ECUADOR...10 AÑOS DESPUES

ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS DEL ECUADOR EN LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO EL CAIRO 1994

Población, crecimiento económico sostenido y pobreza

Pese a este reconocimiento, ésta es la esfera en la cual el Ecuador ha tenido el peor rendimiento durante la década. La pobreza en el Ecuador se incrementó significativamente entre los años 1995 y 1999. La incidencia de la pobreza pasó de 33.9% en 1995 a 46.4% en 1998 a 55.9% en el segundo semestre de 1999, mientras que la incidencia de la extrema pobreza pasó en iguales períodos de 11.8% a 16.7% y a 20.5%.

A nivel nacional, sin embargo, si bien no existen mediciones oficiales que permitan conocer los niveles de pobreza y extrema pobreza a nivel nacional se estima, utilizando el modelo de Adams (2003) que la pobreza en el Ecuador se situó, a finales del 2002, en niveles que oscilan entre el 42 y el 49% (aproximadamente 5.5 millones de personas), mientras que de la extrema pobreza debe situarse entre el 15 y el 18% (aproximadamente 2 millones de personas), debido fundamentalmente a la recuperación de los niveles del ingreso real per cápita que ascendió a 0.4% en el 2000, 3.6% en el 2001 y 1.2% en el 2002.

CRECIMIENTO Y ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN

Tasas de Fecundidad, Mortalidad, y Crecimiento Demográfico

Según el Censo de Población del 2001, la población total alcanza a 12.090.804 habitantes.

A nivel de los indicadores de fecundidad y mortalidad se observa una reducción durante la década, lo que resulta en una tasa de crecimiento poblacional anual durante el quinquenio 1990-1995 de 2.1%, ligeramente inferior al 2.2% anual observado en el período 1982 a 1990. Este valor, sin embargo decrece según las proyecciones del INEC a 1.535% para el período 1995-2000 y se estima en el orden del 1.448% PARA EL QUINQUENIO 2000-2005. La tasa de fecundidad del quinquenio 2000-2005 ha sido proyectada por el INEC, en base a los datos del Censo de Población 2001, en 2.82 mientras que para el quinquenio 1990-1995 fue de 3.4, mientras que la misma fuente estima que la tasa implícita bruta de mortalidad general pasó del 5.84 por 1,000 en el quinquenio 1990-1995 al 5.03 por 1,000 para el quinquenio 2000-2005.

Los Niños y los Jóvenes

Para establecer los parámetros para un balance en el caso ecuatoriano es necesario indicar que el 60.8% de la población ecuatoriana al 2001 tenía menos de 30 años de edad y el 53.1% menos de 20. Esta proporción era de 57.8% y 53.2% en 1990, respectivamente.

Los Indígenas y las Poblaciones Afroecuatorianas

El censo de Población de 2001 por primera vez identificó a la población indígena a través de una pregunta directa a los entrevistados. El resultado obtenido indica que el 6.1% se autoidentificó como indígena y el 5.0% como afrodescendiente.

De la información disponible en fuentes alternativas al Censo de Población del 2001 se establece que el 16.4% de los hogares de país corresponden a aquellos que se auto definen como indígena o que cuentan con miembros que hablan o hablaban una lengua indígena (SIISE 2003, en base a la información de la Encuesta EMEDINHO 2000).

La falta de tierras para los campesinos e indígenas es un problema que merece renovada atención. Además de los problemas de migración y desempleo que genera este fenómeno, revela a la escasa integración de los indígenas a este mercado dado un inequitativo acceso al recurso.

Adicionalmente, sería necesario pensar en la lógica productiva de los pueblos indígenas en lo que tiene que ver con su dependencia de los recursos naturales y sus formas tradicionales de producción... al momento de definir políticas de ordenamiento territorial y productivo. Por otra parte, algunos indicadores sociales, muestran diferencias importantes entre grupos étnicos. Es el caso de la escolaridad, que en poblaciones indígenas alcanza a 3.3 años y en poblaciones afrodescendientes 5.8 años en comparación con el promedio nacional que es 7.1 años. En analfabetismo igualmente afecta especialmente a la población ecuatoriana.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN, URBANIZACIÓN Y MIGRACIONES

Migración Internacional y desarrollo

A partir del año 1999, ésta cambia cualitativamente en términos de los países de destino (Italia, España y otros países europeos) y de la presencia de emigrantes de sexo femenino (47% del total). El proceso de emigración coincide con la profunda crisis económica a la que ya se hizo referencia.

