



**Convención sobre la eliminación
de todas las formas de
discriminación contra la mujer**

Distr. general
18 de octubre de 2012
Español
Original: inglés
Español, francés e inglés
solamente

**Comité para la Eliminación de la Discriminación
contra la Mujer**

54° período de sesiones

11 de febrero a 1° de marzo de 2013

**Observaciones finales sobre el informe inicial
de Timor-Leste, aprobadas por el Comité
en su 44° período de sesiones
(20 de julio a 7 de agosto de 2009)**

Adición

**Información proporcionada por Timor-Leste sobre el
seguimiento de las observaciones finales del Comité* ****

* Con arreglo a la información transmitida a los Estados partes acerca de la publicación de sus informes, el presente documento no fue objeto de revisión editorial.

** El anexo puede consultarse en los archivos de la secretaría.

Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
Siglas		3
I. Introducción	1–5	4
II. El sector de la salud	6–67	5
A. La salud reproductiva	6–60	5
B. Salud mental	61–64	16
C. Sistema de Información sobre la Gestión de la Salud.....	65–67	17
III. Sector de la educación.....	68–112	18
A. Matriculación de niñas en la educación primaria y secundaria	68–70	18
B. Becas para niñas	71–73	18
C. El analfabetismo	74–84	19
D. Reducción de la tasa de abandono escolar de las niñas	85–90	21
E. La seguridad de las niñas.....	91–104	22
F. Iniciativas del Gobierno para lograr un entorno educativo libre de discriminación y violencia.....	105–112	24

Anexo

Concluding observations of the Committee on the Elimination of Discrimination against
Women: Timor-Leste

Siglas

CCC	Comunicación para cambios en el comportamiento
GMPTL	Grupo de Mujeres Parlamentarias de Timor-Leste
ITS	Infecciones de transmisión sexual
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
ONG	organización no gubernamental
SAMES	Servicio Autónomo de Medicamentos y Equipamientos de Salud
SEPI	Secretaría de Estado para la Promoción de la Igualdad
sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SISCa	Servicio Integrado de Salud Comunitaria
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

I. Introducción

1. Este informe se presenta atendiendo a la solicitud del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en sus observaciones finales de 2009 sobre Timor-Leste (CEDAW/C/TLS/CO/1) de que, en el plazo de dos años, Timor-Leste le proporcionara información detallada sobre la aplicación de las recomendaciones formuladas en relación con la educación y la salud. En el presente informe se resumen las iniciativas gubernamentales y no gubernamentales que se están llevando a cabo en Timor-Leste en las esferas de la educación y la salud. El informe se preparó con miras a mejorar la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer mediante la presentación periódica de informes y el seguimiento de las observaciones finales.

2. Con el fin de poder recopilar datos, se prepararon cuestionarios que se distribuyeron en un taller al que asistieron las organizaciones gubernamentales competentes, a saber, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, por conducto de sus coordinadores para el género y jefes de departamento; así como la sociedad civil. Seguidamente se realizó un examen de una amplia gama de documentos sobre los sectores de la salud y la educación con el fin de ultimar el presente informe. Se celebró un taller de validación antes de presentar el documento definitivo al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer.

3. El informe se divide en las dos esferas específicas a las que hizo referencia el Comité.

4. La primera parte, dedicada al sector de la salud, comienza con un análisis de la situación de la salud reproductiva en Timor-Leste y de las actividades del Ministerio de Salud y de los asociados para el desarrollo en relación con esas cuestiones. En esa parte se trata de la salud sexual y reproductiva, la salud maternoinfantil, la atención prenatal y posnatal, y las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA. Seguidamente se centra la atención en la planificación de la familia, así como en la prevención de los embarazos precoces y la educación sexual en las escuelas. Dado que uno de los principales problemas de salud en el país es la mortalidad materna, infantil y de lactantes, se trata seguidamente de las madres y los niños y se pasa revista a las investigaciones realizadas para determinar las causas de esos tipos de mortalidad. A continuación se dedica una sección a la salud mental de las mujeres, que va seguida de un análisis del sistema de información sobre la gestión de la salud, que abarca a los distintos sistemas de vigilancia y evaluación del sector de la salud sobre la salud reproductiva y la planificación de la familia.

5. La segunda parte del informe se dedica al sector de la educación, y se inicia con un análisis de la matriculación de las niñas en la educación de nivel secundario y niveles superiores, así como de las iniciativas del Ministerio de Educación para mejorarla, tales como las becas especiales para muchachas. Dado que en Timor-Leste la tasa de analfabetismo entre las mujeres sigue siendo alta, se dedica a esa cuestión la sección siguiente, que incluye una visión general de los distintos tipos de programas de alfabetización iniciados en el país. Las secciones subsiguientes están relacionadas con la alfabetización de las mujeres y la participación de estas, y en ellas se trata de las dos causas principales de esos problemas, a saber, el abandono escolar de las niñas y la cuestión de la seguridad de las niñas en la escuela.

II. El sector de la salud

A. La salud reproductiva

6. Timor-Leste tiene una de las tasas de fecundidad más altas del mundo (5,7 hijos por mujer) y una alta tasa de mortalidad materna (557/100.000). En el último Estudio Demográfico y de Salud, realizado en 2009/10, se observa una disminución de la tasa total de fecundidad y de la tasa de mortalidad materna respecto de las tasas de 2003, que fueron de 7,8 y 660/100.000 respectivamente. Se ha producido un aumento significativo (siete veces) de las necesidades insatisfechas de planificación de la familia en los últimos siete años; del 4% en 2003 al 31% en 2009/10. Esos significativos cambios impulsan al Ministerio de Salud a conceder importancia a los programas de salud reproductiva para mujeres y hombres.

7. La Estrategia Nacional de Salud Reproductiva tiene como fin lograr la integración de todos los servicios de salud reproductiva contemplados en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. En la Estrategia se promueve el enfoque basado en los derechos de la salud sexual y reproductiva con los siguientes objetivos:

- Aumentar considerablemente el nivel de conocimientos de la población general sobre las cuestiones relacionadas con la sexualidad y la salud reproductiva;
- Promover la planificación de la familia para estabilizar la tasa de crecimiento demográfico y reducir la incidencia de los embarazos no planeados, no deseados o a destiempo;
- Lograr que todas las mujeres y hombres tengan acceso a los servicios básicos de atención de la salud reproductiva, la promoción de la salud y la información sobre cuestiones relacionadas con la reproducción;
- Reducir la mortalidad y la morbilidad maternas;
- Reducir la mortalidad y morbilidad prenatal y neonatal;
- Reducir las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH;
- Satisfacer las cambiantes necesidades en materia de salud reproductiva a lo largo del ciclo de vida y mejorar el estado de salud de las personas en edad de procrear.

8. A fin de alcanzar esos objetivos, la Estrategia Nacional de Salud Reproductiva se centra en cuatro componentes:

- a) La salud reproductiva de los adolescentes;
- b) La elección en materia de reproducción (planificación de la familia);
- c) La maternidad sin riesgo;
- d) La salud reproductiva en general.

9. La comunicación para cambios en el comportamiento (CCC) es transversal a esos cuatro componentes, y con ese fin, el Ministerio de Salud propuso la elaboración y aplicación de una Estrategia Nacional de CCC para la salud reproductiva, en la que se prestara especial atención a la necesidad de planear intervenciones de CCC culturalmente sensibles y basadas en los derechos destinadas a los hombres, las mujeres y los jóvenes en edad de procrear (15 a 49 años de edad), por medio de campañas de información/difusión y sensibilización, con miras a crear demanda de información y de servicios de salud reproductiva. Se han llevado a cabo diversas intervenciones y estrategias de comunicación sobre la salud que han incluido la propaganda educativa mediante representaciones teatrales

o radionovelas; la movilización de la comunidad, la utilización de los medios de comunicación de masas y la promoción mediante anuncios de interés público por radio y televisión; y la comunicación interpersonal general, que sigue siendo la principal forma de comunicación en Timor-Leste.

10. En las zonas rurales es preciso llevar a cabo intervenciones para lograr el cambio de los comportamientos, y actividades de divulgación de la salud reproductiva, especialmente sobre los servicios de salud materna, ya que solo el 21% de las mujeres de las zonas rurales fueron asistidas en el parto por profesionales de la salud, frente al 59% de las mujeres de las zonas urbanas. De las mujeres que dieron a luz con asistencia de una partera cualificada, solo un tercio vivían en zonas rurales, y el resto en zonas urbanas. Mientras que en Dili el 69% de los partos contaron con la asistencia de un profesional de la salud, los porcentajes fueron 10% en Oecussi, 11% en Ainaro, y 12% en Ermera. También es motivo de preocupación que tan solo el 12% de los niños de las zonas rurales nazcan en un establecimiento de salud, frente al 53% en las zonas urbanas. Ello pone de manifiesto que es apremiante construir más dispensarios y hospitales en las zonas rurales para que las comunidades, en particular las mujeres y las adolescentes tengan acceso a la información y a los servicios de salud. El 63% de las madres de Dili dieron a luz en un establecimiento de salud, frente al 3% en Ermera, el 5% en Oecussi, y el 7% en Ainaro.

11. Conscientes de la urgente necesidad de resolver el problema de la salud materna, la planificación de la familia y las necesidades de los jóvenes, el Grupo de Mujeres Parlamentarias de Timor-Leste (GMPTL) y la sociedad civil, con apoyo de las instituciones gubernamentales, los organismos de las Naciones Unidas y representantes de la Iglesia Católica, organizaron siete Consultas sobre salud reproductiva entre marzo y junio de 2010, que culminaron en una Conferencia Nacional sobre la Salud Reproductiva que se celebró del 11 al 13 de julio de 2010. Los principales temas de la Conferencia fueron la planificación de la familia, la educación sexual, el embarazo de adolescentes, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño. Las conferencias regionales sirvieron de foro para obtener información de capital importancia, detectar los problemas existentes e informar a las comunidades sobre las actividades del Gobierno para el mejoramiento de la salud reproductiva, la planificación de la familia, los embarazos en la adolescencia y la educación sexual. Se destacó como importantes esferas de atención el acceso a la información, así como la falta de infraestructuras de salud, el fomento de la capacidad de los recursos humanos, el aumento del número de parteras capacitadas, de promotores de la salud de la familia, y parteras tradicionales en la atención al nivel de la comunidad, la salud maternoinfantil, la nutrición y, por último, el fortalecimiento del sistema de remisión de pacientes.

