

Mercedes Prieto, editora

Mujeres ecuatorianas  
Entre las crisis  
y las oportunidades  
1990-2004



© De la presente edición:

**Consejo Nacional de las Mujeres - CONAMU**

Pasaje Donoso N32-33 y Whimper

Quito - Ecuador

Telefax: (593-2) 256-1446 / (593-2) 256-1472

conamu@conamu.gov.ec

www.conamu.gov.ec

**FLACSO, Sede Ecuador**

Calle La Pradera E7-174 y Av. Diego de Almagro

Quito - Ecuador

Tel.: (593-2-) 323-8888

Fax: (593-2) 323-7960

www.flacso.org.ec

**Fondo de Desarrollo de  
las Naciones Unidas para la Mujer**

**UNIFEM - Región Andina**

Av. Amazonas 2889 y La Granja

Quito - Ecuador

Tel.: (593-2-) 246-0332

Fax: (593-2) 246-0328

www.unifemandina.org

**Fondo de Población de las Naciones Unidas**

**UNFPA - Ecuador**

Av. Amazonas 2889 y La Granja

Edificio Naciones Unidas, piso 7

Quito - Ecuador

Tel.: (593-2-) 246-0209 / 0210

www.ecuador.unfpa.org

**ISBN:**

Cuidado de la edición: María Pessina

Diseño de portada e interiores: Antonio Mena

Imprenta: RISPGRAP

Quito, Ecuador, 2005

1ª. edición: octubre, 2005

CONAMU, FLACSO, Sede Ecuador, UNIFEM y UNFPA no comparten necesariamente las opiniones vertidas por los autores ni éstas comprometen a las instituciones a las que prestan sus servicios. Se autoriza a citar o reproducir el contenido de esta publicación siempre y cuando se mencione la fuente y se remita un ejemplar a los editores.

# Índice

Presentación .....	7
Agradecimientos .....	9
Introducción .....	11
TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS	
<b>Mujeres y población</b> .....	25
<i>Pilar Egüez Guevara</i>	
<b>Las mujeres en los procesos migratorios</b> .....	91
<i>María Cristina Carrillo E.</i>	
POLÍTICA Y CIUDADANÍA	
<b>Participación política y ciudadanía de las mujeres</b> .....	113
<i>María Fernanda Cañete</i>	
<b>Las mujeres indígenas y la búsqueda del respeto</b> .....	147
<i>Mercedes Prieto, Clorinda Cuminao, Alejandra Flores, Gina Maldonado y Andrea Pequeño</i>	

---

LOS DERECHOS SOCIALES

**La salud de las mujeres** ..... 189

*Mauricio León*

**Mujeres y educación** ..... 219

*Juan Ponce y Silvia Martínez*

**Mujeres, trabajo y pobreza** ..... 241

*Alison Vásquez*

LAS NUEVAS GENERACIONES

**Las niñas y adolescentes** ..... 309

*Margarita Velasco Abad*

## **Las nuevas generaciones**

# Las niñas y adolescentes

Margarita Velasco Abad<sup>1</sup>

## Introducción

En septiembre de 2005 se cumplen 10 años de la IV Conferencia Mundial de la Mujer celebrada en Beijing en la que se promulgó una declaración y una plataforma de acción para orientar el trabajo a favor de los derechos de las mujeres al tiempo que destacó la situación de desventaja de las niñas. La niña<sup>2</sup> aparece por primera vez como un sujeto visible dentro de esta plataforma de acción. Años antes, la Convención sobre los Derechos del Niño había colocado un marco conceptual para llamar la atención sobre la situación de la niñez en el mundo, y entre sus desafíos, se había propuesto la eliminación de todo tipo de discriminación, incluida la de género. Estos documentos asumen que los niños y las niñas, al igual que las mujeres, los homosexuales y los pueblos indígenas y afro, pertenecen a sectores excluidos de la sociedad, perspectiva que da cuenta de un movimiento mundial por los derechos de los marginados, los llamados derechos de cuarta generación. Consideran, además, que las niñas y adolescentes padecen una doble exclusión: por su edad y su género. Ellas, junto a los más pobres, tienen mucho que perder porque es muy poco a lo que pueden acceder. Si por un lado, se dan ciertas mejorías en el acceso a servicios sociales como educación y salud, por otro lado, los cambios culturales esperados para modificar las relaciones de género, parecen ir con pies de plomo. Si bien hoy día existe un marco le-

---

1 Directora Ejecutiva de la Fundación Observatorio Social del Ecuador y Secretaria Técnica del Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia. Agradecemos la colaboración de Soledad Alvarez V. como asistente de investigación.

2 En este artículo se ha adoptado la definición de niña propuesta por el Código de la Niñez y Adolescencia ecuatoriano en vigencia desde enero del 2003. El art. 4 define como niño o niña a “ toda persona que no ha cumplido los doce años de edad y considera adolescente a la persona de ambos sexos entre doce y dieciocho años de edad” (Código de la Niñez y Adolescencia, 2003: 15).

gal que ha modificado la visión de las niñas y las mujeres como sujetos de derechos, esta óptica no ha sido incorporada aún en el diseño de las políticas públicas. Pese a la llamada de atención sobre las condiciones de desventaja de las niñas, sus problemas son prácticamente invisibles en las teorías, en el diseño de las líneas de actuación, en las medidas adoptadas para el desarrollo y en los sistemas de información (UNICEF, 2003). Además, en la familia, en la escuela y en los servicios de salud persisten visiones que perpetúan roles tradicionales para la mujer, y que invisibilizan a las niñas y sus particularidades.

En el marco de las aperturas ofrecidas por estos documentos y por los compromisos adquiridos por el país, en este capítulo se examina cómo las políticas de salud y de educación dirigidas a los niños y niñas han provocado, en los últimos 10 años, mejorías en algunos indicadores sociales. Sin embargo, también se comprueba cómo a la hora de formular políticas de salud dirigidas a los niños, no se consideran las diferencias de género que existen en las causas de enfermedad y muerte entre niños y niñas y entre adolescentes y mujeres adultas. En el caso de la educación, se revela que si bien se ha logrado eliminar las brechas en el acceso educativo entre niños y niñas, la convivencia escolar, la percepción que madres, padres y profesores tienen sobre el rol de las mujeres, continúa perpetuando la exclusión de género. En este sentido, este ensayo identifica dónde y cómo se dan las exclusiones, cuánto se modificó en los últimos 10 años y cuáles son los ámbitos donde persisten exclusiones que aún no han podido ser transformadas. De esta manera, argumentamos que es tan necesario mejorar el acceso a los servicios como la cultura de exclusión que viven las niñas y adolescentes. Si estos factores no son transformados, la eliminación de la discriminación de género y el avance hacia la equidad, desafíos planteados en la Convención de Beijing, no se alcanzarán.

Hemos partido de una concepción de salud como un proceso integral y no solo como la ausencia de enfermedad. Es decir, como la posibilidad que tienen tanto las mujeres como los hombres de vivir con altos grados de bienestar, como resultado de un acceso equitativo a una vida de calidad, en su familia, en sus lugares de trabajo y sobre todo en la convivencia y participación comunitaria. Esta visión integral supera la noción de salud como sinónimo de satisfactor de necesidades básicas de sobrevivencia y adopta una nueva perspectiva que apunta al cumplimiento de derechos en el ámbito de la salud. Este cambio de perspectiva, implica una mirada holística de los procesos de salud, ligados a la vida antes que a la muerte. Este concepto mayor denominado promoción de la salud integra la movilización social, la participación de los y las ciudadanas en los procesos sanitarios y tiene como herramienta fundamental la educación a la población en prácticas sanitarias adecuadas dirigidas al buen vivir. En cuanto a la educación, la perspectiva a la que se apela es aquella que supera el espacio circunscrito a la es-

colaridad de la población, y dentro de ella las diferencias entre niños y niñas. El concepto de educación que orienta el artículo es el de la transformación de percepciones y conductas de la sociedad frente al tema de las niñas para lograr un nuevo abordaje y por tanto, nuevos comportamientos en miras a construir prácticas societales democráticas, tolerantes e incluyentes.

### Las niñas en la investigación social y en la información

Los sistemas de información recogen datos de niños sin establecer diferencias de género, fomentado la invisibilidad sobre la situación específica de las niñas en el país. Para la elaboración de este artículo, la Fundación Observatorio Social del Ecuador, instancia especializada en temas de niñez y adolescencia, apoyó en el cálculo de los datos requeridos para comprobar las diferencias entre niños y niñas existentes en la gran mayoría de indicadores sociales utilizados en este artículo<sup>3</sup>. Asimismo, una revisión bibliográfica sobre el tema, demostró la existencia de limitados estudios dirigidos a las niñas. Si bien es perceptible que desde 1997 la producción de trabajos sobre la situación de los niños y las niñas frente a los compromisos del país con la Cumbre Mundial de la Infancia de 1990, se incrementaron, en muchos casos no se encontraron alertas que diferenciaron lo sucedido entre hombres y mujeres menores de 18 años. Estos análisis se basaban en medidas cuantitativas del acceso a servicios sociales: salud, educación y protección social (ver por ejemplo, Echenique y Velasco, 1996; IINFA, SEDH-SIISE, 1999; INEC, SIISE, NUESTROS NIÑOS, INNFA, CEPAR, 2001; MBS, Secretaría Técnica del Frente Social, SIISE, 2002). En cuanto a los informes sobre el cumplimiento de los compromisos de Beijing (CONAMU, 2000, 2001 y 2004), solo se hacen referencias al acceso a la educación de las niñas y la situación general del embarazo en adolescentes. Al igual que en este artículo, se resalta en estos informes, la ausencia de estadísticas que permitan analizar diferencias entre niños y niñas.

Entre los poquísimos artículos específicos sobre las niñas destacan el análisis del marco legal que garantiza su no discriminación (Rosero y Valdivieso, 2003) y la descripción de actitudes, comportamientos y prácticas culturales que permiten acercarse al mundo del aula y de las familias y analizar lo que sucede

---

3 El procesamiento de la información tomó como base diversos instrumentos de medición aplicados por INEC tales como el Censo de Población y Vivienda de 2001, las encuestas EMEDINHO de 2000 y ENEMDU de 2004, el Anuario de Estadísticas Vitales entre 1997 y 2002 y de Egresos Hospitalarios de 2002. También se utiliza la información proveniente de la Secretaría Técnica del Frente Social, SIISE, versión 3.5, 2003. La información procesada se encuentra en el anexo estadístico de esta publicación.



con las niñas en esos espacios (Poeschel-Renz, 2003; Samaniego, 2003)<sup>4</sup>. Así, se puede concluir que si bien la recolección de la información sufrió un cambio importante desde el año 2000 al incluir por primera vez el tema de la niñez en las grandes encuestas nacionales dirigidas por el INEC (módulos del Sistema de Encuesta Permanentes de Hogares de 2000, 2001, 2003, 2004) o por CEPAR (ENDEMAIN, 1999), estos avances, desde el punto de vista de la investigación específica de la situación de las niñas, solo fueron posible utilizarlos cuando se pudo procesar específicamente los datos para buscar situaciones diferenciadas de lo que acontece con las niñas, sin que éste haya sido el objetivo de las encuestas en mención (con excepción de la ENDEMAIN que solo suministra datos de adolescentes en el trecho de edad de 15 a 18 años).

La revisión bibliográfica realizada nos permite concluir por tanto, que si bien se han producido en los últimos 10 años varios documentos de análisis sobre la situación de la niñez, las niñas solo aparecen puntualmente como parte de esta temática. Es en el tema educativo donde sí se encontró alertas sobre el cierre de las brechas entre hombres y mujeres en el acceso a servicios de educación. Por el contrario, en el caso de la salud, no se identificó a las niñas y su problemática. Se constató un vacío en el análisis de los comportamientos de la sociedad, la familia, la escuela y los servicios de salud frente a las niñas en la investigación social a nivel nacional.

## Políticas públicas desde el enfoque de derechos

Beijing significa para el movimiento feminista un cambio fundamental en su quehacer puesto que la perspectiva de la relación feminismo-estado es modificada hacia la de políticas públicas de género (Herrera, 2001: 81). Esta óptica, implicó a juicio de esta autora, volverse un movimiento ciudadano que busca incidir en el estado, colocar sus demandas en él y exigir -a través de la veeduría y del control social- el cumplimiento de sus derechos. La nueva relación entre la perspectiva feminista y lo público-político tiene que ver con un fortalecimiento del “discurso sobre derechos” (en lugar de reafirmar las vulnerabilidades de las mujeres) y con una ciudadanía entendida más allá de su discurso político electoral como práctica de los derechos existentes (Herrera, 2001: 35). A decir de Gioconda Herrera: “se trata de pasar de una visión de las mujeres como sujetos de atención a una mirada integral donde las políticas, en cualquier área persiguen corregir inequidades de género” (2001: 82). Sin embargo, se constata una brecha en-

---

4 En una revisión de tesis de grado de algunas universidades como FLACSO, Andina, USFQ, PUCE, tampoco se pudo encontrar trabajos específicos sobre la temática de las niñas.

tre el discurso y la práctica, ya que la construcción de políticas de género se encuentra con resistencias y prácticas culturales discriminatorias. A continuación indagamos algunas implicaciones concretas de estas afirmaciones.

En primer lugar, el concepto de derechos como eje en la formulación de la política pública, supera la perspectiva de necesidades. El núcleo de la reflexión se modifica, puesto que la necesidad se la satisface a un ente pasivo. Está implícita, por tanto, una relación de poder entre alguien que tiene la potestad de escoger lo que le dará al otro, quien se constituye en un mero ente receptor. El derecho, por el contrario, es una relación de iguales, donde el uno garantiza y cumple lo acordado, y el otro es un sujeto que demanda. Siendo así, la formulación de la política pública desde la entrada de los derechos, en el caso de las niñas, se fundamenta en una doble vertiente: sus derechos como sujeto menor de 18 años y sus derechos como mujer. La formulación de la política pública desde el enfoque de derechos es un proceso reciente en el Ecuador y recorre al movimiento de la niñez de los últimos 15 años. Efectivamente, la Convención de los Derechos de los Niños, firmada por 186 países en 1989, dio inicio a una década –1990 a 2000— de planes y programas encaminados a visibilizar a los niños y las niñas como sujetos de derechos, dentro del ámbito de las políticas públicas.

En el Ecuador, la lucha del movimiento a favor de la niñez logró hasta el año 2003, tres conquistas fundamentales: el compromiso del Estado ecuatoriano con la Convención de los Derechos del Niño; la inclusión en la Constitución de 1998 de los principios fundamentales de la Convención y la promulgación, en junio de 2003, del Código de la Niñez y Adolescencia. La Conferencia de Beijing y los compromisos del país, con ella, complementa el marco legal fundamental para el ejercicio de los derechos de las niñas en el Ecuador<sup>5</sup>. Estas coincidencias legales que tenderían a favorecer el diseño y ejecución de políticas con enfoque de género dirigidas a las niñas permite al CONAMU afirmar que: “el movimiento de las mujeres así como el movimiento a favor de los derechos de la niñez y adolescencia se convierten en un eje común de planteamientos de derechos y solución de problemas (para las niñas). El CONAMU reconoce que no ha logrado incorporar el enfoque de ciclo de vida en la formulación de las propuestas encaminadas a eliminar la discriminación de género y a garantizar el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres” (CONAMU, 2004: 30).

El avance logrado se circunscribe a la consecución de las leyes que abonan un camino propicio para llevar a la práctica lo que significan políticas sociales con enfoque de derechos. Sin embargo, del enunciado a la vida diaria; de la ley a la formulación de la política, o del enunciado de la política a los programas

---

5 El anexo 1 resume los principales compromisos del Estado y la sociedad con las niñas ecuatorianas a partir de las leyes y los acuerdos internacionales.

concretos y al financiamiento de las acciones que lleven a convertir a las niñas en sujetos de derechos, se presenta un camino largo y complejo. Implica desde una reingeniería del aparato público, pasando por una nueva lógica de planificación de las políticas públicas, y por tanto por un enfoque también de derechos en el diagnóstico de la situación de las niñas y las mujeres, que permita identificar metas a lograr con ese enfoque. Y esto sin mencionar el mayor desafío: el empoderamiento de los propios sujetos como ciudadanos, el cual, sin duda, implica un cambio en las prácticas culturales del país.

### **La Convención de los Derechos del Niño y Beijing**

La Convención fue la declaración de la ciudadanía social de los niños (y las niñas). En esta Carta se reconoce el interés superior de los estados miembros de las Naciones Unidas por los niños y la definición de su condición -lo hemos afirmado antes- como sujetos de derechos. Desde el punto de vista operacional, la Convención se plasmó desde 1990 en un Plan de Acción a favor de la infancia, que determinó 27 metas a ser cumplidas hasta el año 2000. De estas 27 metas, el 75% de ellas, se refirieron a temas de salud y educación y un 25% a transformaciones en los comportamientos de la sociedad para eliminar formas de discriminación contra los niños y las niñas. En el caso del Ecuador, nuestro país logró, entre 1990 y 2001, cumplir 13 de las 27 metas con las que se comprometió; a saber:

- Disminución de la mortalidad infantil (de menores de 1 año) y de la niñez (de menores de 5 años).
- Disminución del número de muertes por infecciones respiratorias agudas y sarampión.
- Erradicación de la poliomielitis, yodización de la sal, inmunización con vacuna antituberculosa, BCG, a todos los niños y las niñas y vacunación contra el sarampión.
- Fomento de la lactancia materna.
- Reducción de la repetición de primero y segundo grado en un 10%.
- Graduación del 50% de los niños y niñas de la primaria.
- Cambios en la legislación para incluir principios de la Convención.

A partir de la Conferencia de Santiago (1998) centrada en el seguimiento de las metas del Plan de Acción de la Infancia, se incluyó referencias a los planeamien-

tos de Beijing y se puso énfasis en los informes sobre el nivel de cumplimiento del Plan, a las desagregaciones de la información por sexo para destacar la situación de los niños y las niñas. Si bien la Convención, desde su nombre, se refiere al niño, sin especificar a las niñas, los artículos que tratan la exclusión y discriminación, hacen referencia a su situación, dentro de todo un enunciado general. El artículo *Políticas públicas desde el enfoque de derechos*, por ejemplo, señala que: “Los estados partes tomarán todas las medidas apropiadas para garantizar que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación”. En el caso ecuatoriano, el Código de la Niñez promulgado en 2003 integra el enfoque de género y trae referencias específicas al tratar el embarazo adolescente, en el artículo 25 del Código (Rosero y Valdivieso, 2003). Por otro lado, el artículo 6 del Código destaca la igualdad sexual y la no discriminación por su causa, constituyendo esta Ley un avance con respecto a la Convención.

A diferencia de lo observado en la Convención de los Derechos del Niño, la Declaración de Beijing dedicó un párrafo particular al tema de las niñas, enfatizando el desafío de los países signatarios en torno a disminuir su discriminación en cinco aspectos:

- 1- “Eliminar las actitudes y prácticas culturales que perjudican a la niña.
- 2- La discriminación en la educación y formación profesional.
- 3- La discriminación en el ámbito de la salud y la nutrición.
- 4- Así como en la explotación económica de la que son objeto mediante el trabajo infantil.
- 5- Y también la violencia que se ejerce contra ellas” (Valdivieso, 2004: 28).