No obstante, Ecuador tiene la doble condición de un país de origen pero también de país de destino de la migración internacional.

A pesar de las dificultades para estimar los flujos migratorios se pudo obtener una aproximación a través del análisis de los datos de los anuarios de migración internacional, los que indican que entre 1998 y el año 2001, 464,183 ecuatorianos salieron del país y no existe evidencia de su retorno, mientras que en el mismo período se produjo un flujo neto de casi 600,000 personas, particularmente ciudadanos colombianos hacia el Ecuador.

Hay que destacar además que la emigración ecuatoriana ha tenido un impacto muy significativo en la economía del país, pues entre el año 2000 y el 2002 el promedio anual de remesas de migrantes llegó a \$1,400, convirtiéndose en el segundo rubro de exportaciones del país.

De acuerdo a cifras del SIISE, tan solo el 60% de los migrantes proviene de hogares en situación de pobreza. Adicionalmente esta ola migratoria reciente se caracteriza por la presencia mayoritaria de migrantes provenientes de las zonas urbanas (73% del total).

IGUALDAD Y EQUIDAD ENTRE LOS SEXOS Y HABILITACIÓN DE LA MUJER

Empoderamiento público de las mujeres

El índice de desarrollo relativo al género acuñado en el marco de los informes de desarrollo humano de las Naciones Unidas, experimentó una mejora entre 1994 y 1999, pasando de 0,641 a 0,711; y el índice de potenciación de género, que mide las desigualdades en las oportunidades de las mujeres para participar en la toma de decisiones, pasó de 0,375 en 1994 a 0,482 en 1999.

El avance más relevante dentro del tema de equidad entre los sexos, se expresa en los cambios constitucionales, legales e institucionales, que han ido aparejados de un cierto nivel de debate público que ha contribuido, junto con otros factores, a lograr cambios actitudinales en hombres y mujeres y en su comportamiento social y familiar. Puede decirse que algunos medios de comunicación y las familias jóvenes tienen una actitud más positiva para inculcar la igualdad de género. En el terreno cultural y de las mentalidades se ha producido un cambio positivo hacia la superación de la discriminación de las mujeres.

Desde 1997 se aprobó una cuota electoral para las mujeres, primero a través de la Ley de Amparo Laboral que estableció una cuota de 20% en las candidaturas pluripersonales y, luego, a través de la reforma a la Ley de Elecciones en el 2000, que planteó tres aspectos importantes en la formulación de ésta: un piso del 30%, el aumento progresivo de un 5% en cada proceso electoral hasta llegar a la equidad, y el carácter de alternabilidad y secuencialidad en la

ubicación de las candidaturas femeninas. En el 2004 rige una cuota del 35% en las candidaturas pluripersonales.

Algunos indicadores prueban un avance de la presencia pública de las mujeres ecuatorianas electas a instancias de poder del Estado. Mientras la proporción de mujeres diputadas llegaba al 6.7% en el año 1990, en el 2002 alcanza el 17%, es decir, casi se ha triplicado. La proporción de puestos de elección popular ocupados por mujeres en las distintas dignidades ha aumentado del 7% en 1990 al 25% en el año 2000.

En el proceso electoral del año 2000, se eligió por la primera vez, las juntas parroquiales, que son órganos de gobierno de las parroquias, espacio territorial más pequeño del país. En esas dignidades fueron electas un 24.5% de mujeres. En el ámbito municipal, fueron electas en ese año un 30% de concejales y en el provincial, un 18% de consejeras. No obstante, la presencia de mujeres en dignidades electas de carácter unipersonal es todavía muy pequeña: en el año 2004: sólo el 2.8% de alcaldes en los gobiernos locales son mujeres y en el nivel provincial no existe ninguna mujer entre 22 prefectos. Existe poca atención en los partidos políticos para la formación de sus cuadros políticos y particularmente de las mujeres y han hecho sucesivos intentos de interpretación y reforma de la ley electoral para eliminar o reducir la cuota femenina en las candidaturas pluripersonales. Estos intentos han originado demandas constitucionales de las mujeres que han sido favorablemente resueltos con apego a los principios de equidad de género.