12. Durante la Conferencia Nacional sobre la Salud Reproductiva se aprobó una Declaración sobre la adopción de medidas positivas para reducir la mortalidad materna e infantil, la tasa de natalidad y los embarazos en la adolescencia. En la Declaración se reafirmó el derecho de todos los timorenses a la información y a servicios de salud sexual, materna y reproductiva que sean asequibles, de buena calidad, sensibles a las distintas culturas y a las cuestiones de género. En la Declaración se adquirió el compromiso de lograr que:

- Ninguna madre timorense muera innecesariamente durante el embarazo y el parto;
- Ningún bebé timorense muera innecesariamente antes, durante y después del parto;
- Ninguna joven timorense deba dejar la escuela debido a un embarazo no planificado; y

- Todos los timorenses —hombres, mujeres y jóvenes— tengan acceso a información correcta y completa y a servicios de calidad que les garanticen el pleno ejercicio de sus derechos a la salud sexual, materna y reproductiva.

13. Como parte de la estrategia para hacer frente a las enfermedades que pueden causar la muerte, en especial para reducir la morbilidad materna e infantil, el Gobierno está brindando el conjunto de servicios básicos por medio de intervenciones de prevención, promoción, curación y rehabilitación. Los primeros puntos de atención son los puestos de salud de las comunidades, que cuentan con la asistencia del Servicio Integrado de Salud Comunitaria (SISCa) para llegar a las comunidades y a las zonas rurales y apartadas.

14. Idealmente cada aldea debería contar con un puesto de salud con 1 médico, 1 técnico de laboratorio, 2 enfermeros y 2 parteras, para mejorar el acceso a los servicios médicos, velar por que las mujeres embarazadas cuenten con servicios de partos seguros y limpios, así como con servicios de remisión a centros de salud más avanzados en caso necesario. Actualmente hay 193 puestos de salud, 66 centros comunitarios de salud, 5 hospitales de remisión de pacientes, y el Hospital Nacional, que fue rehabilitado en 2008.

15. El SISCa se ocupa del tratamiento y la atención de la salud, la vacunación, la nutrición y las actividades de desarrollo de la comunidad para mejorar el acceso a la información sobre la salud y otros servicios sanitarios. Además, el Gobierno, por conducto del Programa de promoción de la salud, centra su atención en el cambio de los comportamientos por medio del SISCa, que vela por que las embarazadas reciban atención prenatal y den a luz en un establecimiento de salud con la asistencia de personal de partería cualificado. Los promotores de la salud de la familia realizan visitas a domicilio para ofrecer información y promover los servicios de salud en relación con la salud maternoinfantil, la nutrición y demás problemas de salud. El Ministerio de Salud ofrece capacitación a parteras y enfermeros para que ofrezcan asesoramiento sobre la planificación familiar y sobre servicios conexos, así como sobre técnicas de contracepción para hombres y mujeres en los centros de salud y en los SISCa. De este modo los servicios integrados llegan a comunidades que se encuentran en lugares de difícil acceso.

16. Como parte de sus actividades de fortalecimiento de las instituciones y de los recursos humanos, Timor-Leste se esfuerza por aumentar el número de parteras cualificadas en el sistema de salud. En 2010 y 2011, 46 parteras obtuvieron un título de grado en el Instituto Nacional de Salud de Timor-Leste. Por otra parte, en octubre del año en curso, se graduó la primera promoción de 37 parteras de la Universidad Nacional de Timor-Leste.

17. La Iglesia Católica también apoya la ejecución de programas de salud materna así como de actividades de educación para las familias y los jóvenes y, con ese fin, prevé establecer una escuela de maternidad en la que se formará a enfermeros y parteras en la prestación de servicios.

18. Otra estrategia para subsanar las deficiencias en la prestación de servicios es la iniciativa del Ministerio de Salud de contratar a parteras de Indonesia. Se ha firmado un Memorando de Entendimiento con el Ministerio de Salud de Indonesia y actualmente hay seis parteras indonesias trabajando en Oecusse, Lautem y Aileu.

19. El cuarto componente la Estrategia Nacional de Salud Reproductiva es la salud reproductiva en general. Uno de sus enfoques estratégicos es difundir información sobre el cáncer cervicouterino. El Ministerio de Salud ha preparado unas directrices para la detección del cáncer cervicouterino en el país. El año próximo comenzará la formación de médicos y parteras sobre la inspección visual con ácido acético para la detección del cáncer cervicouterino, que tiene como fin diagnosticar y tratar a las pacientes con cáncer cervicouterino. Los Departamentos de Salud Maternoinfantil y de Promoción de la Salud han publicado material de información, educación y comunicación para informar a las mujeres sobre el cáncer cervicouterino.

20. La fístula obstétrica es otro ámbito de la salud reproductiva en general. Se han preparado materiales de información, educación y comunicación y se han realizado actividades de difusión en los distritos del país para informar acerca de la fístula y de su tratamiento. Cabe señalar que en Timor-Leste, las mujeres con fístula obstétrica no son discriminadas ni rechazadas por su familia, comunidad o sociedad. Desde 2005 se han operado 20 casos de fístula obstétrica.

21. Otra esfera de la salud reproductiva en general es la preparación para situaciones de emergencia. El Ministerio de Salud ha distribuido botiquines de salud reproductiva para emergencias causadas por desastres naturales o producidas por el hombre. El Ministerio de Salud también ha organizado talleres de preparación para casos de emergencia en diferentes regiones y distritos para que el personal de salud sea capaz de hacer frente a los problemas de salud materna que se presenten durante las situaciones de emergencia.

1. Atención prenatal y postnatal

22. En el Plan estratégico de desarrollo de Timor-Leste se enuncian los siguientes objetivos:

"Con el fin de seguir mejorando la salud materna en Timor-Leste, aumentaremos el acceso a los servicios de salud para la atención antes, durante y después del embarazo y para la planificación de la familia de modo que, para 2015, el 70% de las embarazadas reciban atención prenatal al menos cuatro veces, y el 65% de las mujeres cuenten con asistencia en el parto. Mejoraremos la atención obstétrica de urgencia mediante el reconocimiento, la detección temprana y la gestión de las complicaciones obstétricas al nivel de la comunidad y los servicios de remisión. Fortaleceremos los servicios de salud reproductiva para adolescentes y dotaremos a las personas, las familias y las comunidades de los medios necesarios para que contribuyan al mejoramiento de la atención materna y los servicios de salud reproductiva. También mejoraremos la recopilación de datos y los análisis relacionados con los servicios de salud para las madres."

23. El número de mujeres que recibieron atención antenatal al menos una vez pasó del 61% en 2003 al 86% en 2009/10. El 93% de las mujeres de las zonas urbanas y el 84% de las de las zonas rurales recibieron atención prenatal. El número de partos asistidos por profesionales de la salud, es decir, un médico, un enfermero o una partera, ha aumentado del 19% al 30%. Estos avances en la atención prenatal y en los partos asistidos por personal cualificado, el mejoramiento de la capacidad de los recursos humanos, la elaboración de materiales de CCC y la expansión del Programa de promoción de la salud de la familia del SISCa han contribuido a reducir la mortalidad materna y neonatal.

24. Para aumentar los establecimientos sanitarios disponibles durante el parto, el Ministerio de Salud estableció clínicas de maternidad en 32 centros comunitarios de salud con el objetivo de aumentar el acceso a esos servicios y a la asistencia a los partos por personal cualificado, de modo que las familias se encuentren cerca durante el parto. Otro ejemplo es el de las visitas que realizan el personal de los servicios estatales y las ONG, y los promotores de la salud de la familia en el domicilio de las embarazadas. Se realizan visitas de supervisión de los servicios de apoyo para controlar y mejorar las técnicas de las parteras en la prestación de servicios y en el asesoramiento sobre atención prenatal y planificación de la familia a nivel de distrito y subdistrito. La Iglesia Católica está también interesada en la salud reproductiva en general e inauguró a mediados de 2011 un hospital de maternidad privado en Dili para prestar servicios de salud materna.

25. Desde 2005, el Departamento de Salud Maternoinfantil del Ministerio de Salud, a través de su Programa de maternidad segura, ofrece capacitación sobre atención obstétrica básica de emergencia a parteras y médicos que trabajan en hospitales y establecimientos sanitarios. El Ministerio de Salud se ha propuesto dotar a los centros de salud de todos los

niveles de un mínimo de dos parteras formadas en atención obstétrica de emergencia. El objetivo es asegurar que las parteras estén capacitadas para ayudar a las embarazadas a dar a luz sin complicaciones, así como para reanimar a los recién nacidos. Si se presentan complicaciones antes o durante el parto, la partera remite a la embarazada a un servicio de salud de más alto nivel que preste atención obstétrica completa de emergencia a fin de que la embarazada reciba atención médica inmediata. A fin de que los centros comunitarios de salud estén en condiciones de ofrecer servicios de atención obstétrica básica, el Ministerio de Salud ha proporcionado a 18 centros de salud de la comunidad todo el equipo, suministros y medicamentos necesarios para prestar ese tipo de atención.

