, abuso, explotación sexual, tráfico de bebés, adolescentes en conflicto con la ley, entidades de abrigo, etc. impulsando la municipalización y descentralización de la atención a la infancia.

**Área 2: Salud** es la más extensamente analizada a través de cinco grupos desglosados en 14 indicadores con resultados muy dispersos, y, nuevamente con dificultades en la comparación de los datos disponibles. Se llegó a las metas propuestas en cuatro casos, parcialmente en otros cuatro, no en cuatro, y en otros dos no disponen de suficiente información. La reducción de la mortalidad infantil y avances en la vacunación constituyen logros que no fueron acompañados en la nutrición infantil y lucha contra las enfermedades infantiles comunes que se anudaron a un relativo estancamiento en agua y saneamiento ambiental y la imposibilidad de comparaciones en control de la reproducción y sexualidad.

### **Cuadro-resumen de Metas y Resultados del Área 2: Salud**

	<i>Cumplidas</i>	<i>Observaciones</i>
<b>Grupo 2 A: Mortalidad infantil</b> (solo uno en el original, desglosado aquí en dos)		
Reducción de tasa de mortalidad infantil en un tercio	Sí	35.5 %
Reducción de tasa de mortalidad de menores 5 años en un tercio	Sí	37.2 %
<b>Grupo 2 B: Vacunación</b>		
Erradicación de la poliomelitis	Sí	100.0 %
Eliminación virtual del Tétanos neonatal	Parcial	

Reducción del 95 % de las muertes por sarampión (originalmente solo uno, desglosado en dos)	Sí	0 en 1998 y 1999
Reducción del 90 % de los casos de sarampión (originalmente solo uno, desglosado en dos)	Sí	0 en 1999
Cobertura de la vacunación	No	
<b>Grupo 2 C: Nutrición infantil y lucha contra las enfermedades infantiles comunes</b>		
Reducción en 50 % de las muertes causadas por diarrea	Parcial	40.1 %
Reducción en 25 % de las muertes causadas por Infecciones respiratorias agudas	No	11.3 %
Lactancia materna exclusiva por 6 meses y con alimentación hasta los 24 meses	Parcial	
Universalizar la promoción del crecimiento y desarrollo psicosocial de menores de 5 años	Parcial	
Proporcionar atención integrada al 50 % de menores de 5 años que consulten enfermedades comunes	Parcial	
<b>Grupo 2 D: Agua y saneamiento ambiental</b>		
Reducir la proporción de población sin acceso a agua potable en un 25 % (mínimo)	Sí	24.3 %
Reducir la población sin acceso a servicios de saneamiento en 17 % (mínimo)	No	
<b>Grupo 2 E: Control de la reproducción y sexualidad</b>		
Acceso de todas las parejas a la planificación familiar	No	

Acceso universal a prevención y control de VIH/SIDA y ETS	Parcial (datos dispersos)	
---	------------------------------	--

### ***Grupo 2A: Mortalidad infantil***

Los dos indicadores indispensables, o punto de partida, del SNA 1, tanto la reducción de la tasa de mortalidad infantil como la de menores de 5 años se han cumplido; específicamente, la **Meta 1 Lima: Reducción de la Tasa de Mortalidad Infantil y de Menores de 5 años en un tercio o 50 y 70 por mil nacidos vivos**. La tasa de mortalidad infantil (probabilidad de muerte entre el nacimiento y un año de edad, tasa por cada mil nacidos vivos), según registros del Departamento de Estadística del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), de 30.4 en 1990 descendió a 19.6 en 1998; esto es, una reducción del 35.5 % superior al tercio establecido. Asimismo debe destacarse que de un importante sub-registro se han mejorado las estadísticas vitales. Por otra parte y según la misma fuente, la **tasa de mortalidad de menores de 5 años** en 1990 fue de 40 por cada mil nacidos vivos mientras que, tanto en 1997 como en 1998 se llegó a 25.1; esto es, una reducción del 37.2 % superior al tercio establecido.

### **Grupo 2B: Vacunación**

De los cuatro indicadores de vacunación establecidos en Lima, se han alcanzado tres de ellos, y no así el compuesto de varios subindicadores. En primer lugar, se tiene al SNA 9: **Poliomielitis**, desglosado como **Meta 9**

**Lima:** Erradicación Global de la Poliomiélitis, y en la **CMI 19:** Erradicación Mundial de la Poliomiélitis para el año 2000. La meta se ha cumplido inclusive desde 1986. Hasta el año 2001 no se registran casos nuevos de parálisis infantil mientras que, se mantiene la vigilancia epidemiológica activa mediante el Programa de inmunización con coberturas superiores al 90 %.

En segundo término, se encuentra el SNA 10: **Tétanos neonatal**, expresado como **Meta 10 Lima:** Eliminación virtual del Tétanos Neonatal como Problema de Salud Pública, y **CMI 20:** Eliminación del Tétanos Neonatal para 1995. La meta se ha cumplido parcialmente dado que, en 1990 ocurrieron 38 casos, en 1999 10 casos y en el 2000 cinco casos (hasta la semana 27). Mientras tanto, se continúa con la Vigilancia epidemiológica y la inmunización a mujeres en edad fértil.

El **Sarampión** (SNA 11) constituye el tercer indicador establecido. Esto es, en la **Meta 11 Lima:** Reducción del 95 % de las muertes y del 90% de los casos del Sarampión. Eliminación virtual del Sarampión como problema de Salud Pública; y, **CMI 21:** Reducción del 95% de las defunciones por Sarampión y reducción del 90% de casos de Sarampión para 1995 en comparación con los niveles previos de inmunización para erradicar a largo plazo el sarampión en el mundo.

La meta de reducción de muertes por sarampión se ha cumplido considerando que en los últimos años, 1998 y 1999, no se han registrado otros casos. Si bien es cierto que se tuvo un elevado número (58) en 1993

debido a una epidemia, cuando se repite la misma en 1996, sólo se llegó a 4 casos, o 15 veces menos; fecha a partir de la cual ya no se registran casos hasta el presente. Por otra parte, la ocurrencia de sarampión en niños y niñas menores de 5 años registró 187 casos en 1990 y ninguno en 1999, por lo que se afirma el cumplimiento de la meta.

En cuarto lugar se encuentra (SNA 12) la **Cobertura de la vacunación**. Lo cual significa **Meta 12 Lima:** Mantenimiento de un alto nivel de cobertura de vacunación (Por lo menos de 90 % de niño/as de 1 año de edad para el año 2001) contra Difteria, Tos ferina, Tétanos, Sarampión, Poliomielitis, Tuberculosis en Mujeres en Edad Reproductiva, y, **CMI 22:** Mantenimiento de un alto nivel de cobertura de inmunización (Por lo menos 90% de las niñas/os menores de 1 año para el año 2001), contra Difteria, Tos ferina, Tétanos, Sarampión, Poliomielitis, Tuberculosis en mujeres en edad de procrear.

