



INFORME ESTADO DE LA REGIÓN  
EN DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE (2008)

**El financiamiento de los derechos de las personas  
en Centroamérica**

Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (ICEFI)

Guatemala, 2007

El contenido de esta ponencia puede no corresponder exactamente con los datos del Informe Estado de la Región (2008), debido a las modificaciones que se realizan durante la edición del documento. En caso de existir diferencias favor utilizar la referencia del Informe impreso.  
El programa Estado de la Nación/Región no se hace responsable de las opiniones expresadas por los investigadores en sus trabajos.

## Índice

I. Consideraciones generales acerca de los Derechos Humanos	4
A. Marco conceptual	4
B. Valores que fundamentan los Derechos Humanos	4
C. Clasificación general de los tipos de Derechos Humanos	5
D. Características básicas de los Derechos Humanos	6
II. El enfoque de Derechos Humanos	6
A. ¿Cómo definir el enfoque de Derechos Humanos?	6
B. ¿Qué aspectos, problemas y desafíos tiene el análisis del presupuesto bajo el enfoque de Derechos Humanos?	8
C. En la práctica, ¿Cómo observar el cumplimiento progresivo de los derechos humanos por medio del presupuesto?	11
D. Esquema de obligaciones e indicadores	12
III. ¿Cuál es la carga y estructura de los sistemas tributarios en Centroamérica?	14
A. ¿Cómo ha evolucionado la carga tributaria en Centroamérica?	14
B. ¿Quién paga los impuestos en Centroamérica?	16
C. Necesidades de reforma en los sistemas tributarios	18
IV. ¿Cómo ha evolucionado el reconocimiento jurídico de los derechos humanos en los países centroamericanos?	20
A. Compromisos internacionales en materia de derechos socioeconómicos	20
B. Compromisos nacionales en materia de derechos socioeconómicos	23
V. ¿Cuál es el nivel del financiamiento público de los derechos a la salud y la educación?	25

Informe Estado de la Región 2008

A. Análisis del gasto público social	25
B. Orientación e impacto redistributivo del gasto público social	28
C. Análisis del derecho a la salud	30
D. Análisis del derecho a la educación	52
Bibliografía	103
ANEXOS	68

## **I. Consideraciones generales acerca de los Derechos Humanos**

### **A. Marco Conceptual<sup>1</sup>**

El enfoque de Derechos Humanos relacionado con el desarrollo se ha venido proponiendo y elaborando desde hace muchos años. Entre otras organizaciones, la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACDH) basa su trabajo en los estándares internacionales de Derechos Humanos desde 1955. También la Organización Internacional del Trabajo –OIT-, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia –UNICEF, por sus siglas en inglés- y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD- utilizan este enfoque.<sup>2</sup>

Sin embargo, numerosos gobiernos han preferido interpretar los Derechos Humanos de una manera estrecha, refiriéndose principalmente a casos de derechos civiles y políticos. En cambio, el enfoque reciente de Derechos Humanos también destaca los derechos económicos, sociales y culturales.<sup>3</sup> La premisa de partida de este enfoque es el reconocimiento explícito de las relaciones de correspondencia y coherencia que deben existir entre los marcos éticos, normativos, institucionales, programáticos y operativos de los Derechos Humanos en su conjunto.

Tradicionalmente se analizó la pobreza en términos de ingresos, dejando a un lado la aparentemente vaga, pero no menos importante, perspectiva de Derechos Humanos. En los años sesenta, sin embargo, nuevos conceptos comenzaron a desafiar esa perspectiva, incluyendo entre otros el enfoque de participación (Robert Chambers) y el enfoque de capacidades (Amartya Sen). Esos enfoques se concentraban en las personas como sujetos del desarrollo<sup>4</sup> y esos cambios conceptuales centrados en las necesidades de las personas comenzaron a tener cierta incidencia en materia de políticas públicas y contribuyeron a desarrollar el enfoque de Derechos Humanos.<sup>5</sup>

### **B. Valores que fundamentan los Derechos Humanos**

La esencia de los Derechos Humanos es el reconocimiento de la dignidad del ser humano como atributo inalienable de la persona. Son tres los valores fundamentales sin los cuales no es posible hablar de la dignidad del ser humano: la libertad, la igualdad y la confraternidad (o solidaridad). Estos valores son las tres grandes ideas-fuerza que caracterizan la era histórica conocida como modernidad, y que siguen vigentes en la actualidad.<sup>6</sup>

La manera de entender la libertad se ha ido modificando a lo largo del tiempo. La naturaleza de las relaciones (albedrío, autonomía) entre el individuo y la sociedad es parte de una larga e inacabada polémica entre liberales y comunitaristas.

Por su parte, la igualdad es un concepto necesariamente relacional, por lo que solo se puede concebir en términos sociales. Empieza con la idea de igualdad

ante la ley e igualdad jurídica, para pasar a una idea de igualdad en la condición socio-económica. La inclusión de la igualdad social marcó la diferencia entre el pensamiento liberal y el socialista. El pensamiento socialista partía de la premisa central de que las desigualdades no eran inevitables ni que correspondían a una supuesta “naturaleza intrínseca del hombre”, sino que, por el contrario, eran productos sociales e históricamente contruidos.

Finalmente, la solidaridad, por mucho tiempo se entendió como caridad o dádiva. A partir del desarrollo del concepto de derechos, la solidaridad se transformó en una toma de posición o empatía en favor de los más pobres y desamparados, de acuerdo a criterios de justicia y no de caridad.

### **C. Clasificación general de los tipos de Derechos Humanos**

Actualmente existe una discusión sobre cuál es la mejor manera de estructurar los derechos, sin que esto suponga una jerarquización u orden según su importancia. La tipología más conocida y generalizada es la propuesta por T. H. Marshall, donde distingue tres tipos de derechos: civiles, políticos y sociales, aunque ha habido un cuestionamiento fuerte a la idea de que el avance en materia de los derechos puedan concebirse como procesos “generacionales”, en los cuales primero se avanza con los derechos civiles y posteriormente con los sociales. En todo caso los derechos sociales pueden desagregarse en tres subconjuntos de derechos de acuerdo al ámbito de acción al que se refieren: económicos, sociales y culturales. Estos se conocen por su acrónimo DESC.

Los DESC son de carácter social, pues su ejercicio y realización no es posible al margen de la sociedad y la interacción de las personas. Cabe señalar de nuevo que la estructuración de los derechos no debe entenderse como una valoración. Es decir, en teoría ningún derecho es más importante que otro. Además, siempre hay que tener en cuenta la interdependencia de los diferentes tipos de derechos, un hecho que dificulta exponer una división más clara de los mismos.

El contenido de los DESC está relacionado con el bienestar social y la seguridad económica esencial para llevar una vida digna y permitir que se tengan capacidades básicas para el ejercicio de los otros derechos. Los DESC tienen como instrumento de realización más importante las políticas públicas, por lo que requieren de mecanismos de garantía que rebasan los dispositivos judiciales o jurídicos que son, en alguna medida, suficientes para los derechos civiles. Este es el caso particular de los derechos propiamente sociales, que dependen de la provisión de un conjunto de servicios sociales básicos garantizados por el Estado: educación, salud, saneamiento ambiental, seguridad social, entre otros.

Tal y como Krennerich y Góngora (2006) analizan, “a diferencia de los derechos civiles y políticos, los derechos sociales no son jurídicamente delimitables, de modo que su cumplimiento pueda exigirse ante una autoridad administrativa o judicial. Además, la realización de los DESC depende de la disponibilidad de recursos financieros, lo que representa una limitación para muchos países. El

reparto de los (escasos) recursos presupuestarios es una prerrogativa de los legisladores nacionales electos democráticamente y por ello, una tarea política y no judicial.”<sup>7</sup>

#### **D. Características básicas de los Derechos Humanos**

Al analizar el marco jurídico actual, en OPS (2005) se afirma que existe un conjunto de cinco características básicas de los Derechos Humanos de consenso internacional: a) la universalidad, que dicta que los Derechos Humanos son para todos los seres humanos, sin excepción alguna; b) la inalienabilidad, que establece que una persona no puede violar sus propios derechos ni autorizar a otros para que lo hagan; c) la indivisibilidad, que refleja la naturaleza no divisible de todos los derechos; d) la interdependencia, que destaca que la realización de un derecho ayuda a la realización de otros derechos; y e) la complementariedad, que indica que los Derechos Humanos son complementarios entre sí, en tanto cubren las diferentes condiciones, situaciones o circunstancias que están relacionadas con la dignidad humana en los ámbitos de la libertad, igualdad y solidaridad.

### **II. El enfoque de Derechos Humanos**

#### **A. Implicaciones del enfoque de Derechos Humanos**

No hay un único enfoque de Derechos Humanos a pesar de que hay un consenso generalizado sobre los elementos que este debe incluir. El enfoque de Derechos Humanos para impulsar el desarrollo es un marco conceptual que se basa en estándares internacionales de Derechos Humanos y combina las diferentes posiciones de pensamientos sociales de economistas, filósofos, politólogos y sociólogos.<sup>8</sup> Su meta es la promoción y protección de Derechos Humanos. El enfoque principalmente integra las normas y estándares del sistema internacional de Derechos Humanos dentro de agendas y planes, políticas y procesos de desarrollo<sup>9</sup> y se construye sobre ciertos principios, estándares básicos o prioridades políticas de Derechos Humanos, que hay que tener en cuenta al realizar el análisis del presupuesto y de los indicadores sociales y que entre otros aspectos constituyen el valor agregado del enfoque.<sup>10</sup> Como ya se indicó, la importancia de la dignidad de la persona y los principios de libertad, igualdad y solidaridad establecen el marco básico del enfoque.

A partir de la importancia de la dignidad de la persona, los Derechos Humanos se basan en responsabilidades recíprocas del Estado y de los ciudadanos. Involucra “derechos legales”, es decir, derechos legalmente reconocidos, que están asociados al castigo o prevención del daño que puedan provocar los miembros de una sociedad y que promueven la cooperación social y la equidad.<sup>11</sup> El Estado se basa en un contrato social y es el principal responsable de cumplir con los derechos humanos. Con base en este punto de partida resulta fundamental la perspectiva jurídica del enfoque de derechos humanos así

como su énfasis en la participación, en la no discriminación y en la atención a los grupos vulnerables.

En primer lugar, la dimensión jurídica del enfoque de derechos es una de sus principales características. Desde la perspectiva jurídica los Derechos Humanos tienen formulaciones que pueden considerarse como orientaciones abstractas con intención. Ello implica cierta discrecionalidad para que los Estados cumplan con los mismos. Cada Estado puede adaptarse a su situación económica específica mientras todos los países tienen un punto de referencia común. Ahora bien, en los últimos años el cuerpo de principios, reglas, estándares de compromisos internacionales en materia de Derechos Humanos ha avanzado con definir o precisar de manera creciente las obligaciones de los Estados, sobre todo las obligaciones positivas.<sup>12</sup> Esto se ha reflejado en una creciente articulación entre la política social y los derechos sociales.<sup>13</sup>

El marco jurídico relacionado con los Derechos Humanos en cada país pone en evidencia las responsabilidades asumidas por los Estados ante la comunidad internacional, en el caso de los convenios y pactos internacionales, así como el cumplimiento de lo estipulado en la Constitución y las leyes complementarias, que reflejan las garantías de un pacto social establecido por todos los ciudadanos de cada nación.<sup>14</sup> Aboga por la traslación de los estándares internacionales en el marco local para efectivamente evaluar el progreso del cumplimiento de Derechos Humanos.<sup>15</sup>

En segundo lugar, el enfoque de derechos humanos destaca la participación, como parte fundamental de la libertad de las personas. En las palabras del economista Amartya Sen, “Las capacidades de la población se pueden aumentar no solo por medio de medidas públicas, sino también por el uso eficaz de las capacidades de participación de los individuos puede influir en el rumbo de estas medidas. Esa relación bilateral es fundamental”.<sup>16</sup> Tener libertad es un valor intrínseco e instrumento para poder desarrollar más capacidades para obtener resultados valiosos y para poder ayudarse a su mismo. La persona se convierte de un espectador a un agente o participante en la política, economía y en actividades sociales.<sup>17</sup> Si el análisis de pobreza no solo se centra en la pobreza de ingresos, sino también en las carencias de capacidades, es más fácil entender la pobreza humana y los derechos o libertades de las personas. Los derechos o libertades son el objetivo primordial del desarrollo y su medio principal.<sup>18</sup>

El enfoque considera el empoderamiento de la población como el motor del desarrollo y la participación ciudadana como un valor no solo instrumental sino también intrínseco. No plantea un *tradeoff* entre participación y políticas efectivas. Esto lleva a destacar la capacidad de las instituciones de responder a las demandas ciudadanas y a que rindan cuentas.

Las libertades interconectadas deben ir acompañadas de la creación y el apoyo de una multitud de instituciones, como por ejemplo sistemas democráticos,

mecanismos jurídicos y sistemas de educación y de salud y en eso el “Estado y la sociedad tienen un gran papel que desempeñar en el reforzamiento y en la salvaguardia de las capacidades humanas”.<sup>19</sup> Todo esto tiene costos financieros, como se verá más adelante, pero el enfoque contribuye a que las políticas públicas tengan mayor efecto, reduciendo la posibilidad de corrupción, pues le asigna un lugar privilegiado a la participación, libertad de expresión, transparencia y acceso a información.<sup>20</sup> Proporciona una perspectiva holística y multidimensional de los derechos humanos y añade la dimensión de proceso o tiempo a la parte de la dimensión de resultados.

En ese contexto, las instituciones son los medios que garantizan los Derechos Humanos, comprometiéndose a proteger la libertad y dignidad humana en base de un reconocimiento firme de los Derechos Humanos derivados de compromisos nacionales e internacionales. La rendición de cuentas de los responsables en el Gobierno y el acceso libre a la información sirve entonces para darle seguimiento al cumplimiento progresivo y la realización mínima de las obligaciones.<sup>21</sup> Se plantea como esencial el monitoreo de resultados y del proceso y el análisis de todas las autoridades y participantes involucradas, para poder identificar la dimensión de deficiencias en área de los derechos.<sup>22</sup>

Lo anterior significa que el enfoque de Derecho Humanos contribuye al desarrollo ofreciendo un espacio de protección donde la elite no puede monopolizar los procesos, programas y políticas de desarrollo. La población se convierte de un objeto en un agente.<sup>23</sup> De esa manera tiene el potencial de fortalecer la cohesión social y empoderar a los ciudadanos.<sup>24</sup>

Finalmente, el enfoque de derechos humanos integra la discriminación como fuente de pobreza en el plano político, y enfatiza que la pobreza es el resultado de la falta del cumplimiento de derechos. La satisfacción de las necesidades de la población pobre se plantea como prioritaria, directamente vinculada con el respeto a la dignidad humana, de la misma forma que se pretende eliminar la discriminación (directa e indirecta) y promover la equidad para grupos vulnerables como indígenas, mujeres y niños.

## **B. Implicaciones y desafíos del análisis del presupuesto con un enfoque de Derechos Humanos**

Todos los derechos tienen implicaciones presupuestarias. El enfoque de derechos tiene una premisa simple: “private liberties have public costs” (libertades privadas tienen costos públicos).<sup>25</sup> Admitiendo que los derechos implican gastos evita que los Derechos Humanos tengan un carácter de obligación “absoluta”, como parte de una retórica falsa. Esto se refleja en que los presupuestos nacionales expresan cuáles derechos se promueven y para quiénes, y cuáles no.<sup>26</sup> Refleja los valores de un país y cambia los valores mismos.<sup>27</sup> El análisis del presupuesto, bajo este enfoque, es crucial porque una vez expresadas las políticas en el presupuesto, en forma de programa o



proyecto, se puede tomar como una manifestación concreta del compromiso del Estado en materia de derechos. El análisis del presupuesto tiene el papel de corregir esos sesgos.<sup>28</sup> Por eso, el enfoque puede contribuir a fortalecer la gobernabilidad efectiva.<sup>29</sup>

Los presupuestos públicos reflejan el comportamiento del Estado con respecto a su obligación de cumplir con los DDHH, aun cuando todavía no han sido elaborados bajo este enfoque. Por consiguiente, el presupuesto puede reflejar solo algunos elementos de los Derechos Humanos. Ello es una justificación de la necesidad de contribuir a un presupuesto basado directamente en el enfoque de Derechos Humanos para asegurar el cumplimiento de los mismos y darles un espacio fijo y estable en el marco presupuestario. El estudio del presupuesto y de los indicadores sociales con enfoque de Derechos Humanos puede incidir en el contenido y la composición del presupuesto nacional, así como en la orientación de la política pública en conjunto.

Además, el análisis y la programación del presupuesto tomando en cuenta los derechos humanos busca evitar que el gasto social se presente como dádiva realizada de un régimen autoritario donde domina un clientelismo o una visión patrimonialista; sino que promueve la idea del gasto social como un derecho de los ciudadanos. El presupuesto sería la manifestación concreta del contrato social que se refleja en las responsabilidades y derechos de los ciudadanos así como en las obligaciones del Estado.

El enfoque de derechos humanos tiene algunos problemas y plantea desafíos conceptuales, fiscales y políticos cuando se pretende utilizar como marco para evaluar el gasto público. En primer lugar, en lo metodológico, el carácter multifacético de las obligaciones estatales hace difícil precisar con claridad las obligaciones más específicas que tiene el Estado (y todos los actores en una sociedad) cuando se pretende evaluar todas las obligaciones de Derechos Humanos.<sup>30</sup> A esto debe agregarse el hecho que los presupuestos públicos no son elaborados bajo un enfoque de Derechos Humanos.

En segundo lugar, en relación al tema de los derechos y obligaciones, existe el peligro de no reconocer que los derechos implican responsabilidades no solo para el Estado sino también para los ciudadanos, y especialmente la responsabilidad de pagar impuestos. Si los individuos no asumen esa responsabilidad los derechos no pueden ser protegidos e impulsados.<sup>31</sup> En este sentido, un proceso amplio de participación o de presión por el cumplimiento de determinados derechos puede ser una fuente de conflicto y de ingobernabilidad. Ello puede ocurrir en la medida en que no se cuente con instituciones con la capacidad de atender las demandas sociales, ya sea por insuficientes recursos – reflejo de una carga tributaria débil- o por no contar con adecuados mecanismos de negociación y de resolución de conflictos. Estas debilidades institucionales estaría reflejando, en última instancia, la existencia de un contrato social precario.

En tercer lugar, puede existir un conflicto entre la solvencia del Estado y el cumplimiento de la ley que establece gastos predeterminados no-cubiertos por ingresos específicos,<sup>32</sup> lo cual a su vez sería el resultado de ciertas presiones de grupos específicos o sectoriales que el Estado no logra articular en una respuesta coherente. Las preasignaciones resultantes de compromisos asumidos en materia de derechos pueden tener el efecto positivo de asegurar que estos derechos cuenten con recursos que estarían efectivamente garantizados en el presupuesto. En este sentido, este tipo de rigidez presupuestaria puede ser deseable para garantizar ciertos gastos en derechos, para ciertos grupos meta, en ciertos períodos de tiempo, con lo que se promueve la confianza en la política social.

Sin embargo, a menudo los recursos destinados a proteger y hacer cumplir los derechos no necesariamente contemplan las fuentes de ingresos para financiarlos y tienen un carácter permanente, lo que puede generar una rigidez del gasto público y desequilibrios presupuestarios.<sup>33</sup> Estas rigideces pueden causar una inflexibilidad presupuestaria que restringe las posibilidades de adecuar las magnitudes fiscales, limitan el logro de las prioridades del gobierno, complican el proceso presupuestario y pueden, al desequilibrar el presupuesto, conducir a un aumento del endeudamiento.

En cuarto lugar, y en parte asociado a lo anterior, existe el desafío de determinar prioridades ante la escasez de recursos. En ocasiones existe el peligro de exigir un absoluto e inmediato cumplimiento de todos los derechos, sin reconocer que ello exige recursos. Sin embargo, el enfoque de Derechos Humanos no representa una exigencia poco razonable de que todos los derechos deben realizarse de inmediato, y como respuesta a este problema se contempla la posibilidad de que muchos derechos se realicen gradualmente y que estén supeditados a la disponibilidad de recursos, es decir, de insumos. Esto se refleja en el concepto importante de “realización progresiva de los derechos humanos”.

La realización progresiva implica que –por razones prácticas– el Estado tiene que priorizar qué derechos piensa cumplir primero<sup>34</sup>, lo cual no quiere decir que se subestima la importancia general de otros derechos. Así, otorgar más recursos a derechos temporalmente prioritarios no justifica el retroceso en el cumplimiento de otros derechos.<sup>35</sup> Lo anterior implica que para cada derecho a nivel internacional o regional se debe determinar un conjunto de indicadores desglosados los cuales sirven como referencia (o meta) a nivel nacional. Una vez realizadas esas metas, se deberán fijar metas más ambiciosas.<sup>36</sup>

Sin embargo, la realización progresiva es algo complejo de determinar al no haber desarrolladas internacionalmente más precisiones al respecto. En particular quedan sin respuesta preguntas como ¿quién determina la intensidad, velocidad y ritmo con que se da la realización progresiva? y ¿Qué tanta realización progresiva es necesaria o suficiente? Al no existir mayor precisión en cuanto a la realización progresiva, se degradan los derechos sociales y se los deja a la discrecionalidad del Estado y del proceso político, es decir, a la dinámica de la correlación de fuerzas políticas y sociales. Una salida a este

problema lo constituye la idea de establecer un mínimo esencial, de cumplimiento mínimo y absolutamente prioritario.

Los Estados tienen obligaciones indiscutibles de efecto inmediato, entre otros, el derecho a la alimentación, vivienda, protección de la salud y la educación. Se requiere la aclaración de esas obligaciones mínimas,<sup>37</sup> tomando en cuenta que las obligaciones estatales no son uniformes en todos los países, sino que dependen del nivel de desarrollo y de la disponibilidad de recursos. Se plantea entonces el balance entre la discrecionalidad de un Estado para fijar sus objetivos y unos contenidos mínimos necesarios, aunque gradualmente ha surgido el consenso de que un estándar básico de bienestar es el establecido por los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

### **C. En la práctica, ¿Cómo observar el cumplimiento progresivo de los derechos humanos por medio del presupuesto?**

Así como no hay un único enfoque de derechos humanos, tampoco hay una metodología única para analizar el cumplimiento de los DESC por parte de los Estados. Garantizar el cumplimiento de los derechos depende de diversos factores de índole económica, política, social, científica, tecnológica y cultural, entre otros, que requieren de coordinación, inversión económica, leyes, acciones y políticas. Algunos de estos factores deberán estar reflejados, a priori, en los presupuestos de cada nación pero es poco probable que se pueda incorporar todos los determinantes del cumplimiento de ciertos derechos, como el derecho a la salud, por lo cual no puede atribuírsele exclusivamente al gasto público la responsabilidad de garantizar el cumplimiento y protección de todos los derechos.