26. En todos los hospitales de remisión y en el Hospital Nacional, los obstetras son formados en atención obstétrica completa de emergencia. Hasta la fecha hay 6 centros de atención completa, 18 centros de atención básica plenamente equipados, 134 parteras y 23 médicos generalistas que han completado su capacitación en atención obstétrica básica de emergencia. Se prevé que a principios de 2012 se habrá equipado a otros 14 centros comunitarios de salud, con lo que 32 de los 66 centros del país estarán preparados para prestar atención obstétrica básica de emergencia.

27. Este año el Ministerio de Salud ha actualizado su Programa de maternidad sin riesgo y partos limpios y sin complicaciones. El Ministerio de Salud imparte a todas las parteras capacitación sobre partos limpios y sin complicaciones para reducir las infecciones en las madres y los recién nacidos.

28. En el Plan estratégico de salud se ha previsto la puesta en funcionamiento de automóviles multifuncionales (ambulancias) que se utilizarán para proporcionar atención médica a los pacientes de las zonas apartadas o subatendidas que necesiten ser trasladados a centros de salud de más alto nivel, y para llevar a cabo actividades de promoción de la salud. En 2010, el Ministerio de Salud ha adquirido un total de 85 automóviles multifuncionales, que han sido asignados a los 65 centros comunitarios de salud, a 5 hospitales de remisión y al Hospital Nacional. Se ha revisado el inventario de transporte sanitario y se prevé ultimar una evaluación de las necesidades a finales de 2011, así como crear y poner en marcha un sistema de gestión del transporte sanitario antes de finales de 2012.

29. A fin de apoyar las iniciativas del Gobierno, los asociados en la ejecución (organismos de las Naciones Unidas y ONG internacionales y nacionales) colaborarán estrechamente con el Ministerio de Salud y los servicios de salud de distrito, particularmente los coordinadores de salud materno-infantil, para ofrecer servicios de salud reproductiva centrados en la maternidad sin riesgo, la planificación de la familia, la salud reproductiva de los adolescentes, la salud reproductiva en general, y actividades de promoción de la salud para ampliar el alcance de la prestación de servicios.

2. El Protocolo médico de opciones para el aborto

30. Antes de la promulgación del actual Código Penal N° 19/2009 en 2009, en Timor-Leste estaba en vigor el Código Penal de Indonesia, según el cual el aborto era ilegal en todas las circunstancias. Aunque en los párrafos 1 y 2 del artículo 141 del Código Penal vigente en la actualidad el aborto sigue siendo considerado delito y castigado con pena de prisión, en el párrafo 4 se prevé una circunstancia en la que se permite el aborto. La inclusión de esta excepción significa que Timor-Leste se encuentra ahora entre la mayoría de países que permiten el aborto en determinadas circunstancias. El aborto está permitido cuando la interrupción del embarazo sea el único medio de evitar la muerte de la madre, a condición de que el procedimiento sea autorizado en un certificado firmado por tres médicos y el aborto sea practicado por un médico o profesional de la salud en un establecimiento de salud público, con el consentimiento de la embarazada y tras haber escuchado la opinión de su pareja.

31. El artículo 141, titulado "La terminación del embarazo", dice lo siguiente:

"1. Quien, por cualquier medio y sin el consentimiento de la mujer embarazada, la haga abortar, será castigado con una pena de prisión de entre dos y ocho años.

2. Quien, por cualquier medio y con el consentimiento de la mujer embarazada, la haga abortar, será castigado con una pena de prisión no superior a tres años.

3. La mujer embarazada que consienta que un tercero la haga abortar o que se practique un aborto por sus propias acciones o las de un tercero, será castigada con una pena de prisión no superior a tres años.

4. No será punible la interrupción del embarazo realizada, tras presentación de un certificado médico por un médico u otro profesional de la salud, bajo la dirección de un médico, en un centro de salud público o reconocido oficialmente, con el consentimiento de la mujer embarazada cuando, de conformidad con el estado de los conocimientos médicos y la experiencia, y después de haberse tomado todas las medidas posibles para mantener el embarazo sin riesgo de muerte para la mujer embarazada, se presente como el único medio para eliminar el riesgo de muerte.

5. La certificación de las circunstancias mencionadas en el párrafo anterior se efectuará en un certificado médico expedido escrito y firmado por una junta integrada por tres médicos en una fecha anterior a la de la interrupción del embarazo, de la que no formará parte el médico que realice o supervise la interrupción del embarazo."

32. No obstante, debe señalarse que este texto es el resultado de una propuesta presentada y firmada por 16 miembros del Parlamento Nacional el 19 de mayo de 2009 en la que se revisaba el artículo 141 del Código Penal, relativo al aborto. En el texto original del Código Penal publicado el 8 de abril de 2009 en el *Boletín de la República*, se permitía el aborto cuando hubiera pruebas médicas de que el feto sufriría una enfermedad incurable, una malformación congénita o era un feto inviable. Se permitía la interrupción del embarazo no solo para evitar un daño permanente a la salud física sino también a la salud psicológica de la mujer, por ejemplo, por llevar a término un embarazo resultante de una violación o de incesto. En muchos de esos casos, la embarazada víctima de la violación recurre al aborto clandestino (que puede ser inseguro y poner en peligro su vida) cuando no puede recurrir al aborto legal.

33. No se dispone de datos concretos sobre el aborto ilegal en Timor-Leste, sin embargo, hay indicios de que durante todo el año se producen abortos ilegales. La Fundación Alola, realizó investigaciones sobre el aborto en 2005 y dio a conocer los resultados siguientes:

- Muchas mujeres pedían a los médicos y a las parteras que practicaran abortos; y
- Se han realizado abortos ilegales para terminar embarazos no deseados de forma clandestina utilizando métodos tradicionales o modernos.

3. Infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA

34. La Estrategia nacional contra el VIH/SIDA estableció las prioridades en la educación sobre el VIH/SIDA y su prevención para:

- Los grupos de mayor riesgo (trabajadoras del sexo y sus clientes, hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y personal uniformado;
- Los jóvenes;
- La población en general.

35. Los servicios para las trabajadoras del sexo, los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y el personal uniformado han superado por lo general los objetivos de la comunicación para cambios en el comportamiento (CCC) y la distribución de condones en los siete distritos en los que se prestan esos servicios. Según se informa, la calidad de los servicios suele ser más alta en Dili que en los demás distritos. Los indicios de cambio de los comportamientos y la actual disminución de las tasas de infección por el VIH indican que es posible que las intervenciones ya estén surtiendo efecto. Actualmente se están llevando a cabo campañas de sensibilización del público e intervenciones de CCC destinadas a los jóvenes.

36. El año pasado se preparó el segundo Plan estratégico nacional contra el VIH/SIDA y las ITS para 2011-2016, que servirá de marco para la adopción de medidas durante los cinco años próximos. El Plan está centrado en dos esferas: el tratamiento, atención y apoyo a todas las personas afectadas o infectadas por el VIH mediante un tratamiento y unos servicios de atención de alta calidad; y la promoción de la CCC mediante la sensibilización, la creación de un entorno propicio y la promoción de la salud reproductiva.

37. En el nuevo Plan estratégico nacional sobre el VIH se establece una coalición para la igualdad entre los géneros, y la salud sexual y reproductiva teniendo en cuenta que "la igualdad entre los géneros sirve de fundamento para crear un entorno propicio para la salud sexual y reproductiva". La coalición tiene por objetivo facilitar el debate abierto y franco sobre la salud sexual y reproductiva con el fin de movilizar el apoyo de la comunidad, sensibilizar y aumentar los conocimientos sobre el VIH/SIDA y crear un entorno propicio superando los tabúes que impiden hablar del sexo así como la sensación de vergüenza que se asocia al uso de los servicios de salud sexual. La coalición dispone de una junta directiva integrada por dirigentes destacados de la comunidad que pueden conducir el debate público sobre esas cuestiones, y un grupo asesor técnico de expertos en cuestiones de género y salud sexual y reproductiva. Se está utilizando la mercadotecnia social para promover la sensibilización del público movilizando a promotores de nivel de base, especialmente agentes del Servicio Integrado de Salud Comunitaria (SISCa).

38. Entre 2003 y junio de 2011 se registró un total de 238 casos de personas con VIH/SIDA. De ellas, 45 recibieron terapia antirretroviral y 23 fallecieron. Los resultados de los estudios realizados en el país sobre el VIH/SIDA indican que la mayoría de las infecciones por el VIH se producen en el grupo de edad de 25 a 44 años, y que hay más mujeres afectadas que hombres. Para hacer frente a este problema, el Ministerio de Salud, tomando como guía la Estrategia Nacional de CCC, se esfuerza por intensificar el diálogo sobre la prevención del VIH/SIDA entre la población con el fin de que las mujeres y hombres en edad de procrear busquen asesoramiento e información sobre el VIH/SIDA y las ITS en los establecimientos de salud. Una forma de combatir la enfermedad es informar sobre el VIH y concienciar sobre la prevención y la forma de transmisión de la enfermedad.

39. Se han asignado recursos para la respuesta y la coordinación multisectorial a la Comisión Nacional de Lucha contra el sida. Se ha emprendido el fortalecimiento institucional de la Comisión Nacional en vista del decisivo papel que desempeña en la supervisión y vigilancia del programa nacional sobre el VIH/SIDA de Timor-Leste. La Comisión ha llevado a cabo numerosas actividades de promoción, particularmente entre las poblaciones de mayor riesgo y en las zonas fronterizas. El 6 de septiembre, la Comisión Nacional, con el apoyo del Ministerio de Salud, diversas organizaciones internacionales y nacionales, organismos de las Naciones Unidas y organizaciones religiosas, y en colaboración con la Comisión Nacional de Lucha contra el sida de Timor Occidental (Indonesia) organizó un taller de promoción sobre el VIH en las zonas fronterizas, que se celebró en la ciudad fronteriza de Batugade. La zona es considerada de alto riesgo para la transmisión del VIH/SIDA debido a los flujos migratorios. Se planea establecer más

adelante centros de tecnología de lucha antivectorial en la zona fronteriza de los distritos de Maliana (Timor-Leste) y Atambua (Indonesia).