Las organizaciones sociales de mujeres, en cambio, han tomado mucho interés en promover procesos de capacitación de mujeres líderes para el empoderamiento público tanto en los espacios de la política formal nacional y local, como en los espacios de decisión comunitaria.

Por otra parte, se han creado instancias estatales especializadas en la defensa de los derechos de las mujeres, como son: el Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU), en 1997, adscrito a la Presidencia de la República, con un rango e importancia mayor al que tenía la anterior Dirección Nacional de las Mujeres que formaba parte del Ministerio de Bienestar Social la Comisión Parlamentaria de la mujer, el niño, la juventud y la familia en 1998, con un carácter permanente similar al de las demás comisiones parlamentarias, a diferencia del carácter de comisión especial que tenía antes; un departamento especializado dentro de la Defensoría del Pueblo, en 1998 y comisiones de la mujer en algunos municipios.

Junto con estas instancias se han aprobado instrumentos de acción para atender las necesidades de las mujeres, como el Plan de Igualdad de Oportunidades del CONAMU (1996-2000) u el plan de Igualdad de Oportunidades del CONAMU con carácter descentralizado y participativo (2003-2007)- cuyo proceso de formulación está en marcha -. Así como Planes de Igualdad de Oportunidades en algunos municipios del país.

Acceso de las mujeres al empleo en condiciones equitativas

Un 41.4% de mujeres constituían la población económicamente activa ocupada en 1999 frente a un 39.4% que la conformaba en 1995. El desempleo urbano ha crecido entre 1990 y el año 2000 para trabajadoras y trabajadoras, siendo mayor en el caso de las mujeres, pues se pasó de 9.1% a 13.1% entre las mujeres y de 4.3% a 6.2% entre los hombres. Entre la población joven de 18 a 24 años, la situación de desempleo es más visible; ha pasado del 12% en 1990 al 15% en el 2000, entre los hombres y del 19% al 21% entre las mujeres.

El aumento de participación laboral de las mujeres no se ha realizado en condiciones favorables. En el ámbito del trabajo formal, existen las prácticas discriminatorias que las medidas del Programa de Acción recomienda eliminar y no se brindan facilidades para combinar las funciones familiares y laborales, pese a que se hallan reconocidos constitucionalmente los derechos reproductivos en el ámbito laboral. Lamentablemente, estos hechos se conocen de manera directa pero no existe la debida documentación que permita evidenciar la situación. Así mismo, las categorías ocupacionales en que se ubican las mujeres así como el tipo de inserción en el mercado informal, determina que el nivel de ingresos por trabajo remunerado de las mujeres sea sensiblemente menor al que perciben los hombres:

apenas el 64.7% en el año 2002, frente al 66.8% en 1994, a nivel urbano, y esta diferencia en vez de irse acortando, ha aumentado.

SALUD, MORBILIDAD, MORTALIDAD, DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SALUD REPRODUCTIVA

Mejoramiento de las condiciones generales de salud de la población

Pese a que el gasto público en salud casi no ha variado entre 1991 y 2000, puesto que representó el 0.9% y el 1% del PIB respectivamente en esos dos años, se ha experimentado en Ecuador una mejoría notable en los índices de mortalidad infantil y mortalidad materna en la década 1994-2004, así como una mejoría algo más modesta en la esperanza de vida de la población.

Los avances más significativos son el reconocimiento constitucional de los derechos sexuales y reproductivos y de la prioridad de la salud y la aprobación de varias leyes, comenzando por la del Sistema Nacional de Salud y su reglamento, que crea un marco adecuado para la modernización y gestión más eficiente del sector y otras leyes específicas en ese tema de salud.

Tomando el periodo 1985-90, la esperanza de vida al nacer de los hombres en el Ecuador era de 63 años y la de las mujeres de 67. En el periodo 1990-95 ese indicador mejoró, situándose en 67 años para los hombres y 72 para las mujeres.

La tasa de mortalidad de menores de 1 año, bajó de 30.3 por cada 1.000 nacidos vivos en el año 1990 a 17.6 en el año 2000. La de menores de 5 años, bajó de 40.7 en 1991 a 27.5 en 1999, tasas que le ubican al Ecuador por encima de las metas propuestas en el Programa de Acción de El Cairo.