Además, en la práctica, el hecho de que un Estado asigne recursos para el cumplimiento progresivo de los derechos no garantiza su cumplimiento, pues factores tales como la puesta en práctica de políticas públicas que respondan a intereses particulares (de un partido político, de un gremio, de un grupo económico), son base de los fenómenos de corrupción, que tienen como resultado el funcionamiento ineficiente del Estado. Iglesias (2004) lo define como una “privatización perversa” y aduce que esta ha impedido que las instituciones públicas puedan procesar, agregar y responder a las demandas del conjunto de los ciudadanos, explicando así tanto la exclusión de amplios sectores de la población de los beneficios del crecimiento, como la deslegitimación de la política y las instituciones estatales.<sup>38</sup>

Esta reflexión impone que además del análisis presupuestario, se analicen también los resultados obtenidos con los recursos empleados. Por ello, en este estudio se han identificado un conjunto de indicadores de carácter presupuestario y otro de carácter social.

La manera utilizada para estructurar el análisis del presupuesto con enfoque de Derechos Humanos se puede dividir en tres fases. La primera fase consiste en la identificación de los atributos del derecho a la salud y educación según lo contenido en las normas respectivas, es decir, en los tratados internacionales relevantes y en las leyes de cada nación.<sup>39</sup> Las obligaciones sociales del Estado en términos del presupuesto están materializadas entre otras en la legislación nacional y en los compromisos internacionales del país. Las regulaciones normativas relevantes para esos derechos se dividen en obligaciones nacionales (leyes, decretos, decretos leyes y decretos legislativos), regionales e internacionales (declaraciones, pactos, convenios y convenciones).

Los compromisos internacionales y regionales representan la dimensión simbólica de las obligaciones del Estado. Las Regulaciones internacionales ofrecen un marco normativo general de referencia para la formulación de leyes nacionales. Es decir, el derecho internacional se convierte en derecho nacional. La dimensión sustantiva está reflejada por los compromisos nacionales con especificaciones en las diferentes áreas, y la dimensión operativa es la realización de las obligaciones simbólicas y sustantivas a través de la política social.

El segundo paso es generar indicadores que permitan evidenciar los procesos de cumplimiento de los derechos. Estos indicadores incluyen el monto de recursos públicos que se asignan al presupuesto nacional para el cumplimiento de los DESC y pueden medirse como proporciones del Producto Interno Bruto nacional o como gasto por habitante.

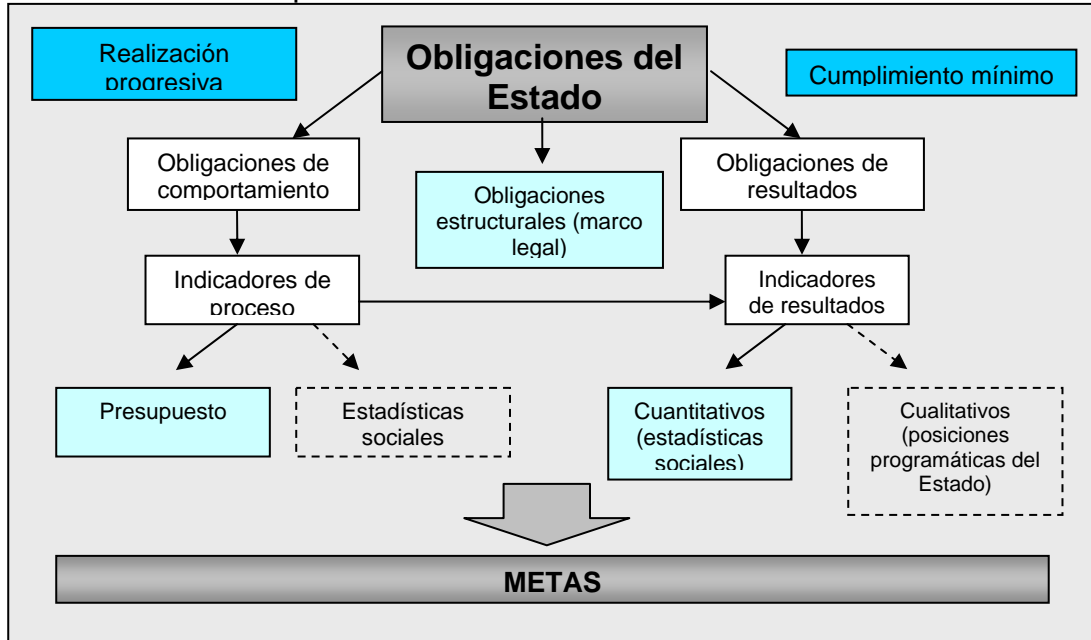
La última fase consiste en identificar los indicadores que reflejen, al menos parcialmente, el resultado del gasto ejecutado con el fin de dar cumplimiento a los DESC.<sup>40</sup> Los indicadores de estructura, proceso y de resultado no tienen una base inmediata en los tratados de Derechos Humanos, por lo que hay que identificarlas en una manera más subjetiva y ajustada al contexto del país. Por otro lado, la comparación del gasto durante un plazo mediano de tiempo es útil para darle seguimiento a la protección o promoción de los derechos<sup>41</sup>.

#### **D. Esquema de obligaciones e indicadores**

Existe una abundancia de indicadores pero también una escasez de datos recolectables a nivel centroamericano sobre esos indicadores, por lo que se ha hecho una elección selectiva de las variables incluidas en el análisis, además de incluir indicadores cualitativos. Los indicadores pueden contribuir al análisis de resultados o al de procesos. Los primeros se han seleccionado para medir el grado de cumplimiento de los derechos que pueden considerarse como mínimos, Los segundos buscan medir la realización progresiva, gradual, de los derechos. Los indicadores de proceso pueden adoptar la forma de presupuesto nacional ejecutado o la de indicadores sociales.<sup>42</sup> Para no exceder el marco analítico del presente estudio solo se consideraron los indicadores de proceso y

resultados (presupuesto y estadísticas sociales, respectivamente), mostrados en la siguiente Figura.

Figura No. 1  
Obligaciones del Estado para la realización progresiva o el cumplimiento mínimo de los derechos humanos



Fuente: Elaboración propia

El conjunto de esos indicadores nos permite evaluar en una manera integral el desempeño del Estado en la adopción de medidas para realizar los Derechos Humanos e identificar el nivel y la o las formas de discriminación. Luego de seleccionar esos indicadores el siguiente paso es fijar metas de cumplimiento de forma cuantitativa o cualitativa y comparar los indicadores con esos mismos.<sup>43</sup>

Para evaluar el nivel de financiamiento de los derechos tomando en cuenta los compromisos legales, se debe evaluar el grado en que los recursos disponibles en los presupuestos de 2000 hasta 2005 contribuyen al cumplimiento y la protección mínima y la realización progresiva del derecho. Eso se hace en base de un análisis del gasto público asignado a los presupuestos de esos años a cada derecho, tomando en cuenta el monto total de recursos recaudados por el Estado (carga tributaria). Se evalúa los Derechos Humanos desde la perspectiva de las capacidades de las personas para la realización de sus libertades básicas (negativas y positivas).<sup>44</sup> El gasto público puede ayudar a generar las dos libertades, aunque la disponibilidad de recursos es especialmente importante para la las libertades positivas.<sup>45</sup>

Realizar un análisis sobre Derechos Humanos específicos con base en el presupuesto entraña algunas dificultades y desafíos. El primer desafío es encontrar datos suficientemente desagregados como para poder reflejar los

derechos en los diferentes rubros y sub-rubros del presupuesto. La falta de acceso a la información y, en algunos casos su falta de claridad o su inexistencia, junto con la dificultad de establecer relaciones entre las funciones, costos y asignaciones, son problemas comunes.<sup>46</sup>

Simplificando, puede concebirse la realización progresiva de un derecho si se ve reflejada un aumento en el monto asignado cada año en los rubros correspondientes del presupuesto (indicadores de proceso) y segundo, si se observa una mejora de los indicadores sociales (indicadores de resultado). Por otro lado, el cumplimiento mínimo se mide en este estudio a través de los Objetivos de Milenio correspondientes, tomando en igual manera los rubros del presupuesto que reflejan esos objetivos (indicadores de proceso), y además analizando los indicadores sociales correspondientes.

### III. ¿Cuál es la carga tributaria y la estructura de los sistemas tributarios en Centroamérica?

Los recursos con que cuentan los Estados determinan su capacidad para promover y proteger los derechos humanos. Como se explica en ICEFI (2007) la movilización de recursos públicos enfrenta severas restricciones en Centroamérica, aunque con dos matices que conviene tomar en cuenta. Por una parte, existen diferencias significativas entre países, especialmente cuando se toma en cuenta los recursos movilizados por el estado en su conjunto y no solo el gobierno central. Segundo, ha habido algunas mejoras en materia de recaudación de impuestos en los últimos años.

#### A. ¿Cómo ha evolucionado la carga tributaria en Centroamérica?

Existen una serie de tendencias o características muy claras de la tributación en la última década y media (1990-2006). La primera tendencia clara es que ha habido un fortalecimiento de los ingresos tributarios en todos los países de la región. El promedio simple de la recaudación creció de 11,9% del PIB del año 1990 al 14,3 % en el año 2006.

Cuadro No. 1

Centroamérica: Recaudación tributaria como porcentaje del PIB, 1995-2006

País	Promedio	Máximo		Mínimo		Coeficiente de Variación
		Año		Año		
Costa Rica	12,5	13,9	2006	11,5	1999	0,02
El Salvador	11,1	13,7	2006	10,1	1998	0,02
Guatemala	10,2	11,9	2002	7,9	1995	0,03
Honduras	16,3	17,8	1999/2006	13,6	1997	0,02
Nicaragua	14,6	16,7	2005	12,6	2001	0,03
Panamá	10,3	12,3	1995	8,9	2002	0,00
Promedio	12,5	13,9	2006	11,5	1999	0,02

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información de Ministerios de Finanzas, Bancos Centrales y CEPAL México

A lo anterior conviene agregar lo que se paga como aportes a la seguridad social, que viene siendo una contribución similar a los impuestos. En este caso no existe una tendencia clara para el istmo en su conjunto, y se destacan fuertemente Costa Rica y Panamá –y en menor medida Nicaragua- como países en los cuales estos aportes son significativamente mayores. Si como parte de la carga tributaria se incluyeran estos aportes, Costa Rica y Nicaragua tendría la carga más alta, equivalente a alrededor del 20% del PIB, seguidos de Honduras (19%) y Panamá (18%). Los países con menor gasto social, El Salvador y Guatemala, también serían los que tendrían la menor carga tributaria entendida en este sentido más amplio.

Cuadro No. 2

Centroamérica: Contribuciones a la seguridad social, como porcentaje del PIB

Año	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
2000	5,9	2,1	1,5	0,5	...	6,4
2001	6,1	1,8	1,6	0,5	...	6,2
2002	6,3	1,8	1,4	0,5	3,9	5,9
2003	6,0	1,8	1,5	0,5	4,0	5,6
2004	5,9	1,7	1,7	0,6	4,0	6,1
2005	6,1	1,7	1,6	0,6	4,1	5,9
2006	...	1,7	...	...	4,5	...

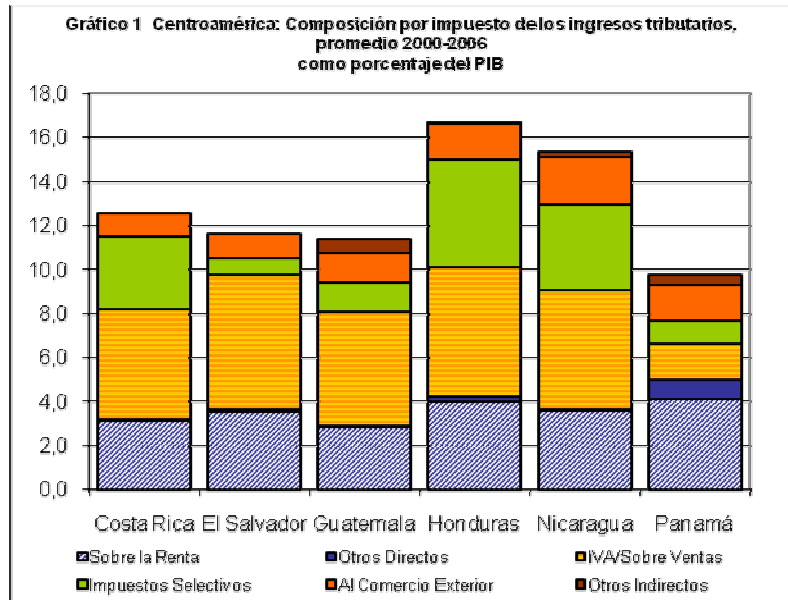
[...] Información no disponible

Fuente: elaboración propia sobre la base de Bancos Centrales, Ministerios de Finanzas, la Contraloría General de Panamá, IGSS, CEPAL e ILPES

La principal fuente de ingresos en América Central lo constituye el Impuesto al Valor Agregado, cuya participación dentro del total del ingresos tributarios se ha elevado de un promedio de 22,7% durante la primera mitad de los años noventa a 32,8% en la segunda mitad, y para el 2006 el IVA o un impuesto similar de ventas representaba un 39,3% del total de ingresos tributarios en América Central, lo cual era equivalente, en promedio, al 6,2% del PIB de cada país. El diseño técnico del impuesto es similar en todos los países y la erosión de la base resultante de múltiples exenciones y del tratamiento de “tasa cero” a bienes destinados al consumo interno es un problema común a todos.

Por su parte, los ingresos provenientes de los impuestos al comercio exterior muestran una tendencia decreciente. De representar 20,6% del total de ingresos de América Central en 1990, pasaron a representar solo 7,7% en el 2006. El nivel es relativamente bajo como consecuencia de los procesos de desgravación arancelaria y apertura económica impulsados en los años noventa, aunque la dispersión de las tasas arancelarias seguía siendo relativamente alta y existía una gran cantidad de bienes exenta del pago de los aranceles, debido a los regímenes de zona franca ampliamente utilizados por los países de la región.

Una tendencia adicional, es que los impuestos aplicados a los ingresos y a las utilidades han mostrado una participación levemente creciente, habiendo pasado del 19,2 al 20,3% entre la primera y segunda mitad de los años noventa, constituyendo la segunda fuente de ingresos en orden de importancia, pero con debilidades que no le permitían cumplir a cabalidad con su función. Esta tendencia se mantuvo posteriormente, hasta alcanzar 26,2% en el 2006. Los sistemas tributarios tienden a ser regresivos debido a una aún débil tributación a la renta.<sup>47</sup>



## B. ¿Quién paga los impuestos en Centroamérica?

En cuanto a la distribución de la carga tributaria, esta pesa sobre el quintil más rico de la población, en el caso del impuesto sobre la renta. En cuanto a los impuestos sobre el consumo (impuestos sobre ventas o IVA), estos recaen en mayor medida sobre los quintiles más pobres de la población.

Si se considera que la principal fuente de recursos tributarios en la actualidad lo constituyen los impuestos indirectos, con excepción de Panamá, se podría concluir que son los estratos más pobres de la sociedad los que están financiando en mayor medida, como proporción de sus ingresos, el quehacer de los Estados de Centroamérica. Al respecto, se observa que el peso que tiene la imposición indirecta es de tal magnitud que anula los efectos progresivos de la tributación directa,<sup>48</sup> y que el impacto distributivo del conjunto de impuestos tiende a ser regresivo aunque con diferencias importantes entre países.

De acuerdo con BID (2005) en Costa Rica, el impacto del sistema tributario sobre la distribución del ingreso en 2000 es marginal. Pero como se observa en las cifras, para los demás países el sistema tributario es claramente regresivo. El



caso más dramático lo constituye Nicaragua, donde el coeficiente de Gini aumenta de 51,03 a 69,22% por efecto de los impuestos. Le sigue en orden de importancia Honduras, donde el coeficiente de Gini aumenta en casi 3 puntos porcentuales, y luego El Salvador, donde la distribución del ingreso empeora de manera menos pronunciada. En ICEFI (2007b) se concluye que en 2005 el sistema tributario guatemalteco era ligeramente regresivo con una tendencia a la neutralidad.

El estudio de FMI (2007) coincide con lo anterior, haciendo notar que los sistemas tributarios centroamericanos son generalmente regresivos. Este resultado se explica, en alguna medida, por el IVA y los impuestos a las ventas, cuyas tasas efectivas en relación con el ingreso son, en casi todos los países, superiores para los hogares más pobres que para los hogares más ricos.<sup>49</sup>

Cuadro No. 3  
Centroamérica: Carga tributaria relativa por quintiles de ingresos,  
Según impuesto sobre la renta e impuesto sobre ventas, varios años

Quintil	2000	2000	2004	2000	2004	2003
	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
<b>Carga tributaria relativa del impuesto sobre la renta (a)</b>						
Q. I.	88,0	40,5	95,8	101,9	62,5	70,1
Q. II.	92,8	71,6	88,5	100,3	69,8	15,1
Q. III.	91,3	68,3	86,7	93,0	76,1	11,6
Q. IV.	92,2	96,3	81,7	97,1	85,7	26,7
Q. V.	106,6	115,8	111,2	102,2	113,3	146,7
<b>Carga tributaria relativa del Impuesto sobre Ventas (a)</b>						
Q. I.	104,6	320,4	145,6	173,5	255,6	144,3
Q. II.	109,5	183,9	122,1	150,3	189,8	121,6
Q. III.	105,5	136,0	114,9	129,6	158,2	109,8
Q. IV.	104,7	106,6	108,4	114,3	129,9	96,3
Q. V.	95,1	66,0	87,4	81,0	63,5	96,2

(a) impuesto efectivo/ratio de ingresos relativo al promedio

Fuente: FMI, Fondo Monetario Internacional. 2007. Políticas Fiscales para apoyar la Estabilidad Económica y Social. Resumen Ejecutivo.

Al observar la carga tributaria por impuesto, se encuentra que entre los países hay similitudes y diferencias. En primer lugar, el impuesto a la renta en Honduras es regresivo, porque el quintil de menores ingresos soporta una mayor carga tributaria que el quintil de mayores ingresos. Esto se explicaría por las abundantes exoneraciones. En El Salvador, Guatemala, Nicaragua y muy especialmente, Panamá el impuesto a la renta aparece con cierta progresividad, pero también revela que los quintiles dos, tres y cuatro, soportan una menor carga tributaria que el quintil de menores ingresos.

Con respecto al IVA, se observa una pronunciada regresividad en todos los países. En general, esto se explica debido a la importancia de bienes que tienen un peso significativo en la canasta básica de consumo de los sectores de menores ingresos. El caso menos extremo de esta regresividad lo constituye

Costa Rica, lo cual se explica por más exenciones y por la mayor cobertura que tiene la imposición selectiva en este país, la cual incluye bienes suntuarios.

### **C. Necesidades de reforma en los sistemas tributarios**

Ante las restricciones en materia de recursos para lograr la realización progresiva de los Derechos Humanos, las naciones centroamericanas deberán aumentar la carga impositiva, principalmente por medio de la tributación directa, estableciendo un sistema progresivo, además de iniciar la reducción de exenciones y tratamientos preferenciales. Hasta ahora, las reformas fiscales han sido restringidas por grupos de presión, los límites administrativos y debilidades institucionales. Parte de la desigualdad social que se observa en la región puede considerarse como el resultado de grupos de elite que buscan minimizar la carga tributaria intentando orientar el proceso legislativo a su favor.<sup>50</sup>

Como exponen Agosín y Machado (2005), son varias las motivaciones para proponer una reforma tributaria en Centroamérica. "La primera, y más importante, es que los Estados centroamericanos son muy pequeños y vulnerables para proveer los bienes públicos que se requieren a fin de incentivar el crecimiento económico y mejorar los horizontes de bienestar de sus poblaciones. El tamaño del Estado es una variable fundamental para el crecimiento. Una recaudación promedio en la región centroamericana inferior a 13% del PIB explica fácilmente por qué dichos Estados no se hallan en condiciones de elevar la calidad de la educación y la salud, de construir la infraestructura necesaria para el desarrollo y de proveer niveles más elevados de seguridad jurídica y ciudadana".<sup>51</sup>

Por otro lado, bajo un enfoque de derechos humanos, lo que se recauda es aún insuficiente para cumplir con las necesidades prioritarias que debe atender cada Estado en la región.<sup>52</sup> Las opiniones de los propulsores de las reformas tributarias en América Central destacan con frecuencia que las reformas se han estancado, que han sido bloqueadas por los grupos que se verían afectados por ellas. El BID, entre otros, ha argumentado que los ingresos tributarios son aún insuficientes y, mediante una comparación del ingreso y características de los países centroamericanos con el resto del mundo, concluyó que en los primeros se tributaban menos. FUSADES, mediante un ejercicio similar, confirmó esta apreciación en el 2005.<sup>53</sup> En general, y a pesar de los avances observados, en la mayor parte de los países de la región existe la impresión de que la "reforma tributaria" está aún pendiente o incompleta.

Ciertamente ese es el caso en Guatemala, en donde el Pacto Fiscal sigue siendo el punto de referencia de los debates tributarios, y en Costa Rica, donde la Asamblea Legislativa ocupó más de cuatro años discutiendo un ambicioso proyecto que buscaba renovar, de manera integral, la legislación tributaria del país.

El tema de la competitividad y las condiciones internacionales parecen ser un fundamento importante que dificulta el poder contar con sistemas tributarios más progresivos. Sin embargo, éstas no son las circunstancias por las que transcurren la casi totalidad de los países centroamericanos donde el impacto de los impuestos sobre la distribución de la renta no sólo es regresivo sino que tampoco respeta en general la condición básica de la equidad horizontal. Por tanto, en este campo aún resta mucho por hacer antes de poder afirmar que se ha alcanzado el límite de la progresividad tributaria.<sup>54</sup> Además, se debe tener en cuenta que el diseño de los tributos que pesan sobre la renta fue concebido bajo un modelo de economía cerrada y de sustitución de importaciones, algo contrario a la actual apertura comercial y financiera que vive la región. Por consiguiente, es claro que se requiere realizar una reingeniería profunda a este tipo de impuestos.<sup>55</sup>

La inequidad horizontal es una de las formas de inequidad que más contribuye a erosionar la “moral tributaria”. La desigual carga tributaria para grupos con ingresos similares es especialmente importante en América Latina debido a que a menudo el impuesto sobre la renta no cubre al sector “informal” (que puede incluir desde profesionales hasta grandes empresarios) o está sujeto a una serie de exenciones o exoneraciones para sectores considerados “estratégicos” o simplemente favorecidos por grupos económicos poderosos. Esta inequidad horizontal también es contraria a la cohesión social.<sup>56</sup>

Por último, las necesarias reformas tributarias deberán estar acompañadas de una reestructuración de las administraciones fiscales tanto para fortalecer la capacidad de formular políticas, como para ejecutarlas de manera eficiente y efectiva. Las políticas adoptadas en esta dirección contribuirían a disminuir el grado de evasión endémico existente y limitarían las posibilidades de elusión impositiva.

