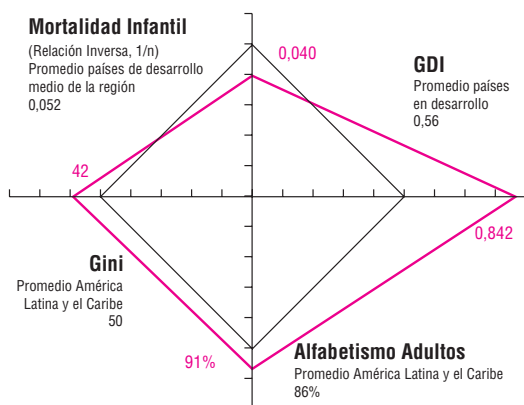


- NORA CASTAÑEDA
- CALIXTO I. AVILA

## DOS DIMENSIONES: SALUD Y GÉNERO

### EL AJUSTE ESTRUCTURAL Y LAS POLÍTICAS DE SALUD



El Diamante de la Equidad: valores nacionales en terracota comparados con los regionales en azul.

En Venezuela existe un alto grado de inequidad social y de género que se ha agudizado con las medidas de ajuste, la reducción de los sectores medios de la población y el aumento de la pobreza.

La rapidez con que se han comenzado a poner en marcha las políticas de salud derivadas del PAE contrasta con la lentitud para implementar convenios internacionales previamente suscritos en torno al derecho a la salud, lo cual evidencia la ausencia de voluntad política para cumplir con obligaciones de Estado en este campo.

Por otro lado, mientras no se haga realidad en las acciones, las medidas, leyes e iniciativas destinadas a corregir las desigualdades de género que el Consejo Nacional de la Mujer (CONAMU) ha impulsado, tenderán a convertirse en una dramática formalidad.

Existen diversos programas, tanto de las ONG como de las OG para combatir la desigualdad de género. Estos programas se están plasmando, para su desarrollo, en el Plan Nacional de la Mujer diseñado con la participación de la Sociedad Civil.

Preocupa, sin embargo, la no-participación de las ONG en el diseño de las políticas de ajuste, tanto económicas como sociales, dada la desigualdad entre los géneros, en el contexto de feminización de la pobreza y la administración de la misma por las mujeres.

La transición hacia una economía de mercado en Venezuela se venía gestando desde 1983 y se arraiga con la firma de la Carta de Intención con el Fondo Monetario Internacional (FMI) en 1989, instrumento que fija los lineamientos del Programa de Ajuste Estructural (PAE). La privatización y la descentralización se convierten en los ejes de las políticas de salud. La responsabilidad del Estado es traspasada a la población que solo tiene derecho a una asistencia mínima si fracasan en satisfacer sus necesidades más acuciantes.

En 1989, la Fiscalía General de la República se refería a la crisis del sector en los siguientes términos: «... hay en efecto, crisis asistencial en el país, caracterizada por un progresivo deterioro, deficiente prestación de servicios en todas las áreas, malversación de recursos, manejo inadecuado de las infraestructuras donde funcionan los centros hospitalarios, la aparición de enfermedades erradicadas en otros tiempos, condiciones de insalubridad en esas instalaciones, falta de gerencia, falta de atención a los problemas de personal, mal mantenimiento y muy poca conservación de costosos equipos y material médico-quirúrgico, así como el deplorable estado de los laboratorios, insuficiencia de equipos y la falta de una adecuada medicina preventiva en el país» (Fiscalía general de la República: *En defensa del ciudadano*. Caracas, 1989. pág. 53).

Ya desde antes los indicadores de salud venían desmejorando al compás de políticas que habían abandonado el énfasis preventivo. Lejos de detener esta caída, el PAE la aceleró por la vía de la privatización. Se comienza a hablar entonces de «socialización», «cogestión administrativa», «semi-privatización» identificando un proceso mediante el cual, a partir de 1990, se empezó a entregar instalaciones hospitalarias, en calidad de comodato, a médicos, bioanalistas y odontólogos que prestaban sus servicios desde el sector privado.