4. Planificación de la familia

40. Con el fin de poner en marcha un programa eficaz de planificación de la familia, el Gobierno, por conducto del Ministerio de Salud, aprobó una Política nacional de planificación de la familia en febrero de 2005. La política se elaboró en vista de la alta tasa de fecundidad (7,8 hijos por mujer) registrada en el Estudio Demográfico y de Salud de 2003. En las consultas celebradas para la elaboración de la política se comprobó que la mayoría de la población, e incluso las autoridades de la Iglesia Católica de Timor-Leste, estaban a favor de la puesta en marcha de un programa de planificación de la familia. El principio rector de la política es la planificación de la familia en el contexto de la paternidad responsable.

41. Por medio de esta política y de conformidad con el artículo 57 de la Constitución ("Todos tienen derecho a la salud y a la asistencia médica y sanitaria, y el deber de defenderlas y promoverlas") el Gobierno reconoce la importancia de reducir la alta tasa de crecimiento de la población del país y de espaciar los nacimientos como medio de alcanzar sus objetivos de erradicar la pobreza, reducir el alto nivel de mortalidad materna e infantil, y mejorar la salud de las madres y los hijos.

42. Los resultados del último Estudio Demográfico y de Salud, realizado en 2009/10, muestran una notable mejora en la tasa total de fecundidad, que es actualmente 5,7, lo que representa una disminución de 2 hijos por mujer.

43. El Departamento de Salud Maternoinfantil del Ministerio de Salud es el responsable general de la planificación de la familia. A nivel de distrito, la prestación de los servicios de planificación de la familia se integra con otras actividades, y los equipos de gestión de salud en los distritos se encargan de la supervisión y la coordinación de todos los servicios de planificación de la familia a ese nivel. En el plano nacional, el Ministerio de Salud cuenta con 1 Responsable nacional de planificación de la familia, 1 Asistente de logística, 1 coordinador en el Servicio Autónomo de Medicamentos y Equipamientos de Salud (SAMES), 13 coordinadores adjuntos de salud maternoinfantil/planificación de la familia a nivel de distrito, promotores de la salud de la familia a nivel de la comunidad y, actualmente, en los distritos piloto de Ermera y Oecusse, coordinadores de planificación de la familia en 17 *sucos* (grupos de aldeas).

44. Pese al aumento registrado en la tasa de uso de anticonceptivos, que ha pasado del 10% en 2003 al 21% en 2009, el nivel de conocimientos sobre los anticonceptivos y el interés por el uso de estos son muy bajos entre los hombres y mujeres de Timor-Leste. Sin embargo, el porcentaje de mujeres casadas que actualmente no desean tener más hijos se ha duplicado en los siete últimos años, pasando del 17% al 36%. La Estrategia Nacional de CCC también se centra en la planificación de la familia para dar a conocer los métodos anticonceptivos modernos, así como en la comunicación y la adopción de decisiones sobre el espaciamiento de los nacimientos entre los convivientes o cónyuges. El objetivo del programa es promover el concepto de espaciamiento de los nacimientos y la planificación del nacimiento del próximo hijo. El Programa de planificación de la familia del Ministerio de Salud dirige sus mensajes tanto a los hombres como a las mujeres por medio de programas de radio locales y de los coordinadores de la planificación de la familia de las aldeas. El Ministerio de Salud es consciente del decisivo papel que desempeñan los maridos en la adopción de decisiones respecto de la planificación de la familia, y promueve la participación de los hombres en la salud reproductiva a nivel nacional y de distrito. Se han hecho planes para la participación de los hombres en la salud reproductiva en cinco distritos. Se han preparado materiales de información, educación y comunicación en

colaboración con los Departamentos de Salud Maternoinfantil y de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud.

45. En el Estudio Demográfico y de Salud se observa una disparidad entre las mujeres de las zonas urbanas y las rurales por lo que hace al tamaño de la familia y la utilización de los servicios de planificación de la familia. Las mujeres de las zonas urbanas suelen tener cinco hijos, y las de las zonas rurales, seis. Las mujeres de las zonas urbanas utilizan el doble de medios anticonceptivos que las de las zonas rurales. En vista de esos datos, el Ministerio de Salud está decidido a corregir el desequilibrio mediante el Servicio Integrado de Salud Comunitaria y sus programas de CCC.

46. Un factor decisivo para el éxito del programa de planificación de la familia es la inclusión de suministros para este fin en el abastecimiento de suministros de salud reproductiva. El Gobierno ha estado adquiriendo medicamentos para la atención obstétrica de emergencia para apoyar el programa de salud materna y, gracias a la ayuda de los organismos de las Naciones Unidas, la adquisición de suministros para la planificación de la familia ha sido constante. Se ha establecido también un Sistema de información para la gestión logística. Según la evaluación realizada en 2010 del programa de planificación de la familia, el Hospital Nacional no ha quedado desabastecido de suministros de planificación de la familia. A nivel de distrito, el 70% de los centros de salud de distrito, el 60% de los centros comunitarios de salud y el 45% de los puestos de salud no han estado desabastecidos. En la evaluación se determinó que, durante este período, la capacidad del personal de salud para prestar asesoramiento y servicios de planificación de la familia fue adecuada, pero debían hacerse mejoras en el Sistema de información para la gestión logística y en la vigilancia.

47. Cabe señalar que el Ministerio de Salud trabaja en estrecho contacto con la Iglesia, en particular en lo que respecta a la planificación de la familia. La Iglesia Católica goza de alta estima y puede influir en las políticas y en la legislación. Como ejemplo patente de los buenos lazos de colaboración entre la Iglesia y el Gobierno en materia de salud reproductiva y planificación de la familia pueden citarse la carta del Obispo de Baucau durante la preparación de un filme sobre el espaciamiento de los nacimientos, y la participación del Obispo de Dili en la Conferencia nacional sobre la salud reproductiva, la planificación de la familia, y la educación sexual en julio de 2010. Una congregación católica, la SOVERDI (SVD) ha creado recientemente un Centro de orientación espiritual, en el que se brinda asesoramiento a las parejas que se preparan para contraer matrimonio. Durante ese asesoramiento, se reserva una sesión al Ministerio de Salud para que hable de la salud reproductiva y el espaciamiento de los nacimientos. De ese modo, la Iglesia se ocupa de la orientación espiritual y moral, y el Gobierno facilita información sobre la salud reproductiva con el fin de que las parejas puedan tomar decisiones con conocimiento de causa, ejercitar sus derechos y disfrutar su pleno potencial como pareja.

5. La prevención de los embarazos precoces

48. La tasa de embarazo en la adolescencia, o tasa de fecundidad por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad, ha disminuido de 78 en 2003 a 51 en 2009, pero está considerada aún una de las tasas más altas de Asia Sudoriental. La salud sexual y reproductiva de los jóvenes es uno de los componentes de la Estrategia Nacional de Salud Reproductiva, y la Estrategia Nacional de CCC sobre la salud reproductiva, la planificación de la familia y la maternidad sin riesgo se centra en la comunicación sobre salud reproductiva para los jóvenes y la prevención de los embarazos precoces. El objetivo principal es asesorar e informar a las jóvenes para que eviten las relaciones sexuales prematuras, y aumentar el promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales y del primer embarazo entre las jóvenes (en el grupo de edad de 15 a 20 años). El Ministerio de Salud ha elaborado y producido materiales de CCC para hacer frente a este problema de los

jóvenes, con la asistencia de otras instituciones estatales, las Naciones Unidas, y ONG y organizaciones religiosas internacionales. Permanentemente se ofrece educación basada en la preparación para la vida activa en las escuelas y centros de recursos para jóvenes, mediante anuncios de interés público en radio y televisión, y en folletos y vallas publicitarias.

49. Con el fin de reforzar la colaboración entre los actores de la salud reproductiva de los adolescentes, en 2009 se creó un grupo de trabajo sobre esa cuestión. En junio de 2010 se creó un equipo de tareas para que ultimara las normas de salud y las directrices nacionales para los servicios de salud apropiados para los jóvenes y, a finales de año, se celebró una reunión de consulta con jóvenes. Se prevé ultimar las mencionadas directrices para finales de 2011, y que el Ministerio de Salud preste esos servicios en establecimientos de salud en 2012.

50. Uno de los obstáculos con que tropiezan los adolescentes para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva en los dispensarios es la actitud del personal de salud. Para conseguir que ese personal atienda debidamente a los jóvenes, el Instituto de Ciencias de la Salud del Ministerio ejecutó un programa de orientación sobre salud reproductiva de los adolescentes y servicios de salud apropiados para los jóvenes destinado a agentes de salud y personal de acogida. El Departamento de Salud Maternoinfantil está armonizando los diferentes manuales de capacitación sobre esos temas con el fin de crear un manual estándar de capacitación para evitar las confusiones y que los jóvenes reciban información incorrecta.

6. La educación sexual en las escuelas

51. Por lo que hace a la educación sexual formal, la Ley de bases de la educación N° 14/2008 prevé la introducción de conocimientos básicos sobre el cuerpo humano. La disciplina "Conocer mi cuerpo" comienza en el tercer año de la escuela primaria y continúa en los años séptimo a noveno, incorporada en Ciencias Naturales, Ciencias Sociales y Educación Cívica. A nivel secundario, en los planes de estudios se incluyen los elementos psicosociales, el proceso de la anatomía y la construcción de la identidad del adulto.

52. Atendiendo a las observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en las que se observaba que los programas de educación sexual existentes eran insuficientes, el Ministerio de Educación está preparando un programa de estudios completo sobre educación sexual y reproductiva para adolescentes. Teniendo en cuenta lo delicado de los temas, los docentes recibirán capacitación intensiva para que adopten las actitudes y adquieran los conocimientos y las técnicas adecuados para impartir esas enseñanzas.