#### **IV. ¿Cómo ha evolucionado el reconocimiento jurídico de los Derechos Humanos en los países centroamericanos?**

##### **A. Compromisos internacionales en materia de derechos socioeconómicos**

Los compromisos internacionales son obligaciones que los Estados deben tomar en cuenta con el fin de garantizar los Derechos Humanos de sus ciudadanos. En este sentido, todos los países centroamericanos han ratificado o se han adherido a los documentos internacionales más importantes en materia de derechos, específicamente los relacionados con la educación y la salud, como se muestra a continuación. Estos convenios han favorecido avances en el reconocimiento de derechos relacionados con la mujer, la niñez y los pueblos

indígenas. Lo anterior sugiere que, dentro de una perspectiva de mediano plazo los compromisos internacionales parecen ser en cierto grado eficientes.<sup>57</sup>

Cuadro No. 4  
Instrumentos del derecho internacional en materia de salud y educación  
suscritos, aprobados y/o ratificados por Centroamérica

Pacto, Convenio o Convención en materia de salud	Situación por país	Pacto, Convenio o Convención en materia de educación	Situación por país
Declaración Universal de los Derechos Humanos	Adoptada y proclamada 10/12/1948	Declaración Universal de los Derechos Humanos	Adoptada y proclamada 10/12/1948
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	<b>Ratificación:</b> Costa Rica 29/11/68 Honduras 17/02/81 El Salvador 30/11/79 <b>Adhesión:</b> Panamá 08/03/77 Nicaragua 12/03/80 Guatemala 19/05/88	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	<b>Ratificación:</b> Costa Rica 29/11/68 Honduras 17/02/81 El Salvador 30/11/79 <b>Adhesión:</b> Panamá 08/03/77 Nicaragua 12/03/80 Guatemala 19/05/88
Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre	Aprobada 02/05/1948	Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre	Aprobada 02/05/1948
Convención Americana sobre Derechos Humanos (suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José)	<b>Ratificación:</b> Panamá 08/05/78 Costa Rica 08/04/70 Nicaragua 25/09/79 Honduras 09/08/77 El Salvador 23/06/78 Guatemala 25/05/78	Convención Americana sobre Derechos Humanos (suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José)	<b>Ratificación:</b> Panamá 08/05/78 Costa Rica 08/04/70 Nicaragua 25/09/79 Honduras 09/08/77 El Salvador 23/06/78 Guatemala 25/05/78

Pacto, Convenio o Convención en materia de salud	Situación por país	Pacto, Convenio o Convención en materia de educación	Situación por país
Convención sobre los Derechos del Niño	<b>Ratificación:</b> Panamá 10/12/90 Costa Rica 21/08/90 Nicaragua 05/10/90 Honduras 10/08/90 El Salvador 10/07/90 Guatemala 06/06/90	Convención sobre los Derechos del Niño	<b>Ratificación:</b> Panamá 10/12/90 Costa Rica 21/08/90 Nicaragua 05/10/90 Honduras 10/08/90 El Salvador 10/07/90 Guatemala 06/06/90
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (en vigor desde el 04ENE1969)	<b>Ratificación:</b> Costa Rica 16/01/67 Guatemala 18/01/83 Panamá 16/08/67 <b>Adhesión:</b> El Salvador 30/11/79 Honduras 10/10/02 Nicaragua 15/02/78	Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (en vigor desde el 04ENE1969)	<b>Ratificación:</b> Costa Rica 16/01/67 Guatemala 18/01/83 Panamá 16/08/67 <b>Adhesión:</b> El Salvador 30/11/79 Honduras 10/10/02 Nicaragua 15/02/78
Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 (Convenio 169 de OIT)	<b>Ratificación:</b> Costa Rica 02/04/93 Honduras 28/03/95 Guatemala 10/04/96 El Salvador 18/11/58 (C107)	Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 (Convenio 169 de OIT)	<b>Ratificación:</b> Costa Rica 02/04/93 Honduras 28/03/95 Guatemala 10/04/96 El Salvador 18/11/58 (C107)
Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas	Aprobada 18/12/92	Convención relativa a la lucha contra las discriminaciones en la esfera de la enseñanza (en vigor desde el 22MAY1962)	<b>Ratificación:</b> Nicaragua 28/09/79 Costa Rica 10/09/63 Guatemala 21/12/82 <b>Aceptación:</b> Panamá 10/08/67

Pacto, Convenio o Convención en materia de salud	Situación por país	Pacto, Convenio o Convención en materia de educación	Situación por país
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (en vigor desde el 03SEP1981)	<b>Ratificación:</b> Costa Rica 04/04/86 El Salvador 19/08/81 Guatemala 12/08/82 Honduras 03/03/83 Nicaragua 27/08/81 Panamá 29/10/81	Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas	Aprobada 18/12/92
Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (OEA)	<b>Ratificación:</b> Panamá 24/01/01 Costa Rica 12/08/99 Nicaragua 15/07/02 El Salvador 15/01/02 Guatemala 08/08/02	Declaración Universal de Derechos Lingüísticos	Aprobada 06/06/96
Declaración americana sobre los derechos de los pueblos indígenas	Aprobada 18/09/95	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (en vigor desde el 03SEP1981)	<b>Ratificación:</b> Costa Rica 04/04/86 El Salvador 19/08/81 Guatemala 12/08/82 Honduras 03/03/83 Nicaragua 27/08/81 Panamá 29/10/81
Declaración de Derechos del Retrasado Mental	Proclamada 20/12/71		
Declaración universal sobre la erradicación del hambre y la malnutrición	Aprobada 16/11/74		
Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA	Aprobada 27/06/01		

Pacto, Convenio o Convención en materia de salud	Situación por país	Pacto, Convenio o Convención en materia de educación	Situación por país
Convención interamericana sobre obligaciones alimentarias	<b>Ratificación:</b> Panamá 07/21/98 Costa Rica 01/19/01 Guatemala 13/09/95		

Fuente: Elaboración propia con base en los convenios y pactos citados, los cuales están disponibles en la biblioteca virtual de la Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos –OACDH-, <http://www.ohchr.org/spanish/law/index.htm>

## B. Compromisos nacionales en materia de derechos socioeconómicos<sup>58</sup>

En cuanto al marco jurídico nacional, las constituciones vigentes en Centroamérica tienen plasmadas algunas regulaciones relacionadas con los derechos humanos, en especial, educación y salud. Asimismo, existen leyes que han ayudado a complementar la manera de abordar estos derechos. Algunas Constituciones y algunas de las mencionadas leyes complementarias definen ciertas obligaciones presupuestarias relacionadas, principalmente, con la educación superior. En el Caso de Costa Rica, la Constitución asegura que el gasto en este sector no deberá ser menor del 6.0% del PIB, lo que incluye tanto el gasto en el sistema escolar, como en la educación técnica y universitaria. En Guatemala la Ley Nacional de Educación (Decreto Legislativo 12-91) establece que esta debe contar con recursos financieros no menores del 35.0% de los ingresos ordinarios del presupuesto general del Estado y que la asignación a este sector deberá incrementarse hasta alcanzar el 7% del PIB. Sin embargo, la ley no especifica el momento en el tiempo para cumplir con esta disposición, quedando la misma sujeta a la discreción de las autoridades en funciones.

En el caso de la salud, ninguna de las constituciones y leyes complementarias definen un presupuesto público mínimo, con excepción de Guatemala, en donde se estipula en la reciente Ley del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (Decreto 32-2005) un porcentaje (0.5%) del presupuesto total para los programas relacionados con esta área.

Cuadro No. 5

Instrumentos del derecho nacional en materia de salud y educación relacionados con obligaciones presupuestarias, vigentes en Centroamérica

País	Constitución		Leyes complementarias	
	educación	salud	educación	salud
Costa Rica	Gasto público no será inferior al 6% anual del producto	no	no	no

País	Constitución		Leyes complementarias	
	educación	salud	educación	salud
	interno bruto			
<b>El Salvador</b>	no	no	no	no
<b>Guatemala</b>	5% ingresos ordinarios educación superior USAC	no	recursos financieros no menores del 35% de los ingresos ordinarios del presupuesto general del Estado; el Estado deberá incrementar la asignación presupuestaria a educación hasta el 7% del PIB	Asignación del medio punto porcentual (0.5%), específicamente para programas y proyectos de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la población en pobreza y pobreza extrema.
<b>Honduras</b>	No menor del 6% del Presupuesto de Ingresos netos de la República para educación superior UNAH	no	no	no
<b>Nicaragua</b>	6% del presupuesto para universidades	no	partida presupuestaria necesaria; El presupuesto de la Educación Superior será incrementado anualmente; El crecimiento porcentual, anual del presupuesto educativo será sobre la base del presupuesto del año anterior	no
<b>Panamá</b>	no	no	no será inferior al 6% del producto interno bruto del año anterior	no

Fuente: Elaboración propia con base en las leyes citadas en el Anexo 1.

En síntesis, el marco jurídico nacional de todos los países de Centroamérica refleja el reconocimiento de los derechos humanos, en especial en educación y salud, de los Estados. Sin embargo, la casi absoluta carencia de disposiciones relacionadas con la asignación de presupuesto para su cumplimiento, revela la discrecionalidad que antecede al cumplimiento de la obligación de comportamiento que los Estados de Centroamérica deben observar para el cumplimiento de estos derechos. Esto se repite en el caso de las leyes complementarias que están relacionadas con derechos de grupos particulares



tales como la niñez y la adolescencia, los ancianos, las mujeres y los pueblos indígenas.

## **V. ¿Cuál es el nivel de financiamiento público de los derechos a la salud y la educación?**

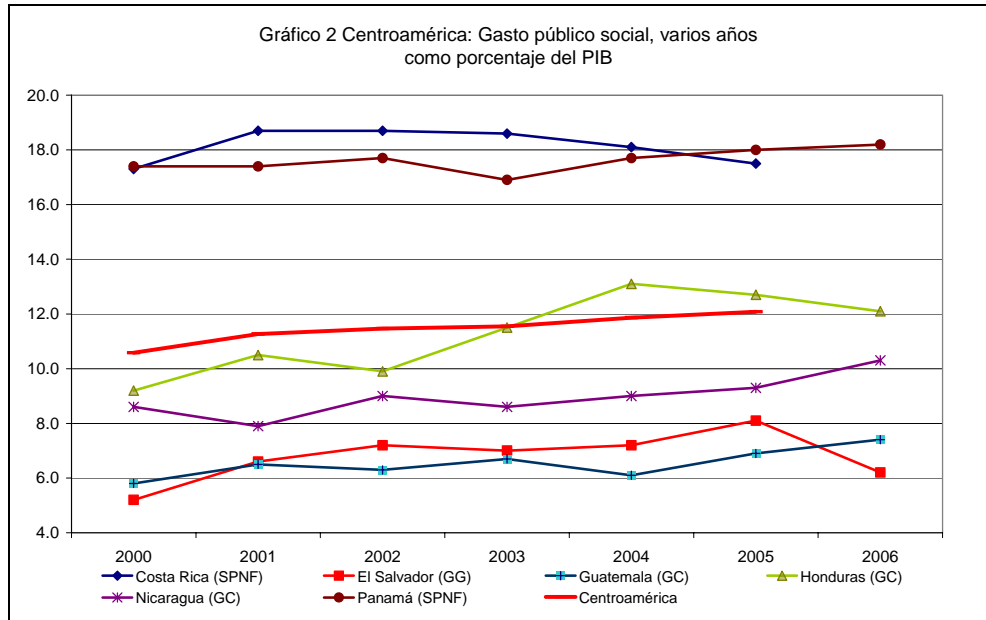
### **A. Análisis del gasto público social**

En América Central, el monto y la forma en que se distribuye el gasto social, sigue mostrando deficiencias para atender las necesidades sociales de la población más vulnerable. Al igual que en el resto de América Latina, esto incide en lentos progresos en el alivio de la pobreza y en la reducción de la desigualdad. Por un lado, el nivel de dicho gasto es insuficiente y se administra bajo limitaciones presupuestarias originadas en bajas tasas de tributación. Por otra parte, la estructura del gasto público debe adaptarse permanentemente a necesidades sociales emergentes, sin que antes se hayan satisfecho las ya existentes.<sup>59</sup>

Adaptar el nivel y la estructura del gasto público social a los constantes cambios en los perfiles de riesgo y necesidades sociales debiera ser parte esencial de un nuevo contrato social, donde los derechos sean el horizonte normativo, y las desigualdades y las restricciones presupuestarias las limitaciones que se deben enfrentar.<sup>60</sup>

En los últimos años, los recursos destinados al gasto público social equivalen casi a la mitad del presupuesto público total en la mayoría de países, con excepción de Costa Rica, en donde se destina aproximadamente el 65% del presupuesto total a temas sociales, y Panamá que, en el otro extremo, destina cerca del 40%. En términos del Producto Interno Bruto el gasto público social de Centroamérica muestra una tendencia al aumento, en buena medida, como resultado de un mayor gasto observado en Honduras, Guatemala y El Salvador y, en menor medida, Nicaragua y Panamá. En este mismo período el gasto público social de Costa Rica, no registró variaciones significativas.

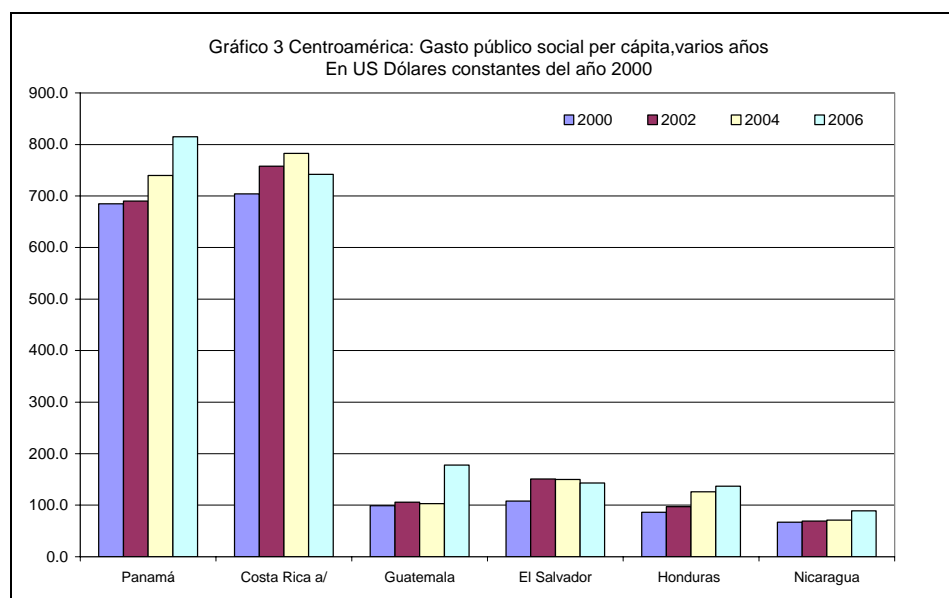
En el 2000 el gasto público social promedio (simple) de la región era equivalente al 10,6% del PIB, mientras que para el año 2005 este promedio llegó a ser del 12,1%. Solamente Costa Rica y Panamá tienen un gasto público social superior a este promedio, 17,5% y 18% del PIB respectivamente. A pesar del aumento observado tanto en Guatemala como en El Salvador, ambos países continúan siendo los que menos recursos destinan al gasto social. En el caso de Honduras y Nicaragua, el menor desarrollo económico, ha sido un factor determinante para acceder a financiamiento proveniente de ayuda exterior, pues ambas naciones han sido consideradas prioritarias en materia de apoyo internacional para el desarrollo.



Fuente: Elaboración propia con base Ministerios de Hacienda y Bancos Centrales de Centroamérica.

Los niveles de gasto público social por persona aumentaron en Centroamérica aproximadamente en un 38% entre el 2000 y el 2006. Los países que tuvieron los mayores incrementos en términos relativos fueron Guatemala (79,8%) y Honduras (59,3%). Con una variación intermedia se encuentran Nicaragua (32,8%) y El Salvador (32,4%). Y, finalmente, con menores variaciones relativas, pero con niveles más altos de gasto se encuentran Panamá y Costa Rica, cuyas variaciones relativas fueron de 19% y 5,4%, respectivamente.

Estos últimos dos países tienen un gasto público social per cápita ocho veces mayor que el de Nicaragua y cinco veces mayor que el del resto de países. En América Latina, el promedio de gasto público social per capita entre 2004 y 2005 se situó en torno a los US\$ 658.0, lo que ha significado un aumento del 5,4% con respecto al gasto observado en 2000/2001 (US\$ 624.0).



a/ El dato de 2006 corresponde al 2005

Fuente: Elaboración propia con base en CEPAL (2005).

El incremento del gasto público social se ha destinado principalmente a los sectores de salud y educación. En los últimos años, a través de estos dos sectores se ha ejecutado en promedio, el 65,6% del gasto público social total. En ese sentido, la mayoría de países con mayor o menor intensidad y, con excepción de Costa Rica y Panamá, han descuidado los sectores relacionados con la protección social, la vivienda y el medio ambiente.

Cuadro No. 6

Centroamérica: Composición del gasto público social por sectores, 2004 y 2005

País	Educación	Salud	Seguridad Social, Asistencia Social y trabajo	Vivienda, medio ambiente y otros	Total como porcentaje del PIB
2004 <sup>a/</sup>					
Costa Rica (SPNF)	31.1	28.3	30.6	10.0	18.1
El Salvador (GG)	40.8	22.5	23.9	12.7	7.2
Guatemala (GC)	41.0	14.8	18.0	26.2	6.1
Honduras (GC)	55.4	26.9	3.8	13.8	13.1
Nicaragua (GC)	42.9	33.0	0.0	24.2	9
Panamá (SPNF)	24.9	33.3	35.0	6.8	17.7
Centroamérica	39.3	26.5	18.6	15.6	11.9
2005 <sup>b/</sup>					

País	Educación	Salud	Seguridad Social, Asistencia Social y trabajo	Vivienda, medio ambiente y otros	Total como porcentaje del PIB
Costa Rica (SPNF)	30.2	28.5	31.4	9.9	17.5
El Salvador (GG) <sup>c/</sup>	27.9	45.9	11.7	14.5	8.1
Guatemala (GC)	34.4	14.9	15.7	35.0	6.9
Honduras (GC) <sup>c/</sup>	56.5	22.2	7.8	13.5	12.7
Nicaragua (GC)	41.7	30.5	10.0	17.8	9.3
Panamá (SPNF)	25.2	34.9	28.6	11.2	18
Centroamérica	36.0	29.5	17.5	17.0	12.1

Fuente a/ CEPAL (2006a). Panorama social de América Latina 2006. b/ Secretarías y Ministerios de Hacienda. c/ corresponde al presupuesto aprobado.

## B. Orientación e impacto redistributivo del gasto público social

La progresividad del gasto público social depende de la cobertura que alcanzan las prestaciones sociales que financia, de la modalidad de su financiamiento y de la utilización de instrumentos de focalización adecuados en los gastos orientados a combatir la pobreza y la vulnerabilidad social.<sup>61</sup>

Bajo escenarios de restricciones presupuestarias, como es el caso de Centroamérica, es necesario que se realicen esfuerzos para que los recursos se orienten a proveer servicios sociales a los sectores de más bajos ingresos. Sin embargo, y como advierte CEPAL(2007a) los compromisos presupuestarios, así como las características del acceso a los servicios públicos, influyen en que a pesar de la voluntad de los gobiernos y los instrumentos de focalización que se utilizan, varios de sus componentes no muestren el grado de progresividad esperado. En función de esta situación real, cabe analizar qué grupos de la población son los que realmente se benefician más del gasto público social y de sus distintos componentes (educación, salud, seguridad social, asistencia social, vivienda y saneamiento, entre otros).

De acuerdo con la información disponible, existe una situación variable en cuanto a la orientación del gasto público social. En ninguna nación de Centroamérica está totalmente claro si la orientación, en términos generales, es progresiva o regresiva, pues los elementos para emitir un juicio con suficiente rigor técnico son muy pocos. Tampoco se pueden hacer comparaciones entre los países pues cada uno cuenta con información muy disímil con respecto a los demás.

Sin embargo, la información de la que se dispone apunta a suponer que El Salvador es el único país en donde el gasto público social tiene un carácter progresivo<sup>62</sup>, mientras en Nicaragua es neutral y, en Costa Rica y Honduras este gasto es ligeramente regresivo. Finalmente, tanto en Guatemala como en Panamá el gasto público social revela un sesgo pronunciadamente regresivo. Este análisis debe ser matizado tomando en cuenta el tamaño de los presupuestos públicos destinados al ámbito social, pues este factor también determina la capacidad de incidencia.

Cuadro No. 7  
Centroamérica: Incidencia del gasto público social según quintiles, Varios años

País	Quintil de ingresos					Sector es que incluye
	Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V	
Costa Rica (2004)	21	19	17	17	26	E, S, SS, AS
El Salvador (2002)	23	23	23	19	12	E, S
Guatemala (2000)	14	18	19	21	29	E, S, SS, AS
Honduras (2004)	20	17	18	18	27	E, S, SS, AS
Nicaragua (2005)	19	20	21	21	20	E, S, AS, V, SAN, O
Panamá (2003)	15	18	19	21	27	E, S, SS, AS

Fuente: Elaboración propia sobre la base de CEPAL (2007a).

Sectores que incluye: E=Educación, S=Salud, SS=Seguridad Social, AS=Asistencia Social, V=Vivienda, SAN=Saneamiento y O=Otros.

A continuación se analiza con mayor detalle el derecho a la salud y a la educación y se evalúa con mayor detalle la incidencia que el gasto público en estos sectores ha tenido con respecto a los ciudadanos más vulnerables de la sociedad centroamericana.