A partir de 1991 el Presidente de la República nombra a la Comisionada Especial para llevar a cabo el Plan Piloto de la «Moderna Gestión Hospitalaria» y se crea la Comisión de Reestructuración Hospitalaria. Como primer paso hacia la privatización abierta se inicia la «reestructuración» mediante el régimen de conce-

siones al sector privado, lo cual consiste en «la transferencia de la administración y operación de hospitales y otros servicios de salud del sector público a empresas e instituciones de carácter privado» (Comisión de reestructuración de la gestión hospitalaria: *Documento Estrategia*. Caracas, 1991).

**Para 1989, año en que comienza a aplicarse el PAE, el porcentaje de pobreza en Venezuela se ubicaba en el orden del 79,19% entre pobreza crítica y relativa, proporción que se ha mantenido prácticamente inalterada, calculándose para 1992 en 78,19%, pero habiendo aumentado la proporción de pobreza crítica sobre la relativa, por lo que un 14% de la población se encuentra en lo que la UNESCO califica como «cuarto mundo», es decir, personas condenadas a no salir jamás de la marginalidad. La lógica del PAE resulta insostenible dada la magnitud de la pobreza.**

El porcentaje del Producto Interno Bruto (PBI) asignado a la salud en 1980 era el 2,29%, experimentando variaciones que llegan a un tope de 2,63% en 1992 para situarse en 1995 en 1,87%. Valga recordar que, de acuerdo a los parámetros internacionales, se considera que una proporción adecuada del PBI para la salud debe estar en el orden del 5%.

## 1989: DEL GRAN VIRAJE A LA GRAN CAÍDA

El año 1989 marca el comienzo de la caída de la mayoría de los indicadores de salud. El PAE supone el abandono de los programas preventivos y educativos, así como el colapso de los servicios básicos de saneamiento ambiental como los acueductos y disposición de excretas.

### A) INDICADORES DE SALUD Y NUTRICIÓN

Enfermedades transmisibles que se consideraban erradicadas o controladas años atrás, muestran un repunte alarmante: de 4.200 casos de malaria en 1982 se pasó a más de 21.283 casos en 38 semanas de 1997; el dengue reaparece en 1989, arrojando en el año 1997 más de 17 mil casos hasta el mes de noviembre; se reportaron 275 mil casos de diarrea en 1988 y casi el doble, 494 mil en 1991; en 1984 se registran 2.438 casos de tuberculosis, duplicándose los registros a 5.232 casos en 1995, con 764 fallecidos; en la década de los 90 se han producido dos brotes de cólera, el último de los cuales se manifiesta a mediados de 1996 y se mantiene activo, **arrojando más de 2 mil casos para octubre de 1997.**

Según registros sanitarios de 1992, se ha producido un incremento en ocho enfermedades, entre ellas algunas prevenibles como el sarampión —que alcanzó características de epidemia en 1994— o asociadas a condiciones precarias de vida e higiene como la escabiosis (94.941 casos) o la amibiasis (62.850 casos).

En cuanto a la nutrición y según los registros llevados por el Instituto Nacional de Nutrición (INN) para el período 1982 – 1991, la gran mayoría de los indicadores nutricionales experimentan una abrupta caída a partir de 1989 y permanecen por debajo del pro-

medio de la década para los años siguientes. A falta de datos definitivos, el INN confirmaba para el año 1996 un aumento de la desnutrición con respecto al año anterior, a pesar del relativo desempeño de los programas sociales en esta área.

La esperanza de vida al nacer es de 71,7 años (1990–95), siendo la meta del SPT/2000 de 70 años; sin embargo, en 1990 —cuando el valor era de 70,1 años— esta cifra variaba dramáticamente de acuerdo a estratos sociales, llegando a existir una diferencia de 12 años entre los estratos I (70.1 años, los más ricos) y V (58 años, los más pobres).

### B) SALUD MATERNO-INFANTIL

En agosto de 1997, los directivos de la Sociedad de Puericultura y Pediatría señalaban la reaparición de cuadros severos de desnutrición en escolares y el incremento de patologías de los aparatos gastrointestinal y respiratorio en lactantes como los principales problemas en relación a la salud infantil (*Periódico Últimas Noticias*, 24.08.97, pág. 6.). Las diarreas siguen afectando mayoritariamente a la población infantil, llegando a niveles de epidemia en el Distrito Federal al finalizar 1996.