La cobertura de la inmunización ha variado según enfermedades y sólo se ha llegado parcialmente a la meta en algunos casos, con el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) porque:

- i) DPT se ha mantenido entre 83.5 % (1994) y 76.5 % (1999) en los últimos diez años;
- ii) Antisarampionosa ha tenido un comportamiento marcadamente irregular porque 1990 ha sido del 71.0 %, en 1993 del 95.5 % y descendió en 1999 al 72.7 %. Actualmente, después de las

jornadas de refuerzo de vacunación se llegó al 56.4 % de enero a mayo, esperando superar el 90 % a fin de año;

- iii) B.C.G. Se mantuvo por encima del 90 % en la primera mitad del decenio y en 85 % en la segunda;
- iv) Toxoide Tetánico en Mujeres en Edad Fértil. Inicialmente entre 1990 y 1994 se estimaba una cobertura en embarazadas del 44.1 % y 59.5 %, respectivamente. De 1995 al 2000 cambia el indicador al incluirse a todas las mujeres en edad fértil y la cobertura se diluye porque de 12.4 % en 1995 llegó a 12.0 % en el 2000; después de la Jornada de refuerzo de vacunación se considera que la población susceptible ha sido inmunizada en alrededor del 95 %.

### ***Grupo 2C: Nutrición infantil y lucha contra las enfermedades infantiles comunes***

Los resultados de la lucha contra las enfermedades infantiles comunes así como de los avances en la nutrición infantil son muy disímiles, por lo cual se han alcanzado algunas metas aunque no todas.

En primer lugar se encuentra el indicador (SNA 13) **Diarrea** que se explicita en **Meta 13 Lima**: Reducción de las muertes causadas por enfermedades diarreicas en 50%, y, **CMI 23**: Reducción del 50% en las defunciones como consecuencia de la diarrea en los niños menores de 5 años y del 25% en la tasa de incidencia de la diarrea. La meta de reducir a la mitad las muertes causadas por enfermedades diarreicas en menores de 5

años se ha cumplido parcialmente porque se ha disminuido en 40.1 % considerando que en 1990 fue de 406 casos y en 1999 de 243 casos. Por otra parte, se carece de datos sobre el promedio anual de episodios de diarreas en niño/as menores de 5 años. Tampoco se dispone de información sobre la proporción de niño/as de 0 a 59 meses que tuvieron diarreas en las dos últimas semanas y que fueron tratadas con TRO o soluciones caseras apropiadas. Igual carencia informativa ocurre con la proporción de quienes tuvieron diarrea en las dos últimas semanas y que, recibieron incremento de líquido y continuaron comiendo durante el episodio.

Un segundo indicador constituye (SNA 14) las **Infecciones respiratorias agudas**. Esta meta se explicita en **Meta 14 Lima: Reducción de muertes por Infecciones Respiratorias Agudas (I.R.A.) en un 25%**, y, **CMI 24: Reducción de la Tercera Parte de las defunciones a raíz de las infecciones respiratorias agudas en los niños menores de 5 años**. La meta fijada por Lima no se cumplió debido a cambios climáticos bruscos y déficit de cobertura de los servicios de salud. En efecto, las muertes en menores de 5 años causadas por IRA tuvo un leve descenso ; fueron 354 casos en 1990 y 314 casos en 1999. Es de esperar una disminución de la IRA en los siguientes años por la fuerte capacitación al personal de Salud a nivel nacional en la estrategia de Asistencia Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (A.I.E.P.I.).

La **Lactancia materna** (SNA 18) es el tercer indicador; señalado en **Meta 18 Lima**: Lograr que todas las mujeres utilicen la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y continúen la lactancia con alimentación complementaria hasta el segundo año, y, en **CMI 16**: Lograr que todas las mujeres amamanten a sus hijas/os durante 4 a 6 meses y continúe la lactancia, con la adición de alimentos complementarios hasta bien entrado el segundo año. La meta ha sido cumplida parcialmente según los datos disponibles que no permiten una plena comparación. En 1998, según la ENSMI la lactancia materna cubre al 94.2 % del país, 92.7 % del área urbana y 94.7 % de la rural. El MSPBS ha certificado 18 *Hospitales Amigos del Niño y de la Madre* en el Sector Público para proteger, promover y fomentar la lactancia natural aunque persiste un porcentaje de maternidades privadas que usan sucedáneos de la leche materna. En 1998, según la ENSMI-98, la duración promedio de la lactancia es de 11.5 meses; 9.6 meses en la zona urbana y 12.7 en la rural, promedio que disminuye a mayor urbanización, nivel educativo y, probablemente, tipo de inserción laboral. Por otra parte, en 1990, las cantidades para la lactancia materna exclusiva de 0 a 1 mes fue 38 %, de 2 a 3 meses 19 %, de 4 a 5 meses 6 %, y de 6 a 7 meses 3 %.

El cuarto indicador escogido es el (SNA 19) **Crecimiento del niño**. Se trata de, según **Meta 19 Lima**: Universalizar la promoción del crecimiento y el desarrollo psico-social en menores de 5 años, prestando atención tanto a la desnutrición como a la obesidad, y, de acuerdo a **CMI 17**:

Institucionalización de la promoción del crecimiento y su supervisión periódica en todos los países para fines del decenio 1990. Los avances permiten considerar a la meta como cumplida parcialmente. La proporción de niños con tarjeta de crecimiento y desarrollo entre 1990 y 1995 fue del 60 %. Por otra parte, en los últimos 3 meses y relacionados al fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) el MSPBS asumió la edición de 500.000 libretas de vacunación con curvas de crecimiento y desarrollo, relacionado con las Jornadas de Vacunación. La pretensión es tener el 100% de los niños del país con libreta de vacunación y curva de crecimiento y desarrollo. Asimismo, la proporción de niños de 0 a 5 años considerados clínicamente obesos en 1997/1998 fue de 2.5% según la Encuesta Integrada de Hogares del Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN).

El (SNA 23) **Manejo integral de enfermedades infantiles** se presenta como **Meta 23 Lima:** Proporcionar atención integrada al 50 % de los menores de 5 años que consulten por enfermedades prevalentes de la infancia (Estrategia AIEPI). No se dispone de un conjunto de indicadores que permita una evaluación precisa. Sin embargo, en el año 2000 el Paraguay presentó el documento "Avances logrados en el país en la implementación de la Estrategia AIEPI como instrumento para el cumplimiento del compromiso con la meta regional de la reducción de la mortalidad en menores de 5 años, niños sanos: la meta del 2002". La estrategia apunta al cumplimiento de los objetivos propuestos en el Plan

Nacional de Atención Integral a la Niñez 1997-2001 tendientes a disminuir la mortalidad en la niñez y mejorar su calidad de vida, a través de AIEPI incorporando la vigilancia del crecimiento y desarrollo. En 1998 se aprobó la implementación de la estrategia AIEPI a nivel nacional por resolución ministerial. Posteriormente, se conformó un grupo para revisar módulos de capacitación, con asesoría de la OPS, y se realizó el primer taller de adaptación de los módulos de Capacitación Clínica. También se dieron avances en capacitaciones en el Curso Clínico Nacional de Capacitación de capacitadores y actualmente se desarrollan cursos Clínicos y el Módulo “Conversando con las madres”.