Siendo así, los objetivos de la plataforma de Beijing profundizaron y especificaron la visión de las niñas y su influencia se notó en las posteriores declaraciones de las Naciones Unidas, en los propios diseños de la política mundial a favor de la infancia y la adolescencia, donde el tema de las niñas desde un enfoque de género comenzó a ser explícito y ser visible.

Una prueba de ello son las metas del milenio que revisamos a continuación. Ocho son las metas del próximo milenio en la que los países del mundo se han comprometido. El compromiso renovado de los países a favor de los niños y las niñas y adolescentes para la próxima década, consignado en el documento *Un mundo apropiado para los niños*, aprobado por la Conferencia de las Naciones Unidas para la Infancia en mayo de 2001, incluyó seis de las ocho metas del milenio: lograr la enseñanza primaria universal, con énfasis en las niñas, promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna, combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades y erradicar la pobreza extrema y el hambre.

De estas metas, a la vez, tres tienen que ver explícitamente con las mujeres y tres con toda la población. Aún más, en los compromisos definidos por UNICEF sobre las metas del milenio, este organismo definió como los objetivos de desarrollo más urgentes el “eliminar la desigualdad de género en la educación primaria y secundaria para 2005, porque la educación de las niñas tiene impacto directo en la reducción de la pobreza, el hambre, la mortalidad de los menores de 5 años, la mortalidad materna y la lucha contra las principales enfermedades” (UNICEF, 2003: 27). También destacó que los objetivos de desarrollo del milenio se lograrán sólo si se facilita el acceso universal a la primaria garantizando a todas las niñas su derecho a la educación, no en el futuro, sino en el presente.

Este marco internacional ha sido coherente con los postulados de Beijing para generar una conciencia sobre la necesidad del cumplimiento de los derechos a la no discriminación de las niñas. Pero existe una distancia significativa entre el marco legal de avanzada y la inclusión del enfoque de género en el diseño, operación y financiamiento de la política pública social dirigida a los niños en general y a las niñas en especial.

### Vigilancia de los derechos y las políticas

El enfoque de derechos en la política pública se impulsa de manera sostenida desde inicios del presente milenio en el Ecuador, dirigido específicamente a la niñez y a la adolescencia. La creación de un Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia<sup>6</sup> desde la sociedad civil (2002) y la implementación del Consejo Nacional Descentralizado de Protección a la Infancia, desde el Estado (2003) son los avances más importantes de los últimos 3 años. Un mecanismo importante de vigilancia de los derechos de niños, niñas y adolescentes es la creación de una medida -el índice de cumplimiento de los derechos de la niñez y adolescencia, IDN- para calificar su cumplimiento en cada provincia y el conjunto del país. El índice mide en una escala los cambios en diferentes aspectos del ciclo vital de los niños y las niñas. De esta manera, permite graficar el estado de los derechos. Para cada momento de la vida de la niñez existen grupos de derechos que se sintetizan en un solo índice y que constituyen la calificación del

---

6 El Observatorio está constituido por un grupo de ciudadanos y ciudadanas con liderazgo ético que sin ser especialistas en los temas de la niñez y adolescencia, tienen acceso a ámbitos en los cuales el movimiento de la niñez no accedía. El grupo se ha comprometido públicamente a abogar por el cumplimiento de los derechos de la niñez a través de estrategias distintas: convocando, conversando, visitando a tomadores de decisión, presionando, creando consensos y enviando mensajes a la sociedad sobre lo que son los derechos y la imperiosidad de su observancia.

país<sup>7</sup>. La nota que obtuvo el país en 2004 fue 4 sobre diez en el cumplimiento de derechos de los niños y las niñas en sus primeros años (menores de 6 años)<sup>8</sup>. Las diferencias por sexo señalan que los derechos de las niñas apenas llegan al 4.3 sobre diez, constatándose una ligera mejoría con respecto al índice de los hombres que obtiene una nota de 3.8 sobre diez. El cumplimiento de los derechos de la niñez en la edad escolar, esto es en los niños y las niñas de 6 a 11 años<sup>9</sup>, tampoco supera los 4 puntos sobre diez<sup>10</sup>. Las diferencias entre niños y niñas son casi imperceptibles, el IDN en la edad escolar para los hombres fue de 4.2 sobre diez y para las mujeres de 3.9 sobre diez. Finalmente, al observar lo sucedido con el cumplimiento de los derechos de las y los adolescentes se constata que durante 3 años consecutivos el Ecuador ha obtenido notas que no superan los 4 puntos sobre diez<sup>11</sup>.

El Consejo Nacional Descentralizado de Protección a la Infancia, por su parte, creó en 2004 la Secretaría Técnica, cuya tarea central fue la formulación participativa del Plan de Acción a favor de la niñez a ser implementado en el próximo decenio. El documento recoge el enfoque de derechos en el diagnóstico de la línea de base de la situación de la infancia y la adolescencia. En la formulación de acciones y metas, sigue la lógica planteada por el Código de la Niñez y Adolescencia. Esta Secretaría espera diseñar un sistema de seguimiento a la implementación del Plan y ha recogido como eje del diseño de la política, la noción de ciclo vital y la familia.

De esta manera, el país ha dado pasos institucionales y legales para abogar por los derechos de la niñez y mejorar su situación. Sin embargo, como bien reconoce el CONAMU, “el movimiento de las mujeres así como el movimiento a favor de los derechos de la niñez, no logran articular propuestas para que la protección de niños y adolescentes, se convierta en el eje común de posicionamiento de los derechos y la solución de los problemas” (CONAMU, 2004: 30).

7 Así en los primeros años (menores de 6 años), se miden tres derechos fundamentales: a vivir, a crecer sanos y saludables y al desarrollo intelectual y emocional.

8 Este promedio nacional dibuja un *rondador de inequidades*, donde la punta más alta la tiene Galápagos que alcanza notas de 7.9 sobre diez y la más baja, Chimborazo con una calificación que no llega ni a 1/10.

9 Mide los derechos a vivir sanamente, libres de miedos y amenazas, a jugar y compartir con los padres y al desarrollo intelectual.

10 Es la provincia de Galápagos, la mejor, sin embargo, con notas inferiores a las obtenidas en el cumplimiento de los derechos de los primeros años, porque esta vez solo llega al 5.5 sobre diez. La peor provincia es Cotopaxi, con una calificación del 2.6 sobre diez.

11 Para medir el cumplimiento de los derechos de los y las adolescentes de 12 a 17 años, se calcula el comportamiento de tres derechos fundamentales: el primero, a vivir libres de peligros y amenazas; el segundo, a un crecimiento físico y emocional saludable y el tercero, al desarrollo intelectual. Los tres indicadores que conforman este índice son muertes por causas evitables en la adolescencia (suicidio, homicidio y accidentes de tránsito), el embarazo precoz y la permanencia de los y las adolescentes en la educación media. Al desagregar esta cifra a nivel de provincias, se perfila un cuadro de inequidades: las mejores calificaciones las obtiene nuevamente Galápagos 6.7 sobre diez, y las peores la provincia del Cañar con 0.5 sobre diez.

## Género y políticas de salud

Alrededor de los años noventa, el marco conceptual de las políticas de salud comienza a incluir el enfoque de género. Antes de esta década, las políticas de salud concebían a la mujer como el objeto de su intervención con el propósito de fomentar el desarrollo. Este enfoque consideraba a las mujeres como las responsables de la salud y, en este sentido, las intervenciones adolecían de limitaciones que han sido subrayadas por la literatura sobre género y desarrollo. De los Ríos (1993: 6-9) destaca las siguientes:

- Las mujeres vistas como recursos para la salud de la población. La mujer y las niñas como encargadas fundamentales de esta tarea en el hogar. Responsables no solo de acarrear el agua, sino de hervirla para evitar enfermedades. La mujer como la encomendada de preparar alimentos nutritivos, llevar a los hijos y a las hijas a vacunar, cuidar a los niños y a las niñas, los enfermos y los ancianos, y mantener la higiene del hogar.
- Las mujeres como recursos para el desarrollo de los programas y servicios de salud. Los servicios de salud han apostado a que la modificación de los hábitos y prácticas de salud de las mujeres, rebota directamente en beneficio de la salud de todo el conjunto social. La mujer cumple un papel clave en su papel de madre capacitada en la atención primaria y nutricional, puesto que desde esta visión, las madres educadas en principios sanitarios son el mejor aliado para el descenso de las tasas de enfermedad y muerte de la niñez.
- Las mujeres como reproductoras de la especie. Este enfoque de la salud centra los riesgos reproductivos en las mujeres madres o potencialmente madres, en función de la disminución al mínimo de los riesgos asociados con la mortalidad prenatal e infantil. Las mujeres como madres han estado sobre representadas como grupo objetivo de las diferentes intervenciones en materia de salud. De allí el enfoque de riesgo de los programas que tuvieron como prioridad al binomio madre-niño, dirigido a la mujer-madre. Por otro lado, la maternidad como responsabilidad única de la mujer es reiteradamente transmitida por el sector salud, situación que ha influido sobre las desventajas que experimenta la madre por el hecho de ser mujer.
- Las mujeres como productoras y mantenedoras de sus hijos. Desde esa visión los programas de planificación familiar se los vio como una estrategia no solo para reducir los riesgos reproductivos, sino para eliminar los embarazos muy seguidos, con el fin de que la mujer pudiera insertarse en el mercado de trabajo remunerado en condiciones más favorables. De esa mane-

ra, las mujeres más educadas, con mejores niveles salariales, podrían convertirse en sustentadoras del hogar. Desde esta visión, mejorando la salud y la nutrición de la mujer trabajadora se incrementa su productividad.

- La mujer como agente social participativa. Además de su carga doméstica, las mujeres, sobre todo en las áreas rurales, han sido vistas como elementos fundamentales de la participación social. Una relación directa entre permanecer en el hogar y dominar la distribución del tiempo. Por ejemplo, contar con mayor tiempo que los que trabajan fuera y deben obedecer a un determinado horario. La mujer dueña de su tiempo puede distribuirlo de tal manera que todavía hay horas que sobran para atender los problemas comunitarios, liderar a otras mujeres y comandar los procesos de consecución de mejoras locales que afectan las vidas de sus familias.

Estas formas de abordar la temática de la mujer en las políticas de salud, excluyen tácitamente al hombre de estas responsabilidades; su rol se restringe al de productores y mantenedores de la familia. No existe la pareja como responsable de la salud de sus hijos y de la comunidad. Estas visiones de la mujer no han sido superadas ni descartadas. Siguen presentes en las prácticas de los servicios de salud del Ecuador, e incluso en los postulados de varias políticas internacionales, a pesar del nuevo énfasis en el enfoque de género en las políticas. Desde antes de Beijing este nuevo enfoque había comenzado a ser gestado en las intervenciones de salud. A la par de ello, se desarrolló un pensamiento renovador que incorporó otras categorías de análisis a las políticas como el desarrollo humano, el desarrollo sustentable, la equidad, la diversidad, la modernidad, la democracia. En definitiva, se comenzó a incorporar a la comprensión de la política pública un desarrollo pensado en función de la gente (De los Ríos, 1993).

A partir de entonces, se generó desde la salud una nueva mirada para determinar las actitudes y prácticas sexistas discriminatorias que superaran la noción del cuerpo femenino como “máquina reproductora” así como el énfasis en la causalidad orgánica y biológica de la explicación de los problemas de la mujer. Se puede afirmar que los planteamientos de Beijing, dejan a un lado el concepto de sexo femenino y lo reemplazan por el concepto de género en salud y lo que es más importante, colocan el desafío de superar aquella comprensión del desarrollo como crecimiento económico y la participación puntual de la mujer como agente social participante de programas diseñados por otros. Este desafío implica la comprensión de un enfoque de derechos y su ejercicio. Se asume que la mujer y la niña como sujetos de derechos en salud se apropian del conocimiento e información sobre su salud, toman conciencia de que son dueñas de su cuerpo, toman decisiones y exigen la revalorización de la función reproductora de manera social y económica.



Sin embargo, estas corrientes reflexivas, han tenido una muy débil presencia en la práctica real de los servicios de salud del país. Se detuvieron en los enunciados, sin que se tornaran realidad. Los desafíos en la formulación de la política de salud en el Ecuador pasan por resolver dos ausencias: el enfoque de derechos y el enfoque de género.

### Políticas de salud y las niñas

En general, las políticas de salud dirigidas a los niños y niñas menores de cinco años han sido prioritarias desde que el Ministerio de Salud Pública fue creado en 1968. Los programas de control prenatal, de asistencia profesional del parto, las inmunizaciones infantiles, el control del niño sano, la lactancia materna o los programas dirigidos a erradicar la desnutrición han sido constantes en estos años de vida del Ministerio. La mayor debilidad de las políticas de salud ha sido la ausencia de vigorosas políticas a favor de los y las escolares y de los y las adolescentes así como la introducción de los conceptos de derecho y equidad de género tanto en el diseño como en la operación de las políticas.

Si bien se observan avances en cuanto a la disminución del número de muertes en los niños y las niñas, ninguna de estas metas alcanzadas se han propuesto incluir ni el enfoque de género ni el de derechos de la niñez y adolescencia en la política de salud. Estas son herencias de políticas ideadas por los salubres que desde su concepción de la salud preventiva armaron programas y proyectos que buscaban resolver uno de los principales problemas de la salud pública: la mortalidad en todas las edades. Una posibilidad de cambiar esta dinámica salubre se ha abierto con la aprobación de la Ley de Maternidad Gratuita. Efectivamente, entre las políticas de salud importantes emitidas en estos 10 últimos años se encuentra esta Ley, en vigencia desde 1999 como resultado de la presión de los movimientos de mujeres. A las niñas se las beneficia doblemente. Por un lado, porque se incluyen acciones a favor de los niños y las niñas desde que se encuentran en el vientre materno hasta los 5 años de vida. Y por otro, atiende el incremento del parto en adolescentes y los derechos de las jóvenes. El Ministerio afirma que ha logrado atender con este programa en 11 provincias del país, entre el 66% y 88% de las madres que lo demandaron (Secretaría Técnica del Frente Social, 2002).

A pesar de la presencia de una legislación que reconoce los derechos de la niñez y que están consignados en la Constitución y en el Código de la Niñez, el enfoque de los programas de salud dirigidos a los niños y niñas, no ha logrado modificar el eje fundamental de la política de salud para ellos, puesto que sigue enfocándose solo en la supervivencia. Por tanto, las niñas en la atención de sa-

lud siguen siendo similar a la de los niños, con acciones dirigidas muy acertadamente a disminuir las tasas de mortalidad y a cumplir así con el artículo primero de la Convención: “el derecho a la vida”. Estas acciones no consideran que la política deba vincularse a los derechos de la niñez que no solo se refieren a la supervivencia sino también al desarrollo y a la participación. En este sentido, el enfoque de derechos -necesario punto de referencia del movimiento de mujeres y del movimiento de la niñez- no ha sido integrado como eje modificador del bienestar de las niñas y adolescentes. Es por esto que el diseño de la Agenda de Políticas desde el Consejo de la Niñez, en el que se parte del marco conceptual de los derechos consignados en el Código de la Niñez, es un avance en el proceso de formulación de la política de salud y, social, en general<sup>12</sup>.

Pese a los enunciados y las convenciones las políticas de salud tampoco han logrado introducir el enfoque de equidad de género. Según Carmen Laspina, en el Ecuador luego de Beijing no se ha emitido ninguna política que impulse el enfoque de género en las políticas de salud hacia las niñas. Sin embargo, se crearon políticas públicas en salud que beneficiaron en general la situación de las niñas. Entre ellas, la Ley de la Lactancia Materna, que impactó sobre el mejoramiento de la nutrición de los menores de 1 año. Tanto en las Conferencias de El Cairo como en la de Beijing aparecieron las nociones de salud sexual y reproductiva, así como enfoques sobre violencia y género que en cierta manera comenzaron a cambiar la percepción de los profesionales de salud sobre los embarazos adolescentes. El trabajo de las mujeres en el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha logrado la conformación de un Comité de Género que vela por cambiar esta mentalidad al interior del sector salud. Si bien el primer logro de las mujeres en salud fue la expedición y el control por el cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita, el segundo desafío planteado en salud en el Ecuador es el de cambiar la idea de que el cuidado de los niños y de las niñas es solo responsabilidad de las mujeres, sino también de los hombres como padres. Por otro lado, al interior del MSP, se ha logrado colocar en la literatura producida un lenguaje incluyente que especifica las necesidades de “los niños y las niñas”. Este ha sido un logro muy difícil porque existe una cultura de invisibilización de las mujeres. En la práctica este es el punto más complejo: es complicado que el personal preste una atención diferenciada a los problemas de salud de los niños y de las niñas (Entrevista, noviembre de 2004). Marcelo Moreano, por su parte, reitera que los ejes

---

12 El diseño de la política social desde el enfoque de derechos rompe con la sectorialidad de lo social, donde salud, educación y protección social son cajas estanques, separadas, sin conexión y sin entender la posibilidad de sus sinergias. Cuando el eje de la política social es el sujeto –en este caso la niña- el enfoque de derechos remite a la integralidad, a la universalidad y a la progresión de la política, lo que debe ser plasmado en su diseño, en la prioridad de la acción y del financiamiento y en el seguimiento de su ejecución. Cuando esto sucede, los veedores miden y vigilan resultados integrales en cuanto a cumplimiento de derechos, no de programas aislados.

de la política para frenar la desnutrición no recogen el enfoque de género y más bien enfatizan el rol tradicional de la mujer (Entrevista, noviembre de 2004).

Estos testimonios hablan, una vez más, de las dificultades de incluir el enfoque de equidad de género a las políticas de salud. Las visiones y prácticas de los funcionarios del Estado, tanto de los diseñadores de políticas cuanto de quienes atienden en los servicios de salud, excluyen las dimensiones de género y de derechos, de manera que las políticas tienden a mantener un enfoque exclusivamente sanitario. Herrera alertaba ya que en el campo de las políticas de salud el enfoque de género se reduce a la atención de los problemas de violencia intrafamiliar. Daba como ejemplo, el enfoque aplicado a las acciones de salud reproductiva y que se reducen a problemas puntuales y revelan la idea que la reproducción es asunto exclusivo de mujeres. Esta limitación, concluye Herrera, “obstaculiza los intentos por transversalizar el género en las políticas de salud, identificándolo solo como un problema de grupos vulnerables” (Herrera, 2001: 86).

Pero no sólo eso: a diferencia de la violencia intrafamiliar, la salud sexual y reproductiva no es visualizada como derecho, en gran medida como consecuencia de la cultura de los profesionales de la salud. La sexualidad asumida como el derecho al placer, paraliza a los propios médicos y enfermeras, puesto que rompe la mirada prevaleciente de las patologías que devienen de tales o cuales prácticas sexuales. El problema de la sexualidad en el mundo médico (no en el de la salud) se reduce al funcionamiento o anormalidad de los órganos sexuales y reproductivos. El enfoque de derechos sexuales rompe con esa unidimensionalidad del concepto biológico-curativo, que es uno de los conflictos entre una concepción de los seres humanos medicalizada y otra, holística e integral propugnada desde el marco conceptual de la promoción de la salud y la salud colectiva. Esta reflexión permite más adelante analizar el embarazo precoz.