La tasa de mortalidad infantil que en 1988 se encontraba en 22,6 por 1.000 nacidos vivos (NV), pasa a 24,9 en 1989 y se estanca en el período 90–95, cuando pasa —según cifras de la OMS/OPS— de 31,3 a 28,1 por 1.000 NV (Pulido de Briceño, Mercedes: *Algunos indicadores generales de salud*. Revista SIC. Op. cit. Pág. 292), siendo 30 x 1.000NV la meta para el año 2000 de la estrategia SPT/2000 (OPS: Salud para todos en el año 2000, Plan de acción para la instrumentalización de estrategias regionales, documento oficial N° 179, Washington, 1982, Pág. vii.) (según el indicador UNICEF, la cifra se eleva a 33,3) (MSAS/OPS: *Salud en Venezuela, Situación e indicadores básicos*, Caracas, 1997, Pág. 29). Sin embargo, este promedio varió alarmantemente, aumentando entre 31,5 y 50 x 1.000 en los estados Amazonas, Delta Amacuro, Nueva Esparta, Zulia y Bolívar (MSAS/OPS: *Aplicación de la Estrategia...* Op. cit. Pág. 23). **Algo similar ocurre con la tasa de mortalidad postneonatal; en 1988 había sido reducida hasta el 8,8, pero en 1989 comienza el ascenso ubicándose en 10,3 y llega a 12 en 1992.** Por otro lado, la tasa de mortalidad infantil es 2,5 veces más alta en las parroquias que tienen entre el 90% y el 100% de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), al compararlas con grupos que tienen de 10% a 0% de NBI. Igualmente, las causas de mortalidad por enfermedades transmisibles son 3 veces más frecuentes, mientras que la tasa de mortalidad por causas perinatales es 6 veces superior en los grupos más postergados. Casi la totalidad de tétanos neonatal se registraron en municipios con 70% de la población con NBI (Malaga, Hernán: *Proyecto Municipios Hacia la Salud. La experiencia venezolana*, en OMS: Proyecto Municipios Hacia la Salud: la experiencia venezolana. Caracas, 1996. Pág. 15.)

En cuanto a la salud reproductiva, el MSAS identifica como principales determinantes de los problemas del área, el aumento de la pobreza, el alto porcentaje de embarazos en menores de 20 años y las deficiencias asistenciales del sector público

### C) CONDICIONES AMBIENTALES

Para el goce del grado máximo de salud física y mental, resultan indispensables condiciones ambientales adecuadas, que dependen del acceso a agua potable y de la existencia de una red idónea de alcantarillados y de sistemas de disposición de excretas.

En 1988, se estimaba que un 25% de la población no tenía agua potable, más de un 50% no poseía cloacas y más del 60% no contaba con servicio de recolección de basura. (Marcano, Esther: El Problema de los servicios, en *Revista Sic*, N° 498, Caracas, septiembre – octubre 1987). El problema se agrava a partir de 1989, cuando colapsa la mayoría de los servicios públicos; este deterioro se refleja en las cifras ofrecidas por la Oficina Central de Estadísticas e Informática (OCEI): **para 1991 la falta de agua potable alcanza a un 43% de la población, mientras que la ausencia de cloacas sigue afectando al 50% de las familias.**

Más allá de los promedios nacionales, existen grupos sociales en los que estos servicios son prácticamente inexistentes. Como se sabe, el cólera está asociado a malas condiciones ambientales; el brote de cólera que afectó al país en 1991 tuvo una incidencia 30,4 veces mayor en los grupos indígenas que en el resto de la población; el 35% de los casos ocurrieron entre población indígena la cual representa el 1,55% de la población total del país, siendo las etnias Wayúy y Warao las más afectadas.

### EL ABANDONO DEL ENFOQUE PREVENTIVO

El costo de los medicamentos ha experimentado incrementos en un promedio del 1923,22% desde el inicio del PAE hasta 1993. Actualmente, en el Senado se encuentra en discusión el Proyecto de Ley de Medicamentos, que viene siendo objeto de polémica desde hace tiempo, debido sobre todo a los desacuerdos provenientes del sector empresarial. La discusión se centra en los aspectos relacionados con la regulación de precios, la garantía de accesibilidad de los medicamentos y la producción de genéricos.