### ***Grupo 2D: Agua y saneamiento ambiental***

Las metas de este grupo no se han cumplido dadas las dificultades en recursos tanto para agua como para saneamiento ambiental; recuérdese que, de los recursos destinados a servicios sociales básicos en el período 1995-1998, sólo 2.1 % se asignó a este sector.

En primera instancia, el indicador es (SNA 7) **Agua potable segura**; según **Meta 7 Lima: Acceso universal al agua potable** (Reducir la proporción de la población sin acceso a agua potable en un 25%; esto es, la proporción de la población que utiliza los siguiente tipos de fuentes de agua para beber: agua por tubería: llave pública; pozo con o sin bomba; aljibe) y de acuerdo a la **CMI 4: Acceso universal al agua potable**. Considerando la reducción en un 25 % de la población sin acceso a agua potable, se ha cumplido la meta pero con marcadas inequidades regionales. Según la DGEEC, la

población servida con agua potable fue 27.1 % en 1992, 42.4 % en 1997, 43.6 % en 1998 y 44.8 % en 1999; esto es, 24.3 %. Pero el agua segura alcanza al 70 % de los hogares urbanos y a sólo 12.8 % de los rurales.

**Manejo de excrementos (SNA 8)** es el segundo indicador; desglosado como **Meta 8 Lima:** Acceso universal a los medios sanitarios de eliminación de excretas (reducir la proporción de la población sin acceso a los Servicios de saneamiento en un 17%) y como **CMI 5:** Acceso universal a los medios sanitarios de eliminación de excretas. De los varios indicadores para la eliminación de excretas, sólo en el caso de los pozos ciegos se ha llegado a la meta establecida de reducir la proporción de población sin acceso a dicho servicio en un 17 % por lo que no considera haber alcanzado la meta. La eliminación de excretas conectada a la red pública fue de 7.7 % en 1992 y 7.0 % en 1999; esto es, casi sin reducción. Por otra parte, la eliminación de excretas con pozo ciego fue 27.0 % en 1992 y 47.0 % en 1999; reducción del 20 %. Dentro del mismo ámbito, se tiene un estancamiento en la población con servicio de alcantarillado y con marcadas diferencias zonales desfavorables al área rural. A nivel nacional, los hogares con servicio de alcantarillado fueron 7.2 % en 1992 y 7.1 % en 1998; a nivel urbano fue 20.2 %, 14.4 % y 13.2 % y a nivel rural fue y se mantiene en 0 %, respectivamente.

### ***Grupo 2E: Control de la reproducción y sexualidad***

Si bien se dieron substantivos avances en ambos aspectos, no se pudieron alcanzar estas metas “universales”. La primera referencia fue (SNA 15) **Control de la natalidad** explicitado como **Meta 15 Lima: Acceso de todas las parejas a información, educación comunicación y servicios para impedir embarazos tempranos, poco espaciados, tardíos y/o numerosos, y CMI 10: Acceso de todas las parejas a información, y servicios para impedir embarazos demasiados tempranos, poco espaciados, tardíos y/o numerosos.**

La proporción de mujeres de 15 a 49 años de edad que utilizan algún método anticonceptivo moderno o tradicional en la planificación familiar se utiliza como indicador. El Programa de Planificación Familiar del MSPBS funciona con un sistema de recepción y análisis de informe mensual; incluye la entrega controlada de insumos anticonceptivos, visitas técnicas de apoyo a regiones y Servicios de Salud, Capacitación y actualización en métodos anticonceptivos, y Capacitación y seguimiento en el Sistema de Administración y Logística. Las Tasas de fecundidad fueron altas; la nacional fue 4.1, la del área rural 4.6 y la urbana 3.2, según la ENSMI de 1998. El acceso de las parejas a Información, Educación y Comunicación se desprende de la misma fuente al señalar que el total de parejas que "conocen cualquier método anticonceptivo" llegó a 98.8 %; quienes "conocen un método moderno" fue 99.3 % sin diferencias significativas entre el área urbana (99.7 %) y rural (98.3 %).

Finalmente, el (SNA 22) **VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual** (temas que también se encuentran en los objetivos de la vida familiar, Grupo 8) se tiene explicitado en **Meta 22 Lima:** Asegurar el acceso universal a información, educación, comunicación y a los medios adecuados para la prevención y el control de la infección por el VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y sus consecuencias.

Nuevamente se tienen indicadores dispersos que señalan el cumplimiento parcial de la meta establecida. En primer lugar, el conocimiento de la transmisión de VIH madre-hijo, según una investigación con docentes de primaria y secundaria del área Capital, Central y Alto Paraná sobre un muestreo de 300 personas, fue 98 % en promedio. La actitud hacia las personas que conviven con un VIH positivo, se considera en segunda instancia; 75 % de los encuestados respondió con una conducta discriminatoria y señaló la necesidad de aislar al paciente. En tercer término, las mujeres que tienen conocimiento del Test diagnóstico sobre la prueba del VIH, según la investigación mencionada, alcanzó al 100 % pero sólo cerca del 45 % sabe dónde se realiza la prueba. Se sometieron al Test de Elisa aproximadamente 85.000 mujeres. Como referencia de actitudes ante las ETS se anota que, según la misma fuente, 95 % de las mujeres de 15 a 49 años saben que el uso del condón o preservativo en una relación sexual prevé el SIDA y ETS pero el uso efectivo habitual es de 17 %. Con dificultades en la estimación de casos, según fuentes del MSPBS se estaría

ante un relativo control del crecimiento del SIDA pero sí de un crecimiento de las ETS.

**Área 3: Nutrición.** Los esfuerzos desplegados por Estado y sociedad han sido insuficientes para avanzar hacia las metas de nutrición debido a políticas económicas y sociales no orientadas o integradas y con suficientes recursos para superar la desnutrición, inclusive dándose retrocesos en algunas áreas.

### **Cuadro - resumen de Metas y Resultados del Área 3: Nutrición**

	<i>Cumplidas</i>	<i>Observaciones</i>
<b>Grupo 3 A: Desnutrición infantil</b>		
Reducción a la mitad de la desnutrición severa y moderada de menores de 5 años	No	
Seguridad alimentaria en todos los hogares	No	Visualización del problema
<b>Grupo 3 B: Micronutrientes</b>		
Eliminación virtual de DDI (carencia de sal yodada)	Parcial	Avance substantivo
Eliminación virtual de carencia de Vitamina A y sus consecuencias, incluyendo la ceguera	Sin datos	