**Recuadro 1.**

**Políticas nutricionales y enfoque de género**

Los ejes de la política para frenar la desnutrición no recogen el enfoque de género y más bien enfatizan el rol tradicional de la mujer. Los objetivos de la política de nutrición vigente son:

- Combatir la desnutrición de la mujer durante su etapa reproductiva, de 15 a 49 años.
- Educar a las mujeres desde niñas en la perspectiva de que van a ser madres y de que estarán embarazadas, para así evitar que el feto tenga una predisposición a nacer con bajo peso, y a contraer enfermedades crónicas.
- Ejecutar programas del Estado enfocados a la familia donde la madre es el eje central de la educación nutricional y de las prácticas alimentarias por su rol social clásico.
- Otorgar atención a la madre de manera gratuita. La Ley de Maternidad Gratuita, una política de Estado que desde 2001, es parte de la veeduría social porque protege a las mujeres embarazadas y lactantes, así como a los niños y niñas hasta los 5 años.
- Aplicar ley de la lactancia exclusiva: control de los permisos a las madres trabajadoras para permitir que las madres con hijos recién nacidos puedan salir de sus trabajos para dar de lactar por seis meses luego de su reintegro laboral. Esta ley no ha sido evaluada para mirar sus impactos.
- Proveer de alimentación complementaria, bajo el concepto de “aprender a comer bien” ya que la población come carbohidratos. Las frutas y las verduras todavía son baratas y deben ser accesibles a todos. Las grandes multinacionales hacen imposible competir por una cultura de la alimentación adecuada, porque con su marketing convencen a la población para consumir alimentos chatarra. Aquí hay una contradicción entre alimentar a la población y vender los productos. Frente a la posibilidad de firmar el TLC, la política estatal de nutrición debería exigir y condicionar a las grandes empresas alimenticias, una reglamentación en la que se coloquen mensajes sobre lo que es la correcta nutrición.
- Proveer desayuno. Es básico el desayuno como el primer alimento de la mañana para asegurar el buen rendimiento de los niños, por eso, se ha implementado el programa del Desayuno Escolar, en el que se intenta ligar la alimentación saludable con aprendizaje y desempeño escolar.

(Marcelo Moreano, Programa Mundial de Alimentos y ex director de Nutrición del MSP. Entrevista, 15 de noviembre, 2004).

## Género y políticas educativas

Desde 1937 las políticas educativas buscaron lograr dos metas: disminuir el analfabetismo y lograr la primaria completa (seis grados) para toda la población ecuatoriana (Uzcátegui, 1975: 68). En 1950 el analfabetismo llegaba al 44% y la escolaridad era solo de dos grados. El censo de 2001 contó 9% de analfabetos, mayoritariamente mujeres. Al mismo tiempo, el nivel de escolaridad de la población ecuatoriana a comienzos de 2000 llegó a siete grados, tanto para mujeres como para hombres (SIISE, versión 3.5). Estos datos demuestran un avance en el cumplimiento del derecho a la escolarización y, como veremos, revelan que se han acortado las brechas educativas entre hombres y mujeres en la población en general.

En las acciones educativas emprendidas para lograr estas metas, las motivaciones no han sido ni los enfoques de derechos ni la equidad de género. Las políticas educativas se inspiraron, en cambio, en la concepción liberal de construir una nueva sociedad compuesta de ciudadanos y ciudadanas libres, laicos y conscientes (Entrevista a Gonzalo Abad, marzo, 2004). Sin embargo, este modelo revela un deterioro. Desde 1990 se estancan los progresos alcanzados en cuanto a la cobertura de la educación primaria. Asimismo, las políticas educativas en los últimos 10 años, en el marco de la reforma, revelan deficiencias: se centran en la escolaridad y no en la educación, dejan intocadas las relaciones entre niños y niñas; entre adultos, niños y niñas; entre escuela y familia y, fundamentalmente, revelan una baja calidad de la educación y del aprendizaje<sup>13</sup>. Este concepto tiene varias acepciones, desde dotación de bibliotecas y material didáctico hasta lo que a los pedagogos realmente preocupa: la pertinencia y correspondencia de lo que se enseña con el país en el que vivimos y el que deseamos construir. En términos generales, las acciones educativas no abordan un enfoque de derechos y replican relaciones patriarcales entre los agentes educativos, lo que dificulta aún más la observación de problemas de discriminación de género en el comportamiento al interior del aula o en el tratamiento de los temas educativos del currículo.

¿Qué y cómo se enseña en el aula que no logramos cumplir con el propósito planteado por los precursores de la educación ecuatoriana de formar ciudadanos y ciudadanas conscientes y comprometidas con su país? A juicio de Samaniego (2003:10):

“Niños, niñas y jóvenes transcurren su vida escolar en aulas donde subyacen formas autoritarias de relación pedagógica, carentes de experiencias significativas de aprendizaje, situación que ilustra la desarticulación y nula preocupa-

---

13 Otros aspectos de la equidad de género en la educación son analizados por Juan Ponce y Silvana Martínez en esta publicación.

ción que tuvo la formación inicial del docente, en la formulación de políticas y ejecución de proyectos de mejoramiento de la calidad de la educación básica durante la década pasada”.

Un indicador de estas formas autoritarias lo constituye el maltrato a niñas y niños. Un 20% reporta haber sido maltratado por sus profesores (INEC, EME-DINHO, 2000).

Pero no sólo se imputa a la falta de actualización docente y a su falta de participación en las propuestas educativas las deficiencias educativas actuales. Hay toda una corriente en la reflexión de las políticas educativas que identifican a la crisis fiscal, pero fundamentalmente, a los organismos financieros multilaterales como los responsables del descalabro. Señalan el año 1994 como el punto clave para la creación de un “ministerio paralelo”, donde los proyectos con financiamiento externo y a cargo de deuda externa, son los que definen los objetivos nacionales que responderán a las metas globales del mercado y a una desnacionalización de las políticas. La experta Rosemarie Terán nos relata, por ejemplo, que “mejorar el nivel de matemáticas y de lenguaje fue la meta planteada por estos organismos, olvidando la perspectiva a largo plazo de las políticas educativas. Siendo así, el área de ciencias sociales se convirtió en un espacio débil del currículo, y éste era precisamente, el campo donde se debía reflexionar y aprender sobre el enfoque de género” (Entrevista a Rosemarie Terán, noviembre, 2004).

Además del bajo perfil otorgado a las ciencias sociales, incluir el enfoque de género en la política educativa es complejo puesto que son los maestros y las maestras quienes deben poner en práctica estos lineamientos y la política educativa no se ha planteado una estrategia para la transformación de la cultura de los y las maestras quienes replican el modelo excluyente y patriarcal de la sociedad, responden a una estructura jerárquica y no proponen cambios en las relaciones entre los géneros. La convivencia entre niñas y profesores-profesoras está intocada, no ha podido ser modificada. Curiosamente, el centro neurálgico del cambio en toda sociedad es la educación, y es allí donde está la limitación de la política educativa en este país: se buscó escolarizar pero no educar, se logró el acceso a la escuela más no la transformación de los sujetos.

Gioconda Herrera propone una explicación complementaria al señalar que el enfoque de género en la educación se introduce en la reforma curricular tan solo como parte del componente denominado “valores”. Siendo así, el género se circunscribe a un valor ético y un principio de justicia. Desde esta visión moralista, se limita las posibilidades de utilizar al género como categoría analítica o para entender procesos discriminatorios contra las propias maestras insertas en la institución educativa (Herrera, 2001: 86-87). Es decir, que en el tema de las políticas educativas, primero están las deficiencias de la propia educación y su imposibili-

dad de construir espacios democráticos en las aulas, en las escuelas y en las propias relaciones de la escuela con la familia. Allí en ese ambiente de sometimiento en el que viven los niños y las niñas, el enfoque de género es aún más difícil de ser entendido e incorporado. Pero a la vez, si no es transformada las prácticas culturales dentro de la escuela, difícilmente podrán ejercerse a su interior derechos de la niñez, adolescencia y menos aún promocionar la equidad de género.

## Las niñas ecuatorianas, 1990- 2001

### Tendencias generales

#### *¿Cuántas son y dónde viven?*

Según el Censo de Población y Vivienda de 2001, en el Ecuador viven 2.372.195 niñas menores de 18 años. Este grupo representa el 20% de la población del país. El número de niñas se ha incrementado en un 9% con respecto a 1990. Hoy existen 21 300 niñas más que hace 10 años. La mayoría de las niñas habita en las ciudades (57%). El abandono de la población rural de sus lugares de vivienda ha sido evidente en estos últimos años, desde el censo de 1990. En el caso de las niñas, se constata que hoy viven en la zona rural, alrededor de 20 mil niñas menos que en 1990. Guayas, Pichincha y Manabí son las provincias donde viven la mayoría de mujeres menores de 18 años del país. En total habitan allí el 49% de todas las niñas ecuatorianas. El último censo permitió contar por primera vez el número de niñas indígenas. Estas son alrededor de 300.000 y existe solo una diferencia de 400 personas con respecto al número de niños indígenas.

Al observar la distribución de la población de niñas según el ciclo vital -es decir de 0 a 17 años de edad- encontramos que ésta es bastante simétrica. Alrededor de 800.000 por cada grupo etáreo: existen 790.000 niñas menores de 6 años; 800.000 entre 6 y 11 años y 776.000 adolescentes con edades entre 12 a 17 años. La diferencia por género entre los niños y las niñas menores de 18 años es similar en los primeros 6 años y en la edad escolar (6 a 11 años): 51% son niños, 49% son niñas. En la adolescencia la población de hombres y mujeres es igual, 50% para cada sexo. Esto no ocurre en el grupo de mayores de 18 años: las mujeres son más numerosas (51%) que los hombres. La distribución poblacional parece reflejar el comportamiento social de los géneros. A partir de los 18 años, más hombres salen a trabajar y mueren en mayor número por causas ligadas con el medio social y a la violencia, lo que explica las diferencias numéricas entre los sexos.

En la pirámide poblacional por edad que se han construido a partir del censo de 2001 (ver Pilar Egüez en esta publicación), el primer piso de la pirámide, correspondiente a la población de 0 a 4 años, evidencia una disminución con respecto a décadas pasadas. La explicación la tenemos en los cambios en las tasas de fecundidad, afectados por las modificaciones en los comportamientos de las mujeres en lo que tiene que ver con su mayor acceso a la educación, preferencias de familias menos numerosas, lenta toma de conciencia de la mujer sobre las decisiones que afectan a su cuerpo y a sus proyectos de vida, y al uso de métodos anticonceptivos. La disminución de la población infantil es común en los países de América Latina. La fecundidad bajó de un promedio de 6 hijos por mujer, registrado en los años 1950 a 1955 a 3.6 en el quinquenio de 1985-1990 (OPS-OMS, 1993: 10). En el Ecuador, el proceso fue similar: si en 1982 el número de hijos por mujer fue de 5.3 a nivel nacional, en 1990, la cifra bajó a 4 y en 2001 a 3.39. Esta evolución fue más significativa en el área urbana donde el número de hijos por mujer descendió de 4 en 1982, a 3 en 1990, y a 2.9 en 2001. En el área rural, donde vive cada vez menos población, el número de hijos por madre fue de casi 7 hijos en 1982 a 4 hijos en 2001.

## Los niños y las niñas ecuatorianas en una mirada comparativa

### *Situación de salud*

Si bien no encontramos cifras internacionales que permitan diferenciar mortalidad de la niñez de hombres y mujeres, es interesante ubicar la magnitud del problema de la pérdida de niños y niñas que nunca tendrán 5 años, debido a condiciones de vida inequitativas para la población más pobre en general, y que se refleja en las tasas de mortalidad de la niñez. La mortalidad de los menores de 5 años de ambos sexos ha disminuido de manera significativa desde 1960 cuando fallecían en el Ecuador, 178 niños y niñas por cada mil que nacían. Hoy, mueren 26, cifra similar a la tasa de mortalidad de la niñez mundial. Si comparamos esta cifra con la región y los países menos adelantados, en nuestro país, se mueren menos niños y niñas. El promedio para América Latina y El Caribe es de 34 (para el año 2002) y los países menos adelantados, tienen una tasa de mortalidad de la niñez de 158 por mil nacidos vivos.

Al otro lado de la medalla están los países industrializados, cuyas cifras revelan que el camino que resta al Ecuador para tener altos grados de bienestar para sus niños y niñas, es largo todavía, ya que en estos lugares, solo mueren 7 de cada mil niños o niñas que nacen. Las decisiones tomadas por algunos países de América Latina, donde la prioridad de la inversión está en las políticas sociales



se reflejan en sus bajas tasas de mortalidad de la niñez, como lo demuestran las tasas de Cuba donde solo 9 niños y niñas fallecen antes de los 5 años, o el de Costa Rica, país que tiene una tasa de mortalidad de la niñez de 11 por cada mil que nacen (UNICEF, 2003: 102-105).

### *Situación educativa*

La tasa neta<sup>14</sup> de enseñanza primaria en el Ecuador en los 10 años comprendidos entre 1992 y el 2002 fue de 90% para hombres y mujeres. El promedio de América Latina y el Caribe es del 96% para hombres y del 94% para mujeres. Los países industrializados tienen porcentajes similares a los latinoamericanos, sin embargo, las diferencias entre hombres y mujeres, favorecen a éstas últimas: el 96% de los hombres y el 97% de las mujeres está cubierto por la primaria. Los problemas comienzan cuando se analiza lo sucedido con los países en desarrollo de todo el mundo: el 96% de los hombres accede a la primaria, frente a tan solo el 88% de las mujeres. En los países menos adelantados, los porcentajes descienden para ambos sexos, siempre en detrimento de las niñas: 76% de acceso a la primaria en los hombres, frente al 67% de las mujeres. El promedio del mundo en cuanto a tasa de enseñanza primaria en este decenio, fue del 96% para los hombres y del 85% para las mujeres. Por tanto, el Ecuador, ha logrado eliminar las diferencias de género en el acceso a la educación primaria, lo que no sucede en gran parte de países del mundo ni de América Latina (UNICEF, 2003).

En cuanto al acceso de los niños y niñas del campo, el 79% de la niñez comprendida entre los 6 a 14 años asiste a un establecimiento de educación básica y el 77% de los niños y las niñas indígenas. Desde 1998 se determinó el notable aumento de la matrícula femenina en el campo. En 1980 solo la mitad de las niñas rurales asistía a la escuela. En 1990, ocho de cada diez ya lo hacía (STFS-UNIFEM, 1998: 52). Las tasas brutas de escolarización secundaria llegan al 57% para los hombres y al 58% para las mujeres en el Ecuador en el período comprendido entre 1997 y 2000. Las diferencias de género son mínimas. No sucede lo mismo con los porcentajes de todos los países latinoamericanos y de El Caribe, donde tanto el porcentaje de adolescentes en el sistema educativo es mayor que en el Ecuador, como el de niñas en el sistema. En efecto, los hombres que están en la secundaria representan un 82%, mientras que las mujeres representan el 87%. En los países industrializados se mantiene esta ventaja: 105% para los adolescentes y 108% para las adolescentes. Las cifras caen cuando se trata de los países en desarrollo, pareciéndose la situación a la del Ecuador: 59% de los niños están en la secundaria, frente al 52% de las niñas. Finalmente, las ci-

---

14 Niños y niñas matriculados en la primaria en el grado que corresponde para su edad.

fras de los países más atrasados son alarmantes: 30% tan solo de los jóvenes está en la secundaria y 25% de las mujeres. A nivel del mundo, las cifras de acceso a las secundaria son menores que las de la primaria. El 65% de los hombres jóvenes de todo el mundo frente al 59% de las mujeres está en la educación secundaria (UNICEF, 2003).

### **La salud de las niñas**

La salud constituye un importante satisfactor relacionado con las formas del ser, el tener, el hacer y el estar. Es también, un satisfactor sinérgico que no solo contribuye a satisfacer las necesidades humanas fundamentales de la subsistencia y la protección sino que, además tiene la capacidad de potenciar la satisfacción de otras necesidades humanas fundamentales y de mayor complejidad que solo las de supervivencia, como la creación, la identidad y la libertad (De los Ríos, 1993: 15). Es decir que el concepto de salud como ausencia de enfermedad es superado con esta reflexión, complejizándolo y acercándolo más bien al quehacer vital integral. No en vano es la propia OMS-OPS que al revisar el concepto de salud prefiere apostarle a la vida antes que a la enfermedad, al definir a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social” (OPS, 1993: XIV). La OPS afirma que para observar cómo es la calidad de vida de una población, no hay otra manera de hacerlo que analizando de qué se enferman y mueren los grupos de determinada sociedad.

En esta parte del artículo vamos a observar a las niñas y su salud desde dos ámbitos: la oferta y la demanda. La demanda se refiere a la decisión de las familias por buscar atención de salud para sus hijas y cómo ésta se condiciona por la situación socioeconómica, los conocimientos sanitarios y el comportamiento de las familias frente a las niñas. La oferta está dada por la disposición del servicio de salud para atender a las niñas y sus éxitos en resolver los problemas de salud desde un enfoque de género.

Las niñas y los niños de 0 a 18 años no están avocados a los mismos riesgos para enfermar o morir. Es posible diferenciar causas y formas de muerte según el momento del ciclo vital por el que están atravesando. La noción de ciclo vital se fundamenta en que los riesgos que enfrentan los niños y niñas para su desarrollo físico, emocional e intelectual varían según avanza su edad. Y esto tiene que ver con una noción de derechos. Si bien los diversos derechos en su concepción y ejercicio son universales, indivisibles, las acciones y recursos que la sociedad y las instituciones deben desplegar para atender las necesidades de desarrollo de los niños y niñas varían según las etapas de su ciclo vital. Esto ha permitido identificar tres etapas: la infancia o primeros años (0 a 5 años); la edad

escolar (6 a 11 años) y la adolescencia 12 a 18 años (Fundación Observatorio Social, 2003: 47).

<b>Recuadro 2. Condiciones de vida de los niños y las niñas ecuatorianas antes y después de Beijing</b>	
<b>1990</b>	<b>2001</b>
72% de los niños y niñas viven con ingresos inferiores a dos dólares por día.	63% de los niños y niñas viven con ingresos inferiores a dos dólares por día.
Sin datos para niños y niñas.	18% viven en habitaciones con piso de tierra.
7 de cada diez niños o niñas viven en hogares donde no hay agua dentro de su vivienda y tampoco tienen acceso a alcantarillado, lo que explica por qué no poseen servicio higiénico privado.	6 de cada diez niños o niñas viven en hogares donde no hay agua dentro de su vivienda y tampoco tienen acceso a alcantarillado, lo que explica por qué no poseen servicio higiénico privado.
Más de la mitad (56%) de los niños y niñas ecuatorianas viven hacinados. Esto quiere decir que no tienen habitación propia y la comparten con cinco personas más.	Casi la mitad de todos los niños y niñas ecuatorianas viven hacinados.
26% de los niños y niñas ecuatorianas no tienen luz eléctrica en sus viviendas y 88% no poseen teléfono.	14% de los niños y niñas ecuatorianas no tienen luz eléctrica en sus viviendas y 74% no poseen teléfono.
Fuente: SIISE, versión 3.5. Fuente: Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, 2004: 10.	