A lo anterior hay que añadir que gran parte de los centros de atención ambulatorios carecen de los medicamentos esenciales, por lo que el acceso de la población a éstos se hace aún más difícil. Además, la red de ambulatorios tipo I en el país es inadecuada, pese a que constituyen el primer eslabón de la cadena de salud y son los núcleos principales de la atención primaria. Según los planificadores nacionales, debería existir un ambulatorio tipo I por cada 20 mil habitantes. Por otro lado, el acceso a ellos resulta difícil dada su inadecuada ubicación geográfica. Así por ejemplo, en el Estado Amazonas, en zonas donde la principal vía de acceso es la fluvial, el único hospital puede encontrarse distando en unas 6 horas por río y el precio de un pasaje aéreo hasta dicho hospital (45 minutos de vuelo) equivale a un 30% del salario mínimo. Este ejemplo ilustra la inequidad en la distribución de una red de ambulatorios que, de acuerdo con las cifras oficiales (3.797 en 1992) debería ser suficiente.

La cobertura general de los servicios de asistencia médica en caso de enfermedad también ha experimentado reducciones desde la aplicación del PAE. En 1963 existían 3,03 camas por cada mil habitantes, reduciéndose a 2,5 para 1991, cuando de acuerdo con

la OMS, países como Venezuela requieren 5 camas por mil habitantes.

### PRINCIPIOS RECTORES DEL DERECHO A LA SALUD

El PAE ha acrecentado las brechas sociales existentes, afectando en especial a los sectores más vulnerables. Es importante destacar que el propio MSAS estima que el 30% de la población no tiene acceso a los servicios de asistencia a la salud por razones geográficas, culturales o económicas, a pesar de la importante infraestructura existente (MSAS/OPS: *Salud en Venezuela. Situación e Indicadores Básicos*. Caracas, 1997. Pág. 24.).

Los datos e indicadores muestran claramente que el derecho a la salud no ha experimentado un desarrollo progresivo. Por su parte, el principio de gratuidad, garantizado en las leyes nacionales, se ha visto vulnerado por el proceso de privatización que utiliza un sistema de tarifas a cargo del usuario.

Los principios de universalidad y no discriminación también han sido vulnerados por la aplicación del PAE. Se ha profundizado la discriminación estructural que consiste en la falta de medidas adecuadas para asegurar la cobertura de las necesidades de salud de grupos vulnerables (población indígena y campesina, personas en situación de pobreza, ancianos, etc.). También es parte de esta discriminación estructural la falta de regulación y sanción a los centros privados que se niegan a prestar atención de emergencia a quien lo requiera.

La rapidez con que se han comenzado a poner en marcha las políticas de salud derivadas del PAE contrasta con la lentitud para implementar convenios internacionales previamente suscritos por Venezuela en torno al derecho a la salud, lo cual evidencia la ausencia de voluntad política para cumplir con obligaciones de Estado en este campo.

Las políticas de ajuste, lejos de aliviar el impacto de la situación económica para la población de escasos recursos, han significado la agudización acelerada de un proceso de deterioro gradual en las condiciones de vida en general y en el disfrute del derecho a la salud. Este derecho ha visto vulnerados gravemente sus principios fundamentales, incluido el de la equidad.

Venezuela no ha honrado los compromisos asumidos para asegurar la vigencia del derecho a la salud, derecho que luce cada vez más inaccesible para la mayoría de la población, debido a las evidentes contradicciones entre las necesidades de salud y el enfoque mercantilista con el que el PAE ha marcado las políticas del sector.

### EQUIDAD DE GÉNERO

De acuerdo con la Constitución, en el país no existe discriminación por razones de sexo, sin embargo, la realidad es otra y está determinada por la cultura dominante. Una cultura que ha asignado a las mujeres, cualquiera sea su clase social, una identidad

subordinada que se manifiesta de diversas maneras y en particular en su acceso al poder y a la toma de decisiones.