## C. Análisis del derecho a la salud

### 1. Las obligaciones internacionales de los estados centroamericanos

El derecho de toda persona al máximo nivel posible de salud física, mental y social está acreditado en el marco legal tanto a nivel nacional como en los tratados internacionales ratificados por los Estados de América Central. El derecho a la salud y a la protección de esta se encuentra consagrado en cinco de las seis Constituciones vigentes en la región.<sup>63</sup> Asimismo, existen leyes que ayudan a definir de mejor forma el derecho a la salud, incluyendo medidas a

favor del acceso universal, la no discriminación y la búsqueda de un sistema de salud efectivo.<sup>64</sup>

A nivel americano, la Convención Americana o Pacto de San José de Costa Rica recoge los derechos económicos, sociales y culturales en una sola disposición (Artículo 26), consagrando de manera genérica la obligación de los Estados de adoptar medidas progresivas para la implementación de los mismos.<sup>65</sup> También queda establecido que los Estados deberán remitir a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos una copia de los informes que anualmente elevan a las Comisiones Ejecutivas del Consejo Interamericano Económico y Social y del Consejo Interamericano para la Educación, la Ciencia y la Cultura, para que esta vele por la promoción de los derechos derivados de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura contenidas en la Carta de la Organización de Estados Americanos.

En el contexto mundial, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1946 definió la salud como el estado de absoluto bienestar físico, mental y social. Esta definición sirvió de base para plasmar el derecho a la salud en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Estos instrumentos internacionales, con plena vigencia en América Central constituyen los pilares del derecho internacional que obligan a los Estados a garantizar el cumplimiento de los Derechos Humanos.

Con respecto al PIDESC, este desarrolla con mucho mayor detalle el derecho a la salud, tomando especial importancia el cuidado de la niñez, la higiene en el trabajo y la prevención y tratamiento de enfermedades.

Recuadro No. 1  
Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y  
Culturales  
Sobre el derecho a la salud

1. Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
a) La reducción de la mortalidad y la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños
b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente
c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas
d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad

Fuente: ONU. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 1966

Por otro lado, el PIDESC impone dos obligaciones para los Estados. La primera está relacionada con la obligación de adoptar medidas, “especialmente económicas y técnicas hasta el máximo de que disponga, ya sea internas como a través de la cooperación internacional, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.”<sup>66</sup> La segunda, está relacionada con la obligación de garantizar el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales “sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”.<sup>67</sup>

En el 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales publicó la Observación General No. 14, la cual permite clarificar las implicaciones y características del Derecho a la Salud, pasando a ser una de las principales guías para la consecución de este derecho. La Observación General No. 14 aclara que el término “derecho a la salud” no debe entenderse como “derecho a ser saludable” sino como “un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios, y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud”.<sup>68</sup> De esta manera, hablar de “Derecho a la Salud” es solo una forma de sintetizar, para usos prácticos, toda la gama de libertades y derechos que implica la protección de la salud como un derecho fundamental del ser humano.<sup>69</sup> Aclarar el término tiene implicaciones para la comunidad internacional, en general, y para los Estados en particular, pues casi cualquier elemento relacionado al ámbito en que se desenvuelven los individuos, puede tener consecuencias para su salud.

El Derecho a la Salud posee un gran número de elementos que deben ser tomados en cuenta para su completa satisfacción. Sin embargo, en ocasiones, la delimitación de estos elementos resulta poco clara, ocasionando una confusión en la determinación del alcance e implicaciones de este derecho. De esta manera, el Derecho a la Salud es constantemente transgredido por los Estados, y en ocasiones sin percibir que están cometiendo dicha falta.<sup>70</sup>

Para lograr una mejor comprensión del Derecho a la Salud Montiel (2004) propone dividir este derecho en dos grandes ámbitos, a partir del análisis de la Observación General No. 14. Estos dos ámbitos son, en primer término, los determinantes básicos para la salud. Estos incluyen políticas públicas de prevención, de difusión y promoción, de saneamiento público, de cuidado del medio ambiente y de salubridad para enfrentar y prevenir enfermedades epidémicas, endémicas y de otra índole. El segundo ámbito está relacionado con el cuidado de la salud. Esto incluye los servicios de salud que se prestan, tanto materiales como humanos, las políticas públicas que se adoptan para afrontar la enfermedad y sus efectos sobre los individuos. La conclusión fundamental que se obtiene de esta visión de los determinantes es que el gasto público reflejado en el cuidado de la salud, es solo uno de los determinantes de su situación. Por consiguiente, al analizar el impacto del gasto público en salud debe tomarse en

cuenta que existen otros factores que pueden incrementar o reducir su efecto y que no todos los avances o retrocesos en materia de salud pueden atribuirse a cambios en el gasto asignado.

Recuadro No. 2

Determinantes básicos para la salud	Cuidado de la Salud
1. Condiciones sanitarias del entorno: agua potable, drenaje, alcantarillado, pavimentación, entre otros	1. Sistemas de salud: hospitales, clínicas, medicamentos, profesionales de la salud, seguros en caso de enfermedad, invalidez o vejes, entre otros
2. Condiciones biológicas: Epidemias, principales causas de muerte, expectativas de vida, enfermedades nuevas	2. Políticas públicas encaminadas al cuidado de la salud: Programas de salud públicos, privados, mixtos, porcentaje de recursos económicos del Estado destinados a la salud
3. Condiciones socioeconómicas: Nutrición, vivienda, condiciones laborales sanas, drogadicción, alcoholismo, enfermedades relacionadas con la pobreza	
4. Condiciones ecológicas: Emisión de contaminantes, contaminación del agua, cuidado de los recursos naturales	
5. Acceso a la educación y a la información sobre cuestiones relacionadas con la salud	
6. Condiciones de violencia y conflictos armados	

Fuente: Elaboración propia

A continuación se realiza el estudio del tema de salud. En una primera parte se analizan los insumos e indicadores de proceso, más orientados a evaluar (de manera preliminar) lo que es la realización progresiva del derecho a la salud y con una atención especial al monto de recursos y su uso. En una segunda parte se lleva a cabo una evaluación preliminar del cumplimiento de los derechos mínimos de salud mediante indicadores de resultados, asociados a las Metas del Milenio.

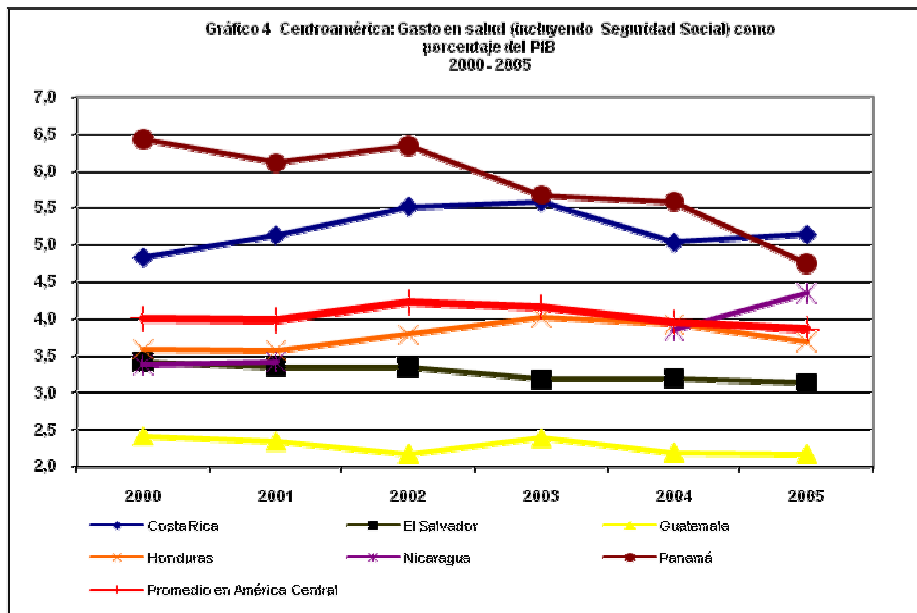
## **2. Factores que inciden en la realización progresiva del derecho a la salud**

### **a. ¿El financiamiento público actual permite su realización progresiva?**

Un primer elemento que sirve como parámetro para percibir la situación del Derecho a la Salud y que, en cierto modo, refleja el nivel de prioridad que ocupa en la agenda política de Centroamérica, es el porcentaje del PIB que se destina al cumplimiento de este derecho. En promedio en la región se ha invertido en los



últimos años aproximadamente 2,1% del PIB. Si a esto se agrega el gasto en Seguridad Social, el promedio casi se duplica, llegando a 4,0%. Al observar los datos del período 2000 – 2005 se puede notar que el gasto en Salud de Panamá lleva una tendencia a la disminución, mientras el gasto en Honduras y Nicaragua parece incrementarse como resultado de los programas de Alivio de la Deuda a los que estos países están acogidos, si bien este nivel de gasto es aún muy bajo con respecto al promedio del istmo. El resto de países parecen no tener cambios en la tendencia del nivel de gasto, siendo Guatemala y El Salvador los casos más extremos, en donde es evidente una insuficiencia de recursos para hacer frente a las demandas sociales.

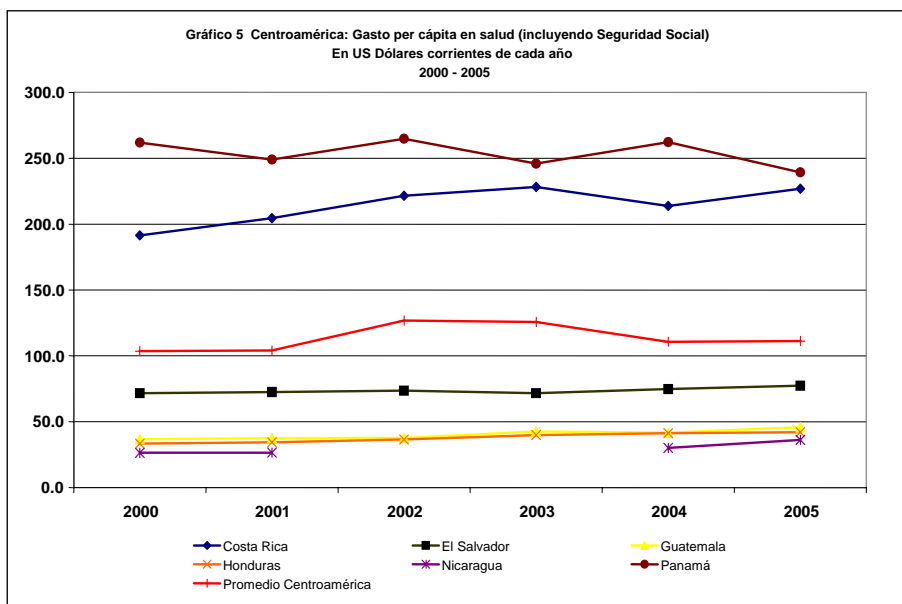


Fuente: Elaboración propia con base en OMS

Tomando las tendencias del gasto público (medido como proporción del PIB) – matizado con las limitaciones (conceptuales, fiscales y políticas) del análisis presupuestario basado en el enfoque de Derechos Humanos- puede concluirse que tanto en Panamá como en Guatemala parecería haberse dado un retroceso en la realización progresiva del Derecho a la Salud. El caso de Guatemala es más crítico, pues este país apenas invierte en Salud la mitad del promedio regional. Por otro lado, tanto en El Salvador como en Costa Rica se puede observar cierto estancamiento en la asignación de recursos para el cumplimiento de este derecho. En el caso de Honduras y Nicaragua, se puede concluir, a priori, que sí se observa una realización progresiva del Derecho a la Salud. El análisis de los indicadores de resultado, permitirá conocer con más detalle si esta presunción es correcta.

Si se analiza el gasto por habitante, el promedio de Centroamérica ronda los US \$ 113,7, siendo solamente Costa Rica y Panamá los países que superan ese promedio (duplicándolo) y que, en términos comparativos, tienen un gasto por habitante similar al observado en Argentina, Cuba y México.<sup>71</sup> Los casos más

extremos de bajo gasto son Nicaragua, Guatemala y Honduras, países en donde el gasto público por habitante no supera los US\$ 50,0 anuales, siendo un gasto similar al observado en Bolivia, Paraguay, Perú, y República Dominicana.<sup>72</sup>



Fuente: Elaboración propia con base en OMS

El efecto total del gasto público en salud depende no solo de los recursos dedicados a esta área, sino también de la manera en la que se distribuyen estos recursos entre los diferentes grupos de la población.<sup>73</sup> El enfoque de los derechos humanos implica asignarle especial atención al tema de la equidad y de atención a los sectores más vulnerables. En ese sentido, la incidencia del gasto en salud puede medirse por la proporción del gasto público en salud que se dirige a los quintiles más pobres de la población, es decir, a los grupos de menores ingresos (incidencia absoluta) y mayor vulnerabilidad. Otra manera de medir la incidencia es determinar en qué proporción mejoran los ingresos de los hogares como resultado del gasto público social (incidencia relativa).<sup>74</sup>

Desde el punto de vista de la incidencia absoluta, los datos obtenidos de las encuestas de hogares de Costa Rica, Guatemala, Honduras y Panamá surgieron que aunque el gasto público total en salud no muestra una naturaleza progresiva a favor de los sectores de menores ingresos, al menos la mitad de los países centroamericanos dirige la mayor parte del gasto público en atención primaria a los sectores más pobres de la población (Quintiles I y II, que corresponden a 40% de la población), excepto Panamá. Este gasto, en atención primaria, es una herramienta crucial para el desarrollo. Además, tiende a ser uno de los rubros más importantes del gasto público total en salud.<sup>75</sup>

Cuadro No. 8  
Gasto público en Salud, Total y en Atención Primaria, por Quintil  
Como porcentaje del gasto total

Quintil	Costa Rica	Guatemala	Honduras	Panamá
<b>Gasto Total en Salud</b>				
Q. I	28.4	18.0	19.3	16.8
Q. II	26.0	20.0	21.2	23.4
Q. III	20.1	22.0	22.7	20.4
Q. IV	15.2	24.0	20.7	20.5
Q. V	10.4	16.0	16.1	18.8
<b>Gasto Total en Atención Primaria</b>				
Q. I	29.8	24.0	26.7	14.7
Q. II	28.6	26.0	22.4	23.4
Q. III	20.8	23.0	21.4	20.6
Q. IV	14.7	20.0	17.6	21.5
Q. V	6.1	7.0	11.8	19.8

Fuente: Costa Rica, BID 2003; Guatemala, elaboración del ICEFI con base de INE 2002; Honduras, elaboración de la Secretaría de Estado del Despacho Presidencial con base en ENCOVI 2004; Panamá, BID con base en el año 2003.

En cuanto a la incidencia relativa del gasto, aunque el efecto de este sobre el ingreso de los hogares en general pueda ser limitado, su impacto resulta muy significativo en los hogares más pobres. Así, aun cuando exista una proporción importante del gasto público social que se destine a las clases medias o altas, debe tomarse en cuenta que, como resultado de los ingresos tan bajos de la población en situación de pobreza, en América Latina en general, el gasto social en su conjunto contribuye al ingreso de los hogares más pobres cinco veces más que respecto al ingreso de todos los hogares y 10 veces más respecto al ingreso promedio del quintil más rico.<sup>76</sup>

En conjunto, el gasto social es progresivo en todos los países de la región, y el potencial redistributivo del gasto social es mucho mayor que el de los impuestos. Sin embargo, aún preocupa la asignación deficiente del gasto social, lo cual reduce el efecto potencial que podría tener este gasto sobre la desigualdad y la pobreza.<sup>77</sup>

Las acciones emprendidas en los últimos años por los gobiernos han permitido una mejora en los niveles de salud. Sin embargo, algunos indicadores de insumos para facilitar el acceso a servicios de salud todavía muestran un importante rezago respecto a otros países de América Latina.

Los niveles de vacunación (indicador de salud preventiva) son bajos para Guatemala, Nicaragua y Costa Rica. Además del nivel bajo reportado en el indicador, se puede observar un retroceso en el mismo. Por otro lado, el promedio de habitantes por médico continua siendo excesivamente alto, con excepción de Panamá, con respecto al promedio en Chile (1 por 844 hab.) y Cuba (1 por cada 164 hab.). En cuanto al número de camas por habitantes, los casos más evidentes de insuficiencia se presentan en Guatemala, Honduras y Nicaragua, en donde hay menos de una cama por cada mil habitantes.<sup>78</sup>

Cuadro No. 9  
Centroamérica, Chile y Cuba:  
Indicadores seleccionados de acceso a servicios de salud, varios años

País	Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión (UNICEF-OMS) /+			Promedio de habitantes por médico			Camas de hospital por habitante		
	(Porcentaje)			(Número de habitantes)			(Por 1,000 habitantes)		
	1995	2000	2004	1995	2000	2005	1995	2000	2005
Costa Rica	91	82	88	1.221	1.178	1.149	1,7	1,5	1,3
El Salvador	93	97	93	2.487	2.434	2.664	0,9	0,8	0,7
Guatemala	83	76	75	...	6.584	4.069	...	0,2	...
Honduras	89	98	92	...	1.119	1.082	0,7	0,6	0,6
Nicaragua	85	86	84	1.303	2.455	...	1,1	1,0	...
Panamá	84	97	99	836	776	726	2,7	2,6	2,2
Chile	97	97	95	1.512	844	...	2,2	2,7	...
Cuba	99	94	99	193	153	164	7,4	6,5	6,1

[...] No hay datos disponibles

Fuente: Datos de CEPAL

<http://websie.eclacl.cl/sisgen/consultaintegrada.asp?idAplicacion=1>

### b. ¿Qué cobertura tienen los sistemas de salud y la seguridad social?

Mientras el gasto en salud es progresivo, la seguridad social y los sistemas públicos de pensiones son marcadamente regresivos, con excepción de Costa Rica y, en menor medida, Panamá. En contraste, Guatemala, Nicaragua, El Salvador y Honduras son los países que presentan los mayores porcentajes de población sin acceso a la seguridad social e, incluso, al sistema de salud público. Se trata de un contraste bastante claro entre países donde los indicadores disponibles sugieren un respeto del derecho a la protección social, en contraste con aquellos en que no se cumple esta situación para la mayoría de la población. Las explicaciones de esta situación son varias, que de acuerdo con el informe "Salud en las Américas, 2007" de la Organización Panamericana de la Salud, van desde relacionadas con falta de medios de transporte hacia los centros de salud hasta una insuficiente infraestructura de salud que se traduce en una escasa provisión de servicios.<sup>79</sup>

Cuadro No. 10  
Centroamérica:  
Sistemas de salud, cobertura poblacional según subsistema, varios años

<b>País</b>	<b>Año</b>	<b>Subsistema</b>	<b>Cobertura poblacional según subsistema</b>
Costa Rica	2003	Público	100%: Salud pública colectiva
		Seguridad Social	86,8% a través de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)
		Otros	El Seguro de Riesgos del Trabajo cubre al 71% de la PEA
		Privado	30% de los habitantes (afiliados o no a la CCSS)
El Salvador	2006	Público	40% tiene acceso a la oferta del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (cobertura teórica). La meta del Ministerio es brindar cobertura al 81% de la población
		Seguridad Social	15,8% a través del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)
		Otros	4,6% por medio de Sanidad Militar (3%) y Bienestar Magisterial (1,6%)
		Privado	Entre 1,5 y 5% por seguros médicos privados y pago directo de servicios de salud
		Sin Cobertura	41,7% sin acceso a servicios de salud y 78% sin Roberto del seguro social o médico privado
Guatemala	2005	Público	27% tiene acceso a la oferta del Ministerio de Salud (cobertura teórica). El Ministerio tiene como meta cubrir al 60% de la población
		Seguridad Social	18,3% a través del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
		Privado	30% principalmente por organizaciones no gubernamentales y otras entidades que ofrecen un paquete básico de atención. 10% por pago directo de servicios. 0,2% a través de cobertura de seguros privados
		Sin Cobertura	De 12,8 a 27,4% sin acceso a servicios de salud. 82,2% sin cobertura del seguro social o seguro médico privado
Honduras	2004 - 2006	Público	60% tiene acceso a la oferta del Ministerio de Salud (cobertura teórica).
		Seguridad Social	18% tiene acceso al Instituto Hondureño de Seguridad Social
		Privado	5% a través de seguros privados de salud
		Sin Cobertura	30,1% sin acceso a servicios de salud. 77% sin cobertura de seguro social o seguro médico privado
Nicaragua	2004	Público	60% tiene acceso a la oferta del Ministerio de Salud (cobertura teórica estimada).
		Seguridad Social	7,7% tiene acceso al Instituto Nicaragüense del Seguro Social (INSS)
		Privado	4% a través del pago directo de servicios
		Otros	0,4% Fuerzas Armadas y Gobernación
		Sin Cobertura	27,9% sin acceso a servicios de salud

País	Año	Subsistema	Cobertura poblacional según subsistema
Panamá	2004	Público	35,4% a la oferta del Ministerio de Salud (cobertura teórica. Corresponde a la población no asegurada por la Caja de Seguro Social -CSS- que debe ser legalmente cubierta por el Ministerio)
		Seguridad Social	64,6% a través de la Caja del Seguro Social
		Sin Cobertura	20% sin acceso a los servicios de salud

Fuente: Elaboración propia con base en OPS –Organización Panamericana de la Salud-. 2007. Salud en las Américas, 2007. Volumen I – Regional. Publicación Científica y Técnica No. 622. Washington, D. C. pp.324-327

Si los porcentajes de cobertura, observados en el cuadro anterior se mantuvieran igual en 2007, entonces aproximadamente 10 millones de ciudadanos centroamericanos (24,5% de la población total) vivirían en la actualidad sin la posibilidad de realizar su derecho a la Salud, mientras que 30,7 millones (72,8% de la población total) carecerían de afiliación al Seguro Social.

Cuadro No. 11  
Centroamérica:

Población sin cobertura del Seguro Social y sin acceso al sistema de salud, 2007

País	Población en 2007	Población sin cobertura del Seguro Social	Población sin ningún acceso al sistema de salud	Población sin cobertura del Seguro Social	Población sin ningún acceso al sistema de salud
		Como porcentaje del total		En términos de ciudadanos	
Costa Rica	4.618.012	13,2	0,0	609.578	0,0
El Salvador	7.104.999	84,2	41,7	5.982.409	2.962.784
Guatemala	13.611.646	81,7	20,1	11.120.715	2.735.941
Honduras	7.690.040	82,0	30,1	6.305.833	2.314.702
Nicaragua	6.091.158	92,3	27,9	5.622.139	1.699.433
Panamá	3.148.543	35,4	20,0	1.114.584	629.709
Centroamérica	42.264.398	72,8	24,5	30.755.258	10.342.569

Fuente: Para los datos de población se han tomados las proyecciones de población estandarizadas y publicadas en CELADE –Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. 2000. Boletín Demográfico No. 66. Julio. Los datos de población sin cobertura social y sin acceso al sistema de salud se han tomado de OPS –Organización Panamericana de la Salud-. 2007. Salud en las Américas, 2007. Volumen I – Regional. Publicación Científica y Técnica No. 622. Washington, D. C. pp.324-327.