#### ***Grupo 3 A: Desnutrición infantil***

La temática de la (SNA 3) **Desnutrición infantil** se planteó como **Meta 3 Lima:** Reducción de la desnutrición severa y moderada de las niñas y niños menores de 5 años a la mitad, y como **CMI 3:** Entre 1990 y el año 2000, reducción del 50 % de la tasa de mal nutrición grave y moderada de

los niños menores de 5 años. La meta no se ha cumplido e inclusive según una fuente existió retrocesos. El estado nutricional a nivel de país de los menores de 5 años se caracterizó por el aumento de la desnutrición aguda que pasó de 0.3 % a 5.0 %, especialmente en el área rural con 6.3 %, de acuerdo a la *EIH 1997/98* y el *Informe del INAN*. Por otra parte, el Programa de Suplemento alimentario (Merienda escolar o Vaso de leche) para niños escolares se descentralizó a partir de la segunda mitad de la década, asumiendo el liderazgo las Gobernaciones departamentales. Sin embargo, su suspensión o reducida ejecución por razones presupuestarias ha dejado desprotegidas a escuelas de sectores pobres urbanos y rurales. También se anota el rol del MAG con sus programas de huertas familiares y educación nutricional, también vinculados a la seguridad alimentaria. El Programa Nacional *Oñondivepá* (que significa todos juntos en idioma guaraní), iniciado en 1999, conjuga acciones sustantivas conjuntas de varios Ministerios y Entes con apoyo en alimentos focalizados en madres y niños. Cabe recordar la acción de la Pastoral del Niño, dirigida a familias pobres rurales, que interviene en paliar esta situación, anudada al siguiente tema de la seguridad alimentaria.

En segundo término se tiene a la (SNA 24) **Seguridad alimentaria del hogar**. Esta se presenta como **Meta 24 Lima**: Proveer la seguridad alimentaria de todos los hogares. Esto implica el acceso universal de los hogares a alimentos nutritivos que sean culturalmente aceptables en cantidades adecuadas, y como **CMI 18**: Difusión de conocimientos y de

servicios de apoyo para aumentar la producción de alimentos a fin de garantizar la seguridad alimentaria familiar. No se ha alcanzado la meta propuesta dada la disminución alimentaria en general aunque, por otra parte, se tienen planes de mejoramiento de los hábitos alimenticios. La tendencia de la disponibilidad alimentaria ha experimentado cambios en los últimos 30 años; el descenso más marcado en la disponibilidad de un grupo de alimentos se observa con frutas y hortalizas. Actualmente, el MSPBS a través del INAN viene implementando Programas de difusión sobre buenos hábitos en la alimentación aunque existen todavía debilidades a nivel regional y local en la difusión en nutrición. Por otra parte, informes de ONGs sobre Derechos humanos han puntualizado efectos significativos de cambios climáticos en las poblaciones rurales y periurbanas, insuficiencia de semillas y acceso a fuentes de agua potable, prácticas de oligopolización de la oferta alimentaria, semillas transgénicas de soja; y, particularmente, la suspensión o insuficiencia de recursos para la iniciativa gubernamental del vaso de leche a niños de escuelas con población vulnerable.

### ***Grupo 3B: Micronutrientes***

De los dos indicadores seleccionados se concluye con avances parciales aunque insuficientes para el cumplimiento de todas las metas. En primer lugar, se tiene a (SNA 5) **Trastornos por deficiencia de yodo**. Este objetivo se explicita en **Meta 5 Lima: Eliminación virtual de Desórdenes**

por deficiencia de Yodo (DDI), y en **CMI 14: Eliminación virtual de las enfermedades por carencia de Yodo**; en otras palabras, la proporción de hogares que consumen sal yodada. En 1990, 30 % de la sal era yodada, en 1995 fue 64 %, y en 1999 se llegó al 83.0 %. Asimismo, desde 1998 por resolución ministerial se implementa el enriquecimiento de la harina de trigo con hierro suplementario, y las 2000 empresas productoras de harina de trigo incorporan regularmente el enriquecimiento con hierro.

La (SNA 6) **Vitamina A** desglosada como **Meta 6 Lima: Eliminación virtual de carencia de Vitamina A y sus consecuencias** incluyendo la ceguera y **CMI 15: Eliminación virtual de la carencia de Vitamina A y sus consecuencias**, incluyendo la ceguera constituye el segundo indicador de micronutrientes. Se carece de datos sobre estos indicadores. Sin embargo, en el Paraguay casi no se registra deficiencia de Vitamina A dada la cultura de consumir huevos en la alimentación de la población. Inclusive, del estudio del INAN citado anteriormente, el grupo de lácteos y huevos fue uno de los pocos que aumentó su disponibilidad en la última década.

Asunción, 17 de setiembre de 2001.

NDGDH N° \_\_\_\_/01

Señora  
Abog. **ISABEL PERALTA**  
Directora General de Protección de Menores  
Presente

Me dirijo a usted, a fin de remitir adjunto el diskette que contiene la elaboración del documento final referente al “Segundo Informe s/Implementación de la Convención s/Derechos del Niño”.

Asimismo remito adjunto todos los anexos que han servido de fuente de información para la elaboración del mencionado informe y que son los siguientes:

- Informe remitido por el Ministerio de Educación y Cultura
- Informe remitido por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
- Informe remitido por la Secretaría Técnica de Planificación
- Informe remitido por al DGPM
- Informe remitido por el Centro de Adopciones
- Informe remitido por la Fiscalía General del Estado
- Informe remitido por la Direc. Gral. de Institutos Penales
- Informe remitido por el Registro del Estado Civil
- Resumen referente a visitas realizadas a unidades militares. Ministerio Público.
- Informe del CENADI

Solicito encarecidamente que una corroborado todas las informaciones, dichas documentaciones sean devuelta a esta Dirección, ya que las mismas forman parte de su archivo.

Asimismo, queda a criterio de la Señora Directora, cualquier tipo de modificación, supresión y agregación de información, considerando siempre las inquietudes del Señor Representante Permanente hechas en el fax que remitimos adjunto.

Para la elaboración final de este informe ha trabajado un equipo conformado por la Lic. Nadymi Perla Yore, la Esc. Celsa Cardozo y Mariela Wood, ambas funcionarias del Departamento Técnico de esta Dirección.

los dos tomos que componen el Informe remitido en el año 1997; el informe remitido recientemente; la nota con la lista de cuestiones que hacen al segundo informe; copia del fax remitida por el Representante Permanente en Ginebra.

Augurándole éxitos en la representación que hará ante los Miembros de la Comisión por nuestro país, le saludo muy atentamente.

**Lic. Nadymi Perla Yore**  
Directora General de Derechos Humanos

## “INFORMACIÓN ADICIONAL AL SEGUNDO INFORME PERIODICO SOBRE IMPLEMENTACIÓN DE LA CONVENCIÓN SOBRE DERECHOS DEL NIÑO”

### Datos y Estadísticas:

⇒ 1.a. El número y la proporción de menores de 18 años que viven el Estado parte.

#### **Año 1999/2000:**

Area de residencia	Hombres		Mujeres		Total	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Total	1312751	100,0	1334294	100,0	2647045	100,0
Urbana	624592	47,6	681961	51,1	1306553	94,4
Rural	688159	52,4	652333	48,9	1340492	50,6

---

⇒ 1.b. Tasa de mortalidad infantil y de lactantes

La tasa de mortalidad de lactantes se redujo a un tercio; de 30,4% registrada en 1988 decreció a un 19,6% en el año 2000. Esto se ha logrado en gran parte gracias a las campañas de inmunizaciones y los programas de combate a las infecciones respiratorias agudas, y sobre todo el uso de los métodos de rehidratación oral.