No poseemos datos actualizados sobre la participación de las mujeres en el mundo empresarial, sin embargo, un estudio realizado en 1988, en 599 empresas privadas venezolanas, dio como resultado que, en la población de nivel gerencial, las mujeres ocupaban el 18,2% de los cargos

Por su parte, el mundo sindical constituye un sector particularmente difícil para las mujeres, de manera que su participación en los niveles de toma de decisiones es muy exigua. Por ejemplo, en la Central de Trabajadores de Venezuela (CTV), sólo hay dos mujeres en su Comité Ejecutivo y sólo una mujer dirigiendo una de sus Federaciones regionales.

Llama la atención que en el sector educativo, donde predominan ampliamente las mujeres, la inmensa mayoría de los dirigentes sean hombres.

Con respecto a la sociedad civil la mujer venezolana participa ampliamente en sus organizaciones de la sociedad civil y especialmente en las populares. Sin embargo, como en otros espacios, su presencia en los niveles de toma de decisiones no se compadece con su participación.

Anotamos la existencia de un número importante de organizaciones de mujeres, que reconociéndose feministas o no, trabajan incansablemente por los derechos de la mujer desde diversas visiones. La mayoría de ellas trabajan con muy poco o ningún financiamiento (estatal y/o externo). En estos casos, además de la contribución en trabajo voluntario o insuficientemente remunerado, hacen aportes monetarios y en especie para su funcionamiento.

Un logro alcanzado, en 1985, fue el de la creación de la Coordinadora de Organizaciones No Gubernamentales de Mujeres (CONG de Mujeres). Esta instancia de articulación y potenciación de esfuerzos, nació por voluntad de las organizaciones de base que decidieron coordinarse como no gubernamentales, en el sentido de expresar claramente su autonomía de acción y reacción frente a las políticas del gobierno.

La participación de las mujeres en los partidos políticos, por su parte, es importante, pero sobre todo, en la base de los mismos. En la medida que se asciende en la estructura piramidal y por tanto a los espacios donde se toman las decisiones, su presencia disminuye. (Ver Cuadros 1,2 y 3)

De manera formal, se han tomado decisiones sobre algunos mecanismos de discriminación positiva para el incremento del rol de la mujer en los partidos políticos y el Estado. de esta naturaleza en tres partidos políticos: Movimiento al Socialismo (MAS), Acción Democrática (AD) y, más recientemente, en el Partido Social Cristiano (Copei). Sin embargo, es importante señalar que existe una cada vez mayor conciencia, entre las mujeres dirigentes de los partidos políticos, en torno a la necesidad de impulsar acciones para hacer realidad la cuota de participación alcanzada y su postulación en puestos con posibilidad real de salir electas para cargos de elección públicos.

En lo que refiere al Estado, el Conamu, con el apoyo de la Comisión Bicameral de los Derechos de la Mujer del Congreso de la República, el Centro de Estudios de la Mujer de la Universidad Central de Venezuela y las organizaciones no gubernamentales de mujeres introdujeron ante el Congreso de la República,

CUADRO 1.

Representación de la mujer en la Cámara de Diputados		
Año	Hombres	Mujeres
1983	94,0%	6,0%
1988	90,5%	9,5%
1993	93,4%	6,6%

Fuente: Consejo Supremo Electoral, 1994.

CUADRO 2.

Representación de la Mujer en la Cámara del Senado		
Año	Hombres	Mujeres
1983	100,0%	0,0%
1988	91,8%	8,2%
1993	93,8%	6,2%

Fuente: Consejo Supremo Electoral, 1994.

CUADRO 3.

Representación de la Mujer en las Asambleas Legislativas		
Año	Hombres	Mujeres
1983	92,2%	7,8%
1988	88,8%	11,2%
1993	87,4%	12,6%

Fuente: Consejo Supremo Electoral, 1994.

con más de 20.000 firmas de apoyo, un articulado que favorece la participación igualitaria de hombres y mujeres en el poder político, para ser considerado en las discusiones de reforma de la Ley del Sufragio.