### La salud de las niñas en los primeros años

En los primeros años, cuando los riesgos de enfermedad y de morir son mayores debido a las características frágiles de los menores de 5 años, las causas de muerte se ligan estrechamente a las condiciones en las que se da el parto, el conocimiento de los padres sobre la crianza de los niños y niñas y en las posibilidades de acceso a los servicios de salud. Sin embargo, también las condiciones sanitarias de la vivienda en la que se desenvuelve la vida de los pequeños y la situación económica de las familias impactan de manera fundamental en su posibilidad de sobrevivencia. Las con-

diciones de vida en la que viven la gran mayoría de niños y niñas del país -resumidas en el recuadro 2- explican, por ejemplo, los altos porcentajes de desnutrición y enfermedades infecciosas intestinales, dos de las principales causas de muerte en los primeros 5 años de vida. A estas condiciones adversas hay que añadir las características biológicas de los niños y las niñas, que les condiciona las formas cómo enfrentan los riesgos que se les presentan en el primer quinquenio de su vida.

Desde un enfoque de derechos, la sobrevivencia, sin embargo, no basta para garantizar el derecho a la vida. La calidad de la sobrevivencia de los niños y niñas está mediada por las posibilidades de desarrollo integral desde los primeros años. Este desarrollo tiene que ver con la atención a las capacidades cognitivas, sociales y emocionales de las niñas, que presta el hogar, padre y madre por igual, y que se potencializan cuando las niñas acceden, por ejemplo, a centros de cuidado diario donde son tratadas de manera integral. Como conclusión diremos que en los primeros años, todas las variables antes mencionadas se interrelacionan y explican las causas de muerte y de la morbilidad.

La ventaja biológica que el sexo femenino tiene sobre el masculino, se lo ha probado a lo largo de varios estudios, al realizar un seguimiento histórico de las tasas de mortalidad de la niñez y de la esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres. Las mujeres tienden a ser más longevas que los hombres y a superarlos numéricamente en todas las edades (Gómez, 1993: 27). Los expertos afirman que esta sobremortalidad masculina no es solo una característica de la especie humana sino que abarca a casi todas las formas de vida animal estudiadas hasta ahora<sup>15</sup>. El papel de las condiciones biológicas se pone de manifiesto en los primeros 5 años de vida y opera frente a la adversidad del medio en el que el niño y la niña crecen. Quien resiste más a estas condiciones negativas de vida, son evidentemente, las niñas. Por eso, cuando se encuentra sobremortalidad femenina en estos años, se sugiere manejar la hipótesis de que es una señal de alarma respecto a la posible existencia de discriminación contra las mujeres. Siendo la mortalidad una consecuencia final de una serie de condiciones sociales y de prácticas de crianza, se la explica por una exclusión a las niñas en la nutrición, las inmunizaciones y el cuidado oportuno a sus enfermedades.

En un estudio realizado por la OPS en el período 1976-1988 se encontró sobre-mortalidad de la niñez en varios países<sup>16</sup>, incluido el Ecuador (Gómez, 1993: 33-34). Por esta razón, analizamos una serie de tiempo de las encuestas ENDEMAIN para poder ratificar o refutar esta afirmación para los últimos 10 años. La tabla 1 prueba que en el caso del Ecuador, en una serie histórica de 10

---

15 Elsa Gómez Gómez, cita como fundamento de esta afirmación a Hamilton, quien a su vez basa su aseveración en 60 estudios efectuados al respecto.

16 Los otros países fueron Trinidad y Tobago, Paraguay y Guatemala.

años, las tasas de mortalidad de la niñez no reporta sobre-mortalidad de niñas, y ratifican que los niños mueren más. Por otro lado, la tabla 1 permite constatar una disminución del número de muertes de niñas menores de 5 años a lo largo de los 10 últimos años.

Tabla 1. Tasa de mortalidad de la niñez (menores de 5 años)			
	1989	1994	1999
<b>Hombres</b>	60 por mil nacidos vivos	54 por mil nacidos vivos	45 por mil nacidos vivos
<b>Mujeres</b>	49 por mil nacidos vivos	45 por mil nacidos vivos	33 por mil nacidos vivos

Fuente: CEPAR, ENDEMAIN, 1989, 1994, 1999.

Las causas de sobremortalidad se dan por comportamientos observados en determinadas poblaciones tales como alimentación prioritaria a los niños, búsqueda tardía de atención médica cuando son las niñas las que se encuentran enfermas o incumplimiento de ciertas recomendaciones sanitarias preventivas tales como la inmunización contra enfermedades infecto-contagiosas (OPS, 1993: 34). A continuación vamos a analizar estos tres aspectos y comparar el comportamiento de las familias si los afectados son las mujeres y los hombres.

#### *Alimentación prioritaria a los niños*

Una de las formas de mirar si existe o no alimentación prioritaria a los niños en detrimento de las niñas, es observar el comportamiento de la desnutrición diferenciada por sexos en los últimos años. En el período comprendido entre 1995 - cuando se firma el acuerdo de Beijing- a 2004, se tomaron tres encuestas que reportaron la desnutrición de los niños y niñas menores de 5 años. Estas cifras registradas en la tabla 2 indican una clara tendencia hacia la disminución de los porcentajes de desnutrición –de casi 16 puntos— con respecto a la primera medida realizada a través de la encuesta DANS de 1986 (CONADE-MSP, 1998).

Tabla 2. Desnutrición crónica en niños y niñas			
	1998	2000	2004
<b>Niños</b>	29%	27%	23%
<b>Niñas</b>	24%	24%	19%
<b>País</b>	27%	26%	21%

Fuentes: INEC, ECV 1998; EMEDINH, 2000; SPEH, ENEMDU, 2004. Elaboración: SIISE y FOSE, 2004.

**Recuadro 3.**

**La desnutrición afecta sobre todo a los niños y niñas indígenas...**

En 1998, la provincia con el porcentaje más alto de desnutrición crónica fue en Bolívar, donde un 35% de sus niños y niñas menores de 5 años presentó este problema. En 2004 otras son las provincias con los porcentajes más altos de desnutrición: Chimborazo, con 44% y Cotopaxi con 40%. Esto alerta sobre un empeoramiento de las condiciones de vida de las familias y su impacto sobre los más pequeños, independientemente que éstos sean niños o niñas. Es decir, que si bien no estamos encontrando diferencias de género, sí constatamos -en estos últimos 5 años- falta de cumplimiento de derechos para la niñez con un incremento importante de la desnutrición. Coincidentalmente, en Chimborazo, 5 de cada 10 niños o niñas son indígenas, y el 72% de los niños, niñas y adolescentes pertenecen a hogares que no han logrado satisfacer sus necesidades de vivienda, salud, educación y empleo.

Fuente: Observatorio de los Derechos de la Niñez, 2004: 3.

**Y la desnutrición está afectando más a las niñas del campo**

La inequidad, en lo que a desnutrición se refiere, se vuelve notoria cuando se analiza la situación de las niñas y los niños del área rural del país: 37% de las niñas del área rural están desnutridas y 16% de las niñas del área urbana. En el campo las diferencias entre el porcentaje de hombres menores de 5 años desnutridos y el de niñas en esta situación es de 35% para los hombres y de 37% para las mujeres. Por otro lado, al comparar las cifras del año 1998 con 2000, se incrementaron el número de niñas desnutridas en el campo, de 31% a 37%. Si bien, los datos nacionales sobre desnutrición reflejan tendencias a su disminución, la comparación entre las provincias, las áreas rurales y urbanas; o entre hombres y mujeres, demuestran las desigualdades existentes en el país.

Fuente: INEC, EMENDINHO, 2000.

Esta mejoría se debe, según el Dr. Marcelo Moreano, a varias causas que actúan a la vez: aumento de los niveles de escolaridad de las mujeres, esfuerzos por ampliar la cobertura de la atención infantil en centros de cuidado diario, y el mejoramiento general de las condiciones de vida de la población urbana así como el mayor acceso a agua potable y alcantarillado. La desnutrición, en el caso ecuatoriano, no refleja diferencias a favor de los niños. El comportamiento del indicador prueba que las niñas siguen con una ventaja sobre los niños. Los datos de la encuesta demuestran diferencias porcentuales entre 4% y 5% entre la desnutri-

ción de los niños y las niñas, con desventajas para los hombres. Sin embargo, el recuadro 3 alerta sobre diferencias encontradas en la desnutrición de las niñas en el área rural que debe ser motivo de preocupación y de acciones focalizadas para eliminar estos riesgos. Nos referimos al hecho de que las niñas con desnutrición tienen un futuro complejo: menor capacidad intelectual, mayor probabilidad de no crecer lo que se esperaría de acuerdo a su edad, propensión a enfermarse continuamente por sus bajas defensas inmunológicas frente a las infecciones, desmotivación, cansancio para jugar. Consecuencias que -si no mueren- se verán reflejadas en bajos rendimientos escolares. Los datos señalados sobre la desnutrición en las niñas del área rural alertan sobre la necesidad de profundizar -a través de estudios cualitativos- cuáles son las razones específicas que expliquen las diferencias de género encontradas. ¿Será que en el área rural del país, no se da un cuidado igualitario a las niñas y a los niños?

*Búsqueda tardía de atención médica cuando son las niñas las que se encuentra enfermas*

De igual manera que con el indicador de la desnutrición, la forma de comprobar si las familias buscan tardíamente atención médica cuando son las hijas mujeres enfermas y no los hombres, es importante observar las diferencias entre niños y niñas que murieron con certificación médica. Este indicador señala si el momento de morir estuvieron atendidas por un médico o si la familia buscó atención de salud posterior a su muerte, para constatar el hecho y recibir una papeleta de defunción. Entre 1997 y el año 2000 las variaciones de la muerte con certificación, para el total de la población son mínimas. En ambos años fueron de alrededor del 13% para ambos sexos y en todas las edades. Este promedio a nivel nacional esconde diferencias en el acceso a los servicios, que saltan a la vista al analizar algunas desagregaciones de este indicador que constan en la tabla 3. Se constata, por ejemplo, que existen diferencias tanto entre niños y niñas y población adulta; y entre las provincias del país.

La tabla 3 permite comprobar que no hay evidencias de que los padres ecuatorianos se comporten de manera diferenciada para buscar atención médica a favor de los niños hombres en detrimento de las niñas. Los porcentajes de muerte con certificación médica son más altos para las niñas (aunque mueren menos) que para los niños. Sin embargo, esta tabla también describe algunos aspectos de la situación de los niños y niñas y el uso de servicios de salud por parte de la población, que permiten medir cuánto cumple el Estado la atención a los derechos a la atención médica, demandados por la Constitución y el Código de la Niñez. En efecto se puede afirmar que los niños y niñas más pequeñas -menores de seis años- son los que tienen el menor acceso a los servicios, puesto

<b>Tabla 3.</b> <b>Muertes sin certificación médica según edades y sexo en 2002</b>				
	<b>Niños menores de 6 años</b>	<b>Hombres mayores de 18 años</b>	<b>Niñas menores de 6 años</b>	<b>Mujeres mayores de 18 años</b>
<b>País</b>	16%	12%	17%	11%
<b>Bolívar</b>	64%	26%	60%	28%
<b>Napo</b>	78%	65%	57%	42%
<b>Zamora Chinchipe</b>	54%	38%	61%	32%
<b>Orellana</b>	60%	39%	63%	29%

Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Vitales, 2002. Elaboración: FOSE, 2004.

que sus porcentajes de no certificación médica al morir son mayores que el de los adultos. Existen provincias donde esta situación es aún peor, como es el caso de la mitad de las provincias amazónicas: Napo, Zamora Chinchipe y Orellana y la provincia serrana de Bolívar. La falta de certificación médica el momento de morir es el doble y el triple que el promedio nacional en la mitad de las provincias. En algunas provincias sí se constata diferencias en el acceso a la atención médica entre niños y niñas. Por ejemplo, en el Napo la no certificación es mayor en los niños pero en Zamora Chinchipe lo es en el caso de la muerte de niñas. Esta situación es una alerta para indagar y profundizar sobre el comportamiento de las familias de esta provincia cuando se trata de atender a los hombres o a las mujeres menores de 6 años.

Para complementar la búsqueda de datos que permitan llamar la atención sobre los comportamientos de las familias en su trato a las niñas o a los niños en el acceso a los servicios de salud cuando están enfermas, recogemos lo encontrado en la encuesta ENDEMAIN de 1999. En este año, por primera vez, la encuesta permitió reportar desagregaciones por sexo en la búsqueda de atención médica por parte de los padres. Se preguntó a las madres de familia: ¿cuándo sus hijos, hombres o mujeres presentaron infecciones respiratorias agudas y cuál es el tipo de tratamiento que recibieron? Las respuestas fueron iguales para hombres y mujeres. El 85% de los niños y niñas recibieron algún tipo de tratamiento: control de un médico, lo recibió el 38% de los niños y 40% de las niñas. Remedios caseros y hospitalización fueron acciones realizadas por los progenitores para curar tanto a sus hijos como a sus hijas (CEPAR,



ENDEMAIN, 1999: 179). Con este nuevo dato, se comprueba una vez más la ausencia de un sesgo de género en el comportamiento de las familias para curar a sus hijos o hijas.

*Incumplimiento de ciertas recomendaciones sanitarias preventivas  
tales como la inmunización contra enfermedades infecto-contagiosas*

Una de las explicaciones de la disminución de la mortalidad de la niñez en los últimos años es el incremento de las coberturas de inmunización a los niños y las niñas contra enfermedades infecto-contagiosas. Por tanto, el comportamiento de las familias para llevar a las niñas y los niños a recibir la vacunación, influiría en la presencia de la mortalidad sobre las niñas mujeres. En el Ecuador la cobertura de las inmunizaciones contra enfermedades como la tuberculosis, poliomielitis, difteria, tétanos, tosferina y sarampión llega al 83% de los menores de 5 años en todo el país. Esta cifra es del 83% en las niñas y 82% en los niños. Por tanto, tampoco en este caso se ha encontrado diferencias de género que permitirían probar comportamientos diferentes en la sociedad en cuanto a recurrir al cuidado de la salud de las niñas o de los niños de manera diferenciada (SIISE, versión 3.5)<sup>17</sup>.

*Los servicios de salud no atienden a las diferencias de género  
para el diseño de sus programas*

Otra de las hipótesis a ser comprobadas en este ensayo se refiere a la ausencia de políticas de salud con enfoque de género. Una de las expresiones de este enfoque es diseñar planes y programas que atiendan a estas diferencias de género. Para comprobar esta afirmación se presentan tablas con las diferentes causas de muerte de los niños y las niñas en cada momento del ciclo vital con el fin de descubrir cuándo comienzan a diferenciarse los perfiles epidemiológicos de las niñas y los niños.

En los últimos 6 años, el porcentaje de muertes de niñas menores de 6 años descendió. Esto revela la tabla 4 al comparar los datos de 1997 y 2002, desagregados por sexo y causa de muerte. Por otro lado, la tabla señala que no existen diferencias entre las causas de muerte de los hombres y las mujeres menores de 6 años. Ambos sexos fallecen -en primer lugar- por afecciones del período perinatal que tienen que ver con la falta de atención profesional del parto y complicaciones de los primeros días de nacido, sin asistencia de profesionales o personal calificado. Esta causa está relacionada con el acceso a servicios de salud y provoca un

---

17 A partir de la encuesta de Condiciones de Vida de 1999, que desagrega por sexo el dato citado.

**Tabla 4.**  
Evolución de las cinco causas de muerte más frecuente en niñas y niños menores de 6 años

Cinco causas de muerte	Niñas 1997	Niños 1997	Total	Niñas 2002	Niños 2002	Total
1. Afecciones del período perinatal	895	1209	2104	786	1092	1878
2. Neumonía	378	487	865	331	384	715
3. Diarrea y gastroenteritis infecciosa	284	336	620	150	162	312
4. Malformaciones congénitas	154	175	329	156	232	388
5. Desnutrición	172	179	351	126	130	256
Total 5 más frecuentes	1883	2386	4269 (52%)	1549	2000	3237
Todas las otras 47 causas	1726	2137	3863 (48%)	1475	1690	3477 (52%)
Total muertes (todas las causas)	3609 (44%)	4523 (56%)	8132 (100%)	3024 (45%)	3690 (55%)	6714 (100%)

Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Vitales, 1997-2002. Elaboración: FOSE, 2004.

número alto de defunciones, ya que la segunda causa de muerte, apenas corresponde a la mitad de los fallecimientos provocados por las afecciones del recién nacido. Se podría señalar, por tanto, que no se cumple con el derecho principal consignado en el Código de la Niñez y que es el derecho a la vida, claramente por problemas relacionados con el acceso a servicios de salud. Esta violación del derecho a la vida, también se cumple para las niñas de manera similar a los niños.

La neumonía aparece en la tabla que se analiza, como la segunda causa de muerte. Esto se debe a complicaciones de gripes mal curadas, debido a limitaciones en el acceso a los servicios de salud y a la falta de cuidados calificados de las madres y los padres en el cuidado de los pequeños. Las bajas defensas provocadas por la desnutrición o la mala alimentación, abonan también para desencade-

nar esta complicación. Las dos siguientes causas de muerte se relacionan directamente con las condiciones de vida de los niños y las niñas ya referidas anteriormente y sintetizadas en el capítulo 3. La infección intestinal y la desnutrición ocupan el tercero y cuarto lugar respectivamente, con una clara tendencia a bajar. Hace 20 años estas enfermedades estaban en los dos primeros lugares como causantes de la muerte de las niñas y niños menores de 5 años.

Las malformaciones congénitas aparecen como la única causa de muerte que no ha descendido en los últimos años, más bien se han incrementado. Varias son las explicaciones: acertados diagnósticos que permiten visibilizar enfermedades que antes se las colocaba en la categoría de *estados morbosos mal definidos*<sup>18</sup>, debido al incremento de pediatras y neonatólogos, así como de tecnología que facilita la precisión de dichos diagnósticos. Desde ese punto de vista, se podría afirmar que esta llegada de recursos humanos cada vez más calificados y el uso de la tecnología, son aspectos positivos de mejoramiento de los servicios de salud.

A diferencia de las causas de muerte, las niñas en sus primeros años ingresan a los hospitales porque se enferman de infecciones intestinales, neumonía, presentan anomalías congénitas, sufren fracturas y tienen desnutrición. Este listado en orden de prioridades es igual al de las causas de ingreso hospitalario de los niños. Llama la atención por ejemplo, que las fracturas ocupen el cuarto lugar como causa de ingreso, puesto que estaría reflejando riesgos permanentes de accidentes y limitaciones en el cuidado de los niños y las niñas por parte de un adulto responsable, e incluso la presencia de estas fracturas provocaría dudas sobre si fueron o no el producto de malos tratos por parte de sus cuidadores. Aunque no existen estudios que puedan fundamentar estos supuestos, es importante señalarlos como hallazgos en la discusión sobre la situación de salud y enfermedad de las niñas.