La tasa de mortalidad materna, adolece de dificultades de medición, especialmente en las áreas rurales. De la información disponible se desprende que ha tenido una evolución positiva, desde 117.2 muertes por 100.000 nacidos vivos en 1990 a 74,3 en el año 2000, encontrándose el Ecuador entre los países de nivel intermedio. Si bien lo deseable según el Programa de Acción de El Cairo era una reducción de la mortalidad materna a la mitad de los niveles de 1990 en el 2000, la obtenida en Ecuador alcanza una significativa reducción del 37%. Se registró un aumento del porcentaje de nacimientos atendidos por personal sanitario calificado, que pasó de 58.3% a 1995 a 72.3% en 1999.

En la población joven, de 14 a 29 años, se observa que las muertes de mujeres están asociadas a riesgos reproductivos mientras las de los jóvenes hombres lo están con hechos violentos. Asimismo, la primera causa de ingreso hospitalario en la población femenina de 10 a 19 años se relaciona con problemas de embarazo, parto y puerperio.

La tasa global de fecundidad bajó de 3.6 en 1994 a 3.3 hijos por mujer en 1999 y ha sido proyectada por el INEC para el quinquenio 2000-2005 en 2.82. Estos cambios en la fecundidad están relacionados con el aumento de escolaridad, la mayor inserción de las mujeres en el mercado laboral y mayor acceso a programas de planificación familiar. No obstante se ha incrementado el embarazo adolescente, pues en 1995, 52.3 de cada 1000 nacidos vivos correspondían a hijos de madres de entre 15 y 19 años, mientras en 1999, eran 58.

Reconocimiento de los derechos y la salud sexual y reproductiva

Según el Programa de Acción de la CIPD, la salud sexual tiene como objetivo el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

Al igual que en otros temas, en el de salud y derechos sexuales y reproductivos se han hecho avances en la legitimación de ciertos principios marco incluyéndolos en la nueva Constitución de 1998 y en algunas leyes específicas expedidas en el curso de esta década, que han dado pie para la implementación de algunas políticas y programas: la ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (1998), la ley para la Prevención y Asistencia Integral del VIH/SIDA (2000), la ley del Sistema Nacional de Salud (2002); las leyes de Amparo al Paciente y Defensa del Consumidor, que son marcos normativos para la exigencia de derechos en los servicios de salud.

El impulso dado por las organizaciones de la sociedad civil dedicadas a la planificación familiar y al trabajo en salud y derechos sexuales y reproductivos, junto con los esfuerzos de entidades como el CONAMU y el MSP han sido decisivos para los avances normativos que han redundado en inmediatos beneficios en los servicios de salud. No obstante, los programas de salud reproductiva son dirigidos prioritariamente a las mujeres, por lo que se fomenta poco la corresponsabilidad masculina y, por otra parte, muchos de los programas existentes son homogeneizantes y no dan cuenta de la diversidad cultural presente en el Ecuador.

Los contextos culturales generales, no favorecen el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente por la influencia de creencias religiosas que limitan su abordaje público amplio, desde una perspectiva científica y laica. Existe aún una amplia desinformación de la población, que es un caldo de cultivo apropiado para la supervivencia de prejuicios en relación con este tema.

Maternidad sin riesgo y el acceso a los servicios de salud reproductiva

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, fue aprobada en 1998 y es de aplicación obligatoria en el sistema público de salud e incluye las siguientes prestaciones: control prenatal, parto, cesárea, emergencias obstétricas, detección oportuna del cáncer ginecológico, planificación familiar, atención a los recién nacidos/as normales y con patologías, transfusiones sanguíneas y paquetes globulares, atención de enfermedades de transmisión sexual (excepto SIDA), atención a niños/as menores de cinco años en las enfermedades prevalentes de la infancia.