Esta exclusión aparece estrechamente vinculada con la pobreza, la marginalidad, la discriminación (cultural, racial, social y de género), y la estigmatización que sufren los enfermos mentales y las personas con necesidades especiales. Por otro lado, el idioma, el empleo en el sector informal, el desempleo y subempleo, el aislamiento geográfico, el bajo nivel de

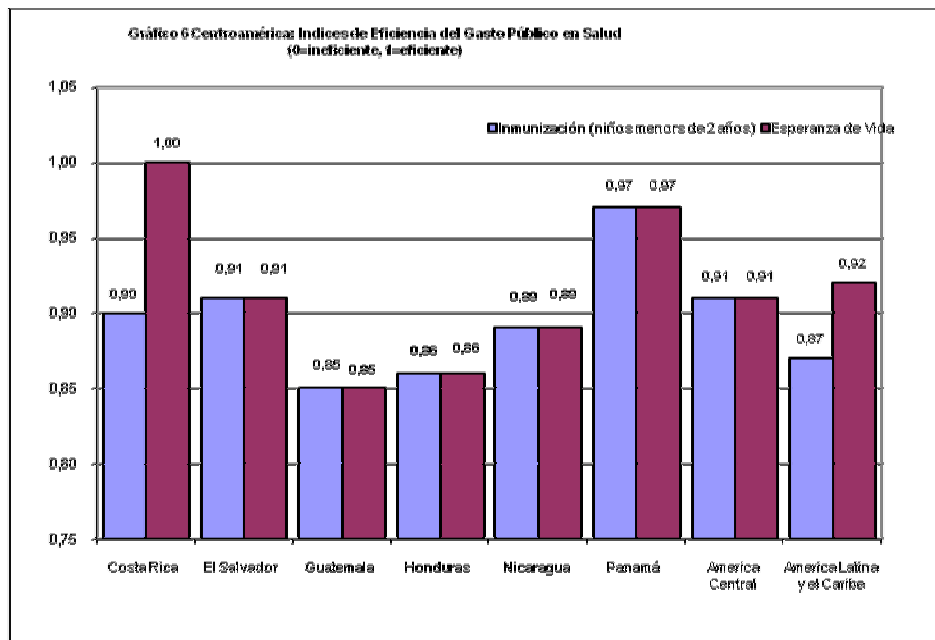
escolaridad y la reducida información sobre los sistemas de salud por parte de los potenciales usuarios, son factores importantes para la exclusión en salud.<sup>80</sup> Esta realidad pone en evidencia que las políticas públicas actuales carecen del sustento basando en el enfoque de Derechos Humanos, relacionando este con la no discriminación y equidad en el acceso a la Salud.

### **c. ¿Es eficiente el gasto público en salud?**

De acuerdo con Herrera y Pang (2005), la eficiencia del gasto público en salud tiende a ser superior en Costa Rica y Panamá que los demás países centroamericanos cuando se relaciona el gasto con el aumento de la esperanza de vida. En lo que se refiere a la eficiencia del gasto en inmunización, Panamá y El Salvador son los países más efectivos.

Los datos revelan que los países centroamericanos parecerían contar en conjunto con un grado relativamente alto de eficiencia. En una escala que va de 0 a 1, donde 1 es lo más eficiente, Centroamérica tiene un valor de 0,91 para inmunización y para esperanza de vida. Sin embargo, la brecha entre los índices de eficiencia es grande, con Costa Rica, El Salvador y Panamá en un extremo y Guatemala, Honduras y Nicaragua en el otro. Se puede observar que en las dos materias Costa Rica tiene un índice de eficiencia más alto que el promedio de América Latina y el Caribe.

Lo que también es una observación positiva es que en la mayoría de los países, los índices para los dos destinos son iguales lo que muestra un esfuerzo equilibrado en esas materias. Lo anterior sugiere que más que un problema de eficiencia, lo que los países centroamericanos requieren para aumentar la cobertura de los servicios de salud es una mayor asignación de recursos para este sector. Conviene anotar que este estudio es comparativo con el resto del mundo, por lo que es necesario un análisis más profundo que permita revelar aspectos particulares de la región. También debe destacarse que los indicadores mencionados no se refieren a la calidad de los servicios de salud.



Fuente: Elaboración propia con base en Santiago, Herrera y Gaobo Pang. 2005. Efficiency of Public Spending in Developing Countries: An Efficiency Frontier Approach.

#### d. ¿Cómo se comportan los salarios públicos en este sector?

En el sector formal de trabajo, el sector público representa un alto porcentaje en los países centroamericanos. Los salarios de los empleados públicos constituyen una de las fuentes de rigidez en los países, con alguna diferencia entre países. Estas rigideces hacen difícil al Estado responder a shocks externos.<sup>81</sup> A nivel general, se puede considerar que en Centroamérica los gremios de salud actúan bajo lo que Iglesias (2004) define como una “privatización perversa” de estas elites, con grados de intensidad que varían entre países. Se trata de un problema que limita la validez de las conclusiones que se basan exclusivamente en la consideración del monto de recursos destinados a atender derechos sociales, especialmente, como se indicó, cuando se pretende mejorar la calidad de los servicios de salud.

Con excepción de Honduras –donde es significativamente superior-, las remuneraciones de empleados públicos en general en los países de la región ha significado cerca del 5% del PIB en 2000, similar al promedio de América Latina. No obstante, en Costa Rica y Honduras se muestran tendencias ascendentes. La proporción relativamente alta de Panamá condujo en 2005, como en Honduras en 2003, a la introducción de un control de sueldos y salarios en el sector público como parte de la ley de equidad fiscal. Una tendencia decreciente de las remuneraciones como porcentaje del PIB solo se mostró en El Salvador. Guatemala mostró un nivel debajo del promedio una tendencia relativamente constante. Sin embargo, también en esos países se cuenta con una presión creciente de aumentar ese porcentaje.<sup>82</sup>



La estructura salarial de Nicaragua es atípica en comparación con otros países de la región. Comparando las remuneraciones para los diferentes cargos, se observan diferencias muy marcadas en Nicaragua dentro de las remuneraciones altas, medias y bajas, diferencias que no existen en los casos de Costa Rica y El Salvador, y muy probablemente tampoco en Guatemala y Honduras. En esos últimos dos países no fue posible obtener información detallada de las remuneraciones por cargos.<sup>83</sup>

Cuadro No. 12

Costa Rica, El Salvador, Nicaragua y Panamá: Remuneración mensual de algunos puestos en los respectivos ministerios de salud, en US Dólares, varios años

<b>Costa Rica</b>					
<b>Año</b>	<b>Ministro</b>	<b>Viceministro</b>	<b>Enfermera</b>	<b>Médico</b>	<b>Odontólogo</b>
2003	1.573,1	1.509,6	entre 413,1 y 483,8	591,0	entre 581,7 y 564,7
2005	1.481,6	1.422,2	entre 399,9 y 431,8	577,1	entre 551,5 y 568,0
2006	1.505,8	1.445,2	438,8	586,5	entre 560,5 y 577,3
Fuente: Ministerio de Hacienda de Costa Rica					
<b>El Salvador</b>					
<b>Año</b>	<b>Ministro</b>	<b>Viceministro</b>	<b>Enfermera</b>	<b>Médico especialista (4 horas diarias)</b>	<b>Odontólogo (6 horas diarias)</b>
2002	3.345,7	2.652,6	585,2	605,7	726,9
2004	3.345,7	2.652,6		605,7	726,9
2007	3.345,7	2.652,6		605,7	726,9
Fuente: Ministerio de Hacienda de El Salvador					
<b>Nicaragua</b>					
<b>Año</b>	<b>Ministro</b>	<b>Viceministro</b>	<b>Enfermera general</b>	<b>Médico especialista</b>	<b>Odontólogo general</b>
2004	6.192,6		71,7	136,1	104,6
Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público de Nicaragua					
<b>Panamá</b>					
<b>Año</b>	<b>Ministro</b>	<b>Viceministro</b>	<b>Enfermera general</b>	<b>Médico especialista</b>	<b>Odontólogo general</b>
2007	7.500,0	6.000,0		Entre 1.200 y 1.672	Entre 900 y 4.200

Fuente: Contraloría General de la República de Panamá

### 3. Indicadores de resultado: derechos mínimos a la salud

Con el fin de poder evaluar el gasto en salud realizado en Centroamérica en los últimos años, se han utilizado cuatro indicadores que han sido medibles en todo el istmo y que también guardan una estrecha relación con las metas planteadas por los Objetivos del Milenio. Estos pueden asociarse con el cumplimiento mínimo de derechos.

Los ODM constituyen un conjunto de ocho objetivos y dieciocho metas que resumen los objetivos de desarrollo acordado entre los países desarrollados y países en vía de desarrollo. Los objetivos deben cumplirse en ciertos plazos (1990-2015) teniendo en cuenta que están interrelacionados. Su logro es una

condición necesaria, pero no suficiente, para alcanzar el objetivo general de erradicar la pobreza extrema y reducir las desigualdades sociales y económicas. Los objetivos intentan ofrecer un enfoque holístico sobre la naturaleza multifacética de pobreza y sobre el desarrollo.

La lista de obligaciones que deben cumplir todos los países para lograr los ODM asigna a los países varias responsabilidades. Las responsabilidades en términos de salud son las siguientes:

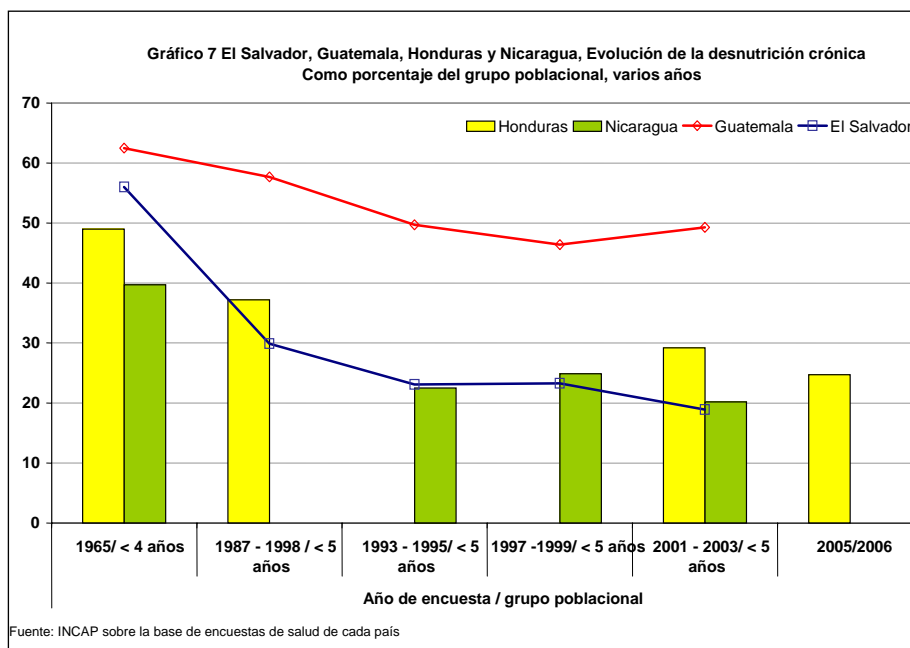
<p style="text-align: center;"><b>Objetivo 1</b></p> <p><u>Meta 2</u>: Reducir a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambre hasta 2015</p>
<p style="text-align: center;"><b>Objetivo 4</b></p> <p><u>Meta 5</u>: Reducir la Mortalidad de los Niños y Niñas menores de 5 años en dos terceras partes para 2015</p>
<p style="text-align: center;"><b>Objetivo 5</b></p> <p><u>Meta 6</u>: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes</p>
<p style="text-align: center;"><b>Objetivo 6</b></p> <p><u>Meta 7</u>: Haber detenido y comenzado a reducir, para el 2015, la propagación del VIH/SIDA</p> <p><u>Meta 8</u>: Haber detenido y comenzado a reducir, para el 2015, la incidencia de la malaria, la tuberculosis y otras enfermedades graves</p>

### a. Desnutrición

En América Central la inseguridad alimentaria y nutricional puede concebirse como el resultado de un modelo de desarrollo concentrador y excluyente, asociado con inequidades socioeconómicas, étnicas y de género, y que resulta en una insuficiente e inestable disponibilidad de alimentos, una baja capacidad adquisitiva de las mayorías, un comportamiento alimentario inadecuado y condiciones sanitarias y ambientales precarias.<sup>84</sup> Todo ello da lugar a una dieta inadecuada y a una alta vulnerabilidad a infecciones y enfermedades crónicas. Una de sus manifestaciones concretas y medibles es la desnutrición crónica.

En ICEFI (2007) se demuestra, por medio de un modelo econométrico, que los determinantes de la desnutrición crónica<sup>85</sup> dependen de tres grandes factores: a) la baja capacidad de generar ingreso, lo cual puede asociarse con la pobreza en el área rural en particular; b) la salud materna, la salud infantil y el acceso oportuno a servicios de salud; y c) el acceso a servicios básicos, saneamiento urbano y agua segura.<sup>86</sup> El gasto público orientado a atender estos tres ámbitos de atención representó en torno al 1% del PIB en el 2005 y 2006, lo cual se considera insuficiente para atender lo que es un problema fundamental que requiere una atención prioritaria e inmediata. En Guatemala, la desnutrición crónica alcanza al 49,3% de los niños menores de cinco años, lo cual sugiere que en este país no se cumple con el derecho mínimo a la salud y alimentación.

Al analizar este indicador por grupo étnico, el 69,5% de los niños indígenas padecen desnutrición crónica. En términos de área, son los niños rurales los más afectados, pues el 55,5% de ellos la padecen.<sup>87</sup> En los demás países prevalecen porcentajes de desnutrición superior al 20%, lo cual significa que uno de cada 5 niños sufre de desnutrición crónica, y que también sugiere que no se está cumpliendo con este derecho mínimo en estos países.



En cuanto a la desnutrición global de acuerdo a la información oficial y a los reportes de las encuestas nacionales de demografía y salud (EDS)<sup>88</sup> la prevalencia de las patologías asociadas a la desnutrición en menores de 5 años presenta diferencias significativas entre los países. Así, mientras la desnutrición es mayor en Guatemala, Honduras, El Salvador y Nicaragua, la prevalencia de EDA<sup>89</sup> e IRA<sup>90</sup> es más alta en Guatemala, Honduras y Panamá. Respecto a la anemia ferropriva las mayores prevalencias están en Nicaragua y Panamá. Por último, como se esperaba, las deficiencias de proteínas y calorías expresadas en el marasmo y kuashiorkor, están más presentes en los países con mayor desnutrición global<sup>91</sup> aun cuando presentan menor cantidad de casos.<sup>92</sup>

Cuadro No. 13

Centroamérica: Prevalencia en niños menores de 5 años de desnutrición global y de enfermedades asociadas, 2004

Patología	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Como porcentaje de la población menor de 5 años						
Desnutrición global	4,0	10,3	22,7	16,6	9,6	6,8
Anemia	0,6	22,5	22,8	23,1	37,2	36,0
EDA	11,5	15,3	24,3	22,7	13,0	21,3
IRA	9,5	44,4	54,2	48,4	77,3	46,9

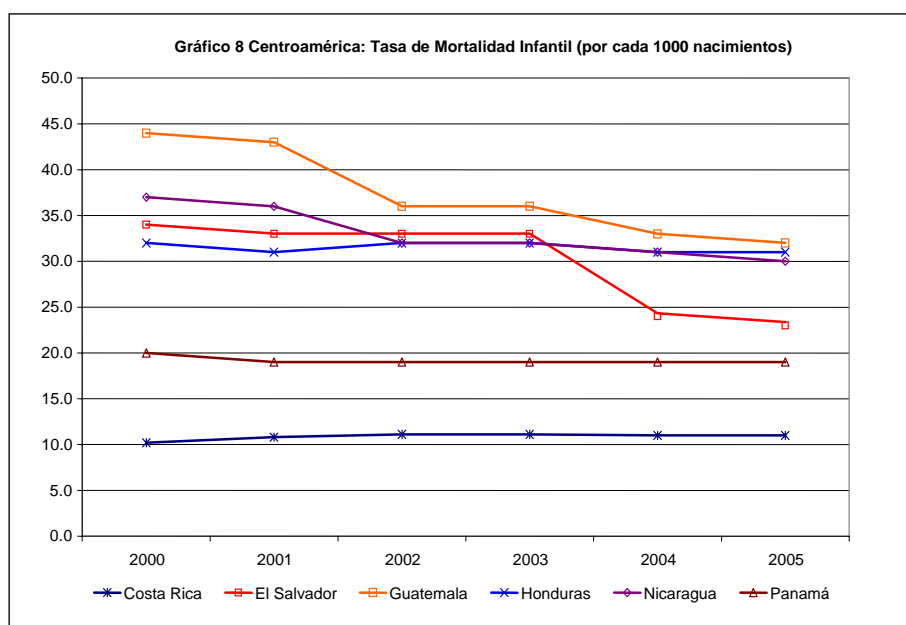
Número de casos reportados en la población menor de 5 años						
Kuashiorkor (N)	9	14	299	127	20	0
Marasmo (N)	0	11	792	224	5	3

Fuente: CEPAL -Comisión Económica para América Latina y el Caribe-. 2007. Impacto Social de la desnutrición infantil en Centroamérica y República Dominicana. Documento de proyecto. Santiago de Chile. Julio.

## b. Tasa de mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil -TMI- en los países de Centroamérica ha mostrado una baja substancial en los últimos años, principalmente en los países más rezagados en términos de este indicador. Este logro ha sido en buena medida gracias al aumento en la atención primaria, es decir, mediante el aumento de la cobertura de inmunizaciones, la planificación familiar y la rehidratación oral. Sin embargo, el problema de la desnutrición continúa limitando la capacidad para que países como Guatemala, Honduras, Nicaragua y El Salvador puedan reducir aún más la mortalidad infantil. Ello reitera la importancia del derecho a la alimentación para los niños, así como el hecho que no se está cumpliendo con este compromiso mínimo.

Los resultados observados en Costa Rica y Panamá son muy positivos. Sin embargo, al compararlos con otros países de América Latina que invierten similares recursos, en términos per cápita, los logros de estos países resultan estar, en la mayoría de casos, por encima de lo conseguido por Panamá. Por ejemplo, en Argentina y Cuba, la TMI en el 2005 fue de 14,5 y 5,0 respectivamente. Esto podría estar reflejando un problema de ineficiencia e ineficacia en este país.



Fuente: Elaboración propia con base en OMS

Al examinar las causas de muerte de niños menores, se observa que en la mayoría de países aún hay muchos decesos por causas prevenibles. Exceptuando Costa Rica, el resto de países todavía tienen la tarea de enfrentar enfermedades diarreicas y respiratorias, relacionadas también con problemas de desnutrición. Estas dos causas explican más del 20% de las muertes de infantes en el istmo. Afortunadamente, las estadísticas demuestran que tanto la malaria como el sarampión ya no son una causa de muerte significativa.

**Cuadro No. 14**  
**Centroamérica: Causas de muerte de niños menores de 5 años**  
**Como porcentaje del total de muertes, 2000**

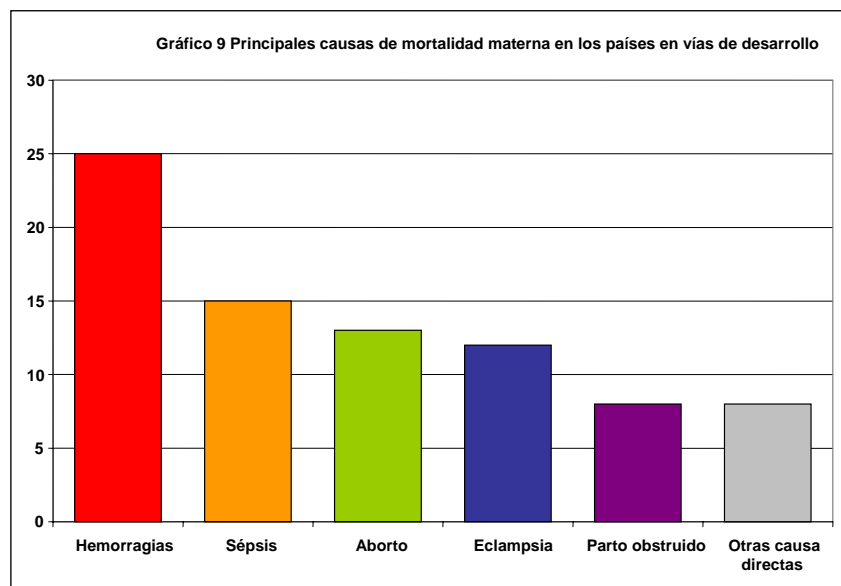
<b>Causa de la muerte</b>	<b>Costa Rica</b>	<b>El Salvador</b>	<b>Guatemala</b>	<b>Honduras</b>	<b>Nicaragua</b>	<b>Panamá</b>
Causas no prevenibles	58,7	39,9	37,3	43,1	42,4	42,4
VIH/SIDA	0,2	1,7	2,7	6,3	0,5	2,4
Enfermedades diarreicas	3,0	12,4	13,1	12,2	12,2	10,7
Sarampión	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Malaria	0,0	0,5	0,4	0,4	0,4	0,2
Neumonía	4,0	13,4	15,0	13,8	13,7	10,8
Lesiones	3,9	3,7	1,5	4,2	3,0	3,8
Otras causas	30,1	28,4	29,8	20,1	27,7	29,6

Fuente: Estadísticas de la Organización Mundial de la Salud.  
[http://www.who.int/whosis/database/core/core\\_select\\_process.cfm#](http://www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm#)

### **c. Tasa de mortalidad materna**

Los Objetivos del Milenio han colocado la salud maternoinfantil en el centro de la lucha contra la pobreza y la desigualdad.<sup>93</sup> Según la OPS, "la mortalidad materna representa un grave problema de salud pública, sus causas son evitables y es la máxima expresión de injusticia social, ya que es en los países de menor desarrollo económico donde existen las cifras más altas de muertes maternas y son las mujeres pobres las que tienen mayor riesgo de morir por embarazo, parto o puerperio".<sup>94</sup>

Las principales causas de mortalidad materna están relacionadas con situaciones que podrían ser fácilmente solventadas si existiera mayor acceso a los servicios de salud. Los servicios de salud materna y neonatal son subutilizados debido a barreras culturales o físicas; a las percepciones por parte de la comunidad sobre la calidad y la capacidad resolutoria de los servicios; a la falta de conocimiento y comprensión de los problemas que se producen durante el embarazo y que requieren atención sanitaria inmediata y a la influencia de complejos modelos de toma de decisión de las comunidades para tomar las medidas necesarias y oportunas.<sup>95</sup>



Fuente: Estadísticas de OMS

En Centroamérica, orientándose en los pocos datos disponibles, es notoria la disminución de las tasas de mortalidad materna. Las tasas más altas se mantienen en los países con mayores índices de pobreza, reflejando la carencia en el acceso al sistema de salud, los altos niveles de desnutrición en la población y la marginación étnica. En Nicaragua se reconoce la existencia de un subregistro de muertes maternas,<sup>96</sup> mientras en Panamá, los datos provistos por el Ministerio de Salud, parecen tener el mismo problema.