### **La salud de las niñas en edad escolar: los diferentes roles y causas de muerte**

Superada la fragilidad de los primeros años, las niñas, al igual que los niños de 6 a 12 años de edad, logran mantenerse estables y sanos, siendo difícil encontrar razones que los vulnera hasta provocar su muerte. El número total de fallecimientos en los y las niñas en edad escolar es ocho veces menor que en los primeros años. Las causas de muerte se modifican de manera notable con respecto a las de los primeros años. Las razones de muerte reflejan los comportamientos de

---

18 Estados morbosos mal definidos es una "categoría residual que incluye muertes que no tienen diagnóstico médico o que muestran errores o deficiencias en la certificación médica o en la codificación de las causas de defunción" (OPS, 1995 cit. en Velasco, 1997).

los niños y niñas, su creciente autonomía y dominio sobre su cuerpo, por tanto ya comienzan a evidenciarse las consecuencias de roles diferentes según su género: aparecen los accidentes de tránsito y las muertes por ahogamiento accidental entre las primeras causas de fallecimiento.

En 1997, el número de niños que murieron por accidentes de transporte fueron el doble que las niñas. Sin embargo, esta diferencia se acorta, en los últimos 6 años. Las diferencias señaladas tienen que ver con el hecho de que el porcentaje de niñas en el sistema escolar se incrementa y se iguala con respecto a los niños (ya lo veremos en la parte correspondiente), lo que obliga a que más niñas salgan del hogar y tengan que transportarse a las escuelas, con el consiguiente riesgo de accidentes. Estos cambios en el comportamiento de los perfiles de muerte de las niñas, no han sido motivo de diseño de políticas de salud que atiendan específicamente a estos hechos.

Tabla 5						
Evolución de las cinco causas de muerte más frecuente en niñas y niños de 6 a 11 años						
Causas de muerte	Niñas 1997	Niños 1997	Total	Niñas 2002	Niños 2002	Total
1. Accidentes de transporte	39	77	116	51	68	119
2. Neumonía	23	29	52	23	24	47
3. Leucemia	17	18	35	19	14	33
4. Ahogamiento accidental	8	21	29	6	25	31
5. Septicemia	5	16	21	12	13	25
Total 5 más frecuentes	92	161	253 (32%)	111	144	255 (34%)
Todas las otras 47 causas	171	260	431 (68%)	218	288	506 (66%)
Total muertes (todas las causas)	322 (41%)	471 (59%)	793 (100%)	329 (43%)	432 (57%)	761 (100%)
Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Vitales, 1997-2002. Elaboración: FOSE, 2004.						

La gran diferencia que existe entre el número de niños que fallecen por causa de ahogamiento y el de niñas, permite afirmar que las diferencias en el comportamiento en el uso del tiempo libre, previene a las niñas a morir por esta causa. Esto nos lleva a comprobar que si bien muchas actitudes en la sociedad han cambiado con respecto a los niños y niñas, las formas de educación diferenciadas en los estereotipos de lo que son los hombres y sus actividades y las mujeres y sus comportamientos, siguen siendo marcados en nuestra sociedad y esto se evidencia también en sus formas de enfermar y de morir. Las causas de enfermedad de los niños y niñas en edad escolar corroboran estas afirmaciones. Las tres primeras causas de egreso hospitalario son fracturas, traumatismos de todo tipo y en tercer lugar apendicitis. El doble de niños que de niñas ingresaron a los hospitales por las dos primeras causas. En el caso de la apendicitis, las diferencias entre hombres y mujeres se acortan al 6%.

Estas constataciones se ven reforzadas con la afirmación de Waldron (1984, cit. en Gómez, 1993: 41) que señala que la influencia de los factores genéticos pareciera secundaria en relación con componentes sociales tales como los roles de género aprendidos y las actitudes de los padres en el refuerzo de tales roles. Siendo así, las familias apelan a acciones de sobre protección a las mujeres que ejercen efectos positivos a su favor en el riesgo de morir o enfermar por causas evitables. Este comportamiento sesgado de otorgar mayor libertad de acción a los niños, en cambio, los desprotege e incrementa sus riesgos de muerte.

### **La salud de las adolescentes: enfermar y morir por ser mujer**

Es en la adolescencia cuando se observa con mayor claridad las diferencias biológicas entre hombres y mujeres pero sobreañadido a ello, los comportamientos sociales que se ligan a una y otra característica. Nos referimos a que en esta etapa de la vida de los niños y niñas, su crecimiento y cambio físico, el desarrollo de los caracteres sexuales diferenciales, van a modificar sus formas de comportamiento y sus interrelaciones y también sus causas de enfermedad y muerte.

Las diferencias biológicas colocan a las niñas en mayor riesgo de enfermar por causas relacionadas con el ejercicio de su sexualidad: enfermedades genitourinarias, aborto, complicaciones del parto e incluso el parto normal, que sin ser una enfermedad, es el principal motivo de ingreso de las adolescentes a las casas de salud. Del número total de ingresos, las causas ligadas con las especificaciones biológicas de las mujeres ocupan el 78% y estas diferencias tienen que ver directamente con las formas de ejercer su sexualidad, donde se encuentran diferencias substanciales con los comportamientos de los adolescentes.

En 1994, el 13% de las entrevistadas por la ENDEMAIN afirmó haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años. En 1999, la cifra asciende a 18%. Por otro lado, en la encuesta del 1994, el 45% de las adolescentes entre 15 y 17 años habían tenido su primera relación sexual. En la misma encuesta aplicada 4 años más tarde, la cifra se eleva al 49% (CEPAR, ENDEMAIN, 1994: 124 y 1999: 129). Esto prueba que los comportamientos sexuales de las mujeres adolescentes ecuatorianas están cambiando. El problema es que el servicio de salud, la familia y la escuela no están a tono con este cambio. Es decir, no están trabajando en la prevención de los riesgos que aparecen con un ejercicio de la sexualidad sin conocimientos.

El enfoque de la salud en la atención de las adolescentes, se centra en una idea de salud reproductiva, donde no se supera una definición estereotipada del riesgo de la mujer adolescente a inaugurarse como reproductora y morir o enfermarse en el intento. Esto significa que no se logra -en el servicio de salud y en la sociedad- entender la apropiación de su cuerpo por parte de la adolescente, y por tanto de su sexualidad y de su derecho al placer. En efecto, mientras la sociedad educa a los adolescentes hombres para encontrar placer en su sexualidad y el sistema de valores está dirigido a la aprobación y la esperanza del buen desempeño sexual de los jóvenes, en el caso de las adolescentes, se espera comportamientos totalmente opuestos, tales como entrada tardía a la vida sexual, una virginidad culpabilizada y la atención al qué dirán de los grupos a los que se pertenecen. Y en eso radica el riesgo de enfermar o morir por las diferencias sexuales. No en el ejercicio de su sexualidad, sino en la falta de orientación y acompañamiento por parte de los padres, los maestros y el servicio de salud de la necesidad de la joven adolescente de manejar su sexualidad de manera responsable y sin riesgos.

Otro aspecto que el cuadro señala son aquellas enfermedades en las que tanto hombres como mujeres adolescentes se enferman por igual. La apendicitis y las infecciones intestinales reflejan cifras similares en ambos casos. No sucede lo mismo con las fracturas como causa de ingreso a los hospitales. Nuevamente los comportamientos y los roles diferenciales se evidenciaron: 1 471 adolescentes hombres ingresaron por esta causa frente a 88 mujeres (FOSE, 2004). Respecto a la mortalidad de los y las adolescentes, se constata que mueren más niños y niñas de 12 a 18 años que en la edad escolar y en menos proporción que los niños y las niñas en sus 6 primeros años de vida. El número total de muertes en adolescentes en los últimos años, se mantiene sin mayores variaciones.

Las causas de muerte vuelven a diferenciar a hombres de mujeres. El suicidio fue la primera causa de muerte entre las adolescentes en el año 1997. Por esta causa 67 jóvenes mujeres murieron antes de cumplir 18 años. Para 2002, si bien la cifra disminuye a 54, no deja de ser la primera razón de defunción de las adolescentes mujeres. Los suicidios, a decir de la OPS, son la culminación de al-

teraciones y afecciones psiquiátricas, presiones intensas de adaptación, el abuso sexual y la toxicomanía (Henriquez-Mueller et al., 1993: 56). En 1998 la encuesta del SEVIP reportó que 23% de adolescentes mujeres entre 15 y 17 años afirmaban que consumían alcohol y 6% utilizaban drogas, sin que se encuentren diferencias con los adolescentes hombres (SIISE, versión 3.5)<sup>19</sup>. Aunque no encontramos investigaciones en las que se relacione drogadicción y alcoholismo con el suicidio en mujeres adolescentes, no es menos cierto que las cifras consignadas solo constituyen una aproximación a una realidad más dura. La peor forma de muerte de una adolescente es el suicidio y éste tiene un alto subregistro porque las familias no lo denuncian por el temor al rechazo social. La OPS afirma que “el suicidio esconde el sufrimiento personal de los y las adolescentes. Lo más grave aún es que por cada suicida hay por lo menos otros 40 que intentan hacerlo” (OPS, 1995, en EDNA, 2003: 133).

Los accidentes de tránsito ocupan el segundo lugar en las causas de muerte de las adolescentes. Aún las cifras no son tan altas como la de los hombres adolescentes. Estas diferencias señalan nuevamente cómo los comportamientos distintos traen consecuencias directas sobre los riesgos de muerte. En el caso de los adolescentes, parecería, por los datos de la tabla, que la conducta riesgosa es un patrón esperado por la sociedad para los jóvenes, a quienes se los presenta como audaces, decididos, fuertes, dinámicos, listos a asumir peligros. Son los resultados de una educación que comienza desde que nacen. Lastimosamente esta expectativa de la sociedad conlleva una falta de prevención hacia los jóvenes hombres que eleva la susceptibilidad para sufrir accidentes que pueden evitarse. A diferencia de lo que sucede con los adolescentes, “para las mujeres de 12 a 18 años el peor accidente es embarazarse” (Naranjo, 2003: 12).

La tabla alerta sobre el hecho de que los modelos culturales de lo que deben hacer los y las adolescentes, los roles que la sociedad espera que cumplan, se convierten en los riesgos que impactan de manera negativa sobre su propia vida. Si bien la violencia cobra más vidas en los adolescentes que en las niñas, debe preocupar el incremento de las muertes por agresiones externas u homicidios en las jóvenes, hecho que se constata en los últimos 6 años. Estas cifras podrían estar ligadas al maltrato y al abuso sexual, sin que existan al momento investigaciones que profundicen sobre esta relación.

---

19 La información proviene de la pregunta 198 de la primera encuesta nacional sobre el consumo de drogas a escolares realizada en 1998 por SEVIP – MEC.

<b>Tabla 6. Evolución de las cinco causas de muerte más frecuente en adolescentes de 12 a 18 años (en porcentajes)</b>						
5causas de muerte	Niñas 1997	Niños 1997	Total	Niñas 2002	Niños 2002	Total
1. Accidentes de transporte	31	93	124	39	89	128
2. Suicidio	67	29	96	54	27	81
3. Ahogamiento accidental	9	67	76	7	44	51
4. Agresiones	3	63	66	14	94	108
5. Leucemia	21	16	37	13	13	26
6. Neumonía	12	13	25	20	12	32
<b>Total 5 más frecuentes</b>	143	281	424 (36%)	147	279	426 (36%)
Todas las otras 47 causas	276	406	682	302	345	647
<b>Total muertes (todas las causas)</b>	458 (41%)	725 (59%)	1.183 (100%)	513 (43%)	666 (57%)	1.179 (100%)
Fuente: INEC, Anuario de Estadísticas Vitales, 1997-2002. Elaboración: FOSE, 2004.						

### *Embarazo precoz*

El embarazo precoz está asociado a la actitud general de las familias a no hablar de sexualidad a sus hijas e hijos y a confusas formas de educación sexual impartidas por los colegios. Este es un tema con múltiples lados y múltiples determinantes. Una mirada desde la demografía se encuentra en el ensayo de Pilar Egúez en esta publicación. Algunos expertos señalan que un porcentaje de embarazos precoces se produce por la propia decisión de las adolescentes, que escogen ser madres para cumplir rápidamente con el único rol que su entorno le ha asigna-



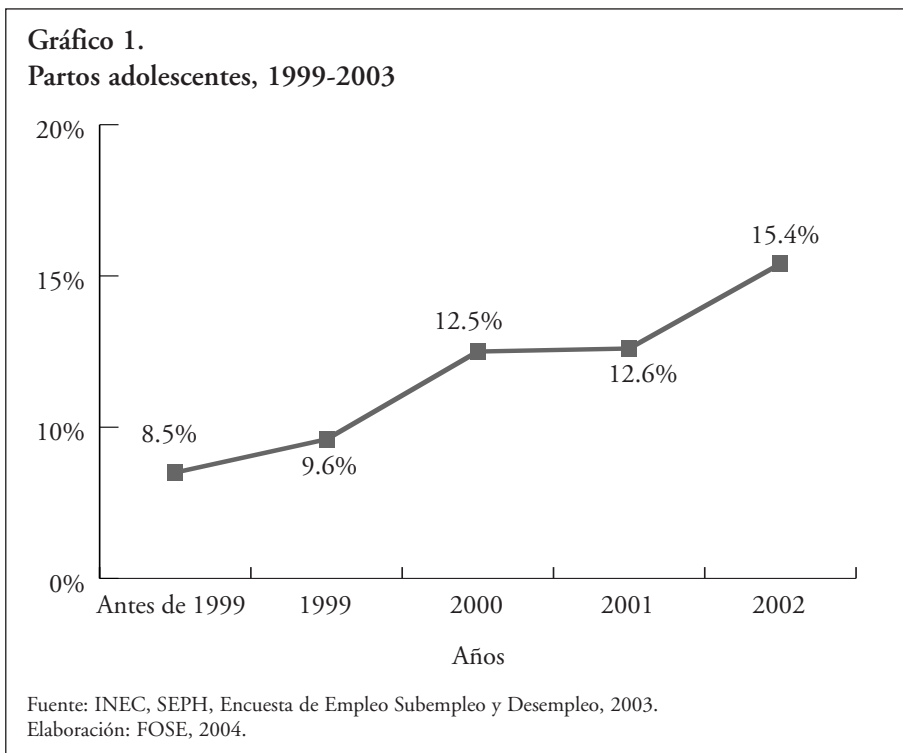
do, mirada asumida en este análisis. Nos interesa subrayar, sin embargo, sus riesgos para la salud de las adolescentes.

Los embarazos adolescentes afectan, sobre todo, a las jóvenes madres, amenazan su desarrollo psicosocial, sus proyectos vitales, las posibilidades de continuar estudiando y salir de la pobreza, así como la propensión a convertirse en madres con múltiples embarazos por el inicio precoz de los partos. A todo ello se debe añadir, los riesgos que el embarazo a edades tempranas y sin la posibilidad de atención profesional puede traer para su salud. Las niñas inician su vida reproductiva en condiciones de desventaja en relación a sus pares hombres. “La sociedad rechaza lo que la naturaleza ofrece”, dice el experto Jorge Naranjo, y añade que “las nuevas generaciones de mujeres se ven abocadas a evitar embarazarse -esto no ocurría con sus abuelas- para quienes esa era su tarea fundamental y a edades tempranas. Las mujeres tienen hoy expectativas educativas, de trabajo, de proyectos vitales, de migración, que promueven nuevas formas de percepción, organización y funcionamiento familiar, así como nuevos roles femeninos” (Naranjo, 2003: 4).

El embarazo en la adolescencia es especialmente difícil para las niñas. No solo por el rechazo familiar, o por los problemas relativos a sus proyectos vitales; sino por los riesgos sobre su salud. Estos riesgos biológicos tienen que ver con el acceso o no al control prenatal y al parto institucional. Se estima que tan solo el 22% de los partos de adolescentes son atendidos por el servicio de salud (Naranjo, 2003). En el área rural, el 26% de los partos de las menores de 19 años es atendido por personas no capacitadas, a diferencia de lo sucedido en las ciudades, donde este riesgo desciende al 5%. Esto demuestra, que por lo menos una cuarta parte de las adolescentes embarazadas estarían en situación de riesgo de muerte o de complicaciones en el parto, debido a que la cobertura de los servicios de salud hacia ellas es inferior al que tienen las mujeres en edad adulta. En efecto, las mujeres de 20 a 49 años tienen proporcionalmente menores riesgos: en el campo el 18% de ellas fueron atendidas por personal no capacitado y en las ciudades la cifra no pasó del 2% (SIISE, versión 3.5).

Pero ¿cuánto ha ascendido la frecuencia del parto en adolescentes en los últimos años? El gráfico 1 resume la evolución del parto desde 1999 hasta 2003. Nueve de cada cien partos eran de mujeres comprendidas entre 12 y 15 años en 1999; en 2003, la cifra se ha incrementado casi al doble: 15 de cada cien partos ocurridos en el país corresponden a adolescentes menores de 18 años. Es decir, que el embarazo adolescente creció en los últimos años. Esto se liga a los cambios de comportamiento de las adolescentes respecto a su cuerpo y al inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales. Cuando se indaga las causas del embarazo de adolescentes, una parte de la explicación está dada por la propia actitud de las familias a no colocar el tema de la sexualidad como parte de la edu-

cación y de la vida, situación que se replica también en la escuela. Esto se refleja en el desconocimiento sobre el uso adecuado de métodos de anticoncepción en las adolescentes: una quinta parte de las jóvenes de 17 años afirman no haber recibido educación sexual en sus colegios (SIISE, versión 3.5).



Como adelantamos, existen otras razones que explican este aumento en los embarazos: una buena proporción de adolescentes buscaron y desearon esos embarazos de manera consciente. “Muchas mujeres se embarazan porque perciben que la adquisición de este nuevo rol las califica como personas y las valida como mujeres (...) la mujer adquiere un nuevo status incluso para poder elaborar un proyecto de vida diferente, en medio de un marco social de carencias y de privaciones. Muchas adolescentes se embarazan para conseguir algo, una ganancia: forzar un matrimonio, probar su feminidad, su fertilidad, tener algo propio y dejar de estar sola, retener a su pareja, llamar la atención de sus padres” (Naranjo, 2003: 15)<sup>20</sup>.

20 Jorge Naranjo Pinto llega a estas conclusiones después de 18 años de trabajar en el tema de adolescencia de la Maternidad Isidro Ayora de Quito y de impulsar la creación del único Servicio de Atención Integral a las Adolescentes.

El embarazo adolescente aparece en la literatura como una circunstancia en la cual la mujer joven lo vive de manera solitaria e individual. En los análisis registrados sobre este tema, el gran ausente es el padre. Se debe recordar que este padre suele ser un adolescente de la misma edad que la madre-niña. Si bien no existen datos sobre la situación de estos adolescentes hombres, muchos de ellos, compañeros de las niñas menores de 18 años atendidas en el Servicio Integral de Atención a las Adolescentes de la Maternidad Isidro Ayora, tuvieron que transformar su vida por sus pequeños hijos y dejar de estudiar para ir a trabajar. Es necesario desarrollar en este caso también, investigaciones sobre el tema y los impactos en las emociones, actitudes y proyectos de vida de los adolescentes, derivados de la presencia prematura de hijos o hijas.