Desde la vigencia de esta ley, cuyo financiamiento se garantiza con recursos del Fondo de Solidaridad, existe un incremento de 200.000 mujeres atendidas entre 1999 y 2001 y un incremento de 310.000 niños y niñas en el mismo periodo de aplicación de la Ley. El número de prestaciones aumentó de 9 a 33 entre 1999 y 2000. No obstante: falta mayor difusión de la ley tanto a los prestadores de salud como a la población para exigir su aplicación, que no es generalizada en los centros de atención públicos. La gratuidad estipulada en la ley para las distintas prestaciones que se incluyen, no siempre se cumple en el sistema público de salud, cuyas unidades de atención, especialmente las de atención secundaria y terciaria, siempre tienen carencias que deben ser solventadas por las y los pacientes.

Desde el Ministerio de Salud y otras instancias gubernamentales se ha impulsado el Plan de Reducción de la Mortalidad Materna – con énfasis en comunicación y difusión – (1997-98) y el Plan de Maternidad Saludable (1999-2003) para aplicar la Ley de Maternidad Gratuita, que incluye la creación de comités de vigilancia de la muerte materna en las unidades operativas del Ministerio de Salud, la implementación del sistema informático perinatal como uno de los instrumentos de vigilancia y control de la morbilidad y mortalidad materna.

Para el mejoramiento de servicios de salud, el Ministerio de Salud expidió en 1998 el Manual de Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Reproductiva, luego de un proceso de consulta y trabajo conjunto con el Consejo Nacional de las Mujeres y organizaciones no gubernamentales de mujeres. Este Manual se aplica en los establecimientos públicos de salud y se lo enseña en el currículo de los centros formadores de recursos humanos en salud. También se ha promovido la capacitación de prestadores y usuarios/as.

En proyectos específicos del Ministerio de Salud, financiados con apoyo internacional, como FASBASE (1992-2000) y MODERSA (1998-2003) se han incorporado componentes de mejoramiento de la calidad de los servicios, incluyendo salud reproductiva. No obstante,

prevalecen algunas prácticas discriminatorias contra las mujeres en los servicios de salud, como exigir la autorización del esposo para la realización de ligaduras.

Existen algunas medidas para involucrar a las y los usuarios de los servicios de salud reproductiva. Hay un marco legal que lo favorece, tanto a través de la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor (2000) que establece el derecho a organizarse, reclamar y recibir indemnizaciones por servicios prestados con ineficiencia o mala calidad, como por la Ley de amparo al Paciente y la Ley de Maternidad gratuita y atención a la infancia, que prevé la creación de comités de usuarias para fomentar la corresponsabilidad ciudadana en la promoción de la salud y para vigilar la aplicación de la Ley. En este marco se han conformado Comités de Usuarias de la Ley de Maternidad Gratuita en 67 Cantones.

También existe el decreto ejecutivo 502 y su reglamento (1999) que faculta la implementación de los sistemas descentralizados de salud, estableciendo instancias y mecanismos para la participación y control social en la gestión de los servicios de salud. Lamentablemente, no se ha avanzado mayormente en la implementación práctica de la reforma del sector salud en el Ecuador y menos en reconocer como prioritarias las necesidades reproductoras de las mujeres y los hombres y de las y los adolescentes en el sistema de salud.

Acceso a la planificación familiar en el marco de la salud reproductiva

La prevalencia del uso de anticonceptivos modernos entre mujeres de 15 a 49 años que tienen pareja, se ha incrementado de 52.9% en el año 1989 a 66.3% en el año 2000. Esta mejoría se ha dado, pese a que la disponibilidad y accesibilidad de métodos anticonceptivos en el sector público se limita a pocos métodos, por razones económicas, incluyendo la anticoncepción de emergencia pero sin una adecuada difusión. En los sectores rurales casi no se conoce la anticoncepción de emergencia.

Existen algunas organizaciones no gubernamentales de amplia trayectoria en el trabajo relacionado con salud sexual y reproductiva, y específicamente con planificación familiar que desarrollan programas y servicios, ofreciendo una gama de métodos anticonceptivos incluida la anticoncepción de emergencia. Promueven también la anticoncepción de emergencia. Promueven también la anticoncepción masculina, aunque en este último aspecto hace falta un despliegue mayor. Los preservativos femeninos son poco conocidos y usados. Por otra parte, algunos municipios, Fuerzas Armadas y entidades privadas hacen también sus esfuerzos particulares para el mejoramiento de la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva y planificación familiar.