Cuadro No. 15  
Centroamérica: Mortalidad Materna, varios años  
Tasa por cada 100,000 nacidos vivos

País	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Costa Rica a/	35,8	31,4	38,0	32,9	30,5	...
El Salvador a/	173,0	173,0	173,0	...	172,0	...
Guatemala a/	153,0	...	...	...	...	...
Honduras	110,0 <sup>a/</sup>	...	...	...	...	...
Nicaragua	230,0 <sup>a/</sup>	87,0	95,6	82,8	...	...
Panamá	160,0 <sup>a/</sup>	...	71,3 <sup>b/</sup>	68,0 <sup>b/</sup>	60,0 <sup>b/</sup>	40,0 <sup>b/</sup>

[...] no hay datos disponibles

Fuente: a/ CEPAL. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2006 b/ Estadísticas del Ministerio de Salud de Panamá. Para el resto de datos, la información proviene de la Organización Panamericana de la Salud -OPS-.

#### d. Saneamiento

Las condiciones ambientales, son un factor importante para el mejoramiento de la salud. En este sentido, las condiciones ambientales son todavía precarias para la mayor parte de la población en Centroamérica, especialmente en el área

rural. Si bien es cierto que ha habido un aumento en el acceso sostenible a fuentes de abastecimiento de agua potable este todavía es significativamente bajo en las áreas rurales de El Salvador y Nicaragua, ya que más del 30% de la población rural no tiene acceso a ellas. También se puede observar cierto estancamiento en este indicador en Panamá, Honduras y Costa Rica, aunque en este último país, el 97% de los habitantes ya cuenta con agua potable.

El acceso a servicios de saneamiento mejorados son significativamente bajos para todos, excepto Costa Rica y Guatemala, país que muestra considerables aumentos. En ese sentido, Nicaragua y El Salvador tienen un enorme desafío por delante, pues aún deben garantizar el acceso a estos servicios a más del 53% y 47% de la población, respectivamente.

Cuadro No. 16  
Centroamérica y otros países: Indicadores de acceso a agua potable y servicios de saneamiento, varios años

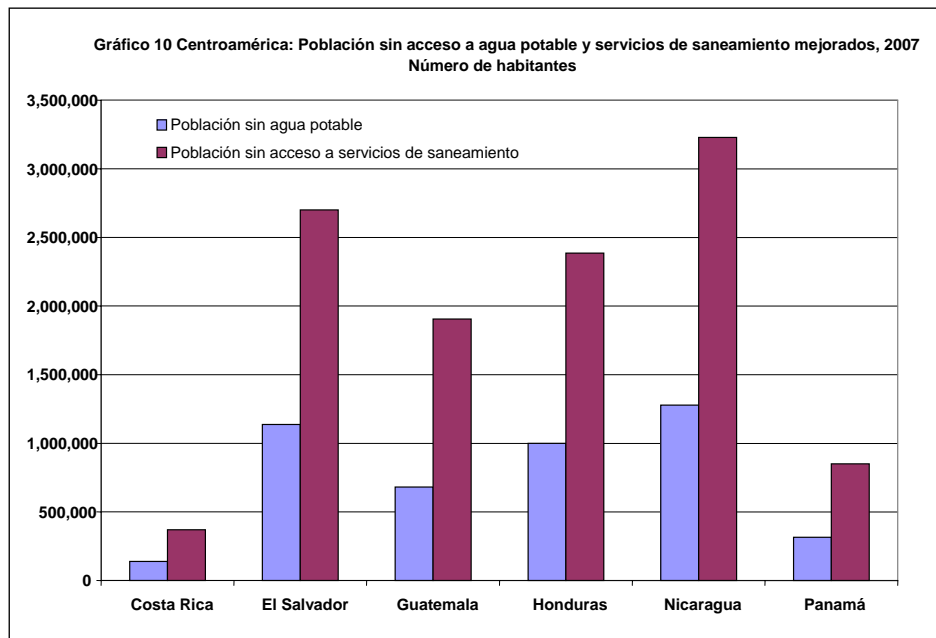
País	Población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua potable, (UNICEF-OMS) /+						Población con acceso a servicios de saneamiento mejorados (UNICEF-OMS) /+					
	% de la población total			% de la población rural			%de la población total			% de la población rural		
	1995	2000	2004	1995	2000	2004	1995	2000	2004	1995	2000	2004
Costa Rica	96	97	97	92	92	92	92	92	92	97	97	97
El Salvador	73	80	84	55	63	70	56	61	62	36	39	39
Guatemala	85	91	95	79	86	92	68	78	86	59	72	82
Honduras	85	87	87	80	81	81	57	65	69	40	49	54
Nicaragua	74	76	79	53	59	63	45	46	47	28	32	34
Panamá	90	90	90	79	79	79	72	72	73	51	51	51
Chile	92	94	95	53	58	58	87	90	91	57	62	62
Cuba	91	91	91	78	78	78	98	98	98	95	95	95
América Latina y el Caribe	...	...	91	...	...	73	...	...	77	...	...	49

[...] No hay datos disponibles

Fuente: Datos de CEPAL (<http://websie.eclacl.cl/sisgen/consultaintegrada.asp?idAplicacion=1>)

Si los porcentajes de cobertura, observados en el cuadro anterior se mantuvieron igual en 2007, entonces aproximadamente 4,5 millones de ciudadanos centroamericanos (10,8% de la población total) vivirían en la actualidad sin ningún acceso a agua potable, mientras que 11,4 millones (27,1%

de la población total) carecerían de acceso a servicios de saneamiento mejorados.



Fuente: Para los datos de población se han tomado las proyecciones de población estandarizadas y publicadas en CELADE –Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. 2000. Boletín Demográfico No. 66. Julio. Los datos de población sin agua potable y sin acceso a servicios de saneamiento se han tomado de CEPAL (<http://websie.eclacl.cl/sisgen/consultaintegrada.asp?idAplicacion=1>).

#### 4. El cambio demográfico, un factor a tomar en cuenta

El grupo de los mayores de 60 años es el grupo de la población que más crece en todo el mundo. Entre 1970 y 2025 se cuenta con un crecimiento de ese grupo de 223%. La mayoría (70%) de ellos vivirá además en los países pobres.<sup>97</sup> Sin duda, en los próximos años, también la población en los países centroamericanos va a crecer, sobre todo en Guatemala.

Los cambios que se advierten en la composición por edad de las poblaciones representan los desafíos más importantes desde el punto de vista social y económico. La relación de dependencia demográfica y el envejecimiento resumen estas mutaciones.<sup>98</sup> La disminución de la primera ha dado pie a la idea del bono demográfico, una situación poderosamente favorable al desarrollo en que la carga potencial de las personas en edad activa es baja.

En los inicios de la transición demográfica la relación de dependencia es elevada debido al alto porcentaje de niños, lo que plantea enormes exigencias a los sistemas de salud y educación. En una segunda etapa, gracias a la baja de la fecundidad, se produce una disminución de la relación de dependencia a valores inferiores a 60 personas en edades extremas (menores de 15 años y mayores

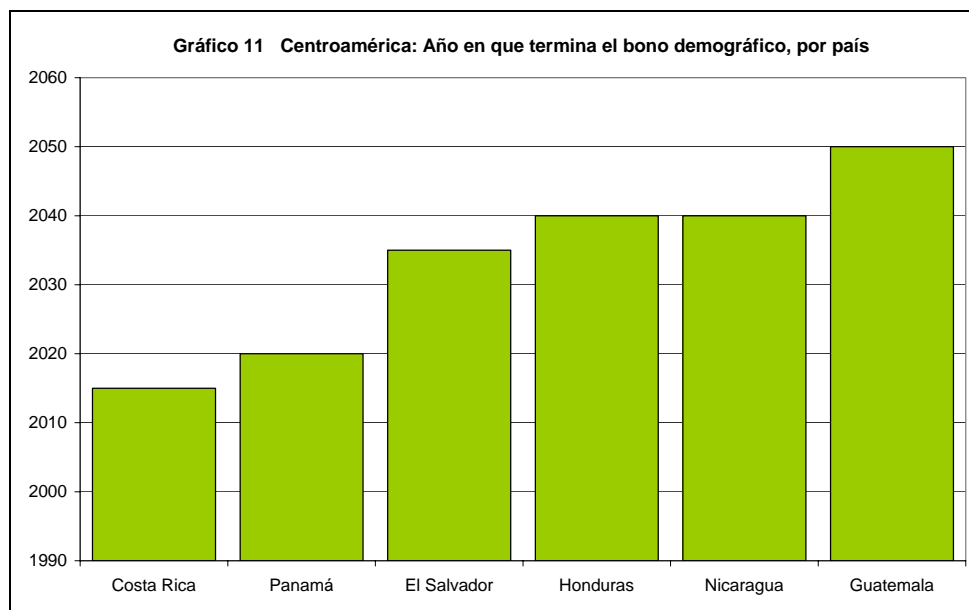


de 60 años) por cada cien personas en edad de trabajar, lo que es más notorio en países cuya transición se encuentra más avanzada.

De esta forma, la menor presión de las demandas de la población infantil que en una primera etapa se produce sin que aumente notablemente el grupo de personas mayores sustenta, hasta ahora, el bono demográfico, lo que permite generar inversiones productivas o aumentar la inversión social en el mejoramiento de la educación, en la reforma de la salud y en la lucha contra la pobreza; ayuda, además, a anticipar inversiones frente al aumento de la población adulta mayor, cuyas demandas serán más costosas.<sup>99</sup>

El bono demográfico no es eterno, y una parte de sus dividendos no está garantizada, pues depende de la capacidad de las economías de Centroamérica para generar empleo en el transcurso de las próximas décadas. En ese sentido, las sociedades centroamericanas se encuentran en diferentes estados de transición demográfica que se revelan en el año en que termina el bono demográfico de cada país.

Los primeros en agotar este bono serán Costa Rica y Panamá, en menos de 15 años. El resto de países aún gozarán del bono demográfico en los próximos 30 a 40 años. Sin embargo, en una época marcada por la globalización, la generación de empleos para una población activa creciente y la disminución de la inseguridad, la precariedad y la informalidad típicas de los mercados laborales de la región, son algunos de los requisitos que se deben cumplir para aprovechar el escenario del bono demográfico.<sup>100</sup>



Fuente: Elaboración propia con base en CEPAL (2005).

Un reto importante en el futuro será hacer que la protección social se adapte a la estructura cambiante de la población y a los cambios del mercado laboral. El principal problema de los sistemas de protección social es la baja cobertura en términos de personas, de riesgos cubiertos y la calidad misma de la protección. El envejecimiento de la población agrava este problema. La tasa de la población mayor de 60 años va a subir en los próximos años en la mayoría de los países de América Central, mientras la tasa de la población entre cero y 14 años va a bajar substancialmente. En total, la población crecerá en un ritmo menos acelerado. Lo que es especialmente observable para Costa Rica y Honduras que bajarán su tasa de crecimiento poblacional de 2,4 entre 1995 y 2000 a 1,2 por ciento entre 2015 y 2020, en el caso de Costa Rica, y de 2.8 a 1.7 por ciento en el caso de Honduras.

Cabe mencionar que, según la CEPAL<sup>101</sup>, Costa Rica y El Salvador pertenecen hasta 2050 a los países que cuentan con un “crecimiento moderado”, es decir que en la actualidad presentan un porcentaje reducido de personas mayores de 60 años (entre 6% y 8%), y ese grupo de personas superará el 20% de la población en el 2050, mientras Guatemala, Honduras y Nicaragua pertenecen al grupo de países que cuentan con un “envejecimiento incipiente”, lo que significa que ahora el mismo grupo etáreo representa entre 5% y 7% y va a alcanzar entre 15% y 18% en el 2050.<sup>102</sup> Para este último grupo cabe la posibilidad de que en los próximos años se acelere el proceso de envejecimiento si ocurren cambios en la tendencia de la baja de la fecundidad. Eso es muy probable debido a una tasa creciente de mujeres en la fuerza laboral de los países.

De hecho, la región ya se encuentra transitando a una etapa de disminución de la natalidad seguida por un descenso de la tasa de mortalidad. En algunos países, como El Salvador, la mortalidad ha sido constante mientras la natalidad ha bajado, lo que resulta en el mismo efecto de envejecimiento de la población. Costa Rica y Panamá serán los únicos países con tasas crecientes de mortalidad en el futuro próximo. Panamá ya se encuentra en la transición de la tercera fase a la cuarta fase demográfica en donde las tasas de natalidad y mortalidad llegan a valores muy parecidos, por lo cual se produce un crecimiento insignificante o un estancamiento. El resto de los países de la región todavía se encuentra en la tercera fase en la cual la tasa de natalidad empieza a bajar, pero ya que la tasa de mortalidad continua reduciéndose, el crecimiento demográfico sigue siendo positivo.

Las tasas de mortalidad y natalidad en América Latina y el Caribe han evolucionado de forma diferente que en los países desarrollados. En lugar de basarse en un desarrollo sostenido y equitativo, ese cambio demográfico se debe a avances tecnológicos en el campo de la salud en general. Además la transición demográfica se ha desarrollado mucho más rápido que en los países desarrollados, con cierta dependencia de las crisis económicas, sociales y políticas del continente.<sup>103</sup>

Esa combinación de una tasa decreciente de mortalidad y natalidad indica que la población envejecerá en el futuro y la edad media se elevará. Esa evolución está pronosticada para todos los países en la región. En Costa Rica la edad mediana de la población incrementará hasta 2050 en 7,7 años, en Panamá 7 años, en El Salvador 8,2, en Guatemala 9,3 años, en Nicaragua 9,5 años y en Honduras 8,9 años. La edad mediana de la población rural, en particular, se incrementará en el futuro.

Se proyecta una feminización creciente de la población económicamente activa, lo que será especialmente visible en Honduras y Costa Rica, en donde la diferencia entre el porcentaje de mujeres económicamente activas y hombres económicamente activos disminuirá por 14,6 puntos porcentuales y 10,4 puntos porcentuales respectivamente. Por otro lado, también ocurrirá una feminización del proceso de envejecimiento, sobre todo en Costa Rica, Panamá y Guatemala. Alrededor del año 2025 ese fenómeno se estaría dando también muy marcadamente en El Salvador.

El problema principal en el futuro será que una masa creciente de personas en edad de jubilación dependerá crecientemente de la población joven trabajando. El número de hogares beneficiarios aumentará y, en el peor escenario, los beneficiarios sobrepasarán el número de cotizantes. Panamá y Costa Rica mostrarán un índice especialmente alto de dependencia.

Cuadro No. 17  
Centroamérica: Índice de dependencia<sup>a/</sup>, como porcentaje, varios años

<b>País</b>	<b>1975</b>	<b>2000</b>	<b>2025</b>	<b>2050</b>
Costa Rica	9,9	12,4	23,9	38,8
El Salvador	9,5	12,6	16,5	33,8
Guatemala	8,9	10,4	11,2	22,6
Honduras	8,7	9,7	13,7	28,5
Nicaragua	8,2	8,9	12,4	25,6
Panamá	12,8	13,4	24,6	41,8

<sup>a/</sup> El índice de dependencia relaciona la población de más de 60 años con respecto a la población comprendida entre los 15 y 59 años de edad.

Fuente: CEPAL –Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2004. Población, envejecimiento y desarrollo. Documento preparado para Trigésimo Período de Sesiones de la CEPAL, San Juan, Puerto Rico.

Los países de la región tendrán en el futuro una carga doble, pues deberán enfrentarse a dos tipos de enfermedades. En el proceso de la modernización e industrialización, sobre todo los países más pobres se verán confrontados con las nuevas enfermedades no contagiosas, aun cuando todavía no hayan superado las enfermedades contagiosas. Esa transición de enfermedades contagiosas a enfermedades no contagiosas será especialmente rápida en esos países. En cambio en los países más desarrollados, las enfermedades

contagiosas ya estarán vencidas en cierta medida y se dispondrá de una tecnología avanzada para enfrentar las enfermedades no contagiosas.<sup>104</sup>

El envejecimiento de la población podría resultar en una explosión de gastos en la seguridad social y la protección de salud de los países que no están preparados asumirla, aun cuando reformas parciales del financiamiento de la seguridad social en Costa Rica y más recientes en Panamá han significado avances importantes en esta materia. Para evitar ese escenario es necesaria una planificación cuidadosa de los sistemas de protección social. La vejez no necesariamente significa gastos o dependencia, si durante la vida la persona tiene acceso oportuno a servicios eficientes y, además, goza de un estilo de vida adecuado.<sup>105</sup>

## **D. Análisis del derecho a la educación**

### **1. Las obligaciones internacionales de los estados centroamericanos**

El derecho a la educación es, sin duda, uno de los más importantes derechos de la niñez y quizás el más importante de los sociales. Aunque no se puede, en sentido estricto, plantear que existan derechos importantes y otros secundarios, la afirmación anterior se funda en el hecho según el cual es a través en buena medida de la educación en sus distintas formas y modalidades como el ser humano, biológico o específico, deviene en ser social, en persona, en hombre o mujer, y es a través de ella que adquiere las condiciones y capacidades necesarias para vivir en la sociedad. En este sentido, la educación en todas sus manifestaciones es la vía por excelencia de la socialización humana, es decir, la vía de su conversión en un ser social.<sup>106</sup>

En el contexto mundial, la Declaración Universal de los Derechos del Hombre - DUDH- argumenta que toda persona tiene derecho a la educación y que la misma debe ser gratuita, al menos en lo que se refiere a la educación elemental y fundamental. Asimismo, anota que la enseñanza técnica y profesional debe ser generalizada, mientras el acceso a los estudios superiores tiene que ser abierto a todos, y en plena igualdad de condiciones. La Convención sobre los Derechos del Niño y el y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), también constituyen pilares del derecho internacional que obligan a los Estados a garantizar el cumplimiento del derecho a la educación. El primero, retoma en buena medida lo expresado en la DUDH y desarrolla más el concepto de una educación orientada a desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño al máximo de sus posibilidades.

Con respecto al PIDESC, este agrega al derecho algunas formas para conseguirlo, como la implementación de un sistema adecuado de becas, la mejora continua de las condiciones materiales del cuerpo docente, así como el desarrollo del sistema escolar en todos los ciclos. El Artículo 13 de este pacto es

considerado el del alcance más amplio y más exhaustivo sobre el derecho a la educación de toda la litigación internacional sobre los Derechos Humanos.<sup>107</sup>

**Recuadro No. 3**  
**Artículo 13 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**  
**Sobre el derecho a la educación**

1. Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la educación. Convienen en que la educación debe orientarse hacia el pleno desarrollo de la personalidad humana y del sentido de su dignidad, y debe fortalecer el respeto por los derechos humanos y las libertades fundamentales. Convienen asimismo en que la educación debe capacitar a todas las personas para participar efectivamente en una sociedad libre, favorecer la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y entre todos los grupos raciales, étnicos o religiosos, y promover las actividades de las Naciones Unidas en pro del mantenimiento de la paz.
2. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen que, con objeto de lograr el pleno ejercicio de este derecho:
a) La enseñanza primaria debe ser obligatoria y asequible a todos gratuitamente;
b) La enseñanza secundaria, en sus diferentes formas, incluso la enseñanza secundaria técnica y profesional, debe ser generalizada y hacerse accesible a todos, por cuantos medios sean apropiados, y en particular por la implantación progresiva de la enseñanza gratuita;
c) La enseñanza superior debe hacerse igualmente accesible a todos, sobre la base de la capacidad de cada uno, por cuantos medios sean apropiados, y en particular por la implantación progresiva de la enseñanza gratuita;
d) Debe fomentarse o intensificarse, en la medida de lo posible, la educación fundamental para aquellas personas que no hayan recibido o terminado el ciclo completo de instrucción primaria;
e) Se debe proseguir activamente el desarrollo del sistema escolar en todos los ciclos de la enseñanza, implantar un sistema adecuado de becas, y mejorar continuamente las condiciones materiales del cuerpo docente.
3. Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a respetar la libertad de los padres y, en su caso, de los tutores legales, de escoger para sus hijos o pupilos escuelas distintas de las creadas por las autoridades públicas, siempre que aquéllas satisfagan las normas mínimas que el Estado prescriba o apruebe en materia de enseñanza, y de hacer que sus hijos o pupilos reciban la educación religiosa o moral que esté de acuerdo con sus propias convicciones.
4. Nada de lo dispuesto en este Artículo se interpretará como una restricción de la libertad de los particulares y entidades para establecer y dirigir instituciones de enseñanza, a condición de que se respeten los principios enunciados en el párrafo 1 y de que la educación dada en esas instituciones se ajuste a las normas mínimas que prescriba el Estado.

Fuente: ONU. 1966. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Además del Artículo 13, en el mismo pacto, el Artículo 14 compromete a los Estados Parte a elaborar y adoptar, dentro de un plazo de dos años, un plan detallado de acción para la aplicación progresiva, dentro de un número

razonable de años fijado en el plan, del principio de la enseñanza obligatoria y gratuita para todos.

Por otro lado, como ya se discutió en el análisis del derecho a la salud, el PIDESC impone dos obligaciones para los Estados. La primera está relacionada con la obligación de adoptar medidas, “especialmente económicas y técnicas hasta el máximo de que disponga, ya sea internas como a través de la cooperación internacional, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.”<sup>108</sup> La segunda, está relacionada con la obligación de garantizar el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales “sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”.<sup>109</sup>

En el 1999, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales publicó la Observación General No. 13, la cual ratifica que la educación desempeña un papel decisivo en la emancipación de la mujer, la protección de los niños contra la explotación laboral, el trabajo peligroso y la explotación sexual, la promoción de los derechos humanos y la democracia, la protección del medio ambiente y el control del crecimiento demográfico. Define para la educación, en todas sus formas y en todos sus niveles, cuatro características interrelacionadas:

- a) Disponibilidad. Debe haber instituciones y programas de enseñanza en cantidad suficiente. Las condiciones para que funcionen dependen de numerosos factores, entre otros, el contexto de desarrollo en el que actúan; por ejemplo, las instituciones y los programas probablemente necesiten edificios u otra protección contra los elementos, instalaciones sanitarias para ambos sexos, agua potable, docentes calificados con salarios competitivos, materiales de enseñanza; algunos necesitarán además bibliotecas, servicios de informática, tecnología de la información, entre otras
- b) Accesibilidad. Las instituciones y los programas de enseñanza han de ser accesibles, considerando tres dimensiones: no discriminación, accesibilidad material y accesibilidad económica
- c) Aceptabilidad. La forma y el fondo de la educación, comprendidos los programas de estudio y los métodos pedagógicos, han de ser aceptables (por ejemplo, pertinentes, adecuados culturalmente y de buena calidad) para los estudiantes y, cuando proceda, a los padres
- d) Adaptabilidad. La educación ha de tener la flexibilidad necesaria para adaptarse a las necesidades de sociedades y comunidades en transformación y responder a las necesidades de los alumnos en contextos culturales y sociales variados

Por otro lado, la exigencia de "proseguir activamente el desarrollo del sistema escolar en todos los ciclos de la enseñanza" significa que el Estado Parte tiene la obligación de formular una estrategia global de desarrollo de su sistema escolar, la cual debe abarcar la escolarización en todos los niveles, pero el Pacto exige que los Estados Partes den prioridad a la enseñanza primaria. "Proseguir activamente" indica que, en cierta medida, la estrategia global ha de ser objeto de prioridad gubernamental y, en cualquier caso, ha de aplicarse con empeño.<sup>110</sup>

En cuanto a la exigencia de "implantar un sistema adecuado de becas" debe leerse conjuntamente con las disposiciones del Pacto relativas a la igualdad y la no discriminación; el sistema de becas debe fomentar la igualdad de acceso a la educación de las personas procedentes de grupos desfavorecidos.