*Para mayor ilustración, ver anexos*

⇒ 1.c. La proporción de niños con insuficiencia ponderal al nacer, ver anexos.

⇒ 1.d. Proporción de niños afectados por mala nutrición, aguda y crónica:

Conforme a datos estadísticos, es importante destacar que la mala nutrición grave y moderada de menores de 5 años, se logró reducir a un 50%.

---

⇒ 1.e. Números de niños con discapacidades que son cuidados en el hogar o que viven en instituciones

Existen alrededor de 50.000 niños que requieren servicios integrales de rehabilitación. La gran mayoría viven en su hogares.

⇒ 1.f. Número de niños que son objeto de adopción nacional e internacional.

La Institución encargada de realizar los trámites pertinentes para las adopciones es el Centro de Adopciones, que empezó a funcionar el 9 de marzo de 1999, dando prioridad exclusiva a las adopciones nacionales; hecho que motivó que este Centro de Adopciones no haya firmado Convenios con aquellos países que han ratificado el Convenio de La Haya.

A partir de su funcionamiento han tramitado las adopciones de 30 menores, cuyas edades oscilan de los un año a los diez y nueve años. Veinte de sexo femenino y nueve de sexo masculino. Asimismo es importante mencionar que un niño de origen indígena también ha sido dado en adopción.

⇨ 1.g. Número de niños que viven en la calle

**No se posee datos oficiales, pero extraoficialmente se maneja un porcentaje del 2%.**

**2. Proporción del Presupuesto Nacional dedicados a los niños en el plano central y local:**

⇨ 2.a. Area de Educación

**PRESUPUESTADO INICIAL**

	1999	2000	2001
E. Escolar Básica	496.160.853.373.-	617.726.813.600.-	655.364.266.141.-
E. General Básica	21.488.581.010.-	27.017.059.021.-	27.791.470.297.-
E. Técnica y Profes.	212.969.664.463.-	16.744.533.191.-	15.564.557.363.-
E. Media Integrada	199.244.383.678.-	242.429.859.227.-	248.273.340.483.-
INPRO	11.105.206.531.-	9.677.920.071.-	7.729.237.680.-

**PRESUPUESTO EJECUTADO**

	1999	2000	2001
E. Escolar Básica	490.929.572.822.-	614.709.407.839.-	
E. General Básica	22.625.561.214.-	26.949.087.180.-	
Más ampliación de:	1.213.715.520.-		
E. Media Integrada	194.228.823.139.-	238.578.057.504.-	
E. Técnica y Profes.	13.776.050.550.-	16.276.040.184.-	
Más ampliación de:	402.876.748.-		
INPRO	9.705.835.138.-	8.386.458.793.-	INPRO (Tipo I)
		1.080.000.000.-	INPRO (Tipo II)

**2.b. AREA SALUD:**

	1999	2000	2001 (hasta el 31.07)
<b>Tipos de servicios, atención</b>			
primaria de salud		2.075.628.780	2.269.129.097
fecha)			1.564.571.752 (a la
(n° de niños consultantes, programas de crecimiento y desarrollo, salud oral)			

## Programas de vacunación

(costo de insumos)	s/d	876.218.548	1.876.397.044 (obligado a la fecha)
--------------------	-----	-------------	--

---

Otros servicios de salud infantil (servicios del Inst. Bienestar Social)	154.065.630 (ejecutado)	231.498.017 (ejecutado)	s/d
---	----------------------------	----------------------------	-----

---

### **2.d. Protección de niños que necesitan cuidados alternativos, incluido el apoyo de las instituciones de guarda.**

En este punto es importante destacar que existe un Fondo de Inversiones Sociales, para Proyectos Sociales, que es financiado por el BID, el monto de la inversión es de Veinte millones de dólares. Asimismo, existe otro programa que es financiado por el BID y que involucra a niños adolescentes trabajadores, cuyo monto es de Ocho millones de dólares. El año 2001 es el último año de ejecución.

2.e. En cuanto a la justicia de menores, el Código Penal - Ley 1160/97 y Código Procesal Penal - Ley 1286/98, tipifican figuras que tutelan al niño víctima, reconoce garantías al adolescente infractor, define medidas diferenciadas, regula conceptos jurídicos homogéneos con el sistema infraccional, define el alcance de la responsabilidad penal juvenil y preve un tratamiento diferenciado.

Puede destacarse como positiva la creación de Fiscalías Penales Juveniles.

El Código de la Niñez y la Adolescencia incorpora la figura del Defensor del Niño, crea los Juzgados de la Niñez y Adolescencia con competencia amplia y los Tribunales de Apelación ampliados en número y desconcentrados en las principales circunscripciones judiciales del país.

Asimismo, es importante mencionar que recientemente por Resolución del Ministerio de Justicia y Trabajo se crea el Servicio Nacional de Atención a Adolescentes Infractores, que será la autoridad administrativa responsable del diseño, ejecución y monitoreo del Sistema Nacional de atención y educación integral de infractores/as penales

---

### **Proyectos con financiamiento internacional del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social**

	1999	2000	2001
Proyecto MSPBS/BID			13.369.040.440
Proyecto MSPBS/BIRF	14.852.000.000	26.651.400.000	6.000.700.000

---

3.

4. **Datos sobre:**

---

## POBLACION DE 15 A 17 AÑOS DE EDAD POR SEXO, SEGÚN CONDICIÓN DE ALFABETISMO

CONDICIÓN DE ALFABETISMO	TOTAL	SEXO	
		HOMBRES	MUJERES
ALFABETO	91 %	93 %	89%
ANALFABETO	9%	7%	11%

## POBLACIÓN DE 18 Y MÁS AÑOS DE EDAD POR SEXO, SEGÚN ALFABETISMO

CONDICIÓN DE ALFABETISMO	TOTAL	SEXO	
		HOMBRES	MUJERES
ALFABETO	90,2 %	92,3 %	88,1%
ANALFABETO	9,8%	7,7 %	11,9%

## Año 1999

### DATOS SOBRE POBLACIÓN DE 17 AÑOS Y MENOS DE EDAD POR SEXO, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA

ÁREA DE RESIDENCIA	TOTAL		HOMBRES		SEXO MUJERES	
	ABSOLUTO	PORCENTAJE	ABSOLUTO	PORCENTAJE	ABSOLUTO	PORCENTAJE
<b>TOTAL</b>	<b>2.647.045</b>	<b>100,0</b>	<b>1.312.751</b>	<b>100,0</b>	<b>1.334.294</b>	<b>100,0</b>
URBANA	1.306.553	49,4	624.592	47,6	681.961	51,1
RURAL	1.340.492	50,6	688.159	52,4	652.333	48,9