53. En la actualidad tres instituciones públicas colaboran en ese ámbito. El Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y la Secretaría de Estado para la Juventud y los Deportes elaboraron en 2010 un plan de trabajo sobre salud reproductiva para los jóvenes. El plan se centra en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva y en la difusión de información al respecto entre los jóvenes, tanto si están escolarizados como si no, y especialmente entre los jóvenes y adolescentes a los que es difícil llegar.

7. Mortalidad materna, infantil y de lactantes

54. Tal como se declara en el Plan estratégico de desarrollo de Timor-Leste 2011-2030 y en el Plan estratégico de salud 2011-2030, Timor-Leste se ha comprometido a mejorar la salud maternoinfantil. Gracias al Programa integrado de gestión de las enfermedades infantiles se han podido hacer sólidos avances en la atención de la salud infantil y se ha mejorado la tasa de mortalidad infantil. Se ha registrado un aumento en los partos asistidos, que han pasado del 19% en 2003 a un promedio de 29,9% en 2009/10, y una disminución

estable en la tasa de mortalidad materna, que ha pasado del nivel de base estimado de 660 en 2000 a 557 en 2009/10. Sin embargo, debe señalarse que la tasa de mortalidad materna de Timor-Leste sigue siendo una de las más altas del mundo, ya que el 42% de los fallecimientos de mujeres de entre 15 y 49 años están relacionados con el embarazo. Para alcanzar en 2015 el Objetivo de Desarrollo del Milenio de 252 fallecimientos por cada 100.000 nacidos vivos, la tasa actual debería reducirse a cerca de la mitad. Entre los factores que inciden en la alta tasa de mortalidad materna cabe señalar que tan solo el 30% de los partos tienen lugar con asistencia de un médico, un enfermero o una partera; que la tasa de fecundidad actual es todavía alta, aunque ha disminuido de 7,8 a 5,7; y por último, que muchas mujeres timorenses están demasiado delgadas, ya que el 27% presentan un índice de masa corporal inferior a 18,5, y muchas de ellas (21%), también sufren anemia. Es apremiante redoblar los esfuerzos para reducir la alta tasa de mortalidad materna, particularmente incrementando los recursos que se dedican a prestar atención prenatal a las mujeres embarazadas y aumentando la asistencia a los partos por personal cualificado.

55. Se ha producido una disminución general de la mortalidad infantil y de lactantes. Se ha registrado una reducción en la tasa de mortalidad infantil, que ha bajado de 60 por 1.000 en 2003 a 45 por 1.000 en 2009/10, así como en la mortalidad de menores de 5 años, que ha pasado de 83 por 1.000 en 1999-2003, a 64 por 1.000 entre 2005-2009. Se considera que Timor-Leste está en camino de alcanzar su Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad de los menores de 5 años en dos tercios para 2015.

Investigación sobre las causas de la mortalidad materna e infantil

56. En enero de 2010 el Ministerio de Salud inauguró oficialmente el Gabinete de investigación y desarrollo sanitarios, que tiene como fin organizar, promover, facilitar y realizar investigaciones de salud en Timor-Leste. El Gabinete cuenta con una Junta de examen técnico y ético encargada de estudiar todas las propuestas de proyectos de investigación sobre la salud, y mantiene una base de datos de todas las investigaciones sobre salud realizadas desde 1997 hasta el presente. Su misión es mejorar la salud mediante la investigación.

57. El Ministerio de Salud es consciente de la importancia de la investigación y se ha fijado el objetivo de fortalecer la capacidad de investigación nacional para la adopción de políticas y decisiones en materia de salud basadas en datos objetivos, y de institucionalizar la investigación a todos los niveles de la atención sanitaria, fortaleciendo el Comité Nacional de Asesoramiento sobre la Investigación Sanitaria, actualmente ubicado en el Instituto de Ciencias Sanitarias.

58. Se están ejecutando tres grandes proyectos de investigación a cargo de ONG en asociación con el Ministerio de Salud —el "Estudio sobre el comportamiento relativo a la búsqueda de atención sanitaria en Timor-Leste", "La mortalidad materna, el embarazo no planificado, y el aborto inseguro en Timor-Leste", y "La mortalidad perinatal en Timor-Leste"— centrados en las causas o raíces de la mortalidad materna e infantil y, más generalmente, en la práctica basada en datos objetivos para fortalecer la acción en pro de la elaboración de políticas para el adelanto de los derechos de la mujer y los derechos en materia de salud sexual y reproductiva.

59. Se constata que las grandes distancias que hay que recorrer para llegar a los establecimientos sanitarios dificultan su uso, en particular si es para una atención de prevención que no es urgente. En la época de lluvias el problema se agrava debido a que los caminos se vuelven intransitables. Más del 55% de las personas encuestadas vivían a más de una hora de camino de los servicios de salud, y el 78% tenían que caminar entre dos y cinco horas para recibir tratamiento. Se determinó que los principales factores que inciden en la mortalidad materna son la falta de suministros y equipo básicos, la de personas con

conocimientos básicos en los distritos, y la de información sobre la planificación de la familia.

60. En un programa realizado en el hospital de Same se determinó que entre las causas fundamentales de la mortalidad materna e infantil se encontraban: la malnutrición, el alto número de embarazos y partos por mujer, las malas condiciones para dar a luz, la imposibilidad de recibir atención prenatal debido a la necesidad de ocuparse de los hijos, y la aceptación de la mortalidad infantil —que hacen que las familias no estén en condiciones de viajar para recibir atención especializada—, y la renuencia a utilizar el agua de lluvia para lavarse aunque no se disponga de otro tipo de agua.

B. Salud mental

61. El Ministerio de Salud considera que la salud mental es un componente de la atención primaria de la salud de importancia fundamental para que toda persona pueda realizarse plenamente, y para el bienestar de las personas y del país. Tras la conclusión del Proyecto nacional de salud iniciado por los Gobiernos de Timor-Leste y Australia, en el marco del cual cerca de 2.000 personas recibieron tratamiento entre 2002 y 2005, la Dependencia de Salud Mental del Ministerio de Salud se convirtió en el Departamento de Salud Mental de la Dirección Nacional de Salud de la Comunidad en febrero de 2009. El Departamento ya ha aprobado una Estrategia nacional de salud mental y un Protocolo nacional para la epilepsia, y se ocupa de coordinar la gestión de la atención global de los trastornos mentales a todos los niveles del sistema de salud del país, incluidos los proveedores no gubernamentales de servicios.

62. La Estrategia nacional de salud mental tiene como fin integrar la salud mental en el conjunto de atención básica de la salud y de dotar permanentemente a cada distrito de trabajadores sanitarios especializados. Los servicios de salud mental tienen por objeto mejorar la salud mental de la población mediante la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y el mejoramiento de la comprensión de las enfermedades mentales. Con ello se trata de reducir la estigmatización y la discriminación que con frecuencia sufren los enfermos mentales, y restablecer tanto la dignidad como la calidad de vida de los pacientes en sus comunidades. El objetivo del Departamento de Salud Mental es no solo ofrecer un servicio de salud mental integral y de alto nivel, sino también aumentar la comprensión y la sensibilización de la comunidad respecto de las enfermedades mentales mediante la formación y la educación en las aldeas.

63. Los trastornos más comunes observados entre las mujeres timorenses son la depresión, la ansiedad y el estrés debidos a la violencia sexual, psicológica, económica o física. Los trastornos mentales relacionados con conflictos pasados aún afectan a mujeres y seguirán incidiendo en sus necesidades en materia de salud mental, a pesar de que las tasas generales de trastorno de estrés posttraumático entre la población son, según se informa, mucho más bajas que en 2000. Otros factores frecuentes son la pobreza y el desempleo, que reducen la autoestima y producen ansiedad o depresión.

64. En septiembre de 2011 se inició el informe sobre las investigaciones realizadas acerca del bienestar mental de la mujer titulado "Armonía en la familia". El proyecto se creó para estudiar las causas y manifestaciones del alto nivel de ira y frustración detectado entre las mujeres en un estudio sobre salud mental realizado en Timor-Leste en 2004. Uno de los objetivos clave del estudio fue determinar las causas de la ira y la frustración; los efectos de la ira en las vidas de las mujeres y sus familias, y las posibles medidas para resolver el problema. Los resultados de este estudio son muy importantes para el bienestar de las mujeres y sus familias, particularmente para los interesados en las cuestiones relacionadas con la mujer, como la violencia, los conflictos y la injusticia; la salud y la

salud mental; la atención y educación de los hijos; la pobreza; y las relaciones de apoyo dentro de las familias y las comunidades afectadas por conflictos pasados y los problemas sociales y económicos actuales. El estudio se basaba en la teoría de que el ejército de Indonesia agredió deliberadamente a las mujeres a fin de debilitar y desestabilizar al movimiento de resistencia así como para destruir las relaciones familiares y la sociedad timorese. Después de la independencia, la violencia doméstica ha seguido siendo una forma generalizada de traumas y violencia.

C. Sistema de Información sobre la Gestión de la Salud

65. El Ministerio de Salud está firmemente decidido a basar la elaboración de políticas en datos objetivos. No obstante, actualmente escasean los datos fiables y adecuados. Entre las fuentes de datos más importantes, tanto por su cantidad como por su calidad, utilizadas hasta la fecha cabe señalar: el Estudio Demográfico y de Salud 2009/10, la Estrategia de CCC, y el Estudio sobre el comportamiento relativo a la búsqueda de atención sanitaria, de 2009.