Las ONG's que tienen servicios de planificación familiar, implementan consultas de opinión de las y los usuarios, mediante encuestas y otros mecanismos. Las limitaciones para fomentar la activa participación de la gente provienen de los pocos recursos disponibles y de la discontinuidad en planes y proyectos por la poca decisión política. También se ha encontrado dificultad en conseguir la participación de los/as interesados/as. Para enfrentar este tipo de limitaciones se ha impulsado la autogestión – cobro por servicios- y se ha dado impulso a programas de información, educación y comunicación más que transformación de coberturas y calidad de servicios.

Para asegurar el abastecimiento adecuado de suministros en el área de salud reproductiva, se creó un comité de logística, con el importante apoyo del UNFPA y USAID, pero quedó trunco al suprimirse el financiamiento de esta última institución.

Prevención y tratamiento del aborto

En el Ecuador el aborto es permitido en dos casos: cuando peligra la vida de la madre o en caso de violación a una mujer idiota o demente. Su penalización crea un contexto poco favorable para enfrentar el problema del aborto como un tema de salud pública. En el sistema público de salud está recientemente aprobada la ejecución del procedimiento AMEU (Aspiración Manual Endouterina) como tratamiento del aborto incompleto. Esta técnica, con 98% de efectividad, se considera más efectiva, rápida, con menor pérdida de sangre y menos dolorosa que el legrado uterino instrumental. La normatización técnica de la aspiración manual

endouterina ha sido incorporada como adendum al capítulo de aborto de las Normas y procedimientos para la atención de la salud reproductiva y se considera parte del modelo de atención post aborto (APA) que incluye entre otros elementos, el de orientación y servicios de salud de anticoncepción postaborto. Algunos ONGs trabajan también en programas orientados especialmente a consejería preventiva y post aborto.

Salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes

En cuanto a la atención específica de la salud y derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes, se creó, con fondos externos, un servicio especial para la madre adolescente en la Maternidad de Quito, y en el marco del proyecto Modersa también funciona un programa similar en el Hospital del Sur de esta misma ciudad. El Manual de Normas y Procedimientos para la atención de la salud reproductiva contempla un capítulo sobre la salud de las y los adolescentes y las unidades públicas de salud atienden a ser jóvenes en salud reproductiva como parte de los servicios generales de salud; existen también algunas iniciativas municipales y de ONGs para ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva a adolescentes.

En Cuenca se está desarrollando un postrado de “Adolescencia y Derechos Sexuales y Reproductivos” para generar nuevas actitudes y aptitudes de los prestadores de salud frente al tema.

Existe, no obstante, temor en los adultos respecto de la iniciación temprana y generalizada de la actividad sexual y no existe en la población adulta una conciencia del derecho a decidir de los/as adolescentes.

Desde el punto de vista de la educación sexual para adolescentes, se aprobó en 1998 la Ley de Educación de la sexualidad y el amor, que ha tenido exigua aplicación. Algunas ONG's han realizado campañas de sensibilización a maestros en el tema de la educación sexual, pero, en general, se trata de un proceso inicial todavía no suficientemente generalizado en el país y sobre el cual no existe sistematización de la experiencia. Hay falta de continuidad y poco respaldo técnico y económico, pues se depende casi exclusivamente del financiamiento internacional.

Una especial mención merece la expedición del reglamento especial de procedimientos y mecanismos para el conocimiento y tratamiento de los delitos sexuales en el sistema educativo, que establece incluso sanción de suspensión de los docentes que incurran en estos delitos.

En cuanto a la información sobre salud reproductiva para adolescentes, se creó el Centro de Aprendizaje de Tecnologías Aplicadas en Salud (CAATS)- proyecto conjunto entre ONGs y Ministerio de Salud- y existen iniciativas locales interesantes especialmente desde organizaciones juveniles de la sociedad civil que impulsan estrategias específicas para capacitación de jóvenes, como es la “enseñanza por pares”, o para promoción de información y exigibilidad a través de la Red de Derechos Sexuales y Reproductivos de adolescentes y jóvenes, con presencia en algunas ciudades del país. En muchos lugares existe dificultad para la provisión de información porque se piensa que se genera el libertinaje sexual de los jóvenes; son esfuerzos todavía aislados y no han comprometido aún al Estado.