En julio pasado se debatió el asunto en la Cámara de Diputados, pero no se consideró la propuesta introducida por las mujeres. Sólo se alcanzó, en una primera discusión la cuota de un 30% de mujeres, sin considerar el lugar a ocupar en las listas de candidatos/as. A esto debe sumársele que nuestro sistema contempla la elección uninominal y por listas; por lo que la acción positiva sólo alcanzaría a aquellas que sean nombradas en estas últimas, lo que reduce aún más las posibilidades reales de las mujeres. Falta la discusión en el Senado y en Cámara plena.

## LA INEQUIDAD EN EL MERCADO DE TRABAJO

Del total de ocupados, en 1990 el 19,8% se encontraba en el sector público y 80,3% en el sector privado; mientras que para 1996 los/las trabajadores/ras del sector público bajaron a 17,1% y los/las del sector privado subieron al 82,9% (Ver cuadro anexo).

En lo que respecta a la población de 15 años y más en la fuerza de trabajo según actividad económica, destacamos que en el pe-

río 1990–1996, la población se ubica preferentemente en las actividades referidas a «servicios comunales, sociales y personales», «comercio», «industria manufacturera» y «agricultura, caza y pesca» (en ese mismo orden). Pero cuando se analiza la población ocupada vemos cómo esta última actividad se coloca en el tercer lugar.

Los Indicadores de la Fuerza de Trabajo que ofrece la OCEI, demuestran que la desocupación ha venido creciendo en términos absolutos. Desde 751.052 personas, en 1990, hasta alcanzar a 1.122.119 personas, en 1996.

La misma fuente señala que la tasa de cesantía pasó de 9,3%, en 1990, a 9,8%, en 1996.

A partir de los Indicadores Generales de Fuerza de Trabajo, por sexo, que nos ofrece la Encuesta de Hogares por Muestreo de la OCEI, para el período correspondiente al II Semestre/89 – II Semestre/96, podemos destacar lo siguiente:

- La tasa de crecimiento de la fuerza de trabajo fue de 30,7% (23,4% hombres y 47,5% mujeres).
- La fuerza de trabajo ocupada creció en 27,8% (23,9% los hombres y 36,4% las mujeres).
- La cesantía creció en 38,3% (10,1% los hombres y 126,0% las mujeres).
- La tasa de personas, de 15 años y más, que buscan trabajo por primera vez creció en 199,1% (hombres 128,9% y mujeres 262,4%).

La misma encuesta de hogares por muestreo señalada da cuenta de otras situaciones de gran relevancia:

- El total de ocupados/as, muestra un nivel educativo que merece destacarse. El 57,5% de los ocupados tienen educación básica (nueve grados de estudios) y con este nivel predominan los hombres. El 19,8% tiene educación media aprobada y allí también predominan los hombres. Pero entre aquellos que tienen educación superior (el 12,5% en 1989 y el 16,5% en 1996), se pasa de un predominio de los hombres a un leve predominio de las mujeres al final del período (Ver cuadro anexo).
- En el sector público se detecta, en el II Semestre de 1996, una mayor presencia de las mujeres con relación a los hombres, cosa que no ocurría en 1989. Pudiera pensarse que esto se debe a la tendencia de las mujeres a ocuparse en el sector servicios de la economía, a las bajas remuneraciones existentes en el sector público (no siempre atractivo para los hombres) y/o al proceso de achicamiento del Estado.
- En lo que respecta a los grupos ocupacionales se destaca que en el grupo de profesionales y técnicos las mujeres tienen una mayor presencia. No así el de gerentes y administradores.

Anotamos, sin embargo, que mientras en el II Semestre de 1989 existían 40.563 gerentes–administradoras, en el II Semestre de 1996 se reconoce la existencia de 75.100.

Merece la pena hacer un breve comentario con relación al grupo agricultores. La presencia de la mujer en este grupo es prácticamente insignificante (Ver cuadros anexos), pero se está dando

una discusión importante en torno a la invisibilidad que tiene el trabajo de la mujer en este sector para los encargados de elaborar las estadísticas nacionales.