En lo que respecta al párrafo 2 del artículo 13, los Estados tienen las obligaciones de respetar, proteger y llevar a efecto cada una de las "características fundamentales" (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y adaptabilidad) del derecho a la educación. Por ejemplo, la obligación del Estado de respetar la disponibilidad de la educación se demuestra no cerrando escuelas privadas; la de proteger la accesibilidad de la educación, velando por que terceros, incluidos padres y empleadores, no impidan que las niñas asistan a la escuela; la de llevar a efecto (facilitar) la aceptabilidad de la educación, adoptando medidas positivas para que la educación sea culturalmente aceptable para las minorías y las poblaciones indígenas, y de buena calidad para todos; la obligación de llevar a efecto (facilitar) la adaptabilidad de la educación, formulando planes de estudio y dotándolos de recursos que reflejen las necesidades contemporáneas de los estudiantes en un mundo en transformación; y la de llevar a efecto (facilitar) la disponibilidad de la educación, implantando un sistema de escuelas, entre otras cosas construyendo aulas, estableciendo programas, suministrando materiales de estudio, formando maestros y abonándoles sueldos competitivos a nivel nacional.<sup>111</sup>

Las observaciones y requerimientos establecidos en el PIDESC no son una tarea fácil para los Estados, como tampoco lo es su comprobación y seguimiento a través del tiempo. A continuación se realiza una primera aproximación al tema. En una primera parte se analizan los insumos e indicadores de proceso, más orientados a evaluar (de manera preliminar) lo que es la realización progresiva del derecho a la salud y con una atención especial al monto de recursos y su uso. En una segunda parte se lleva a cabo una evaluación preliminar del cumplimiento de los derechos mínimos de salud mediante indicadores de resultados, asociados a las Metas del Milenio.

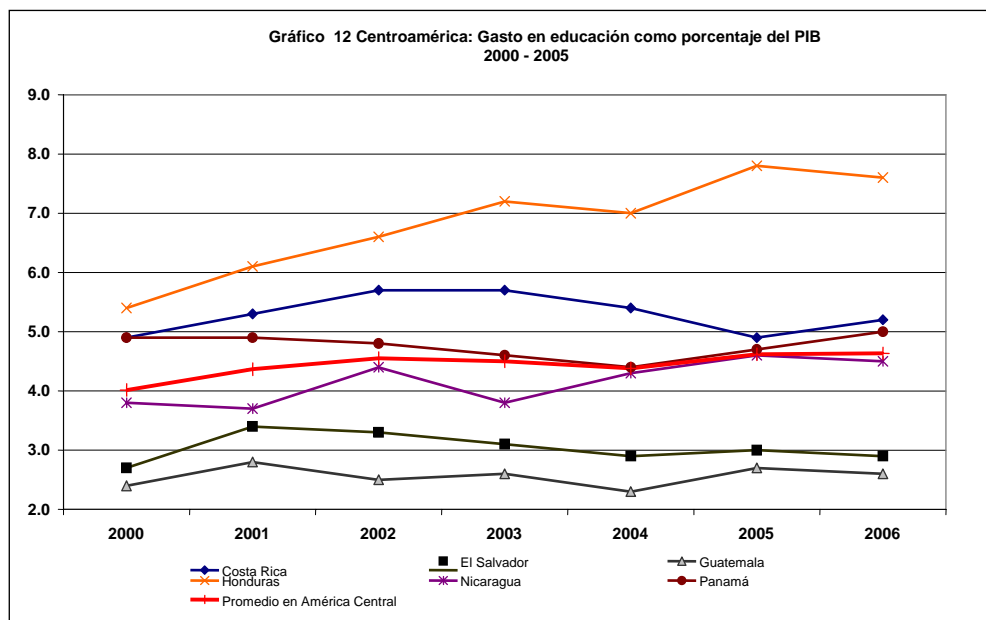
## 2. Factores que inciden en la realización progresiva del derecho a la educación

### a. ¿El financiamiento público actual permite su realización progresiva?

En promedio en la región el gasto público en educación en los últimos años ha sido aproximadamente del 4,4% del PIB, lo que representa el doble del gasto público destinado a la salud si esta no incluye la Seguridad Social. Si se agrega al gasto en Salud el correspondiente a la Seguridad Social, el gasto público promedio en Educación es tan solo 0.4% del PIB mayor a este agregado.

Al observar los datos del período 2000 – 2006 se puede notar que el gasto público en Educación, medido como porcentaje del PIB, tiene un cierto estancamiento, pues en el año 2006 Centroamérica gastó lo mismo que en 2002, lo que refleja, en buena medida, el poco crecimiento del gasto público mostrado en Panamá. También se observa un ligero retroceso en 2006 en el gasto ejecutado, como porcentaje del PIB, en Guatemala, El Salvador, Nicaragua y Honduras. Asimismo, en Costa Rica las cifras revelan que el gasto público de 2006, parece cambiar la tendencia a retroceder en el gasto destinado a educación, si bien aún está por debajo de lo ejecutado en 2002 y 2003, años en los que el gasto público ascendió a 5.4% del PIB.

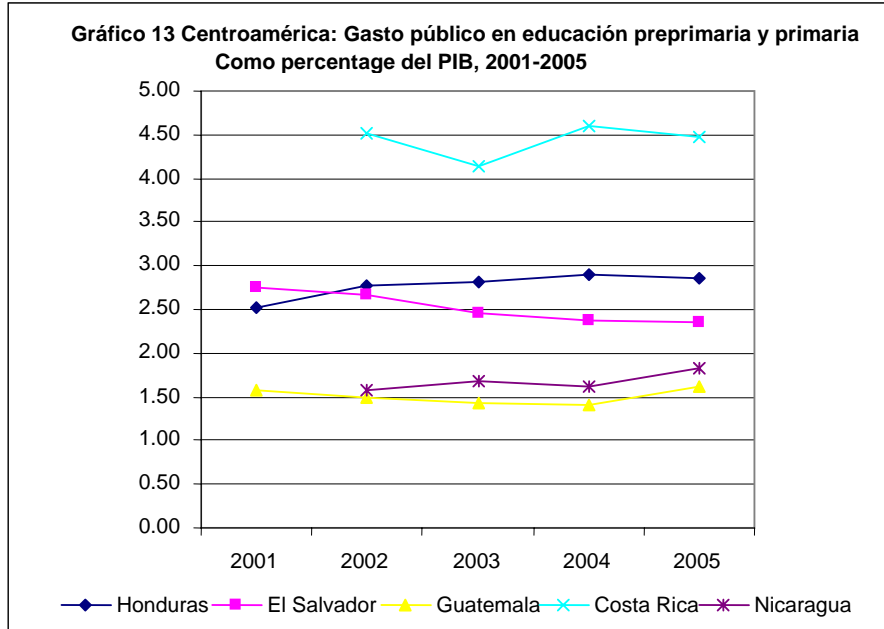
Durante el período analizado, Honduras y Nicaragua fueron los países que más incrementaron el gasto en este sector. Esto guarda estrecha relación con los programas de Alivio de la Deuda a los que estos países están acogidos, ya que han permitido que un monto significativo de recursos externos se pueda dedicar a este sector. Al igual que en el sector Salud, son El Salvador y Guatemala los países de la región que menos recursos destinan a la educación en comparación con el resto de naciones.





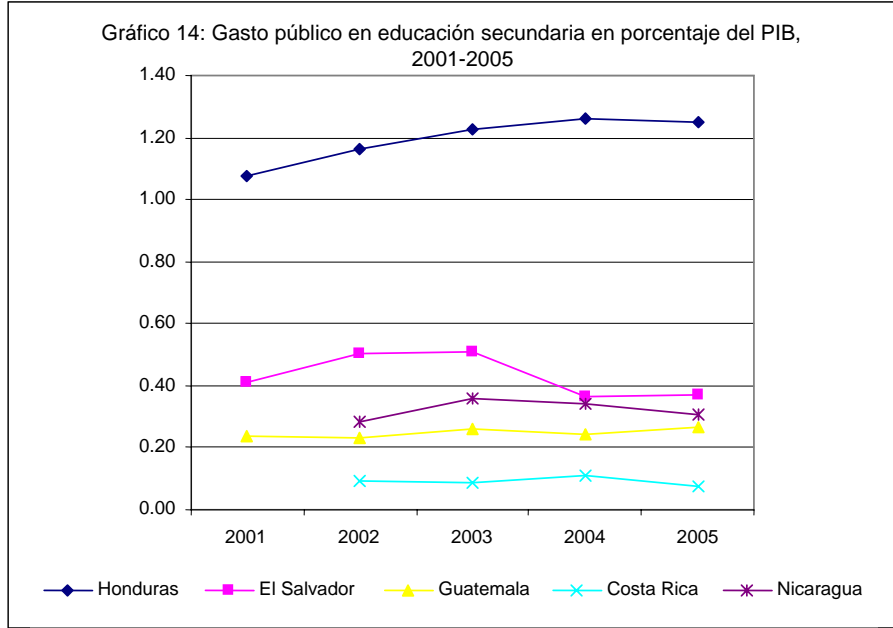
Fuente: Elaboración propia con base en información de los Ministerios de Hacienda de cada país.

Del presupuesto total asignado al cumplimiento de este derecho, en la mayoría de países se destina la mayor parte a atender los niveles preprimario y primario (gráfico 13), de tal cuenta que más del 60% de los recursos financieros públicos van a estos niveles. En el caso de Honduras y Nicaragua, la existencia de actividades dirigidas a cubrir varios niveles educativos, hace imposible una mejor precisión de la información, y en Panamá, a la fecha no se han conseguido los datos que permitan hacer esta comparación.

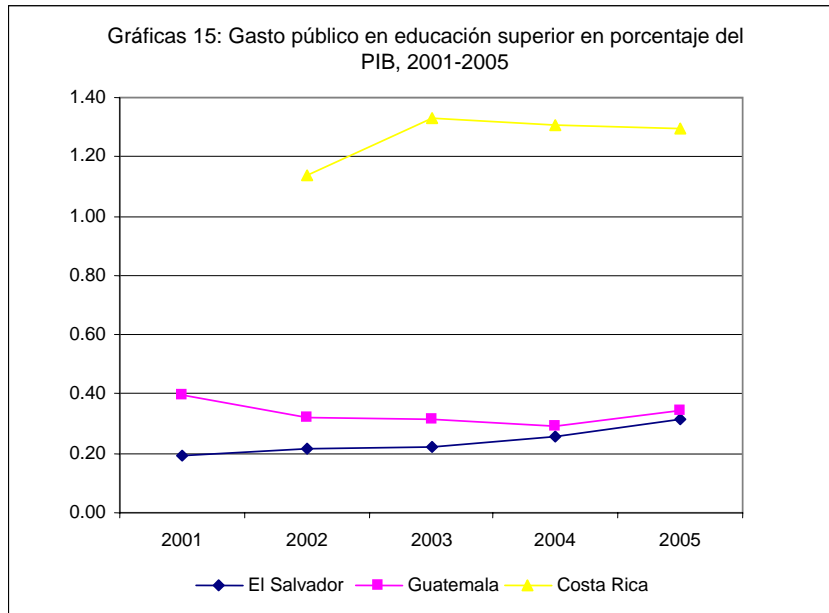


Fuente: Secretarías y Ministerios de Finanzas

El hecho de que la mayor parte de los recursos se estén destinando a la educación primaria, pone de manifiesto la importancia que para los Estados tiene el cumplimiento del derecho al acceso universal y gratuito de este nivel. Sin embargo, también podría estar revelando que hay cierto descuido en el financiamiento de los siguientes niveles educativos (gráficas 14 y 15). El análisis de la matriculación por niveles educativos, permite confirmar esta hipótesis.



Fuente: Secretarías y Ministerios de Finanzas



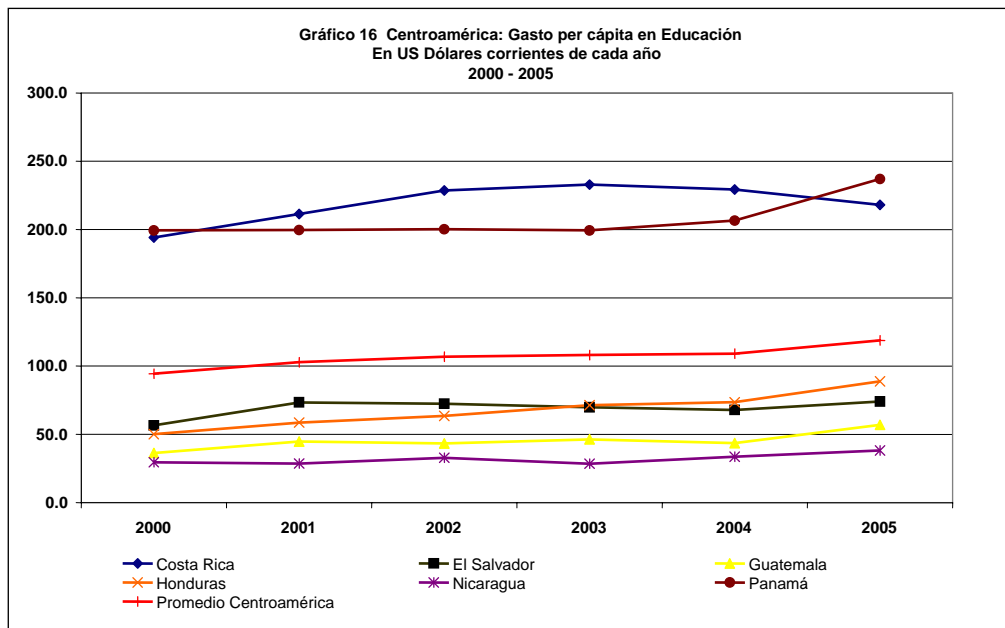
Fuente: Secretarías y Ministerios de Finanzas

Honduras gasta un porcentaje mucho más alto en educación secundaria que los otros países, mientras a nivel de la educación terciaria Costa Rica es el país que gasta el mayor porcentaje del PIB. Guatemala es uno de los países que gastan, en términos del PIB, un porcentaje muy bajo en todos los niveles de educación, así como Nicaragua.

En términos del gasto per cápita anual, la región en promedio ha gastado en los últimos años aproximadamente US\$100.0, aún por debajo de lo que América

Latina destinaba a finales del siglo XX (US\$ 137.0). El estancamiento del gasto público se refleja con más intensidad cuando se relaciona este con el total de habitantes. De tal forma que en El Salvador, Guatemala, Nicaragua y, en menor medida en Panamá, el gasto del 2004 es el mismo del año 2000. Costa Rica refleja aún una tendencia a la disminución del gasto por habitante.

Aún así, el gasto per cápita observado en Panamá y Costa Rica continúa estando muy alejado del observado en el resto de países, pues mientras los primeros gastan más de US\$ 200.0, otros como Nicaragua y Guatemala gastan menos de US\$ 50.0 por habitante (US\$ 31.9 y US\$ 45.2, respectivamente). En medio, pero aún por debajo del promedio centroamericano se encuentran El Salvador (US\$ 69.0) y Honduras (US\$ 67.7). En términos comparativos, en América Latina los países con el mayor gasto público por habitante son Argentina (aproximadamente US\$ 396.0), Chile (US\$ 238.0) y Uruguay (US\$ 213.0).



Fuente: Elaboración propia con base en OMS

Para efectos del análisis presupuestario basado en el enfoque de Derechos Humanos puede concluirse que el Derecho a la Educación ha mantenido una tendencia estática en el comportamiento de los recursos destinados para el cumplimiento de este derecho. Solo Panamá y Costa Rica, parecen cambiar esta tendencia, pues en 2006 se puede observar una progresión en el gasto en Educación. En el caso de Honduras y Nicaragua, se puede concluir, a priori, que sí se observa una realización progresiva del Derecho a la Salud, aún con algunos años de retroceso.

En la educación, así como en la salud, el efecto total del gasto público depende no solo de los recursos dedicados a esta área, sino también de la manera en la que se distribuyen estos entre los diferentes grupos de la población.<sup>112</sup>

Bajo el enfoque de los derechos humanos se busca analizar el tema de la equidad y de atención a los sectores más vulnerables. En ese sentido, la incidencia del gasto en educación puede medirse por la proporción del gasto público que se destina a satisfacer a los quintiles más pobres de la población, es decir, a los grupos de menores ingresos (incidencia absoluta) y mayor vulnerabilidad.

Desde el punto de vista de la incidencia absoluta, los datos obtenidos revelan que en la región se observan diferentes grados de progresividad del gasto en educación. Lamentablemente, no todos los países de la región tienen disponibles datos actuales sobre la distribución del gasto público por quintiles, pues estos están relacionados con encuestas de ingresos y gastos que no tienen un carácter anual. Además, en algunos países los quintiles se refieren a niveles de ingresos, en otros se refieren a niveles de consumo. Esos hechos dificultan un análisis preciso y comparativo de la situación actual en los países.

En todo caso, en Centroamérica el gasto público total tiende a ser neutral con un ligero sesgo favorable hacia los quintiles más pobres de la población. Esto se debe a que la mayor parte de los presupuestos se destinan a financiar la educación primaria, con un alto nivel de matriculación. Por el contrario, el nivel secundario y los niveles siguientes muestran un gasto orientado a los quintiles que representan a la clase media y de altos ingresos. Esto se explica a la baja matriculación de los jóvenes pobres en los niveles superiores al primario como resultado de una baja cobertura pública de estos niveles, y por la alta probabilidad de deserción, asociada en muchos casos a una temprana incursión en el mercado laboral.

Cuadro No. 18  
Gasto público en Educación, Total y en educación primaria y secundaria,  
por Quintil\*/ y como porcentaje del gasto total

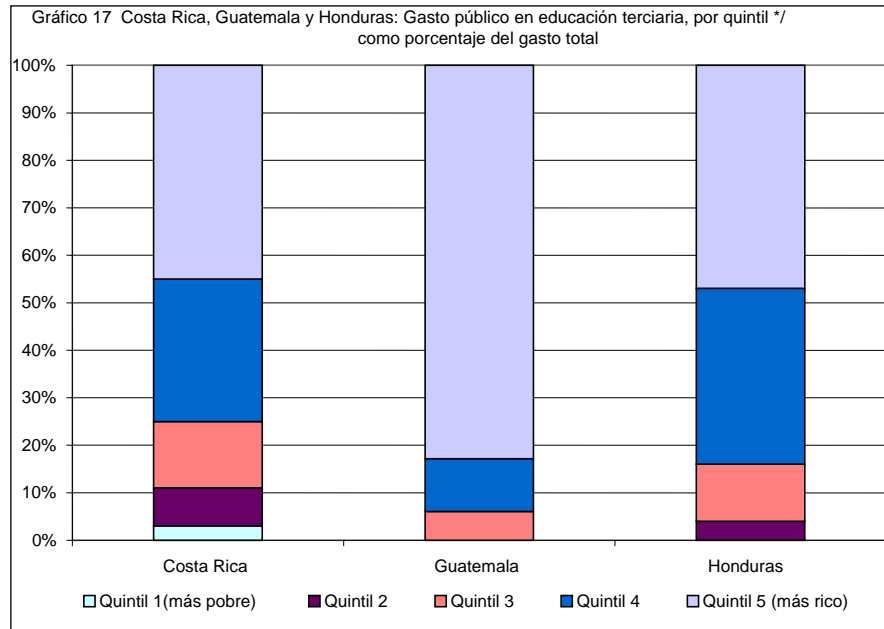
Quintil	Costa Rica (2000)	El Salvador (2002)	Guatemala (2000)	Honduras (2004)	Nicaragua (2001)
<b>Gasto Total en Educación</b>					
Q. I	21	s.d.	17	19	s.d.
Q. II	20	s.d.	21	20	s.d.
Q. III	19	s.d.	21	19	s.d.
Q. IV	21	s.d.	21	21	s.d.
Q. V	19	s.d.	21	21	s.d.
<b>Gasto en Educación Primaria</b>					
Q. I	32	27	21	26	26
Q. II	25	25	25	24	25
Q. III	19	23	23	23	22
Q. IV	15	17	21	17	18
Q. V	10	8	10	10	8
<b>Gasto en Educación Secundaria</b>					
Q. I	18	11	3	s.d.	8

Quintil	Costa Rica (2000)	El Salvador (2002)	Guatemala (2000)	Honduras (2004)	Nicaragua (2001)
Q. II	21	20	12	s.d.	17
Q. III	22	26	23	s.d.	23
Q. IV	22	25	31	s.d.	32
Q. V	17	18	32	s.d.	20

\*/ Para Costa Rica y Nicaragua, se refiere a quintiles de ingreso, mientras que para el resto de países se refiere a quintiles de consumo.

Fuente: Costa Rica, CEPAL. 2005. . Gasto Social en América Latina y el Caribe: tendencias recientes, orientación y efectos redistributivos. p. 144; El Salvador, Ibdem; Guatemala, : World Bank. 2003. Guatemala Poverty Assessment. p. 77. Calculos del Banco Mundial usando ENCOVI 2000. Instituto Nacional Estadístico de Guatemala; Honduras, World Bank. 2006. Honduras Poverty Assessment. Volume I. Main Report. p. 69.; World Bank. 2006. Honduras Reporte de Pobreza. Logrando la reducción de la pobreza. Volumen II: Documentos de Base. p. 204. Elaboración en base de ENCOVI 2004; Nicaragua, Arcia, Gustavo. 2003. La incidencia del gasto público en educación en Nicaragua: el impacto de la Iniciativa Fast Track Educación para Todos. pp. 26-35. Estimado de la EMNV 2001.