La recomendación de incluir a las y los jóvenes en las decisiones sobre las políticas y programas para su beneficio, se ha cumplido parcialmente. Han existido iniciativas de la Dirección Nacional de la Juventud del Ministerio de Bienestar Social que impulsó en el año 2000 una consulta nacional a los/as jóvenes, de la que se extrajo propuestas para realizar su planificación. No obstante, no se puede hablar de participación regular y, cuando ésta se produce, es en la fase de consultas para la planificación; para el seguimiento de la aplicabilidad de los planes, prácticamente no son convocados/as. Más bien, las propias organizaciones juveniles han promovido la negociación de sus agendas con sectores del Estado nacional y local, desde su iniciativa.

Prevención y atención del VIH/SIDA

En el Ecuador, la prevalencia del VIH SIDA ha aumentado del 0.4 en 1990 a 4.75 infectados por cada 100.000 habitantes, en el 2000. A nivel mundial, la mitad de las personas infectadas con SIDA tienen entre 15 y 24 años de edad. En Ecuador no existe información confiable sobre este tema, pero se conoce, por ejemplo, que el 57% de población de 10 años y más tienen ideas erradas sobre el SIDA, el 35% tienen ideas erradas sobre la forma de transmisión y 31% no conoce cómo evitar el contagio.

POBLACIÓN, DESARROLLO, EDUCACION INVESTIGACIÓN Y TECNOLOGÍA

Acceso y calidad de la educación

Los indicadores generales sobre educación en la década de 1994-2004 muestran un avance muy lento y en algunos aspectos un retroceso: el gasto público en educación ha bajado del 3.8% del PIB en 1992 al 2.4% en el 2002; y como porcentaje del presupuesto del Estado ha bajado del 13.4% en 1995 al 8.1% en el 2000 y al 13.2% en el 2001, sin que se cumpla el postulado constitucional de destinar el 30% del presupuesto del estado a la educación.

A juzgar por las estadísticas, el progreso en educación ha sido menos importante que en los indicadores de salud, en la década de 1990 a 2001, evidenciándose una abierta desventaja de las zonas rurales. LA tasa neta de matrícula en educación básica aumentó de 79.48% en 1993 a 89.52% en el año 2000. Mientras la educación básica llega al 98.47% en las ciudades, en el año 2000, en el campo alcanza al 77%, pese a que el aumento mayor respecto a 1990 se dio en el área rural (12.53 frente a 5.85).

La escolaridad promedio ha variado apenas de 6.7 años en 1990 a 7.1 años en 2000. En el campo no llega a los 7 años básicos y es menor la escolaridad de las mujeres (7.7 años) en relación con los hombres (8.1 años) en el 2000.

La tasa de asistencia en secundaria se ubicaba en 43.3% en 1990 y ha bajado a 40.8% en 2001 siendo levemente mayor el descenso de la asistencia de niñas. No obstante, igual que en la asistencia a escuela primaria, también en secundaria asiste un pequeño porcentaje más de mujeres que de varones.

Alrededor de 800 mil niños/as y jóvenes estaban al margen del sistema educativo en el año escolar 2001-2002, por la mala situación económica de las familias. En el área rural, sólo el 32% de jóvenes se hallaban matriculados, mientras el 67% lo estaban en el área urbana; en 1999, sólo el 21% de los jóvenes indígenas de 12 a 17 años asistió al colegio. El acceso temprano al mercado laboral es una de las principales causas para el abandono de la educación por parte de los jóvenes; actualmente, cerca de un millón de jóvenes entre 10 y 17 años trabajan, de los cuales 12% trabajan y no estudian, mientras el 28% combina el trabajo y el estudio.

El porcentaje de población de más de 24 años que alguna vez estuvo en la Universidad, pasó de 3% en 1960 al 12% en 1980 y llegó al 14% en 2001, pero apenas el 8% tiene certificado de egreso de la universidad y sólo el 6% posee título universitario.