66. La vigilancia y evaluación del sistema de salud se basan principalmente en los informes periódicos del Grupo de estudios del Sistema de Información sobre la Gestión de la Salud, creado para recopilar y distribuir información en esa esfera, que actualmente está siendo ampliado y reforzado. La función del Grupo es doble: informar a los encargados de la elaboración de políticas sobre los avances en la consecución de las metas y objetivos y, en segundo lugar, ayudar a los administradores de los servicios de salud a tomar decisiones sobre su labor cotidiana. Según el tipo y pertinencia de los indicadores, se realizan sistemáticamente supervisiones mensuales, trimestrales, anuales y bienales.

67. Se han seleccionado las siguientes cuestiones relacionadas con la eficacia en la elaboración de políticas y la ejecución de programas de salud de la mujer:

- Carga de trabajo de la recopilación de datos. Hay dos formularios del Sistema de Información sobre la Gestión de la Salud que están relacionados con la salud de la mujer. El formulario 2A, sobre la salud de la madre y el recién nacido, tiene 102 casillas para la consignación de datos, que deben ser cumplimentadas por la partera cada mes. El formulario 2B, sobre la planificación de la familia, tiene 188 casillas. Hay otros 15 formularios del Sistema de Información que deben ser rellenados a mano al nivel del puesto de salud, con los que se llega a un total de 4.000 casillas de datos por mes. A veces se dispone de más de un empleado para realizar esas tareas, sobre todo en los centros comunitarios de salud, pero en muchos puestos de salud solo se dispone de una persona.
- Calidad de los datos. La calidad de los datos del formulario sobre la salud de la madre y el recién nacido suele ser de calidad aceptable. Sin embargo, sigue habiendo confusión en la definición de un indicador (cuatro o más visitas de atención prenatal con arreglo al plan recomendado por el Ministerio de Salud), y se observa que en algunas zonas se utiliza una definición incorrecta que conduce a un exceso de información. La calidad de los datos del formulario sobre la planificación de la familia es mucho peor: frecuentemente el total de visitantes no coincide con el número de usuarios registrados con ese método.
- Sistema de Información sobre la Gestión de la Salud – Vigilancia del Área Local. En 2009, se introdujo la Vigilancia del Área Local para el seguimiento de algunos indicadores fundamentales de la salud materna, tales como la primera visita de atención prenatal, cuatro o más visitas de atención prenatal, asistencia cualificada al parto y atención posparto y posnatal al nivel de aldea. Los formularios no solo

sirven para recoger datos sino que también ofrecen una guía para calcular las tasas de cobertura utilizando las cifras sobre la población de las aldeas.

III. Sector de la educación

A. Matriculación de niñas en la educación primaria y secundaria

68. Uno de los objetivos del Plan estratégico nacional de educación 2011-2030 es alcanzar la igualdad entre los géneros en todos los niveles de la educación para 2015. Sin embargo, la escolarización de niños en general resulta difícil por diversas razones, tales como los costos ocultos de la educación (libros, uniformes, otros gastos), la distancia a las escuelas, las deficiencias de los edificios escolares (falta de agua o de retretes), la violencia en las escuelas, y la opinión que tienen las familias sobre la calidad y utilidad de la educación que reciben los niños. En 2008/09, la tasa bruta de escolarización era del 92% en la educación básica (114% en primaria y 69% en presecundaria). La tasa bruta de escolarización en la educación primaria es más alta debido a que en el primer ciclo llega al 129%. La tasa es más baja en el segundo ciclo (80%). Sin embargo, durante el mismo período, la tasa bruta de escolarización en la educación secundaria fue del 38% de los niños de ambos sexos, mientras que la tasa de escolarización neta de los alumnos que se encontraban en la edad mínima para un nivel educacional específico era del 11,7%. La proporción de niñas-niños en las escuelas públicas es 91%.

69. Sin embargo, el Plan estratégico nacional de educación y Plan de acción anual del Ministerio de Educación garantiza la educación para todos sin discriminación y trata de mejorar el equilibrio entre los géneros en las escuelas. El Programa prioritario 6 (de los 13 programas existentes) se centra específicamente en una política de inclusión social. El objetivo de esas iniciativas en favor de la inclusión social es apoyar la Educación para Todos, concediendo prioridad a la eliminación de los obstáculos a la participación y el aprendizaje con que tropiezan las niñas y las mujeres, los desfavorecidos, los discapacitados y los niños no escolarizados. El plan velará por la igualdad de acceso de las niñas y los niños a todos los niveles de la enseñanza. Hasta la fecha, las principales disparidades comienzan en la educación secundaria y son más manifiestas en la superior.

70. Durante este año se ha preparado un amplio Plan para la igualdad entre los géneros en la educación que comprende orientaciones específicas para promover y garantizar la participación de las niñas en la educación secundaria y superior y en los estudios de posgrado en el extranjero. Por otra parte, se ha fijado también como objetivo complementario aumentar sustancialmente el número de docentes mujeres a fin de facilitar la escolarización de las niñas. Diversas investigaciones muestran una clara correlación entre el número de profesoras y la matriculación de niñas. Por consiguiente, el objetivo general es contratar a un número mayor de mujeres, así como retener a las que están empleadas actualmente.

B. Becas para niñas

71. Se están ejecutando varios programas para mejorar el equilibrio entre los géneros. Desde 2009 el Ministerio de Educación concede becas a muchachas para que cursen estudios de nivel secundario y de niveles superiores. Cada año se conceden entre 300 y 400 becas destinadas exclusivamente a mujeres. También se cuenta con programas de apoyo indirecto, como el de comidas escolares; el de ayudas públicas para la adquisición de uniformes y para el transporte; y el programa de subsidios escolares.

72. En 2009/10 se concedieron varias becas (196) para estudios de nivel terciario en el extranjero, sin embargo, el análisis estadístico revela una desproporción en los beneficiarios, ya que el 65% son varones y el 35% son mujeres:

- Filipinas: 44 mujeres/81 varones (mujeres, 35%)
- Portugal: 20 mujeres/27 varones (mujeres, 43%)
- China: 2 mujeres/8 varones (mujeres, 20%)
- Brasil: 1 mujer/7 varones (mujeres, 14%)
- Macao: 1 mujer/3 varones (mujeres, 25%)
- India: 0 mujeres/2 varones (mujeres, 0%)
- Total: 68 mujeres/128 varones (mujeres, 35%)

73. El Ministerio de Solidaridad Social cuenta desde 2008 con un programa de becas llamado "Bolsa da Mãe" (Bolsa de la Madre) para que las familias vulnerables, incluidas las monoparentales, y las viudas puedan enviar a los hijos a la escuela. La beca se concede a alumnos de enseñanza primaria así como a alumnos de enseñanza superior. En 2008 y 2009 se concedieron 16.634 subsidios de ese tipo, el 45% de ellos a mujeres.

C. El analfabetismo

74. Las tasas de analfabetismo calculadas en 2007 eran del 15% y el 42% en los grupos de edad de 15 a 24 años y de más de 15 años, respectivamente. Los dos principales programas de alfabetización coordinados por el Ministerio de Educación disponen de una capacidad de formación acorde con el objetivo nacional de erradicar el analfabetismo en el país para 2015. Sin embargo, gran parte de los docentes ha recibido poca o ninguna capacitación y los materiales didácticos siguen escaseando en las escuelas. Estos problemas de la calidad se reflejan en los resultados. Un estudio de evaluación sobre la lectura en los primeros grados de la enseñanza realizado en 2009 indica que solamente el 30% de los alumnos de 3° grado pueden leer 60 o más palabras por minuto. Para hacer frente a este problema, se ha creado un marco de competencias y un régimen profesional para los docentes, y en 2009 se impartieron durante cuatro meses cursos de capacitación para todos los docentes. En 2010 se ejecutará también un programa destinado a distribuir material de lectura e impartir capacitación especializada para enseñar a leer.

75. Según el Estudio Demográfico y de Salud, en 2010 la tasa de analfabetismo entre las mujeres (con referencia a las mujeres que asistieron a la escuela de secundaria o a niveles superiores y las mujeres que pueden leer una frase entera o parte de una frase) es del 32%, mientras que la tasa de analfabetismo entre los hombres es de algo más del 22%. En otras palabras, 1 de cada 3 mujeres es analfabeta, frente a 1 de cada 5 hombres. Por otra parte, la disparidad en el analfabetismo en zonas urbanas-zonas rurales entre los hombres es menor que entre las mujeres, lo cual indica que los hombres de las zonas rurales tienen mayor acceso a la enseñanza que las mujeres.

a) Programas para reducir el analfabetismo

76. El objetivo a corto plazo del Plan estratégico nacional de educación es alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio sobre la erradicación del analfabetismo en la población adulta de más de 15 años para 2015, por medio de campañas nacionales de alfabetización y de educación permanente además del sistema de educación formal. La educación permanente está destinada a las personas que han superado la edad indicada para asistir a la educación básica, así como a las personas de entre 16 y 18 años que han terminado la

educación básica y se encuentran trabajando. También se destina a las personas que no tuvieron la oportunidad de asistir a la escuela a la edad normal.

77. La educación permanente no tiene como único objetivo la alfabetización básica sino que también trata de subsanar las deficiencias en la educación de los adultos proporcionándoles acceso a la enseñanza básica y secundaria, y les permite obtener diplomas y certificados. El Programa de equivalencia nacional proporciona cursos de aprendizaje acelerados para alcanzar esos objetivos. Se está introduciendo gradualmente un programa de desarrollo y aplicación de los programas de estudios. El alcance del Programa de equivalencia se complementará con la creación de centros comunitarios de educación en todos los subdistritos, objetivo que se incorporará a la creación del "Nuevo concepto de escuela". Estos centros comunitarios no solo impartirán educación básica sino que también difundirán otros conocimientos básicos que serán de utilidad para la vida cotidiana de las personas y servirán de apoyo a otros importantes objetivos del Gobierno en la promoción del empleo y la salud.