### **La educación de las niñas**

En esta sección examinamos nuestra aseveración previa que mientras las brechas en la educación entre niños y niñas se han cerrado, se ha dejado intocado las percepciones y los comportamientos de las familias, los y las maestras en cuanto a la equidad de género y derechos de las niñas. La superación de las desventajas de las mujeres en el acceso a la educación ha sido comprobada en varias publicaciones (Reed et al. 1997 STFS, 2003) y relativizada cuando se introducen en el análisis los efectos de la educación en la incorporación de las mujeres al mercado laboral (ver en este sentido los artículos sobre educación y empleo en esta publicación) así como algunas prácticas educativas, el objeto de esta sección.

### **Se cierran las brechas**

Las políticas educativas fueron exitosas en reducir las desventajas históricas que existían entre hombres y mujeres en el acceso a la educación en los últimos 10 años. Las madres y las abuelas de las niñas actuales no tuvieron las mismas oportunidades que ellas. Hace 20 años, el 34% de las mujeres del campo eran analfabetas, mientras que la cifra llegaba al 23% entre los hombres. En las ciudades, el 8% de las mujeres eran analfabetas, mientras que los hombres lo eran en una proporción del 4%. Hoy, el analfabetismo de las mujeres campesinas -aunque sigue alto- descendió al 18% y el de los hombres al 13%. En las ciudades, en 2001, el 4.5% de los hombres y 6% de las mujeres mayores de 15 años no sabe leer ni escribir (SIISE, versión 3.5). Pero no es solo a través del analfabetismo que se mide el acceso a la educación. Otro indicador de cobertura es la matrícula en los diversos niveles educativos, que también revela un cierre de las brechas de acce-

so entre hombres y mujeres. Así por ejemplo, mientras que en 1982 el 71% de las niñas de 6 a 14 años estaban registradas en la educación básica, esta cifra ha ascendido en 2001 al 85%, equiparándose a la matrícula de los hombres (SIISE, Índice No.3, 2003: 8).

Inclusive entre los niños y las niñas indígenas las brechas de acceso han disminuido, lo que no sucedía con las generaciones precedentes. El 76% de las niñas indígenas están en la educación básica (5 a 14 años), frente al 83% de las niñas negras y al 86% de las no indígenas. Estas cifras al compararse con sus equivalentes en los niños demuestran pequeñas diferencias. En efecto, el 79% de los niños indígenas están en la escuela, más que las niñas, el 81% de los niños afroecuatorianos, menos que las niñas y el 85% de los niños no indígenas, menos que las niñas (SIISE, Índice No.3, 2003: 8). Al relacionar la pobreza y su impacto en el acceso a la educación, se constata que no existen diferencias entre niños y niñas pobres. En ambos casos, 8 de cada 10 niños y niñas pobres están en la educación básica (Índice, No.3, 2003: 8).

UNICEF (2003) interpreta que la mayor atención a la educación de las niñas que se observa en gran cantidad de países durante la década de los noventa, se explica por una virtuosa conexión entre la Convención de los Derechos del Niño y las propuestas de Beijing. Estas plataformas se han dirigido de manera específica a atender las necesidades de las niñas, sobre todo, en el campo educativo y a defender sus derechos. En el Ecuador, sin embargo, los datos demuestran que el proceso de cierre de brechas en el acceso a la educación culmina a fines de la década de los noventa. En este sentido, resulta difícil imputar este logro a los compromisos internacionales y más bien parecen responder a iniciativas propias del Estado ecuatoriano. Creemos que hay dos razones que explicarían este logro. Por un lado, el discurso civilizador asociado a la imagen del viejo Estado modernizador coloca a la educación como un bien que el Estado sigue ofertando (Herrera, 2001: 84). Y, por otro lado, también está presente la vieja idea del progreso asumida y difundida por el liberalismo que encuentra en la educación un bien al que todos tienen que acceder y que se ha interiorizado en la población.

### **El primero de básica**

Siguiendo con la lógica de análisis planteada en este trabajo, observemos qué sucede con el Estado ecuatoriano y la oferta de la educación del primer año de básica para las niñas de 4 a 5 años de edad. El Código de la Niñez define como un derecho el acceso universal a este nivel del sistema educativo. Sin embargo, el 37% de los niños y las niñas ecuatorianas de 5 años no está en primero de bási-

ca. ¿Qué significa esto en términos del futuro de las niñas? Algunos estudios alertan sobre el hecho de que la educación pre-escolar es el inicio de la escalera educativa y es un entrenamiento para que las niñas sigan estudiando. Esto se debe a que gran parte de las niñas en los hogares pobres inician su participación en las tareas domésticas a muy temprana edad. Estas labores en la casa se convierten paulatinamente en una rutina y marcan el ritmo de su vida diaria. Desde pequeñas, se mantienen ocupadas gran parte del día y resulta difícil que la escuela pueda encajar en esta rutina (UNICEF, 2003: 9).

En la tabla 7 se observa que en los últimos 4 años el incremento del acceso al primer año de básica (preescolar) fue lento y confirma que seis de cada 10 niños y niñas en edades comprendidas entre 4 y 5 años no están en el sistema escolar. El problema es aún mayor en la Amazonía donde 7 de cada diez en esa edad no acceden a la escuela. Las conclusiones son claras: no hay atención de la política educativa hacia este grupo de niños y niñas, a pesar de los compromisos nacionales e internacionales y los riesgos de su no acceso a la educación. Estos datos prueban una debilidad del sistema educativo. El Contrato Social por la Educación ha iniciado una amplia campaña para lograr la universalización del acceso al primer año de la educación básica. El desafío del país es ampliar la cobertura actual.

<b>Tabla 7.</b>				
<b>Evolución de la tasa de no matrícula de niños y niñas de 4-5 años, 1999-2003</b>				
	<b>Tasa de no matrícula 4-5 años</b>			
<b>Región</b>	<b>1999-2000</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>
Costa	67.6	64.7	62.1	61.8
Sierra	60.7	60.1	59.2	58.2
Amazonía	78.3	77.5	78.5	76.5
<b>Sexo</b>	<b>1999-2000</b>	<b>2000-2001</b>	<b>2001-2002</b>	<b>2002-2003</b>
Hombres	65.6	64.0	62.4	61.7
Mujeres	64.8	63.0	61.4	60.8
<b>Total País</b>	<b>65.2</b>	<b>63.5</b>	<b>61.9</b>	<b>61.3</b>
Fuente: MEC, SINEC, 1999-2003. Elaboración: FOSE, 2004.				

### El riesgo mayor de las niñas adolescentes: la escuela expulsora

Los mayores riesgos de expulsión de los niños y niñas se encuentran en dos momentos: al finalizar la primaria (sexto grado) y al terminar los tres primeros años de la educación secundaria. En el período escolar 1998-1999, por ejemplo, el 26% de niños y el 29% de las niñas abandonaron sus estudios en sexto grado y no volvieron al primer curso de secundaria. En el período 2001-2003, se acentúan las diferencias de género en el abandono de los estudios: 26% de niñas no volvieron a la secundaria, frente al 22% de los niños (MEC, SINEC, 2003). La situación de los niños y las niñas es un poco diferente en las ciudades: 93% terminan la primaria, sin que existan diferencias entre hombres y mujeres. Sin embargo, para el campo la cifra disminuye al 87%, lo que evidencia que no existen diferencias entre los dos sexos (SIISE, versión 3.5).

La escuela proporciona a las niñas el acceso a la adquisición de conocimientos y de conciencia de sus propias posibilidades, aumenta la confianza en sí mismas y en su capacidad para entablar relaciones sociales y llegar a acuerdos con otras personas, posibilidades de ganar dinero y de protegerse contra la violencia y las enfermedades. En este sentido, la educación les abre a las niñas las puertas del mundo (UNICEF, 2003: 17-25) y por tanto, la deserción tiene mayores impactos negativos en ellas. Se afirma que incluso la trata de niñas y la explotación sexual pueden ser prevenidas a través de la escuela y lo que se aprende en ella. El acceso a la educación primaria y su culminación parecería ser aceptado en el imaginario de la sociedad, incluso por aquellos sectores más conservadores, los que se ubican sobre todo en la zona rural. UNICEF afirma que la escuela primaria para las niñas es ya un valor social aceptado por las familias. En el caso ecuatoriano, no se constató diferencias entre el acceso de las niñas y los niños en la zona rural. Sin embargo, cuando se pregunta por qué los niños y las niñas han dejado de estudiar, el 67% contesta que fue por razones económicas y las diferencias entre niños y niñas salta a la vista. En las ciudades, el 72% de las niñas fueron retiradas del sistema primario por problemas económicos, y el 62% de los niños. En el campo, la relación hombre/mujer es similar: el 72% de las niñas no fueron más a la escuela primaria por razones económicas y el 67% de los niños (SIISE versión 3.5). Por tanto, en la secundaria dos son los desafíos del sistema educativo: asegurar el porcentaje de niños y niñas que continúen sus estudios en el octavo grado (primer año de secundaria) y la retención en la educación secundaria al terminar el décimo grado de básica.

## Las percepciones familiares sobre el rol de las adolescentes

Las explicaciones para el abandono escolar, luego de finalizada la primaria por parte de las niñas, no solo están ligadas a su incorporación al trabajo, sino también a otros factores referidos a creencias populares, a prácticas y actitudes culturales, que esperan de los géneros papeles diferentes según el ciclo vital. La secundaria para las niñas no es un valor social aceptado por todas las familias. Comentarios como “cuesta dinero mantenerlas en la educación y luego se casan” o que “la escuela no enseña lo que se necesita para la vida”, o incluso que siendo adolescentes, los peligros de acoso sexual u otras formas de violencia se agudizan, sobre todo si los trayectos a la escuela son largos y peligrosos dan cuenta de la ambigua percepción sobre la educación secundaria mantienen ciertos grupos poblacionales. El imaginario popular difícilmente asigna otro futuro para las niñas que no sea el de cuidadoras del hogar, no se perfila un trabajo remunerado porque la oferta en el mercado laboral es restringida<sup>21</sup>.

Las transformaciones esperadas en el imaginario de la sociedad respecto a los roles de hombres y mujeres, que deberían haber sido logrados por una educación integral, no se dieron. El cambio en la conducta, definición de lo que se espera de los procesos educativos vistos desde el punto de vista de la formación en valores, que se evidencia en actitudes y aptitudes, generados en los espacios escolares, familiares, comunitarios, institucionales y comunicacionales, revelan otro tipo de brecha más profunda y más difícil de saldar. La educación, como herramienta del cambio de la percepción de los roles femenino y masculino, no ha logrado resolver el desafío planteado en Beijing: eliminar la discriminación de género.

En efecto, las actitudes que la sociedad mantiene en sus formas de crianza a las niñas y en la asignación de roles que perpetúan diferencias se incuban en las percepciones de los adultos y se expresan en las interrelaciones de los niños con las niñas. Este ámbito del problema es muy difícil de cuantificar, aunque hay encuestas que indagan las percepciones de mujeres adultas y niños, respecto a las niñas. En 1994, por ejemplo, la encuesta “Mi opinión sí cuenta”, desarrollada por Defensa de los Niños Internacional (DNI), preguntó si las mujeres y los hombres tenían los mismos derechos. El 70% de los niños y las niñas de 6 a 17 años encuestadas, contestó afirmativamente. Ocho años más tarde, la misma encuesta indagó lo mismo y un 71% confirmó la idea de igualdad de derechos. Lo más curioso es que estas respuestas fueron más favorables a la igualdad de derechos en los estratos medios (76%) que en los estratos altos (69%) y populares (67%). En la misma encuesta se hizo una pregunta aún más directa sobre el te-

---

21 El porcentaje de niñas trabajadoras remuneradas es menor que el de los niños de las mismas edades como se observa en las siguientes páginas de este artículo.

ma de la igualdad: se indagó si los niños y niñas creían que los hombres y mujeres eran iguales, el 39% contestó que no. En Quito, y en el área urbana del país, las cifras disminuían, al 33% y al 38%, respectivamente. Tres de cada diez niñas y cuatro de cada diez hombres no creían en la igualdad entre hombres y mujeres. En la Costa del país, Guayaquil y en el área rural, las cifras ascendían al 45% (SIISE, versión 3.5 citando a “Mi opinión sí cuenta”, (1994). En la encuesta señalada, solo la mitad de los niños y las niñas en edades menores a 10 años creían en la igualdad de sexos. Estas cifras se elevaban a medida que los niños y niñas tenían más edad. En el grupo de 11 a 17 años la creencia en la igualdad de género fluctuaba entre 7 y 8 de cada diez niños y niñas (SIISE versión 3.5).

Los criterios de crianza al interior de las familias sobre roles y desafíos entre géneros han sido poco documentados a nivel nacional. Por eso es importante, todo intento por cuantificar el problema a través de encuestas que puedan ayudar a visibilizar su magnitud. En el recuadro 4, los datos que provienen de la ENDEMAIN de 1999, señalan que, efectivamente, una buena parte de mujeres, independiente de su nivel escolar, establece preferencias entre sus hijos hombres y sus hijas.

**Recuadro 4.**

**Percepciones de la sociedad sobre las niñas**

La ENDEMAIN de 1999, incluyó algunas preguntas dirigidas a mujeres entre 15 a 45 años, en las que se les averiguó su opinión sobre si los hijos hombres deben tener mejores oportunidades que las hijas mujeres. El 13% de las entrevistadas, que correspondía a 14 300 mujeres, contestaron afirmativamente. La gran mayoría de las mujeres que respondieron de esta manera, provenían de la región Amazónica (22%) y de la Sierra (17%). Parecería que estas posiciones de preferencia hacia los hijos hombres, provendrían de mujeres sin educación, pero no es así. Si bien el 31% estaban en esta situación, el 21% habían terminado la primaria, y lo que es más increíble es que el 11% tenían secundaria completa y educación superior. El 28% de las mujeres que pensaban de esta manera eran agricultoras, pero el 5% eran profesionales y ocupaban cargos de dirección y administración. El 70% tenían más de cuatro hijos y solo el 10% no había tenido niños.

Fuente: CEPAR, ENDEMAIN, 1999.



Cuando se trata de educación, la mirada está dirigida a la escolaridad, mas no al cambio de conducta y percepción que se esperaría sean el resultado de procesos de interiorización y formación. En términos de re-educación de la sociedad para eliminar la exclusión de género, resta mucho por hacer. En definitiva, las niñas sí acceden más a la escuela, pero las condiciones del proceso educativo, lo que sucede al interior del aula, lo que acontece en los hogares, no ha sufrido el mismo avance que la escolaridad.

**La educación de las niñas en los primeros años:  
¿Es acaso esto una tarea exclusiva de las madres?**

Cuando se habla de educación, no sólo se debe observar los efectos de las políticas públicas en el acceso a la escolaridad básica, sino que es importante mirar integralmente a niñas y niños desde su temprana educación y socialización. En este caso, no nos referimos al sistema escolarizado, sino al desarrollo temprano de sus potencialidades sociales, intelectuales y psicomotoras. Las posibilidades de pertenecer a un hogar donde los padres conozcan las formas de estimulación a su desarrollo psicomotriz, intelectual, social y afectivo colocan en ventaja a ciertos niñas y a los niños. Se asume que la experiencia del hogar debe ser complementada con el acceso a un centro de cuidado integral infantil donde se continúe con esta estimulación a su desarrollo y se eduque a sus padres sobre las formas de potencializarlo. Estas son las condiciones ideales que deben ser aseguradas por el Estado y la sociedad, de acuerdo a los compromisos del país con la Convención de los Derechos del Niño y con el Código de la Niñez y Adolescencia para promover el desarrollo de niños y niñas.

Los niños y las niñas menores de 5 años pasan la mayor parte del tiempo con sus madres (70%) y muy poco con sus padres (7%). Por otro lado, solo el 3% de estos niños y niñas están la mayor parte del tiempo en centros de cuidado diario o en guarderías. La tabla 8 grafica estas cifras y proporciona información adicional sobre otros cuidadores. Por ejemplo, señala que en el segundo lugar se ubican sus tíos y sus abuelos como cuidadores de los y las pequeñas. La crianza de los hijos y de las hijas es, como se suponía, tarea que recae sobre las madres y no sobre los padres, ni siquiera se asemejan los porcentajes de cuidado dado a los niños y niñas por parte de los progenitores. En esta tarea los padres participan diez veces menos.

Persona o entidad que cuida más tiempo a los y las niñas	Niños	Niñas	Total
Madre	70%	70%	70%
Padre	7%	7%	7%
Abuelos/ tíos	14%	14%	14%
Otros familiares	5%	4%	5%
Empleada-niñera	2%	2%	2%
Guardería o centro de cuidado diario	3%	3%	3%

Fuente: INEC, EMEDINHO, 2000. Elaboración: FOSE, 2004.

A pesar de que el trabajo femenino adulto se ha incrementado, entre 1994 y 1999, la población económicamente activa femenina aumentó de 39% al 41%, el porcentaje de niños y niñas que son atendidos —durante la mayor parte del día— por centros de cuidado diario continúa siendo bajo, a pesar de que el Programa Nuestros Niños amplió la oferta de servicios del 8% a 14% (PNN, 2004). Esto significa que las madres trabajadoras prefieren dejar a sus hijos e hijas al cuidado de otros familiares en lugar de acceder a los centros de cuidado diario. Es probable que en esta decisión influyan tanto percepciones de tipo cultural (i.e. los niños y las niñas deben permanecer en su hogar cuando son pequeños) como problemas de tipo económico o de accesibilidad geográfica a los centros de atención. Respecto a las actividades compartidas por las parejas para el cuidado de los niños y niñas en el hogar, la ENDEMAIN, encontró que el 43% de las encuestadas no contaba con este apoyo por parte de su pareja (ENDEMAIN 1999: 192). No se encuentran diferencias significativas en el cuidado de niños o niñas; el comportamiento de las familias es igual en ambos casos.

La falta de acceso a la atención calificada y de calidad en centros de cuidado diario es un vacío para el desarrollo de los niños y las niñas. Los padres y las madres no han sido preparados para desempeñarse como tales y aprovechar al máximo las oportunidades de desarrollar a sus niños y niñas. Las madres y padres analfabetos se convierten en verdaderos riesgos no solo para la sobrevivencia sino para el desarrollo de los niños y las niñas en los primeros años. Dos acciones se esperan del Estado para mejorar esta situación y ofertar calidad de cuidado a los niños y las niñas menores de 4 años: la oferta masiva de escuelas para padres y/o la ampliación de cobertura y tiempo de estadía de los niños y las niñas en los centros de cuidado diario que certifiquen su calidad.

### **Aprendiendo a perpetuar el rol: tiempo compartido con los padres y las madres**

En el año 2000, la EMEDINHO y en 2004, la ENEMDU en su módulo sobre la niñez y adolescencia averiguó sobre qué hacen los niños y las niñas en el tiempo compartido con ambos padres. El hallazgo más importante se refiere a las diferencias de género en cuanto a la interacción de los niños y niñas con sus padres y madres y permite entender cómo se perpetúa el rol e imágenes de las mujeres en su relación con sus hijos.

La primera actividad que las niñas comparten con sus madres es dialogar y conversar: el 41% de las niñas encuestadas así lo afirmó. Para el 38% de las niñas, la segunda actividad compartida son las labores domésticas y la tercera actividad, con un 35%, es ver televisión y películas. Los niños, en cambio, en primer lugar dialogan con sus madres, 43%, en segundo lugar ven televisión o películas, 38%, y en tercer lugar un 26% comparten labores domésticas. Al hacer la misma pregunta -teniendo como protagonista al padre- solo el 8% compartía labores domésticas con él. La primera actividad que los niños y niñas hacían con sus padres era ver TV o películas y hacer deportes 29% en ambos sexos.