### Población de 5 a 17 años de edad por sexo, según nivel de instrucción:

#### SEXO

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	ABSOLUTO	PORCENTAJE	ABSOLUTO	PORCENTAJE	ABSOLUTO	PORCENTAJE
<b>TOTAL</b>	<b>1.908.985</b>	<b>100,0</b>	<b>948.656</b>	<b>100,0</b>	<b>960.329</b>	<b>100,0</b>
Sin Instrucción(*)	457.352	24,0	234.006	24,7	223.346	23,3
Primario	1.157.181	60,6	579.952	61,1	577.229	60,1
Secundario	294.452	15,4	134.698	14,2	159.754	16,6

• Incluye Pre-primaria

### Población de 18 y más años de edad por sexo, según nivel de instrucción

#### SEXO

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	ABSOLUTO	PORCENTAJE	ABSOLUTO	PORCENTAJE	ABSOLUTO	PORCENTAJE
<b>TOTAL</b>	<b>2.987.297</b>	<b>100,0</b>	<b>1.460.563</b>	<b>100,0</b>	<b>1.526.734</b>	<b>100,0</b>
Sin Instrucción	180.898	6,1	59.893	4,1	121.005	7,8
Primario	1.623.598	54,4	783.342	53,6	840.256	55,0
Secundario	923.458	30,9	494.425	33,9	429.033	28,1

**POBLACION DE 15 A 17 AÑOS DE EDAD POR SEXO, SEGÚN CONDICIÓN DE ALFABETISMO**

CONDICIÓN DE ALFABETISMO	TOTAL	SEXO	
		HOMBRES	MUJERES
ALFABETO	98 %	98 %	98%
ANALFABETO	2,0%	2,0%	2,0%

**POBLACIÓN DE 18 Y MÁS AÑOS DE EDAD POR SEXO, SEGÚN ALFABETISMO**

CONDICIÓN DE ALFABETISMO	TOTAL	SEXO	
		HOMBRES	MUJERES
ALFABETO	91,6 %	93,6 %	89,6%
ANALFABETO	8,4%	6,4 %	10,9%

**POBLACION ANALFABETA EN PARAGUAY**

TRAMO DE EDAD	POBLACION TOTAL	ANALFABETO ABSOLUTO	SEMI ANALFABETO	POBLACION ANALFABETA	INDICE DE ANALFABETISMO
Entre 0 y 14	518.389			41.383	8,0
Entre 15 y 24	749.256			32.450	4,3
Entre 25 y 34	610.218			32.672	5,4
Entre 35 y 44	438.456			38.045	8,7
Entre 45 y 54	289.672			38.361	13,2
Entre 55 y 64	188.139			37.536	20,0
Mayores de 64	185.769			51.724	27,8
Mayores de 14	2.461.510			230.788	9,8
Entre 15 y 64	2.275.741			179.064	7,9
<b>TOTAL POBLACION</b>	<b>2.979.899</b>			<b>272.171</b>	<b>9,1</b>

**4.b Distribución de la matriculación de los niños de Educación Escolar Básica por sexo:**

Año 1999

1° y 2° ciclo

HOMBRE	MUJER
481055	451943
52%	48%

3° ciclo (7° grado)

HOMBRE	MUJER
52559	51213
51%	49%

Deserción por sexo

1° y 2° ciclo

HOMBRE	MUJER
20726	18908
4,3%	4,2%

3° ciclo (7° grado)

HOMBRE	MUJER
3980	3102
7,6%	6,1%

Distribución de la matrícula por sexo

Ciclo Básico ( 2° y 3° curso)

Ciclo Bachillerato

HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
75161	74319	68339	72455
50%	50%	49%	51%

**Personas con discapacidad integradas en escuelas normales (Participantes por discapacidad en Instituciones No Especializadas)**

Departamento	Ciego	Sordo	Retardo	Habilit. Ocup.	TOTAL
Asunción	----	----	-----	-----	0
Concepción	----	----	-----	-----	0
San Pedro	----	5	76	-----	81
Cordillera	1	11	89	42	143
Guairá	----	10	18	-----	28
Caaguazú	2	2	37	-----	41
Caazapá	---	4	14	-----	18
Itapúa	---	7	69	-----	76
Misiones	---	1	80	-----	81
Paraguari	---	4	64	-----	68
Alto Paraná	---	-----	42	-----	42
Central	---	9	167	-----	176
Ñeembucú	---	6	-----	-----	6
Amambay	---	-----	12	-----	12
Canindeyu	---	-----	-----	-----	0
Pdte. Hayes	---	-----	40	-----	40
Alto Paraguay	---	-----	-----	-----	0
<b>TOTAL PAIS</b>	<b>3</b>	<b>59</b>	<b>708</b>	<b>42</b>	<b>812</b>

Fuente: Anuario 1999 MEC

**OBSERVACIONES:\*** En el Departamento de Boquerón no se ofrece Educación Especial

- Se excluye la categoría "dificultad de aprendizaje" (no es discapacidad)

**5. Datos estadísticos desglosados por año, sexo y edad, sobre morbilidad en adolescentes, por enfermedades de transmisión sexual y toxicomanía y alcoholismo en adolescentes.**

Morbilidad en Adolescentes (15 a 19 años)	1998		1999		2000	
	m	f	m	f	m	f
Infecciones respiratorias agudas	4102	5.083	4.114	5.045	3.349	4.428
Parasitosis intestinal	1.335	1.366	1.073	1.530	1.151	1.373
Anemia	933	2.372	1.021	2.790	834	2.328
Anemia parasitonutricional	612	1.209	512	1.000	524	963
Neumonía (IRA moderada)	906	1.120	688	928	791	986
Diarrea sin deshidrat.	761	870	618	773	732	759
Accidente en hogar	1.326	697	1.317	646	107	150
Mordedura de perro	419	417	376	367	273	298
Embarazo de alto riesgo	-----	2.540	-----	2.238	-----	2.800
Escabirosis o sarna	301	361	256	374	265	325
Piodermitis	279	245	246	292	177	195
Fracturas	427	130	493	130	450	135
Infec. Urinaria	357	1.063	345	1.152	357	1.302
Accidentes tránsito	834	508	817	526	704	385
Micosis superficial	249	356	214	320	160	314

Morbilidad de  
Enfermedades

1998  
m f

1999  
m f

2000  
m f

adolescentes (15 a 19 años)

Sida	0	0	7	1	0	2
Herpes Genital	5	10	3	16	5	9
Gonococcia	10	12	9	2	12	5
Tricomoniasis	10	213	12	179	13	198
Sífilis en embarazada		97		87		55
Sífilis en otros	30	49	42	95	23	85
Otras enf. Venéreas	61	59	74	63	49	66

Toxicomanía y alcoholismo en adolescentes 15 a 19 años	1998		1999		2000	
	m	f	m	f	m	f
Alcoholismo agudo y crónico	12	12	8	14	39	20
Drogadicción	0	1	1	0	0	0

### ◆ Adicciones en adolescentes de ambos sexos de 15 a 19 años

Según estudios realizados por el Proyecto Marandu sobre hábitos tóxicos, han podido detectar las prevalencias de uso y abuso del alcohol y tabaco en la población de jóvenes estudiantes.

La comparación de estas investigaciones permite detectar las prevalencias de uso y abuso del alcohol y tabaco en la población de jóvenes estudiantes.