78. El objetivo de planificación de erradicar el analfabetismo para 2015 puede alcanzarse plenamente aumentando la actual capacidad del sistema en un 80%. Por consiguiente, para ejecutar el plan y alcanzar la meta del ODM sobre la erradicación del analfabetismo para 2015 se impulsarán en todo el país el programa "Yo sí puedo" (apertura de 442 aulas adicionales en cada *suco*) y el programa de alfabetización "Paso al Frente" (en 263 aulas), principalmente en las zonas rurales.

79. El Gobierno, con ayuda de los asociados para el desarrollo, ha logrado mejorar y ampliar el alcance del Programa de educación permanente. Se prevé que el Programa alcanzará en 2011 su plena capacidad operativa en unos 442 *sucos* y podrá impartir cursos de alfabetización inicial a cerca de 50.000 jóvenes y adultos. Para poder alcanzar esos objetivos, se emplearán diversas tecnologías de educación a distancia (la televisión como instrumento para la educación, mediante la emisión de clases de alfabetización y programas educativos por Televisión Timor-Leste (TVTL), que puedan ser seguidos por los analfabetos a toda hora y en todas partes), y se fomentarán la participación y el apoyo de la comunidad, los centros de educación de la comunidad en todos los subdistritos y la producción de un programa de estudios de calidad para el Programa de equivalencia.

b) Programas de alfabetización en las lenguas locales y en portugués

80. La actual "Ley de bases de la educación" (Ley N° 14/2008) que establece el marco general del sistema educativo, dice en su artículo 8 (lenguas del sistema educativo) que los idiomas de instrucción son el tetum y el portugués.

81. Aunque la población del país es tan solo de algo más de 1 millón de habitantes, en Timor-Leste coexisten varios grupos etnolingüísticos, que, según el censo, hablan unas 32 lenguas locales, como las lenguas mambae, makassae, baikenu y fataluku.

82. En abril de 2008 se celebró una Conferencia internacional sobre la educación bilingüe en Timor-Leste, organizada por el Ministerio de Educación con la colaboración del UNICEF, la UNESCO y Care International, bajo el lema "Ayudar a los niños a aprender". El fin de la Conferencia era concebir y aplicar una política de idiomas y una metodología de enseñanza que se adecue de la mejor forma posible a las necesidades de los niños de Timor-Leste para que obtengan buenos resultados en materia de desarrollo y que dominen los dos idiomas oficiales del país.

83. A raíz de esa Conferencia, se creó un grupo de trabajo interministerial dedicado a la cuestión de las lenguas locales, al que se encomendó la redacción de una política sobre "la educación multilingüe basada en la lengua materna para Timor-Leste" con miras a lograr que todos, en particular los grupos desfavorecidos y los habitantes de las zonas rurales, entiendan la importancia y se beneficien de los programas de alfabetización y educación;

facilitar el acceso a la educación, la participación en esta y el logro de los objetivos conexos; y potenciar la identidad cultural junto con los derechos de ciudadanía. Se parte del supuesto de que la enseñanza en la lengua materna y en la que los alumnos se encuentren más cómodos servirá para aumentar el nivel de participación y retención y así como para alcanzar un más alto nivel de igualdad entre los géneros, las regiones, las zonas rurales y urbanas y las clases sociales. En el momento de redactar este informe se había iniciado un proyecto piloto sobre el uso de la lengua materna al nivel de la enseñanza preescolar en tres distritos (Lautem, Oecusse y Manatuto), a cargo de la Comisión Nacional de Educación del Ministerio de Educación, con el apoyo de la Comisión Nacional de Timor-Leste para la UNESCO.

84. El uso de los idiomas en la educación es una cuestión delicada. Existen algunos problemas de comunicación debidos a la diversidad de idiomas. Muchos interlocutores y parlamentarios consideran que una política de educación multilingüe en los idiomas locales puede fomentar el regionalismo y representar una amenaza para la unidad del país.

D. Reducción de la tasa de abandono escolar de las niñas

85. El Gobierno se enfrenta al reto de las bajas tasas de escolarización y niveles de rendimiento así como a las altas tasas de abandono y repetición. La matriculación en los distintos grados muestra claramente que el abandono es progresivo entre los grados 1º y 12º. La matriculación en el 1º grado muestra que un alto número de niños comienzan la escuela pero no llegan al 6º grado. Este evidente abandono puede deberse al alto número de niños que repiten grados, ya que estos tienden más a abandonar la escuela. La situación del abandono escolar es crítica. La mayoría de los niños que abandonan la escuela lo hacen en los grados 1º y 2º; el número de niños matriculados en el 3º grado es ya casi la mitad del número de matrículas iniciales. Por otra parte, el número de niños que se matriculan en la educación secundaria (10º grado) es aproximadamente el 16% de los que se matriculan en 1º grado (10.481 de 63.690). El abandono de las niñas sigue una trayectoria similar, y muestra unas tasas de retención algo mejores al comienzo del ciclo de educación básica y unas tasas más altas durante la educación secundaria.

a) Causas más comunes del abandono escolar de las niñas

86. Se considera que los siguientes factores contribuyen al abandono escolar: i) dificultades de acceso, debido a que muchos niños viven lejos de las escuelas; ii) el hecho de que muchos padres no consideren importante que sus hijos estén escolarizados, a veces debido al bajo nivel de formación de las propias familias; iii) dificultades financieras de los padres que les impiden asumir los "costos ocultos" de la educación (uniformes y otros materiales); iv) deficiencias de los edificios escolares (especialmente, falta de agua y de retretes); y vi) la violencia en las escuelas.

87. La más importante de las causas de esos problemas que afectan a los padres y los niños es que no se es consciente del valor de la educación y que esta no se considera prioritaria. En varios estudios amplios se observa que cuando el nivel de participación de los padres es alto también lo es el rendimiento escolar, las escuelas son mejores, los hijos prosiguen sus estudios más allá de la enseñanza secundaria y el comportamiento de los alumnos mejora en general. En vista de ello, el Ministerio de Educación estableció un programa en 2008 con el título de "Promoción de la calidad de la enseñanza y de la importancia de la educación entre los alumnos, los docentes y la comunidad en general" que se difundió por medio de proyectos de educación en la televisión, la radio y los servicios de asesoramiento. El Ministerio de Educación ha establecido asociaciones de padres de alumnos de primaria y secundaria por conducto de sus asociados en las regiones y los distritos a fin de concienciar de la importancia de la escuela tanto a los alumnos como a

sus padres. El programa comprende también la sensibilización sobre la importancia de la escolarización tanto de los hijos como de las hijas a fin de que tengan las mismas oportunidades en el futuro

b) Los embarazos en la adolescencia

88. Otro factor importante que incide en el abandono escolar de las niñas es el embarazo en la adolescencia. El Ministerio de Educación y la Secretaría de Estado para la Promoción de la Igualdad, con el apoyo del Ministerio de Salud, el Ministerio de Solidaridad Social, la Universidad Nacional de Timor-Leste, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Care International están ultimando un estudio sobre el embarazo en la adolescencia en el que se analizan los embarazos prematuros de las estudiantes y su subsiguiente abandono escolar, y se recogen las opiniones de los alumnos, los padres, las comunidades y los docentes a fin de formular recomendaciones sobre políticas para lograr su reinserción y que terminen su escolarización. No obstante, a escala global, la proporción de muchachas de Timor-Leste (7%) de entre 15 y 19 años de edad que han tenido a su primer hijo o están embarazadas es baja en comparación con la de Asia Meridional y Sudoriental (11%). Los resultados preliminares del estudio indican que casi la mitad de las adolescentes embarazadas que abandonan la escuela se encuentran en la enseñanza primaria, en los grados 7º a 9º, y que el 72% de estas viven en zonas rurales. El 75% de las familias y el 92% de los docentes están a favor de la reinserción de las niñas, pero, según los docentes, solo el 54% vuelven a la escuela.

89. El proyecto de código de la infancia, en el que se incorporan las normas y principios de la Convención sobre los Derechos del Niño, fue ultimado y, el 17 de agosto de 2011, fue presentado al Consejo de Ministros para su aprobación. En el párrafo 2 del artículo 30 se prohíbe todo tipo de "castigo u otras medidas disciplinarias a las alumnas por motivo de embarazo, estando el Estado obligado a velar por que exista un sistema para la escolarización de las madres y alumnas embarazadas y para la continuación y finalización de sus estudios".

90. En el preámbulo de la Ley de bases de la educación se garantiza a todos los ciudadanos el derecho y la igualdad de acceso a la enseñanza. El Ministerio de Educación considera que el sistema de educación permanente es más apropiado para la reinserción de las alumnas que interrumpieron sus estudios debido al embarazo y al parto, así como para que obtengan mejores calificaciones en los exámenes finales, que su reincorporación a la misma clase que dejaron en el sistema formal.

E. La seguridad de las niñas

Abusos sexuales, castigos corporales y mecanismos para denunciar y sancionar a los docentes

91. En el grupo de edad de 15 a 19 años, el 30% de las niñas han sufrido violencia física en los 12 meses anteriores. De las mujeres de entre 15 y 49 años que permanecieron solteras, el 13% fueron agredidas por sus profesores. En 2008, el Ministerio de Educación anunció su política de "Tolerancia cero ante la violencia" en todas las escuelas del país, que abarcaba a los castigos corporales. No obstante esa política todavía no se ha codificado por escrito.

92. Según la Ley de la función pública N° 8/2004, los docentes, en cuanto que funcionarios, deben observar una conducta ética. En el artículo 7 de la Ley se habla de "honestidad e integridad" y se requiere a todos los funcionarios públicos que en el desempeño de sus funciones "observen una conducta honesta, íntegra y ética, so pena de acciones disciplinarias o penales".