**En el país existen diferencias salariales entre hombres y mujeres. Así, de acuerdo con los datos proporcionados por la OCEI y el Banco Central de Venezuela se estima que, en promedio, las mujeres ganan 25% menos que los hombres para iguales trabajos. Esa diferencia es superior en algunas regiones del país, como en la región zuliana (42,7%), la central (38,6%) y la región capital (26,9%).**

## EL TRABAJO INFORMAL AUMENTA

Un análisis de la estructura del mercado de trabajo venezolano, sustentado en los datos que nos proporciona la Oficina Central de Estadísticas e Informática (OCEI), nos muestra que, del total de trabajadores/as ocupados/as, mientras en 1990 el 41,8% se encontraba en el sector informal de la economía, para el segundo semestre de 1996 esta cifra subió al 48,6% (Ver cuadro anexo).

Durante todo el período considerado los y las trabajadores/as del sector informal se ubicaron preferentemente en el subsector Cuenta Propia No Profesionales y Trabajadores de Empresas de 4 y menos trabajadores/as. De manera que, en una tendencia creciente, ya para 1996 el 30,5% de la población ocupada aparece como trabajador/ra por cuenta propia y el 16,1% como trabajadores de empresas de 4 y menos trabajadores (Ver cuadro anexo).

En lo que respecta al subsector Trabajadores Domésticos este mantuvo una tendencia a la baja, pasando de 3,4%, en 1990, a 2,0%, en 1996. En tanto este ítem no considera el servicio doméstico que trabaja por cuenta propia, suponemos que una parte importante de los y las trabajadores/as del subsector han asumido el trabajo por día laborado (Ver cuadro anexo).

La mesa Mujer, Economía y Trabajo que sesionó en el Segundo Taller de Consulta para la Formulación del Plan Nacional de la Mujer Venezolana precisó algunos elementos, referidos a la equidad, que es necesario señalar:

- **La desprotección legal y los variados tipos de acoso sexual que sufren las mujeres trabajadoras hace que muchas de ellas terminen por retirarse de sus trabajos.**
- **No se tienen suficientes estadísticas para conocer la magnitud de las enfermedades profesionales y laborales de las mujeres trabajadoras de todos los niveles.**
- **En el país se respetan muy poco las disposiciones laborales vigentes y las instancias existentes para la protección de la mujer. Incluso en el Ministerio del Trabajo se acaba de eliminar la oficina que atendía al sector de mujeres trabajadoras, a pesar de las numerosas violaciones al fuero maternal, de exigencia de exámenes de embarazo, de constancia de esterilización, etc. que penaliza el Título VI de la Ley Orgánica del Trabajo.**

## EDUCANDO PARA LA EQUIDAD

En lo que va de la década del noventa, el deterioro se ha adefianado del sistema educativo público venezolano. Tal deterioro, por supuesto, afecta en particular a los más pobres (hombres y mujeres) y reproduce situaciones que ya veníamos experimentando desde la década de los ochenta. Al efecto, el Banco Mundial (1994) señala «...En 1991, tanto los hombres como las mujeres del 10 por ciento de hogares más pobres contaban con poco más de la mitad de la educación recibida por sus homólogos de hogares no pobres. Existe también una brecha entre los niveles de educación de los hogares rurales y urbanos: en las zonas rurales, tanto los hombres como las mujeres, han recibido en promedio, sólo cerca de la mitad de la educación que han recibido sus homólogos urbanos. Aunque menos del 20% de la población de Venezuela vive en zonas rurales, aparentemente el país ha logrado poco éxito en aumentar el nivel de educación en las zonas rurales, especialmente en lo que se refiere a los grupos de bajos ingresos». (Castillo, 1996, p.75)

Anotamos, sin embargo que, el acceso equitativo a la educación en sus diferentes niveles para hombres y mujeres es uno de los grandes logros de la mujer venezolana, recogido con gran precisión por María Auxiliadora Banchs:

Los recientes estudios respecto a la situación de la mujer venezolana en el sistema educativo coinciden en afirmar que uno de los grandes logros en la segunda mitad de este siglo ha sido su incorporación masiva a todos los niveles de la educación formal (...). Freitas, Castillo y Jiménez sintetizan claramente este logro «lo que podríamos llamar una de las revoluciones más importantes ocurridas en el campo educativo, es la incorporación de las mujeres a todas las áreas de la educación. Hasta 1950 la mujer (por lo general) no proseguía estudios después de finalizada la primaria y el porcentaje de analfabetismo femenino seguía siendo mayor que el masculino, 8,87% de las mujeres y 8,3% de los hombres, las mujeres han ido derribando los obstáculos y se encuentran en posiciones de avanzada en lo que a educación superior se refiere. Para 1990, según datos de la OCEI, más del 53% de las/los egresados del sistema de educación superior son del sexo femenino» (Banchs: 199, p. 19).