El acceso a la educación depende de las condiciones generales de la economía por lo que el peso de la crisis económica nacional se ha hecho sentir. Desde abril del 2001, el Ministerio de Bienestar Social empezó a implementar una beca escolar directa para los niños /as de las familias más pobres, especialmente del área rural que es la más desfavorecida, previéndose llegar en el 2004 a 600.000 niños. Hasta el año 2000, fueron 110 mil niños y niñas los beneficiados. Este programa transfiere \$6 dólares mensuales a las madres de los niños y niñas en situación de pobreza, hasta el décimo de básica a través del sistema financiero alternativo de cooperativas de ahorro y crédito y su cobro tiene como requisito la presentación del registro de asistencia escolar de los infantes.

El Ministerio de Educación ha realizado esfuerzos especialmente en el mejoramiento de la calidad de la educación, pero los resultados siguen siendo pobres. Según datos tomados de estudiantes del tercer año de básica a nivel país, el rendimiento en castellano es de 8.24 sobre

20 y en matemáticas es de 7.2%; en séptimo grado, el rendimiento en castellano es de 9.31 y en matemáticas de 4.86 y en décimo grado, de 11.37 y 5.35, respectivamente.

El Consejo Nacional de las Mujeres ha desarrollado el proyecto de alfabetización y capacitación para el mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres campesinas (PROCALMUC). Las estadísticas sobre alfabetización muestran una mejoría: en 1990 la tasa de alfabetización es de 1.83%, el de las mujeres es de 3.51%. No obstante, siguen habiendo más mujeres que hombres analfabetos.

Se considera un esfuerzo importante el programa de educación intercultural bilingüe para asegurar educación con identidad a la población indígena. En cambio, la población infantil discapacitada está casi totalmente desprotegida en su derecho a la educación especial.

Se han hecho esfuerzos también para abordar las disparidades de género en la educación. Hay un pequeño porcentaje más de niñas y adolescentes mujeres en la educación básica y secundaria y la reducción de la matrícula escolar secundaria que afectó a ambos sexos, fue un tanto menor en el caso de las jóvenes. Un número importante de establecimientos educativos se van transformando hacia la coeducación, lo cual es una tendencia en ascenso.

El Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU) ha jugado un rol significativo en introducir los enfoques de género en las políticas del Ministerio de Educación a través de varios mecanismos, esfuerzo que requiere de continuidad y de respaldo político. El CONAMU ha impulsado programas para incluir el enfoque de género como eje transversal del currículo, para incluir la temática de la equidad de género en la capacitación de los docentes, ha realizado estudios para evitar contenidos sexistas en los textos escolares: ha impulsado estudios sobre el acoso sexual en el sistema educativo y ha logrado el cambio de la normativa interna del Ministerio de Educación para sancionar los delitos sexuales: las organizaciones de mujeres han impulsado campañas para prevenir y erradicar el acoso sexual en algunos establecimientos educativos. Se ha logrado el respeto al derecho a la educación de adolescentes embarazadas en casos que se han hecho públicos.

Las limitaciones principales en el ámbito educativo junto a la baja calidad de la educación, es la debilidad institucional del Ministerio de Educación, la injerencia partidista en el gremio de educadores y sobre todo, el presupuesto insuficiente que impide el desarrollo profesional docente, la infraestructura y equipamiento. La aplicación de las políticas es lenta y aún depende en mucho de las voluntades particulares y algunas propuestas innovadoras se hallan todavía en el nivel de estudios y propuestas y no se han hecho prácticas.

Educación en temas de población

Para impulsar la educación sexual para adolescentes, se aprobó en 1998 la Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor y se diseñó, concomitantemente, el Plan de Educación para la Sexualidad y el Amor del Ministerio de Educación y Cultura (PLANESA). En diciembre del 2003, el MEC mediante acuerdo Ministerial elevó a nivel de Programa la Educación de la Sexualidad. Sin embargo, estas medidas no han sido suficientes para incluir la Educación de la Sexualidad en el currículo educativo. Por otra parte, actores juveniles representativos consideran que la Ley es adultocéntrica y moralista y que no se los consultó suficientemente.

En una comparencia del Ministerio de Educación a la Comisión respectiva en el Congreso Nacional se conoció que la mencionada ley no ha sido implementada por parte de este organismo que tan sólo ha realizado limitadas acciones encaminadas a la sensibilización y capacitación; el Ministerio ha elaborado un primer borrador de la propuesta curricular de educación de la sexualidad y el amor, que se empezará a aplicar en los próximos meses.