De 1000 estudiantes, 70 fuman de manera regular.

Sobre el consumo del alcohol resaltó la discrepancia entre el abuso 32,2 % y la percepción de la juventud sobre el abuso 16,3%.

Con respecto a los trastornos asociados son significativo los porcentajes de incapacidad de abstenerse 4,5 % y el de peleas y sanciones 5,8 % como secuela habitual en su entorno social.

Se verifica una vez más la diferencia en la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas entre la población masculina versus la femenina, así mismo llama la atención como la proporción del abuso del alcohol sube el 48,8% (prevalencia de vida), cuando los jóvenes de sexo masculino son tratados separadamente de las mujeres.

Este mismo estudio señala que el grupo de edad de 15 a 19 años recibió la mayor oferta de marihuana (9,6%) y cocaína (4,1%) seguidamente la oferta se acerca a la etapa de la adolescencia.

6.

Se cuenta en la actualidad con un centro de detención para delincuentes juveniles el "CENTRO EDUCATIVO ITAUGUA, que cuenta con un programa de seguridad media y alta, donde se realiza la atención integral del adolescente, buscando la transformación de sus hábitos de comportamiento e integración socio-familiar, a través de su inserción responsable en un modelo de convivencia comunitaria. Está a cargo de un equipo interdisciplinario que conduce el proceso de formación integral, con énfasis en la educación escolar básica y la formación técnica y profesional, con miras a la inserción laboral futura. En el Programa de seguridad baja, los adolescentes profundizan su formación académica, técnica y profesional y realizan paulatinamente acciones de reintegración social, en un

régimen de semi libertad, brindando servicios comunitarios y participando de estudios y trabajos temporales fuera de la institución.

El Centro tiene una capacidad para 140 internos. Al finalizar las ampliaciones hechas en la actualidad, la capacidad del mismo ascenderá a 300 internos.

En la actualidad la cantidad de menores reclusos en este Centro asciende a 110 internos.

Los casos de reincidencia se producen en un escaso porcentaje

Institucionalmente existe un estricto control para erradicar los abusos y malos tratos a los niños durante su detención y prisión.

---

**7. a. Datos específicos sobre niños que fueron objeto de explotación sexual, en particular prostitución, pornografía y trata.**

Según datos proveídos por LUNA NUEVA, institución no gubernamental que inició sus actividades en el año 2000, trabajando con menores de sexo femenino que se dedican a la prostitución, tienen censados un total de 200 adolescentes, cuyos datos son los siguientes:

Edades	Cantidad
11 a 13 años	16
14 a 16	49
17 a 19	96
Sin datos	39
Total	200

---

b. De este grupo, reciben tratamientos de reintegración un total de 42 menores, que a la fecha aún continúan con el programa de rehabilitación.

---

c. Conforme a verificaciones y observaciones *in situ* realizadas en Unidades Militares de la Región Oriental, en la primera semana de julio, por una Comisión Interinstitucional conformada por representantes de la Fiscalía, Poder Judicial, Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Trabajo y de la Honorable Cámara de Senadores, así como representantes de ONG's, los mismos han pedido recabar lo siguiente:

◆ Ciento noventa y un casos de soldados que en ese mes estaban cumpliendo un año de servicio y próximos a ser licenciados, fueron incorporados siendo menores de 17 años y admitidos en las Unidades Militares únicamente con la autorización de los padres cuya firma se autentificaba ante Jueces de Paz u Oficiales del Registro del Estado Civil, y en algunos casos por Escribano Público, todo ello en contravención a la Ley 569 y la Acordada 167 de la Corte Suprema de Justicia. Sobre esta irregularidad el representante de la Corte Suprema de Justicia, tomó la decisión de evitar en el futuro este hecho, a través de la Superintendencia de la Corte.

◆ Se constataron según informe de la Dirección del Registro Civil 18 casos de

nacimiento o expedición de documentos totalmente falsificados cuyos registros corresponden a otras personas). La representación Fiscal ha radicado denuncia sobre estos hechos punibles, solicitando la intervención del Juzgado correspondiente. Asimismo se ha solicitado mayor información a la Dirección General de Registro Civil a efectos de la correspondiente imputación.

◆ Respecto a los exámenes físicos y documentos respaldatorios, evidenciaban no estar acorde al reglamento respectivo (dificultades auditivas, vocales, visuales, lesiones físicas entre otros) en cuyos casos se hizo notar a los respectivos directores a los efectos de que procedan al licenciamiento de 10 menores (peso en kilos no permitido, inferior a 50 kg.).

Asimismo del 27 del julio al 10 de agosto se hicieron visitas a los Cuarteles ubicados en Asunción y zonas aledañas, citando a la: 1<sup>ra</sup>. División de Infantería, Comando de Comunicaciones, Comando de Ingeniería, SIMEE, ECEME, EPOE, DISERJUMIL, Comando del Ejército, Escuela de Caballería, Batallón Ingeniería 3, DISERNAFA, DISEGEMIL, DISERAGRO, Subsistencia, Intendencia, DISERMOV, DIGETREN, Comando Logístico, Colegio Militar, Comando Fuerza Aerea, COMFAER, Escuela de Educación Física, Regimiento Guardia Presidencia, Ministerio de Defensa, comando de las Fuerzas Militares, Liceo Militar Acosta Ñu, dentro de los cuales se pudo constatar lo siguiente:

- ◆ Nueve casos de dudas sobre origen y derivado para su constatación a la Dirección General del Registro Civil, quien deberá elevar un informe en los próximos días a la Comisión del Senado.
- ◆ Tres casos de observaciones de discrepancia respecto a la boleta médica de apto para Servicio Militar que no concuerda con lo manifestado y la nueva verificación médica
- ◆ Dos casos de alteración de edad, uno de los cuales se dispuso el licenciamiento del menor y el otro caso sujeto a verificación por la Dirección General del Registro Civil.
- ◆ Se dispuso el licenciamiento de un soldado por no contar con la estatura mínima según los requerimientos para la admisión (talla y peso).

Las visitas a las restantes Unidades Militares continuarán hasta la verificación de todas y cada una de ellas.

---

## B. MEDIDAS GENERALES DE APLICACIÓN

La reciente promulgación del Código de la Niñez y Adolescencia, adecuado a la Convención de los Derechos Humanos, entrará a regir a partir del mes de octubre de 2001, separa el abordaje de los problemas que afectan a la niñez y la adolescencia de acuerdo a la naturaleza del derecho vulnerado, a partir de ello, los problemas sociales serán abordados por acciones sociales y las intervenciones judiciales se reservarán para la resolución de conflictos de índoles jurisdiccionales. Para el efecto se crean los organismos administrativos competentes: Sistema Nacional de Protección y

competencia territorial acorde con la división geográfica del Estado Paraguayo, departamental y municipal.

Estos Consejos tienen como objetivo fundamental diseñar las políticas sociales dirigidas a la niñez y la adolescencia y de impulsarlas por medio de las instituciones integrantes.