La gran mayoría de respuestas apuntaban a documentar, una vez más, las diferencias de roles entre los padres y las madres y las responsabilidades mayores de estas últimas en el cuidado e interrelación con sus hijos e hijas. Mientras un alto porcentaje de niños y niñas, 33%, afirmaban que no hacían ninguna actividad con sus padres, solo el 16% no hacía nada con sus madres. Las madres con sus hijos juegan y hacen deportes (18%), ven películas (37%), salen de compras (24%), participan de las tareas de la escuela o colegio (23%) y comparten sus actividades laborales con sus hijos (7%). La relación de las madres con las hijas en los aspectos antes descritos no refleja grandes diferencias con los hijos.

Sin embargo, hay una dimensión que no se señala: el aprendizaje del rol de mujer que las niñas están adoptando en los hogares. Esta descripción del tiempo compartido por los niños y las niñas con sus padres reitera en los y las niñas la imagen de las madres como responsables prioritarias del cuidado de sus hijos. Compartir tareas domésticas, que solo hacen las madres y muy poco los padres, participar de las tareas escolares de los hijos y las hijas, elementos que perpetúan un rol que la sociedad históricamente asignó a las mujeres.

**Recuadro 5.**

**¿Qué hacen en el tiempo compartido con sus madres los niños y niñas ecuatorianos?**

- En la Sierra rural indígena, la actividad más compartida con los niños y niñas con sus madres es realizar labores domésticas.
- Quito, es la ciudad, donde los niños y niñas comparten el mayor porcentaje de tiempo en jugar y hacer deportes con sus madres (28%).
- La Costa urbana es la región donde la actividad más compartida con sus madres es ver TV o películas (51%).
- En la ciudad de Guayaquil es donde los niños y niñas salen más a hacer compras o pasear con sus madres (35%).
- En Cuenca es la ciudad del país en donde los niños y las niñas dialogan más con sus madres (47%) y hacen con ellas las tareas de la escuela y el colegio (30%).
- En la población indígena de todo el país, los niños y las niñas comparten actividades laborales con sus madres en mayor proporción que en todo el país (18%).

Fuente: INEC, SEPH, ENEMDU, 2004. Elaboración: FOSE, 2004.

## **Trabajo infantil, maltrato y explotación sexual**

### **¿A dónde van las niñas que dejan sus estudios?**

La pregunta es pertinente, para indagar qué hacen el 32% de adolescentes entre 12 y 17 años que abandonan la secundaria, y ese otro 26% que a los 12 años dejó sus estudios y no siguió la secundaria. En cifras totales la pregunta va dirigida a aproximadamente 300.000 niñas ecuatorianas que abandonaron el sistema escolar. Las diferencias de estas cifras con los niños que abandonan la escuela en la secundaria no son grandes. En efecto, el 33% de los adolescentes hombres dejan la secundaria y el 22% terminó la primaria y no continuó sus estudios. Los hombres adolescentes aducían como causa de la inasistencia a clases, el trabajo en el campo, con mayor frecuencia que las mujeres: en 30% en el caso de los hombres y de 11% en el de las niñas (INEC, ECV, 1995; STFS-UNIFEM, 1998: 52).

Una hipótesis es que estas niñas y niños en su gran mayoría van a trabajar. La definición de trabajo infantil tiene diferente connotación según éste sea urbano o rural. En el caso del trabajo rural, muchas veces la incorporación gradual de los niños al trabajo es aceptada como parte de prácticas culturales, sobre todo en las zonas de población indígena. Pero el trabajo infantil tiene como causa el desempleo, el subempleo, los ingresos precarios y la desigual distribución de bienes. El trabajo infantil es una contribución complementaria al ingreso familiar y se expresa en el desempeño de tareas necesarias a la sobrevivencia de núcleos familiares que funcionan como una unidad de producción (Gajardo y De Andraca, 1988: 41-71). En el Ecuador, el 52% de los niños y las niñas trabajadoras de 5 a 17 años ayudan al ingreso familiar. Sin embargo, el 29% de los niños y niñas afirmaron que son obligados a trabajar. Esta cifra en el campo sube al 37% y desciende al 13% en las ciudades (SIISE, versión 3.5).

El trabajo de los niños y las niñas es nocivo si se hace en desmedro de la educación y del desarrollo intelectual. Por el contrario, si éste es incorporado como forma de aprendizaje, supervisado y dirigido por los padres, es parte de una noción de educación y formación. Sin embargo, es la participación sostenida, permanente y cotidiana de los niños en el trabajo lo que reducirá su potencial educativo, porque obligará al niño a compartir trabajo y estudio, asignándoles una doble carga de actividades, que mermarán su tiempo de distracción, ocio o juego, negativo para su desarrollo, o lo que es peor, el trabajo reemplazará la asistencia a la escuela, lo que impactará de manera negativa en su futuro y en la posibilidad de salir de la pobreza.

Según una encuesta de empleo de 2001, los niños y niñas ecuatorianas trabajadoras tienen una jornada de trabajo de cinco horas diarias en promedio, tanto en el campo como en las ciudades; laboran cinco días a la semana y utilizan nueve horas para realizar sus tareas escolares (SIISE, versión 3.5). Otro aspecto que debe ser destacado es la asignación de responsabilidades según sexo y edad. Las actividades domésticas son entregadas mayoritariamente a las niñas y las actividades sujetas a la producción, a los niños, y esta división del trabajo, provoca —en el caso de los niños— una percepción valorada de su propio sexo. “Las niñas asumen una parte desproporcionada del total de las tareas domésticas, que contribuye a internalizar la tipificación masculina/femenina de las funciones de los adultos” (Gajardo y De Andraca, 1988: 60), siendo éste, en definitiva, el trabajo, doméstico, no remunerado.

Buena parte de este total de niñas que no sabemos a dónde fue y que suponemos trabaja, labora en tareas domésticas sin remuneración, razón por la cual no aparece en las estadísticas registradas como trabajo si no que se oculta bajo la definición de que “no trabajo ni estudian”. Estas tareas domésticas incluyen “el

acarreo del agua y de la leña, cuidado de aves de corral, pastoreo, manutención de las chacras, huertos familiares y otros similares que se vinculan a los procesos de producción agrícola. Aseo, lavado y cuidado de los hermanos menores cuando la madre se ausenta de la casa” (Gajardo y de Andraca, 1988:60). Y además, preparación de la comida para toda la familia. Las siguientes cifras parecen corroborar el trabajo doméstico invisible de las niñas:

- En las estadísticas se registra que más niños que niñas trabajan: cerca de 100 mil mujeres frente a más de 200 mil hombres.
- Hay mayor número de niñas trabajando en el campo que en las ciudades: casi más de 10 mil niñas laboran en el área rural que en la urbana.
- Hay un grupo importante de niños y niñas que no trabajan ni estudian. Según el censo de 2001, más de 200 mil niñas tenían esta condición. De ellas, más de la mitad estaba en el campo (SIISE, versión 3.5).

Estas cifras sugieren que las 300 mil niñas que salen del sistema escolar van a trabajar. De este total, una de cada dos está en el trabajo doméstico sin remuneración. La siguiente descripción sobre las niñas indígenas ecuatorianas apoya la hipótesis del trabajo doméstico de las mujeres de 12 años en adelante: “El comportamiento, sobre todo en el caso de las niñas que antes eran alegres y despreocupadas, se vuelve más responsable y severo. Al estar más cerca de las madres, la mayoría de las tareas domésticas auxiliares recaen sobre ellas, aunque las madres también suelen pedir ayuda a sus hijos hombres. Pero son principalmente las niñas que acompañan a sus madres en el trabajo doméstico. Son las que cuidan a sus hermanos/as menores y a veces aprenden a hilar y tejer. Es preocupante el elevado número de alumnas que simplemente repiten los diversos grados hasta cumplir la edad de dejar la escuela, si no desertan antes. Un factor que explica el fracaso escolar, adicional al de su sobrecarga de trabajo y la preferencia por mandar a la escuela sólo al hijo varón en caso de pobreza, puede ser la mayor dificultad que ellas tienen en la captación del castellano y en su adaptación a la otra cultura. Sus experiencias adquiridas no tienen validez y la confianza de sentirse como miembro de su grupo cultural desaparece. En ocasiones, la instrucción escolar para la muchacha, más que un proceso educativo, constituye un retroceso psíquico que se traduce en un complejo de inferioridad en cuanto a su calidad de mujer y su propia cultura frente a la sociedad nacional” (Poeschel-Renz, 2003: 7).

Parecería, entonces, que las niñas indígenas serranas son las que se encuentran en una situación de mayor exclusión al ser ellas las que realizan sobre todo

las tareas domésticas del hogar. Al analizar las cifras<sup>22</sup> diferenciadas de niños y niñas que no trabajan ni estudian en la zona rural de todo el país hemos hallado datos importantes que corroboran la hipótesis planteada:

- En todas las provincias del país en el área rural se ha encontrado que el número de niñas que no trabajan ni estudia frente a los niños que se encuentran en esta situación, es el doble, el cuádruplo y hasta ocho veces más.
- Estas diferencias tan grandes con respecto a los niños se da en las edades comprendidas entre los 14 a 17 años en las tres regiones, independientemente que se traten de niñas indígenas o afroecuatorianas.
- En el grupo de niñas de 12 a 13 años, el doble de mujeres que el de hombres se encuentra en esta situación.
- La provincia con la mayor diferencia de niñas que no trabajan ni estudian frente a los niños en la misma condición, en el sector rural, es Zamora Chinchipe (ocho veces más). Las provincias con *solo* el doble de diferencia son Esmeraldas y Pastaza.
- Se podría argumentar también que en este grupo que no trabaja ni estudia, están aquellos niños y niñas discapacitados que están en el hogar. El porcentaje nacional de discapacidad es del 13% para toda la población (CONAMU, 2004: 29) y el porcentaje de niños y niñas que no trabajan ni estudian, sobre el total de la población menor de 18 años es del 33% (SIISE, versión 3.5).
- Las niñas y adolescentes entre 10 y 17 años que se ocupan en el trabajo doméstico remunerado en tres ciudades: Quito, Guayaquil y Machala llegan a más de 6 mil frente a 85 niños, lo que también corrobora nuestras afirmaciones (Sandoval, 2002: 30).

Las diferencias entre la edad de inicio del trabajo infantil entre niños y niñas, encuentra variaciones en los primeros años y en el trecho de edad de 15 a 19 años. En estas franjas de edad se observa que mayor número de niños trabaja en edades tempranas como son 5 a 9 años, y lo mismo ocurre entre las y los adolescentes de

---

22 Sería importante profundizar en los datos encontrados y complementar el hallazgo con investigaciones cualitativas en las diferentes provincias, así como recomendar al sistema estadístico del país que al tomar los datos sobre trabajo infantil, profundice sobre qué significa no trabajar ni estudiar y en su lugar registrar qué hacen efectivamente los niños y las niñas para evidenciar explícitamente el trabajo doméstico no remunerado.

**Recuadro 6.**

**Edad de inicio del trabajo en las niñas**

- 17% tenían entre 5 a 9 años (23% de los niños).
- 55% entre 10 a 14 años (55% niños).
- 36% entre 15 a 19 años (34% niños).

Fuente: SIISE, versión 3.5.

15 a 19 años. Llama la atención que la mitad de los niños y las niñas encuestadas, afirmaron haber iniciado su labor como trabajadores en edades comprendidas entre 10 y 14 años. El Código de la Niñez ha establecido, desde el año 2003, que es prohibido trabajar cuando no se ha cumplido los 15 años, e incluso a esta edad, si el trabajo impediría estudiar, se convierte en una violación al derecho consignado en el Código. De acuerdo con esta tabla, esta normativa que si bien comenzó a operar 8 años más tarde que la fecha cuando se hizo la Encuesta de la cual provienen los datos, no ha podido ser erradicada de la vida de las niñas y los niños.

En conclusión, el trabajo infantil amenaza más a los niños que a las niñas. Sin embargo, las mujeres menores de 18 años, se ocupan prioritariamente del trabajo doméstico silencioso invisible, así como del remunerado y explícito, lo hacen los hombres. No obstante, muchas veces dentro de este trabajo que las niñas tienen y que se registra dentro del porcentaje de niñas que no estudian ni trabajan bien puede ocultarse la explotación sexual, tema que solo a partir de la Encuesta de la OIT de 2002 ha podido comenzar a dimensionarse y a la que haremos referencia en el acápite final.

## **El maltrato**

Como ya mencionamos durante 3 años consecutivos en los que el Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia ha medido el índice de cumplimiento de los derechos de los niños y niñas en edad escolar, ha obtenido notas que no superan los 4 puntos sobre diez. Una de las causas de este bajo cumplimiento se debe a que el indicador de maltrato, que es parte del índice, no ha sufrido un cambio importante en los últimos años, a diferencia de otros indicadores que obtuvieron mejorías (i.e. educación). Se asume una definición amplia de maltrato similar a la del Código de la Niñez y Adolescencia, que abarca el maltrato físico, psicológico y el abuso sexual.



<b>Tabla 9</b>		
<b>Maltrato físico en niños y niñas ecuatorianas ocasionado por sus padres</b>		
<b>Sexo</b>	<b>2000</b>	<b>2004</b>
<b>Hombres</b>	53%	54%
<b>Mujeres</b>	49%	51%
<b>Total</b>	51%	52%

Fuentes: INEC, EMEDINHO, 2000; SPEH, ENEMDU, 2004.  
Elaboración: FOSE, 2004.

Como se aprecia en la tabla 9, en los últimos 4 años el maltrato físico a los niños y las niñas no ha disminuido, sino que más bien tiende a elevarse. Si bien las niñas sufren menos maltrato que los niños, esta diferencia no es significativa. Los niños y las niñas refieren que los padres utilizan una serie de instrumentos “para corregirlos” que van desde el uso de fuetes, alambres, baños en agua fría, privación de la alimentación, sacarlos fuera de la casa durante la noche e impedir su ingreso a la casa, hasta golpes con la mano, jalones de pelo, orejas, y uso de fuego.

El maltrato a los niños y las niñas no es una actitud de determinado estrato de la población, está extendido como una forma cultural que atraviesa toda la población, y que llega a la escuela, a los buses, a la calle. El maltrato no es exclusivo de los adultos hacia los niños y niñas, es también generado por los propios compañeros de clase. La práctica del maltrato está tan enraizada en la población, que hay varios padres de familia que afirman que es la única forma de “educar”, ya que el diálogo o los consejos de los psicólogos sobre el buen trato son menos eficaces en términos de conseguir cambios conductuales en el menor tiempo posible.

La persistencia del maltrato hacia los niños y las niñas retrata una sociedad donde la violencia es una práctica aceptada para conseguir resultados. Siendo así, el maltrato aquí referido es solo una cara –la que sufren los niños y niñas directamente– de la violencia doméstica. En talleres vivenciales efectuados por el Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia en noviembre de 2004, el círculo del maltrato referido por los propios adultos hombres, comenzaba cuando ellos de niños defendían a sus madres de los golpes de sus padres, y éstos los acusaban de ponerse a favor de las madres y no de ellos. Estos niños siendo adultos, en gran parte, replican el comportamiento aprendido y se convierten en agresores a mujeres y en maltratadores de niños y niñas.

Juan Samaniego encontró una relación directa entre el maltrato físico de los padres y la interrupción de la educación. La relación se da porque asegurar la

permanencia de los niños y niñas en el sistema escolar requiere de espacios familiares caracterizados por el respeto, el apoyo y protección a los niños y niñas. En la medida que ellos se sienten queridos, respetados y valorados por sus padres, la configuración de sus proyectos de vida toma forma y se potencia su permanencia en el sistema escolar. Se requiere de nuevas comprensiones de la relación entre escuela y familia, que demanda de las instituciones educativas un enfoque de educación que va más allá del aula y que sitúa el aprendizaje en distintos contextos y durante toda la vida (2003: 7- 8).

Esta dimensión del maltrato que toca las puertas de la escuela se complementa cuando se analiza qué hacen los profesores cuando una niña comete una falta o incumple un deber. El 46% llama a su representante, en segundo lugar, con 37%, les bajan notas y apenas 22% deciden dialogar y conversar con ellas. Todavía un 15% recurren al maltrato físico y verbal como prueba de poder y autoridad en una relación desigual<sup>23</sup>. Sin embargo, la peor forma de maltrato a las niñas es el acoso, el abuso y la explotación sexual que se produce en los hogares, en las escuelas y en los lugares por donde ellas transitan.

### **La explotación sexual: las peores formas de maltrato y trabajo infantil de las niñas**

Nunca antes se había podido dimensionar cuán grave es el problema de la explotación sexual comercial de niñas y adolescentes en el Ecuador. Sólo a partir del estudio de Mariana Sandoval Laverde sobre la explotación sexual comercial de las niñas se pudo dimensionar esta problemática. Se encontró que 2 de cada diez trabajadoras sexuales de Quito, Guayaquil y Machala eran niñas de 10 a 18 años.

La principal causa para la vinculación de las niñas y adolescentes a la explotación sexual es el maltrato familiar y el abuso sexual: el 38% de estas niñas antes de iniciarse en la explotación sexual comercial fue víctima de abuso sexual por parte de enamorados, maridos, amigos, patrones, padrastros, padres o hermanos. Al contar este problema a sus familiares, el 89% no recibió ayuda de nadie. Otra de las causas para su vinculación fue la situación económica mala o regular de sus familias. El 52% de las niñas afirmó que la razón para trabajar en la explotación sexual fue la necesidad de ayuda al ingreso del hogar y el 43% dijo que fue para lograr su independencia económica.

Un rápido perfil de la vida de estas niñas y adolescentes describe que el ingreso mensual que obtienen por esta actividad en el 28% de los casos sobrepasa los 1 000 dólares. El 32% gana un promedio de 500 a 800 dólares mensuales. El 70% de las niñas tiene más de 61 horas semanales de explotación. El 42% refiere que fue maltratada alguna vez por su pareja actual, siendo el maltrato sexual

el más frecuente. El 5% tiene alguna enfermedad de transmisión sexual, lo que aumenta su riesgo de contaminación por VIH-SIDA. El 85% de las niñas se sienten mal, con vergüenza, tristes y cansadas por este tipo de vida (Sandoval, 2002: 130).

¿Qué hace el Estado ecuatoriano y la sociedad ante esta situación? El estudio concluye que el Estado no hace nada ante esta situación. Por ejemplo, estas niñas y adolescentes no tienen acceso al cuidado de su salud ya que las unidades del MSP no atienden a prostitutas de esa edad (Sandoval, 2002: 3). Por otra parte, no existen políticas ni programas dirigidos a la erradicación de la explotación sexual, ni presupuesto para sostenerlos. A esto se añade que hay vacíos en el Código Penal para castigar la explotación sexual. Este panorama brutal lleva a concluir que este es el grupo de niñas en el mayor riesgo de violación de sus derechos y de abandono del Estado y la sociedad.