Ahora bien, dada la profunda crisis que vive la educación pública en el país y su pérdida de calidad, en los últimos años se ha presentado una muy alta tasa de deserción escolar pese que aún no tengamos cifras confiables del nivel de la misma y de los porcentajes comparativos entre niñas y niños. A lo anterior se agrega que la obtención de un grado universitario no asegura la obtención de un empleo o trabajo digno. Por lo demás, «...en la práctica encontramos que los egresados de la educación media privada acceden más fácilmente a las universidades» (Olivo: 1997).

Con respecto al sexismo en la educación, el Consejo Nacional de la Mujer, conjuntamente con el Ministerio de Educación y con el apoyo de UNICEF, estuvo trabajando una propuesta no sólo de revisión de textos, sino de un proyecto denominado «educando para la igualdad». La revisión de textos escolares ha avanzado, no así el proyecto. De manera que en la reciente consulta para la elab-

boración del Plan Nacional de la Mujer, uno de los acuerdos refiere al impulso de tal programa.

Por otra parte, en cuanto a las posiciones sexista-discriminatorias hacia la mujer, existentes en el seno de la escuela, el Ejecutivo Nacional dictó el decreto # 1762 del 9 de octubre de 1996, publicado en la gaceta oficial # 296526 del 11 de octubre de 1996, que permite la continuidad de los estudios de las adolescentes embarazadas.

## LAS JEFAS DE HOGAR

Como consecuencia de la crisis económica que vive el país desde principios de la década de los ochenta y las políticas de ajuste económico implementadas, las condiciones de vida de la mayoría de las familias venezolanas ha sufrido un profundo deterioro, a lo que se suma la profundización de la distribución regresiva del ingreso y con ella el incremento de la pobreza.

Los organismos nacionales e internacionales que estudian la pobreza, señalan que ésta constituye el problema más importante y agudo de la Venezuela presente. En tal sentido, y siguiendo el método de «líneas de pobreza», para 1991, más de dos tercios de los hogares (65,8%) son pobres y para el primer semestre de 1993 la cifra llega a 66,2%, colocándose la pobreza crítica en 30,3% (Comisión Mujer, Economía y Trabajo/CONAMU: 1997).

**Según cifras oficiales, para el año 1995 la población urbana en pobreza era de 32,1% y la rural era de 57,3%, de un total de población en pobreza extrema de 36,5%...** (OCEI: 1995).

Ahora bien, en lo que respecta a los hogares jefaturados por mujeres incorporadas a la fuerza de trabajo, nos encontramos con que «...según cifras oficiales, para el segundo semestre del año 1994 hubo un registro total de 1.179.025 hogares sin pareja, de los cuales el 30,1% estaba jefaturado por un hombre, mientras el restante (69,9%) tenía como jefa a una mujer. En el primer semestre del año 1995, el total de hogares sin pareja desciende ligeramente hasta 1.174.486, y este descenso se siente en los jefaturados por hombres que bajan a 28,2%, mientras en el caso de los jefaturados por mujeres se eleva al 71,8%» (Comisión Mujer, Economía:1997).

Para el segundo semestre de 1995, el número total de hogares era de 4.037.000 y de ese total se registran 1.211.426 incompletos, es decir hogares en los cuales está presente sólo la madre o el padre. De este total el 71,0% está jefaturado por mujeres, lo que significa en relación, al total de hogares del país, cerca del 22% (OCEI: 1995).

- PROVEA es una ONG de DDHH que elabora un informe anual sobre la situación nacional.
- Frente Continental de Mujeres/CONG de M/CEM-UCV, con el apoyo de Ofelia Alvarez (Fundamujer/CEM-UCV), Adicea Castillo (CONG de M./CEM-UCV), Virginia Olivo (CISFEM), Nora Rivero (Proyecto Mujeres Jóvenes/CONG de M.).