La composición de los Consejos, coherente con el principio de participación ciudadana, está integrado por instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil, incluyendo la participación de representantes de instituciones de niños y adolescentes. Los Consejos constituyen también la expresión de la política de descentralización.

La Institución gubernamental encargada de promover los Consejos es la Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia.

De acuerdo al Sistema, se garantiza que la atención directa de los problemas que afectan a los derechos del niño quede preferencialmente en las Municipalidades a través de las llamadas Consejerías Municipales de los Derechos de los Niños, la atención directa desde cada Municipalidad, espacio tan cercano a la vida del niño y del adolescente, garantiza igualmente el respeto a la cultura y costumbre de su medio durante la intervención.

---

3. Proporcionar información sobre las medidas adoptadas para instituir un defensor del Pueblo, como prevé la Constitución de 1992, y sobre si se prevén medidas para que un órgano independiente vigile la aplicación.

A nueve años de la promulgación de la Constitución Nacional y a pesar de haberse hecho varios intentos con presentación de ternas de candidatos no ha sido posible el nombramiento de un Defensor del Pueblo por falta de un acuerdo político.

5. Instituciones como la Dirección General de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Trabajo, Ministerio de Educación y Cultura, Fiscalía General del Estado, Poder Judicial, Gobernaciones Departamentales y Municipalidades han preparado Charlas, Seminarios y Talleres para capacitar y sensibilizar no solo a funcionarios del Estado, sino a toda la sociedad con respecto de la Convención.

Las políticas sociales dirigidas a la infancia están a cargo de dos instituciones ministeriales que son el Ministerio de Educación y Cultura y el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social que trabajan en coordinación interinstitucional, sobre todo a nivel local.

En 1999 se creó el Consejo de Coordinación de Acción Social con la intención de establecer un espacio interinstitucional con la participación de las principales entidades del sector social que deberá optimizar los recursos y permitir mayor cobertura y mejor atención de los grupos vulnerables.

En el año 2000, se creó el Consejo Asesor Social de Lucha contra la Pobreza, cuyo objetivo es funcionar como un mecanismo de participación del sector público y la sociedad civil para asesorar al Poder Ejecutivo en el cumplimiento de los objetivos sociales, tales como el acceso universal a los servicios básicos de calidad y la

Salud Pública y Bienestar Social, Secretaría Técnica de Planificación, Secretaría de Acción Social, Iglesia Católica, Asociación Rural del Paraguay, Centrales de Sindicatos de Trabajadores, Asociaciones de Organizaciones No Gubernamentales y Organizaciones Campesinas.

Es digno destacar la voluntad política por acrecentar los esfuerzos de coordinación interinstitucional en el sector público, como también de promover una creciente cooperación Estado - sociedad civil.

---

### PARTE III

---

● Paraguay cuenta con un número importante de legislaciones que tienen concordancias con la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, en los últimos tres años se ha podido apreciar un avance significativo en el reconocimiento jurídico formal de los derechos humanos, considerando que ha ratificado prácticamente todos los instrumentos internacionales. La legislación nacional en materia de infancia ha experimentado un cambio importante con el Código de la Niñez y Adolescencia.

Asimismo se cuenta con innovaciones importantes en el Código Laboral y la recientemente sancionada Ley sobre la Violencia Doméstica.

● Como nuevas instituciones se pueden mencionar al Centro Educativo Itaguá, y Hogar de Abrigo, ambas dependiente de la Dirección General de Protección de Menores del Ministerio de Justicia y Trabajo. Este último está destinada a la protección y cuidado del niño y adolescente.

---

### PARTE IV

1.2. La reciente promulgación del Código de la Niñez y Adolescencia, adecuado a la Convención de los Derechos Humanos, podría considerarse un logro muy importante, teniendo en cuenta el compromiso serio del gobierno por fortalecer y optimizar todos los recursos necesarios por lograr un cambio en el tratamiento de la problemática que afectan a la infancia.

3. Referente a las medidas adoptadas para hacer cumplir la obligación de inscribir a los niños en el Registro Civil, en particular los niños indígenas y los que viven en zonas rurales, la Dirección General del Registro del Estado Civil, realiza campañas de inscripción masiva en diversas localidades y Departamentos del país, las cuales se desarrollan con el apoyo de comisiones vecinales, parroquias y municipalidades de diversas localidades del país, así como también se han suscrito Convenios de cooperación interinstitucional con Organizaciones no Gubernamentales.

En el marco del Programa "Oñondivepa", encarado por el Gobierno Nacional se ha realizado un estudio de costos y estrategias a fin de diseñar un plan nacional de concientización referente a la importancia social que tiene la función del registrador y

ha realizado aproximadamente 10.000 inscripciones de menores y expedición de Certificados de Nacimiento para la obtención de Cédulas de Identidad en diferentes departamentos calificados como muy carenciados.

Asimismo en abril del 2000 se ha suscrito un Convenio Interinstitucional de Cooperación entre el Ministerio de Justicia y Trabajo y el Proyecto de Asistencia Integral a Menores en Situación de Alto Riesgo, con el objetivo de contrarrestar los factores de riesgo social a que están expuestos los menores que viven en barrios de extrema pobreza del Gran Asunción y Ciudad del Este, mejorando condiciones familiares, comunitarias e institucionales para su desarrollo personal e integración social, Mediante jornadas de inscripción masiva en el Departamento de Alto Paraná, se ha logrado

9.500 inscripciones de nacimientos durante ese año. Para dar continuidad a estos trabajos en mayo del año en curso se suscribió la renovación del citado Convenio y se prevé para este año cubrir distritos de Alto Paraná, Asunción, Departamento Central, Caaguazú, San Pedro y demás departamentos de la República, estimándose aproximadamente 30.000 inscripciones de nacimientos.

Asimismo se ha realizado aproximadamente 1.300 inscripciones de nacimiento en el Departamento de Itapúa; y durante el primer semestre del presente año se realizaron jornadas de inscripción de nacimientos en las localidades de Horqueta (Dpto. de Concepción), Ayolas y San Ignacio (Dpto. de Misiones).

Con respecto a las medidas adoptadas tras el cierre definitivo del Panchito López, se puede mencionar que está en estudio la puesta en funcionamiento de un Plan Integral, conforme con las recomendaciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, para responder a las necesidades de atención y reeducación de los jóvenes actualmente alojados en distintas Penitenciarías Regionales.

La puesta en funcionamiento del Plan acordada con el Poder Judicial, ya que para su funcionamiento óptimo será necesario el funcionamiento efectivo de un Instituto de Asesoría de prueba (que en este momento está siendo estudiado por la Corte Suprema de Justicia a partir de un Proyecto presentado por el INECIP y con fondos comprometidos por el Proyecto AMAR) y la colaboración directa de entidades de acogida para jóvenes con adicciones y necesitados de tratamiento psiquiátrico (espacios con los que cuenta el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social)

El problema de los niños en situación de explotación y sobre todo el trabajo infantil en la calle es uno de los temas más debatidos tanto por Instituciones del Estado, ONG's e Iglesia en un esfuerzo por encontrar una solución. Existe una tendencia positiva que busca superar esta situación.