93. En el Código de Ética para la función pública se enumeran los deberes y normas de conducta específicos:

"Los funcionarios públicos y los agentes de la administración pública deben (entre otras cosas):

- Cumplir la ley en general así como la legislación específica de la administración pública;
- Ser un modelo de integridad personal, autenticidad y honestidad, y procurar en todo momento contribuir a la buena reputación de la administración pública observando a diario una conducta ejemplar."

94. El sistema educativo puede ser sometido a inspecciones según el artículo 45 de la Ley de bases de la educación. En la Ley orgánica del Ministerio de Educación, establecida por el Decreto N° 2/2008, de enero de 2008, se crea un mecanismo de inspección general para la educación.

95. Según la Ley orgánica de la Inspección General de la Educación, la oficina del Inspector General de Educación se encarga de instruir los casos para su enjuiciamiento y la imposición de medidas disciplinarias a los funcionarios del sistema de educación. También se ocupa de recibir, tramitar y atender las solicitudes o quejas de cualquier ciudadano. Los inspectores regionales se ocupan de tramitar e investigar las medidas disciplinarias solicitadas por cualquier ciudadano o determinadas por un superior jerárquico.

96. Durante los dos últimos años, 2010/11, se comunicaron al Inspector General 46 casos de violencia en las escuelas, 36 de los cuales eran de violencia corporal y 10 de violencia sexual.

97. La Comisión de la Función Pública está facultada para "iniciar, conducir y decidir todo tipo de proceso disciplinario y aplicar las correspondientes sanciones". Si la infracción es también considerada delito penal, además de las medidas disciplinarias internas se aplican el Código Penal y el Código de Procedimiento Penal, y la policía investiga el caso.

98. La escala de las medidas disciplinarias a disposición de la Comisión de la Función Pública figura en el artículo 79, modificado por la Ley N° 5/2009 de julio de 2009, que prevé seis tipos distintos de medidas disciplinarias según la gravedad de la infracción: i) amonestación escrita; ii) multa; iii) suspensión provisional; iv) suspensión de empleo y sueldo; v) jubilación obligatoria; y vi) separación del servicio.

99. No obstante, la medida disciplinaria preferida de la Comisión de la Función Pública para sancionar a los funcionarios que cometen actos de violencia en las escuelas es el traslado, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 31 de la Ley de la función pública.

100. Aunque se pueden aplicar las sanciones previstas en el sistema formal, la mayoría de los casos se resuelven aplicando métodos tradicionales de la comunidad para la resolución de conflictos entre el infractor y la familia de la víctima, que aplica el principio de "Simu malu" que significa "recibirse entre sí" y, en sentido figurado, "hacer las paces". Veinte de los 46 casos de 2010/11 se resolvieron de esta forma. Los últimos 18 casos fueron resueltos dentro de la escuela por el equipo de inspección del distrito en un proceso similar de conciliación entre el autor de la infracción y la familia de la víctima. Solamente 3 casos fueron resueltos por la policía tras ser denunciados, y 5 casos se enviaron al tribunal de la Comisión de la Función Pública.

101. La Ley de la función pública, en su sección IV (Proceso disciplinario), artículo 99 (Informe) describe el proceso para la imposición de medidas disciplinarias a un funcionario público y prevé un mecanismo general para la instrucción del proceso: investigación, preparación de un informe completo y conciso, en el que se determine la existencia material de faltas, sus cualificaciones y gravedad, y la pena propuesta, que posteriormente se remite

a la entidad que lo mandó preparar. La vía jerárquica de la denuncia ha sido interpretado por el Ministerio de Educación de la forma siguiente: una vez el equipo de inspección investiga el caso, su informe es enviado sucesivamente al Superintendente, al Inspector General y al Director General de Servicios Institucionales (y facultativamente al Ministerio de Educación), quien formula una recomendación a la Comisión de la Función Pública.

102. Cabe señalar que este proceso se lleva a cabo en coordinación con la policía, pero solamente se considera delito público cuando es delito flagrante, en cuyo caso el imputado/autor es detenido para su enjuiciamiento penal.

103. En el artículo 30 del proyecto de código del niño se enumeran las medidas disciplinarias que no pueden aplicarse a los alumnos, como los castigos corporales, los castigos psicológicos que atenten contra la dignidad del niño, y los castigos colectivos.

104. En el artículo 30 del proyecto de código del niño también se propone el establecimiento de un "sistema formal de presentación de quejas que pueda aplicarse cuando se hayan conculcado los derechos del alumno". Además, en el artículo 32 se trata de la obligación de denunciar y el deber de informar, y se obliga a los directores, docentes y educadores de los establecimientos de enseñanza, ya sean públicos o privados, a comunicar al Fiscal del Estado, al Ministerio de Solidaridad Social y/o a la Policía Nacional toda sospecha razonable de crueldad o malos tratos a niños dentro o fuera de la escuela. Por último, en el artículo 43, sobre la competencia, se obliga a toda persona que tenga conocimiento de que se está causando un daño sensible a un niño a comunicarlo a las autoridades competentes, a saber, el Ministerio de Solidaridad Social, la policía y/o los servicios judiciales.

F. Iniciativas del Gobierno para lograr un entorno educativo libre de discriminación y violencia

105. El Ministerio de Educación ha adoptado un enfoque holístico de la educación mediante un nuevo concepto denominado "Escuela básica", que ofrece un marco integral para alcanzar los objetivos de la educación básica introduciendo cambios en la concepción de lo que debe ser la forma en que debe funcionar la escuela. La "Escuela básica" aspira a:

- Poner el bienestar físico, psicológico, social y académico del niño en el centro de todas las actividades y el proceso de adopción de decisiones de la escuela para ofrecer una educación útil y de calidad;
- Garantizar a todos los niños, independientemente de su género, posición social, etnia, raza, o discapacidad física o mental, el pleno ejercicio del derecho a una educación de calidad;
- Aceptar plenamente los derechos de cada niño y permitir que quienes facilitan su ejercicio puedan intervenir en la forma y contenido de su educación;
- Educar y ofrecer educación de calidad a todos los niños del 1º grado al 9º;
- Ser considerada por la comunidad como una escuela con prácticas educativas modélicas.

106. Para aplicar efectivamente esos principios, se prevé desarrollar este modelo con la participación de los principales interesados: los padres, los docentes, los alumnos, la iglesia y otras organizaciones de la sociedad civil que apoyan activamente la educación al nivel de las escuelas. Junto con el modelo de la "Escuela básica", se introducirá también una nueva estructura de gestión y gobernanza articulada en torno a cuatro normas para la calidad de la enseñanza. Una de esas nuevas normas es la del "entorno escolar positivo" que garantiza el bienestar físico y psicológico de todas las personas del entorno escolar y desarrolla la

gestión del comportamiento en la escuela y fomenta las relaciones positivas con todos los interesados.

107. Con el nuevo sistema de gestión escolar se introducirá un sistema de consejos escolares que estarán integrados por representantes de las escuelas (directores administrativos, directores o jefes de estudios), padres, autoridades locales y ONG. Los consejos serán el espacio para la adopción democrática de decisiones para garantizar que se alcanzan los principales objetivos de la educación. El consejo escolar fomentará el establecimiento de asociaciones de padres/comunidades en todos los grupos de comunidades. Esta asociación servirá de foro de referencia para la escuela sobre diversos temas, sobre todo para que los padres expresen sus opiniones y sus preferencias en relación con las distintas cuestiones y problemas que se planteen en relación con la escuela.

108. Se han tomado medidas para abordar la cuestión de la protección de los niños. En 2008 se destinó un agente de protección de los niños a cada uno de los 13 distritos para que supervisara y gestionara los casos de niños vulnerables por conducto del Ministerio de Solidaridad Social.

109. A finales de 2009 se estableció una Comisión Nacional de los Derechos del Niño, perteneciente al Ministerio de Justicia, para la defensa, promoción y salvaguardia de los derechos de los niños en el país. La Comisión tiene por cometido defender y salvaguardar los derechos de los niños impulsando la adopción de mecanismos apropiados para los niños y promoviendo los derechos del niño en todo el país. La Comisión se encarga de examinar y comentar los proyectos de ley que afecten a los niños, así como de evaluar el cumplimiento de las leyes, reglamentos, decretos y políticas existentes, y de asesorar al Gobierno sobre su conformidad con la Convención sobre los Derechos del Niño.

110. Actualmente el Ministerio de Justicia está estudiando un proyecto de política de justicia sobre el género acerca de la cuestión de la violencia contra la mujer y el niño. Mediante esta política, el Gobierno investigará todos los actos de violencia contra las mujeres y los niños de forma eficiente, exhaustiva, eficaz y sensible a las cuestiones de género. La política también comprende la elaboración de estrategias de prevención para abordar las causas de la violencia contra la mujer y el niño, particularmente la persistencia de estereotipos sexistas. También tiene como fin coordinar las actividades de los organismos del Gobierno y la sociedad civil para concienciar sobre esta cuestión, cambiar la mentalidad de la comunidad sobre la violencia y mejorar la situación de la mujer en la sociedad.

111. En el artículo 28 del proyecto de código del niño se dispone que los niños tienen, en cuanto que alumnos, los siguientes derechos generales:

a) Tratar y ser tratados con respecto y civismo por todos los miembros de la comunidad escolar, a saber, los docentes, el personal y los compañeros;

b) Gozar de seguridad en la escuela y de respeto a su integridad emocional, psicológica y física.

112. La Secretaría de Estado para la Promoción de la Igualdad (SEPI) y Rede Feto (Red de mujeres de Timor-Leste), con fondos de Irish Aid, ejecutaron un programa de sensibilización sobre el género en las escuelas en cuatro oficinas regionales (Maliana, Baucau, Maubisse y Oecusse). El programa tenía como fin aumentar el número de funcionarios, en particular superintendentes, jefes de departamento y directores de nivel regional que aplicaran el enfoque de género en la contratación, los traslados, la administración y la pedagogía.