## Conclusiones

A continuación recapitulamos las principales conclusiones esbozadas a lo largo de este ensayo y, posteriormente, hacemos un señalamiento de los desafíos que se imponen para mejorar la vida de las niñas y adolescentes del país.

- A nivel de las políticas, si bien Beijing destaca esencialmente el derecho a la equidad de género, planteamiento que encuentra eco en las leyes nacionales a favor de la niñez y adolescencia emitidas en la última década, el enfoque de derechos contenido en estas leyes no se ha trasladado a las políticas públicas, programas, servicios y financiamiento ofertados.
- Las brechas de género en el acceso al sistema educativo primario entre niñas y niños, se cerraron y se consolidaron, a favor de las mujeres. En la secundaria, tampoco se encontraron diferencias entre adolescentes hombres o mujeres. El abandono del colegio se presenta en igual proporción entre hombres y mujeres. Sin embargo, las mujeres en el campo, en especial las indígenas, mantienen significativos niveles de exclusión del sistema educativo.
- En la salud, si bien se observaron mejorías en las tasas y causas de mortalidad de las niñas menores de 6 años y en las de edad escolar, es posible ya alertar sobre incrementos en el número de muertes de adolescentes mujeres por suicidio y accidentes de tránsito. Los ingresos hospitalarios debidos a enfermedades del aparato genito-urinario también se elevaron entre la población femenina menor de 18 años, al igual que el embarazo precoz.

- La desnutrición, a nivel nacional, operó descensos sostenidos en los últimos 4 años, sin embargo, las niñas del campo continúan padeciendo en mayor proporción que los niños, esta enfermedad, y su situación no ha mejorado si se compara con lo sucedido 10 años atrás.
- Más niños que niñas trabajan, pero a diferencia de los hombres que se vinculan al trabajo productivo, hay un porcentaje considerable de niñas que dejan de estudiar para trabajar como domésticas no remuneradas. Por tanto, no se ha podido eliminar la explotación económica de la cual son objeto, como lo planteó Beijing.
- Respecto a la eliminación de la violencia que se ejerce contra las niñas, ésta se ha incrementado. La explotación sexual comercial como forma de violencia es un ejemplo —por primera vez cuantificado— de la situación dantesca en la que están viviendo una buena proporción de las niñas en nuestro país. La ausencia de políticas públicas, planes, programas y una legislación dura que castigue la explotación sexual alerta sobre el mayor riesgo al que están sometidas nuestras niñas.
- Las niñas están sujetas a un círculo de riesgos que se inicia con la pobreza, el maltrato, el abandono de la escuela, el abuso sexual y la explotación sexual comercial.
- Los logros en la eliminación de las brechas de género en el acceso a la educación y en la disminución de la mortalidad de las niñas no son el resultado de políticas con enfoque de género, sino son efectos de la vieja organización del Estado inspirados en las lógicas de civilización y de progreso y posteriormente en la lógica de satisfacción de necesidades básicas de su población así como en concepciones de salubridad.
- El concepto de la educación como sinónimo de escolarización, limita el campo de las transformaciones culturales de la sociedad no solo en términos de identificar y cuestionar formas de discriminación de género y sexismo, sino en el de integrar —como lo demanda el enfoque de derechos— la educación y la salud, la familia, la escuela y los servicios de salud, en una nueva lógica de atención integral.
- La sociedad —las familias— y los agentes de la política pública: maestras, maestros, personal de salud, formuladores de la política, perpetúan los roles de género tradicionales para las niñas.
- La política de salud, así como la organización de la atención de salud —incluida en ella la nutrición— no parten de un enfoque de derechos, pero sí de una visión que perpetúa el rol de la mujer como la “madre de la socie-

dad”: reproductora, cuidadora de la salud de la familia y la comunidad y agente participativo del desarrollo comunitario, sin que su pareja tenga ninguna responsabilidad.

- Hay un vacío en la formulación de la política de salud al no visibilizar diferencias entre las mujeres por grupo de edad, y la atención a su derecho a la equidad, considerando estas especificidades.
- En cuanto a la política educativa, ésta ha priorizado la cobertura y no la calidad. Hay una ausencia que contribuye a esta falta de calidad: no se ha integrado el enfoque de género ni el discurso ni en las prácticas al interior del aula, ni en las relaciones maestros-maestras ni en la capacitación a los propios profesores.
- El enfoque de derechos presente en la última década tanto a nivel internacional y nacional, desafía a la formulación y ejecución de políticas públicas, así como a la organización de los servicios —tanto educativos como de salud— a encontrar otras formas de pensar las relaciones entre Estado y sociedad. Creemos que el Estado y la sociedad ecuatoriana no han encontrado las estrategias adecuadas —y tal vez ni siquiera se las han planteado— para transformar en estos 10 años, una cultura patriarcal arraigada. Las niñas siguen siendo educadas en sus clásicos roles de obediencia masculina que reproduce y perpetúa una situación de exclusión. La formulación de la política pública parecería que responde a parámetros técnicos provenientes de diagnósticos cuantitativos que evidencian necesidades básicas insatisfechas, dejando de lado los elementos cualitativos que se refieren a actitudes de la sociedad para lograr conseguir y exigir derechos. Estas peculiaridades de la población en miras a la construcción de una ciudadanía conciente y participativa, no son considerados en los diseños de las políticas sociales. Si el objetivo es una transformación de la relación estado-sociedad, estado-ciudadanía, los procedimientos para la formulación, diseño y evaluación de las políticas públicas deben ser cambiados.

### Los desafíos

Como enunciamos, el gran desafío es trasladar los marcos legales que reconocen y garantizan los derechos a las niñas y adolescentes a las políticas. En esta línea, proponemos a continuación desafíos y acciones en distintos ámbitos:

## Derechos

- Educar a la sociedad, a los tomadores de decisión y a los políticos en el enfoque de derechos para que sean capaces de formular políticas públicas ya no desde una visión de satisfacción de necesidades básicas, sino de cumplimiento de derechos sociales, económicos, políticos y culturales, como compromiso de la democracia.
- Interiorizar en la sociedad y en los actores políticos que el desarrollo social y la reducción de las desigualdades no solo de género sino la pobreza, son mucho más efectivas que el simple crecimiento económico.
- Articular propuestas para que la protección de las niñas, como parte del grupo de niños y adolescentes, se convierta en el eje común del posicionamiento de los derechos y de la solución de los problemas, tanto del movimiento de las mujeres como del movimiento a favor de los derechos de la niñez.
- Como acciones se propone redefinir la política pública desde el enfoque de derechos.

## Cambios culturales

- Transformar las relaciones familiares para que las niñas y las mujeres logren relaciones equitativas al interior de sus familias, sus escuelas y sus espacios de trabajo.
- Desarrollar en toda la sociedad una cultura del buen trato.
- Cambiar las percepciones, prácticas y actitudes de la sociedad respecto al doble rol de las niñas: estudiantes y trabajadoras domésticas en sus hogares.

## Salud

- Incluir el enfoque de género en la educación sanitaria a la población y al personal de los servicios, para superar la percepción de las mujeres como vehículos del desarrollo y en su lugar reconocer su protagonismo como sujeto de derechos.
- Como acciones se propone: desarrollar estrategias de educación sanitaria a toda la población, hombres y mujeres sobre autocuidado, cuidado de la salud de los y las niñas, y el desarrollo de hábitos saludables de vida; promo-

cionar la educación sexual como un derecho de las adolescentes; diseñar servicios de atención integral a la problemática de las y los adolescentes; disminuir la desnutrición de las niñas en el área rural de la Sierra; desarrollar redes de cuidado a las adolescentes para prevenir muertes por suicidio y riesgos de enfermedades de transmisión sexual

## Educación

- Educar con enfoque de género a las niñas y a los niños, a los padres/madres, maestras/maestros y a toda la sociedad.
- Replantear la relación niños/niñas profesores y profesoras al interior del aula. Visibilizar el enfoque de género en las relaciones de las niñas.
- Mejorar la calidad de la educación de todos los niveles.
- Asegurar que se obtengan progresos en los niveles de aprendizaje de todas las niñas y niños que están en el sistema escolar.
- Como acciones se propone incrementar el porcentaje de niñas en centros de cuidado diario que tengan atención de calidad; reeducación para padres y madres sobre el crecimiento y desarrollo de sus hijas menores de 5 años; universalizar el acceso de las niñas al primer año de educación básica; lograr que el 10% de niñas que no asisten a la educación primaria lo hagan, retener en el octavo grado de educación básica al 30% de niñas que salen de la escuela al terminar la primaria; retener en la educación media al 30% de niñas que la abandonan por ir a trabajar en sus hogares como domésticas.

## Bibliografía

- CEPAR (1990) *Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil, 89*. Quito: CEPAR.
- \_\_\_\_\_ (2000) *Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil, 99*. Quito: CEPAR.
- \_\_\_\_\_ (2005) *Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil, 2004. Resultados preliminares*. Quito.
- CONADE-MSP (1988) *Diagnóstico de la situación alimentaria nutricional y de salud de la población ecuatoriana menor de cinco años*. Quito: CONADE y MSP.
- CONAMU (2005) *Beijing + 5*. Quito: CONAMU.

- \_\_\_\_\_ (2001) *Indicadores de género*. Quito: CONAMU.
- Consejo del Observatorio de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia-UNICEF-Observatorio Social del Ecuador (2003) *Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en el Ecuador, EDNA*. Quito: Noción.
- De los Ríos, Rebecca. “Género, salud y desarrollo”. En OPS-OMS, *Género, Mujer y Salud*. Publicación Científica, No. 5401. Washington, D.C.
- Echanique, Patricia y Velasco, Margarita (1996) *Los niños del Ecuador. Evaluación del Plan de Acción a favor de la Infancia*. Quito: STFS-UNICEF, 1996.
- Gajardo, Marcela y De Andraca, Ana María (1998) *Trabajo infantil y escuela en las zonas rurales*. Santiago de Chile: FLACSO.
- Henriquez-Mueller, María Helena y Joao Yunes (1993) “Adolescencia: equivocaciones y Esperanzas. En OPS-OMS, *Género, Mujer y Salud*. Publicación Científica No. 5401. Washington D.C.
- Herrera, Gioconda (2001) “El género en el Estado: entre el discurso civilizatorio y la ciudadanía”. *Íconos*, No. 11.
- INNFA, SEDH-SIISE (1999) *Los niños y las niñas del Ecuador. A los diez años de la convención sobre los Derechos de la niñez. Una selección de indicadores del SINIÑEZ*. Quito: Abya-Yala.
- INEC, SIISE, NUESTROS NIÑOS, INNFA, CEPAR (2001) *Los niños y las niñas ahora. Una selección de indicadores de su situación a inicios de la nueva década*. Quito: Abya-Yala.
- Ministerio de Bienestar Social, Secretaria Técnica del Frente Social, SIISE (2002) *El desarrollo social de la década de 1990*. Quito: STFS.
- Ministerio de Bienestar Social (2002) *Programas Prioritarios del Frente Social*. Quito: MBS.
- Naranjo, Jorge (2003) “El embarazo en la adolescencia, una visión panorámica, rasgos, niñas y adolescentes en Ecuador. Documento preparado para *El estado de los derechos de la niñez y adolescencia en el Ecuador 2003*. Quito: Consejo del Observatorio ciudadano de los derechos de la niñez y adolescencia/Observatorio Social del Ecuador/ UNICEF.
- Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia-UNICEF-Fundación Observatorio Social del Ecuador (2004) “La adolescencia”. *Observatorio*, No. 5. Quito: Noción.
- \_\_\_\_\_ (2004a) La edad escolar. *Observatorio*, No. 6. Quito: Noción.
- \_\_\_\_\_ (2004b) *Los derechos de la niñez y la adolescencia en 22 provincias del país*. Quito: Noción. Programa Nuestros Niños, 2004
- Poeschel-Renz, Ursula (2003) “La niñez indígena frente a la desigualdad social y la presión cultural, 2003”. Documento preparado para *El estado de los derechos de la niñez y adolescencia en el Ecuador 2003*. Quito: Consejo del Observatorio ciudadano de los derechos de la niñez y adolescencia/ Obser-



- vatorio Social del Ecuador/UNICEF.
- Reed, Carolina, Carlos Larrea y Mercedes Prieto (1997) *Indicadores sociales para el análisis de las desigualdades de género*. Quito: DINAMU, STF, UNICEF.
- República del Ecuador (2003) *Código de la Niñez y Adolescencia*. Quito: MBS-PNN.
- Rosero Garcés, Rocío y Cecilia Valdivieso Vega (2003) “El enfoque de género y los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Documento preparado para: *El estado de los derechos de la niñez y adolescencia en el Ecuador 2003*. Quito: Consejo del Observatorio ciudadano de los derechos de la niñez y adolescencia/Observatorio Social del Ecuador/UNICEF.
- Samaniego, Juan (2003) “Permanencia y calidad: dos caras de una misma escuela. El sistema escolar ecuatoriano”. Documento preparado para *El estado de los derechos de la niñez y adolescencia en el Ecuador 2003*. Quito: Consejo del Observatorio ciudadano de los derechos de la niñez y adolescencia /Observatorio social del Ecuador/UNICEF.
- Sandoval Laverde, Mariana (2002) *Línea de base. Dimensión, naturaleza y entorno de la explotación sexual comercial de niñas y adolescentes en el Ecuador*. Quito: Sistema de Información Regional sobre Trabajo Infantil-SIRTI-OIT.
- Secretaría Técnica del Frente Social (STFS), INEC, UNICEF (2003a) *Índice*, No. 3. Quito.
- \_\_\_\_\_ (2003b) *Índice*, No.4. Quito.
- Secretaría Técnica del Frente Social (STFS) et al. 2001. *Los niños y las niñas ahora*. Quito: STFS.
- STFS (1998) *Retrato de mujeres. Indicadores sociales sobre la situación de las indígenas y campesinas del Ecuador rural*. Quito: STFS-UNIFEM.
- \_\_\_\_\_ (2002) *El desarrollo social en la década de 1990, los logros y desafíos del Ecuador frente a los compromisos de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social y la Cumbre Mundial a favor de la Infancia*. Quito: MBS, STFS.
- \_\_\_\_\_ (2003) *Sistema Integrado de Indicadores Sociales*. Versión 3.5. Quito.
- UNICEF (2003a) *Estado mundial de la infancia*. NewYork: UNICEF.
- \_\_\_\_\_ (2003b) *Los objetivos de desarrollo para el milenio tiene que ver con los niños*. NewYork: UNICEF.
- Uzcátegui, Emilio (1975) *Historia de la educación en Hispanoamérica*. Quito: Universitaria.
- Valdivieso Vega, Cecilia (2004) *Beijing +10*. Quito: CONAMU.
- Velasco, Margarita (1999) “El reto de la salud para todos”. En *Pobreza y capital humano*. Quito: STFS.
- Waldron, I (1993, 1984) “Sex Differences in Illness. Incidence, Prognosis and Mortality: Issues and Evidence”. En *Género, mujer y salud*. Publicación Científica No. 5401. Washington D.C.: OPS-OMS

## Entrevistas

Abad, Gonzalo. Educador. Quito, marzo, 2004.

Laspina, Carmen, funcionaria del Ministerio de Salud. Ex directora de la Dirección de Fomento y Promoción. Quito, noviembre 2004.

Moreano Marcelo. Consultor del Programa Mundial de Alimentos. Quito, 15 de noviembre, 2004.

Terán, Rosmarie. Profesora de la Universidad Andina Simón Bolívar. Ex-asesora Ministro de Educación. Quito, noviembre, 2004.

## Anexo 1

### Compromisos legales a favor de las niñas

Leyes o compromisos	Salud	Educación	Crianza	Violencia Maltrato	Trabajo infantil
<p><b>Convención de los Derechos de los Niños*</b> 1990</p> <p><b>Fundamentos:</b> Interés superior del Niño Igualdad No discriminación Corresponsabilidad del Estado, la sociedad y la familia</p>	<p>Derecho a la vida, a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a tener acceso a servicios médicos y de rehabilitación.</p> <p>Relacionados con la atención primaria de salud, cuidados preventivos, disminución de la mortalidad infantil y la desnutrición.</p>	<p>Derecho a la educación y es obligación del Estado por lo menos asegurarle la educación primaria gratuita y obligatoria. La educación debe estar orientada a desarrollar la personalidad y capacidades del niño.</p>	<p>Derecho a expresar su opinión y se tenga en cuenta en todos los asuntos que lo afectan.</p> <p>Derecho a su vida privada.</p>	<p>Derecho a ser protegido contra malos tratos.</p>	<p>Es obligación del Estado proteger al niño contra el desempeño de cualquier trabajo nocivo para su salud, educación o desarrollo, fijar edades mínimas de admisión al empleo y reglamentar las condiciones del mismo.</p>
<p><b>Beijing 1995</b></p> <p><b>La Niña:</b> Eliminar todas las formas de discriminación contra la niña Promover y proteger los derechos de las niñas e intensificar la conciencia de sus necesidades y potencial.</p>	<p>Eliminar la discriminación contra las niñas en el ámbito de la salud y la nutrición.</p>	<p>Eliminar la discriminación contra las niñas en la educación y en la formación profesional.</p>	<p>Eliminar las actitudes y las prácticas culturales que perjudican a la niña.</p>	<p>Erradicar la violencia contra las niñas.</p>	<p>Erradicar la explotación económica del trabajo infantil y proteger a las niñas que trabajan.</p>
<p><b>Constitución ecuatoriana 1998</b></p>	<p>El Estado les asegurará el derecho a la integridad física y psíquica, a la salud integral. El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis ...en la salud sexual y reproductiva.</p>	<p>La educación pública será... obligatoria hasta el nivel básico, y gratuita hasta el bachillerato o su equivalente.</p>			

## Las niñas y adolescentes

Leyes o compromisos	Salud	Educación	Crianza	Violencia Maltrato	Trabajo infantil
<p><b>Metas del Milenio</b></p> <p>Sobre las niñas: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer .</p> <p>Refrendando el compromiso de la Convención: <b>Un mundo apropiado para los niños: el plan de acción de la infancia desde el 2001 a 2015.</b></p>	<p>Reducir la mortalidad infantil. Mejorar la salud materna. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.</p>	<p>Educación primaria de calidad con atención prioritaria para las niñas.</p> <p>Derecho a educación de calidad : educación hasta el 10 años de básica obligatoria.</p>			
<p><b>Código de la Niñez y Adolescencia 2003.</b></p> <p>Fundamentos: Igualdad y no discriminación, corresponsabilidad del estado, la sociedad y las familias. Función básica de la Familia. El Interés Superior del Niño y la Niña. Ejercicio progresivo.</p>	<p>Derecho a la Vida. Protección prenatal, lactancia materna, atención al parto, derecho a la salud: atención nutricional, acceso de emergencia a todo servicio público o privado cuando lo necesiten, medicina gratuita , información y educación sobre salud, ambiente adecuado que permita su desarrollo emocional</p>			<p>Se prohíbe a planes educativos aplicar medidas coercitivas disciplinarias o negar matrícula a adolescentes embarazadas. Amplia tipificación del maltrato institucional, emocional, físico y sexual.</p>	<p>Protección contra la explotación laboral. Quince años es la edad mínima para trabajar incluido el servicio doméstico.</p>