Como se evidencia en el siguiente gráfico, los quintiles de mayores ingresos son los que concentran la mayor parte del gasto público destinado a la educación terciaria. El caso de Guatemala es el más extremo, pues el 82% del gasto total en este rubro se destina al quinto quintil, es decir, el más rico. En Costa Rica y Honduras este mismo quintil absorbe más del 40.0% del gasto total. Por el contrario, el quintil más pobre solo se beneficia de la educación terciaria en Costa Rica, con tan solo el 3% del total ejecutado.



Para Costa Rica, se refiere a quintiles de ingreso, mientras que para el resto de países se refiere a quintiles de consumo.

Fuente: Costa Rica, CEPAL. 2005. Gasto Social en América Latina y el Caribe: tendencias recientes, orientación y efectos redistributivos. p. 144; Guatemala, : World Bank. 2003. Guatemala Poverty Assessment. p. 77. Calculos del Banco Mundial usando ENCOVI 2000. Instituto Nacional Estadístico de Guatemala;

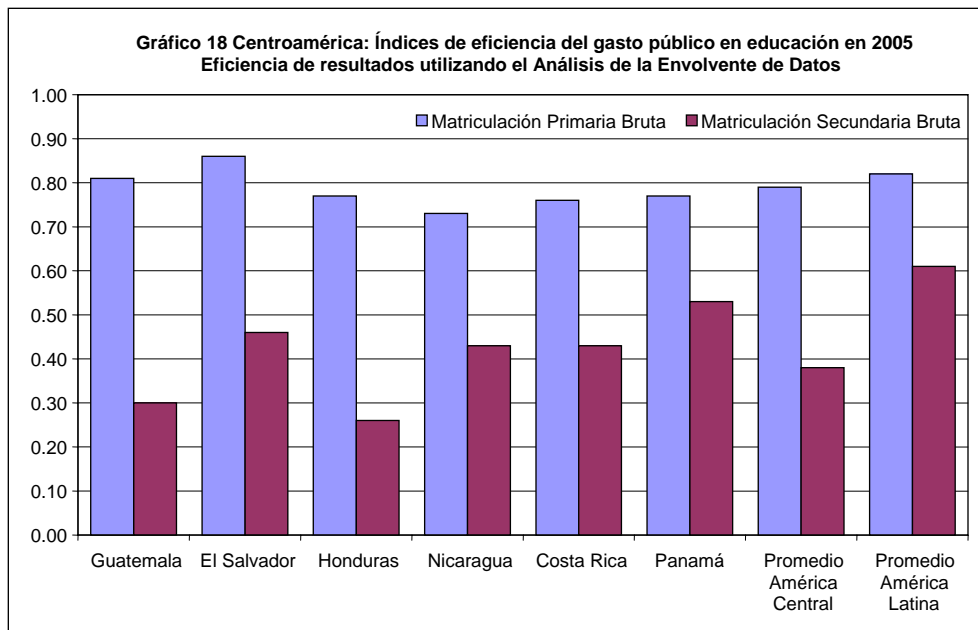
Honduras, World Bank. 2006. Honduras Poverty Assessment. Volume I. Main Report. p. 69.; World Bank. 2006. Honduras Reporte de Pobreza. Logrando la reducción de la pobreza. Volumen II: Documentos de Base. p. 204. Elaboración en base de ENCOVI 2004.

Como ya se anotó antes, en conjunto, el gasto social es progresivo en todos los países de la región, y el potencial redistributivo del gasto social es mucho mayor que el de los impuestos. Sin embargo, aún preocupa la asignación deficiente del gasto social, lo cual reduce el efecto potencial que podría tener este gasto sobre la desigualdad y la pobreza.<sup>113</sup>

### b. ¿Es eficiente el gasto público en educación?

De acuerdo con Herrera y Pang (2005), los niveles de eficiencia en educación en América Central se encuentran –contrario a la eficiencia en salud- en promedio por debajo de los niveles de América Latina. Especialmente Nicaragua y Costa Rica muestran bajos niveles de eficiencia en la matriculación primaria (0.73 y 0.76 respectivamente), mientras Honduras y Guatemala tienden a tener bajos niveles en la matriculación secundaria (0.26 y 0.30 respectivamente). Los países que muestran los más altos niveles de eficiencia son El Salvador y Guatemala en la matriculación primaria, y Panamá y El Salvador en la matriculación secundaria.

Conviene anotar de nuevo, que este estudio es comparativo con el resto del mundo. Como también en el caso de salud, es necesario un análisis más profundo que permita revelar aspectos particulares de la región. Los indicadores mencionados además no se refieren a la calidad de la educación.



Fuente: Elaboración propia con base en Santiago, Herrera y Gaobo Pang. 2005. Efficiency of Public Spending in Developing Countries: An Efficiency Frontier Approach.

### c. ¿Cómo se comportan los salarios públicos en este sector?

Tal y como se advirtió al tratar este mismo tema en el derecho a la salud, en el sector educativo también se puede considerar que los gremios laborales, con diferente grado de intensidad en cada país, actúan bajo una “privatización perversa”. Los salarios más altos, en términos de US dólares, se registran en Panamá, mientras en Nicaragua se perciben las mayores asimetrías entre el salario que devenga el ministro y los maestros.

Cuadro No. 19  
Costa Rica, El Salvador, Nicaragua y Panamá: Remuneración mensual de algunos puestos en los respectivos ministerios de educación, en US Dólares, varios años

Costa Rica					
Año	Ministro	Viceministro	Maestro del nivel Primario	Maestro del nivel secundario	Maestro del nivel terciario
2007	1.773,1	1.701,7	499,1	544,2	699,3
Fuente: Ministerio de Hacienda de Costa Rica y base de datos de la Organización Internacional del Trabajo					
El Salvador					
Año	Ministro	Viceministro	Maestro del nivel Primario	Maestro del nivel secundario	Maestro del nivel terciario
2007	3.345,1	2.652,0	Entre 429,7 y 683,8	Entre 429,7 y 683,8	
Fuente: Ministerio de Hacienda de El Salvador					
Nicaragua					
Año	Ministro	Viceministro	Maestro del nivel Primario	Maestro del nivel secundario	Maestro del nivel terciario
2002	6.192,6		86,1	104,3	388,0
Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público de Nicaragua y base de datos de la Organización Internacional del Trabajo					
Panamá					
Año	Ministro	Viceministro	Maestro del nivel Primario	Maestro del nivel secundario	Maestro del nivel terciario
2007	7.500,0	6.000,0	n.d.	Entre 1.200 y 1.672	Entre 900 y 4.200
Fuente: Contraloría General de la República de Panamá					

### d. ¿Cómo es la calidad de la educación?

Con excepción de Guatemala, en el resto de América Latina, no será necesario aumentar el número de maestros en el futuro debido a la reducción continua de la población en edad escolar. Esto ofrece una oportunidad de mejorar la calidad de la educación a través de la inversión de más recursos para atender este ámbito.

Por ejemplo, teniendo hoy 25 mil maestros en la primaria, Costa Rica va a poder reducir ese número a 22 mil en 2015 para cumplir con las necesidades de la decreciente población en edad escolar, mientras que Guatemala tendrá que aumentar el número de maestros de 74 mil a 85 mil hasta 2015.<sup>114</sup> Todos los

países centroamericanos tienen menos de 40 alumnos por maestro, lo cual es considerado el máximo para proporcionar educación de calidad.<sup>115</sup>

Los maestros de Costa Rica y El Salvador cumplen con la calificación mínima (nivel de ISCED) –en esos casos haber terminado un nivel educativo terciario– en 88 y 80 por ciento, respectivamente, mientras que en Panamá y Nicaragua cumplen con la calificación mínima (nivel secundario alto) en solo un 75 y 74 por ciento.

En Honduras y Panamá el porcentaje de maestros adecuadamente capacitados (según este estándar) es especialmente bajo, mientras que en Costa Rica el 97.4% de los maestros están entrenados. El número de alumnos por maestro es relativamente alto en Nicaragua y Honduras mientras que Costa Rica otra vez ofrece a los alumnos una situación más favorable.

**Cuadro No. 20**  
Porcentaje de maestros entrenados y relación maestro-alumno en los países centroamericanos

País	Maestros entrenados 2004	Relación maestros-alumno 2004
Costa Rica	97.4	22.3
El Salvador	n.a.	32.8
Guatemala	n.a.	30.9
Honduras	87.2	32.9
Nicaragua	74.6	35.0
Panamá	74.3	24.0

Fuente: UIS/UNESCO. 2006. Teachers and educational quality: monitoring global needs for 2015. Montreal.

Nota: Dato para relación maestro-alumnos de El Salvador de 1996

### **e. El cumplimiento del derecho mínimo a la educación**

También en materia de educación los países centroamericanos se comprometieron cumplir con ciertas obligaciones por haberse apuntado a los Objetivos de Milenio. Se han utilizado dos indicadores que pueden asociarse con el cumplimiento mínimo del derecho.

Las responsabilidades en términos de educación son las siguientes:

<b>Objetivo 2</b>
Meta 3: Velar para que, en el año 2015, todos los niños y niñas puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria
<b>Objetivo 3</b>
Meta 4: Eliminar la disparidad de género en la educación primaria y secundaria, preferiblemente hacia 2005, y en todos los niveles de enseñanza no más allá de 2015



Según los informes de avance de los países centroamericanos, el cumplimiento de la Meta 3 será especialmente probable para El Salvador. Luego siguen Guatemala y Panamá. Honduras se encuentra en un estancamiento en la evolución de los indicadores que reflejan la meta. También Nicaragua y Costa Rica muestran ningún avance significativo hacia el cumplimiento de la Meta. Las tasas de matrícula y la supervivencia escolar todavía son muy bajas y requieren doble esfuerzo. El trabajo infantil y enfermedades –sobre todo en lo que se refiere a niños y niñas indígenas- son las principales causas para que los niños abandonen la escuela prematuramente. Para los niños y niñas no indígenas, la principal causa de abandonar la escuela es la falta de interés. En el caso de las niñas indígenas, un problema grande es todavía que los padres subvaloran la importancia de educación para ellas y enfatizan más la necesidad de su ayuda en tareas domésticas. Así que en lo que se refiere a la Meta 4, ha habido avances en solo en Costa Rica y El Salvador. El resto de los países tienen que redoblar sus esfuerzos para cumplir con la Meta de eliminar la disparidad de género en la educación primaria y secundaria.

En todos los países de Centroamérica es evidente en educación como también en salud la brecha entre los géneros y las diferencias regionales dentro de los países. Superar esas brechas será el reto mayor en los próximos años para poder garantizar un nivel de vida mínimo y adecuado.

Cabe señalar la importancia de la interdependencia de las metas. Una vez alcanzado la Meta 3, eso influye en que la situación nutritiva (Meta 2) y que la situación de pobreza (Meta 1) se mejora en el país. Eso a su vez también baja las tasas de mortalidad materna e infantil en el futuro (Metas 5 y 6). Con mayor educación también la tasa de prevalencia de VIH/SIDA, malaria, tuberculosis y otras enfermedades graves se bajarán (Metas 7 y 8). Es decir mejor educación influye en múltiples maneras el camino de un país. A su vez, una salud mejorada ayuda a alcanzar mejor educación ya que un niño no puede prestar atención en la escuela cuando padece de mala e insuficiente nutrición.

El hecho de que los informes de avance no tienen una estructura uniforme y una elaboración similar (Guatemala informó en 277 páginas; Nicaragua 2 páginas) en los países de la región, dificulta el análisis en que medida los países cumplen con sus obligaciones y que esfuerzos son necesarios para alcanzar esas obligaciones.

Por su parte las tasas brutas de matriculación revelan el rápido crecimiento de la cobertura, que ha permitido la inclusión de niños, incluso con sobre edad, en el sistema educativo, mientras las tasas netas de finalización, dan cuenta de cuántos niños están inscritos en cada nivel, en la edad justa para cursarlo.

#### Cuadro No. 21

Centroamérica: Tasas brutas y netas de matriculación en los niveles preprimario y primario, en porcentaje

**Tasa bruta de matrícula en la educación preprimaria**

	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
2000	46	44	51		29	45
2001	58	46	55		29	50
2002	61	48	27		31	55
2003	61	50	28		32	55
2004	64	51	28	96	35	55
2005	69	51	28	95	37	62
Tasa bruta de matrícula en la educación primaria						
	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
2000	108	110	104	106	103	109
2001	108	111	105	106	106	110
2002	108	111	108		112	112
2003	108	113	111		111	112
2004	112	114	113	113	112	112
2005	110	113	114	113	112	111
Tasa neta de matrícula en la educación preprimaria						
	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
2000	38.4	40	37	21	29	44
2001	49.6	41	41	22	28	48
2002	51.9	43	25	n.a.	31	52
2003	51.9	44	n.a.	26	32	52
2004	57.1	46	27	27	35	52
2005	61.8	44	27	n.a.	37	55
Tasa neta de matrícula en la educación primaria						
	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
2000	100.5	n.a.	86	88	80	98
2001	100.9	88	97	88	83	98
2002	100.0	89	89	n.a.	88	98
2003	99.1	91	91	n.a.	87	98
2004	104.1	92	93	91	88	98
2005	102.8	93	94	91	87	98

Fuente: <http://stats.uis.unesco.org/unesco/TableViewer/tableView.aspx>. calculo propio en a base a UNESCO Statistics Tabel Viewer

Costa Rica es el país con el más rápido crecimiento de la cobertura en el nivel preprimario, seguido de Panamá. Al año 2005, los países más rezagados en la cobertura de este nivel eran Guatemala y Honduras. En cuanto al nivel primario, Costa Rica y Panamá, son nuevamente los países con las tasas de cobertura neta más altas. Sin embargo, en este nivel se aprecia que la mayoría de países ya ha logrado una mayor cobertura.

En lo que se refiere a la equidad de género en el acceso a la educación primaria, esta se ha ido logrando en la región centroamericana, pues solamente en Guatemala y, en menor medida, en Panamá, la tasas de matriculación de varones supera a la de las mujeres.

Cuadro No. 22  
Matriculación neta en primaria femenina y

relación con respecto a la tasa masculina, años 2002/03

país/ indicadores	tasa femenina (%)	tasa femenina en relación con la tasa masculina (%)
Costa Rica	91.00	1.02
El Salvador	90.00	1.00
Guatemala	86.00	0.97
Honduras	88.00	1.02
Nicaragua	85.00	1.00
Panamá	99.00	0.99

Fuente: Elaboración propia con base en PNUD Programa de Naciones Unidas para el desarrollo. 2006. Informe mundial de desarrollo humano 2005.

Las menores tasas de cobertura de la educación secundaria y terciaria, con respecto a los niveles preprimario y primario en Centroamérica revelan la exclusión de los jóvenes provenientes de los quintiles más pobres de la población, la cual aparece estrechamente vinculada no solo con la pobreza, sino con la marginalidad y la discriminación (cultural, racial, social y de género).

Cuadro No. 23

Centroamérica: Tasa Neta de Matriculación en el nivel secundario, varios años

País/Año	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Costa Rica	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
El Salvador		43.7	45.2	47.4	48.1	
Guatemala	23.6	26.9	30.3	30.7	30.7	33.7
Honduras	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
Nicaragua		35.1	36.6	38.4	40.7	40.7
Panamá	59.2	61.1	62.4	63	s.d.	63.7

s.d. = Sin dato.

Fuente: CEPAL. 2007. Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 2007.

Cuadro No. 24

Centroamérica: Tasa Neta de Matriculación en el nivel terciario, varios años

País/Año	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Costa Rica	16.0	16.2	20.1	19.0	19.0	25.3
El Salvador	17.6	16.9	16.2	16.9	17.7	18.5
Guatemala				9.5	9.6	
Honduras	13.8	14.3	14.8	16.4	16.4	16.4
Nicaragua			17.6	17.8	17.9	
Panamá	40.6	44.0	43.3	42.7	42.6	45.8

Los datos anteriores deben ser considerados como un indicador de resultado, en donde es evidente que los primeros niveles de educación, son los que más cuentan con recursos y, a su vez, son los que mejores resultados cosechan. En cambio, los niveles secundarios y terciarios, debido a la baja disponibilidad de

recursos públicos, tienen una limitada cobertura, lo que provoca que en todos los países sean los grupos de población menos vulnerables los más beneficiados.

La alfabetización también puede ser tomada como un indicador de resultado, y en lo que se refiere a la alfabetización de jóvenes de 15 a 24 años, con excepción de Costa Rica y Panamá, todos los países se encuentran por debajo del nivel latinoamericano. El hecho de que en Honduras y Nicaragua las tasas de alfabetismo de mujeres sean superiores a las de los hombres, revela el carácter masculino del trabajo infantil remunerado, y de la consiguiente alta tasa de deserción escolar prevaleciente en este género, principalmente en las áreas rurales de Centroamérica.

Cuadro No. 25  
Tasa de alfabetismo jóvenes 15-24 años, 2002

Sexo	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	América Latina y el Caribe
Hombres	98	90	86	87	84	97	96
Mujeres	99	88	78	91	89	96	97

Fuente: World Development Indicators 2006

Retomando el enfoque de Derechos Humanos, se puede concluir que los Estados están cumpliendo con el derecho a la educación básica de los ciudadanos, en términos de cobertura básica (bruta) para ingresar al sistema educativo, sin garantizar su finalización. El cumplimiento de mejorar el acceso a los siguientes niveles de enseñanza, sugiere que se ha impulsado con menor prioridad, a la luz de los datos antes indicados.

ANEXO 1  
Centroamérica:  
Principales compromisos nacionales e internacionales vigentes relacionados con  
la salud y la educación

<b>Costa Rica</b>		
<b>Compromisos Legales Nacionales en materia de Salud</b>		
<b>Ley</b>	<b>Artículo(s) específico(s)</b>	<b>Descripción</b>
Constitución de Costa Rica	21	La vida humana es inviolable.
Orgánica del Ministerio de Salud (Ley No. 5412)	1	La definición de la política nacional de salud y la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud del país, corresponden al Poder Ejecutivo, el que ejercerá tales funciones por medio del Ministerio de Salud.
Ley General de Salud (Ley No. 5395)	1, 2, 3, 10, 12, 13,14, 17, 20, 262, 264, 267, 337	La salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado. En eso es función esencial del Estado velar por la salud de la población. Corresponde al Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salubridad Pública la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud, en la forma que las leyes y reglamentos especiales determinen y el deber de proveer a la conservación de su salud y de concurrir al mantenimiento de la de su familia y la de la comunidad. Toda persona tiene derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre asuntos, acciones y prácticas conducentes a la promoción y conservación de su salud personal y de la de los miembros de su hogar. Toda madre gestante tiene derecho a los servicios de información materno-infantil, al control médico durante su embarazo; a la atención médica del parto y a recibir alimentos para completar su dieta, o la del niño, durante el período de lactancia. Los niños tienen derecho a que sus padres y el Estado velen por su salud y su desarrollo social, físico y psicológico. Por tanto, tendrán derecho a las prestaciones de salud estatales desde su nacimiento hasta la mayoría de edad. Los niños que presenten discapacidades físicas, sensoriales, intelectuales y emocionales gozarán de servicios especializados. Toda persona tiene derecho a exámenes preventivos de salud y a los servicios de diagnóstico precoz de las enfermedades crónicas debiendo en todo caso, someterse a ellos cuando la autoridad de salud así lo disponga. Además, las personas deben proveer al restablecimiento de su salud y la de los dependientes de su núcleo familiar y tienen derecho a recurrir a los servicios de salud estatales. Esta Ley además embarca normas sobre la salud laboral, condiciones sanitarias y sanas en el lugar de trabajo, por ejemplo: para personas que operen en materia de alimentos, en materia de sustancias tóxicas, en materia de embellecimiento, gimnasios y otros similares. Toda persona natural o jurídica está obligada a contribuir a la promoción y mantenimiento de las condiciones del medio ambiente natural y de los ambientes artificiales que permitan llenar las necesidades vitales y de salud de la población. El agua constituye un bien de utilidad pública y su utilización para el consumo humano tendrá prioridad sobre cualquier otro uso. Todo sistema de abastecimiento de agua destinada al uso y consumo de la población, deberá suministrar agua potable, en forma continua, en cantidad suficiente para satisfacer las necesidades de las personas y con presión necesaria para permitir el correcto funcionamiento de los artefactos sanitarios en uso. Corresponderá

<b>Costa Rica</b>		
<b>Compromisos Legales Nacionales en materia de Salud</b>		
<b>Ley</b>	<b>Artículo(s) específico(s)</b>	<b>Descripción</b>
		privativamente a las autoridades de salud la aplicación y el control del cumplimiento de las disposiciones de la presente ley y de su reglamentación
Ley de Regulación de Fumado (Ley No. 7501)	1, 4	El Estado debe velar por la salud individual y colectiva de los costarricenses. En cumplimiento de ese deber, el Poder Ejecutivo velará porque la información que se transmita por los medios de comunicación colectiva, sobre el consumo de tabaco y sus derivados, sea enteramente objetiva, no se dirija a las personas menores de edad y se difundan en los horarios establecidos en esta Ley.
Ley General de HIV/SIDA (Ley No. 7771)	1, 3, 4, 10, 30, 31, 48	La ley tiene por objetivo la educación, la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, la vigilancia epidemiológica y la atención e investigación sobre el virus de la inmunodeficiencia humana o VIH y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida o Sida; además, trata de los derechos y deberes de los portadores del VIH, los enfermos de Sida y los demás habitantes de la República. Se prohíbe toda discriminación contraria a la dignidad humana y cualquier acto estigmatizador o segregador en perjuicio de los portadores del VIH-Sida, así como de sus parientes y allegados. Salvo las excepciones contenidas en esta ley, a todo portador del VIH-Sida le asiste el derecho de que no se interfiera en el desarrollo de sus actividades civiles, familiares, laborales, profesionales, educativas, afectivas y sexuales, estas últimas de acuerdo con las respectivas recomendaciones de protección. El Estado, por medio del Ministerio de Salud, deberá informar adecuada y oportunamente, a la población en general y particularmente a los sectores más vulnerables, sobre la problemática del VIH-Sida con datos científicos actualizados en cuanto a las formas de prevenir esta enfermedad. El Consejo Superior de Educación, en coordinación con el Ministerio de Salud, incluirá en los programas educativos temas sobre los riesgos, las consecuencias y los medios de transmisión del VIH, las formas de prevenir la infección y el respeto por los derechos humanos. Además, gestionará, ante las universidades públicas y privadas y sus respectivas unidades académicas, que se incluyan en las carreras profesionales de las ciencias de la salud, programas de estudios relativos a la prevención y atención del VIH-Sida.
Ley General de Centros de Atención Integral (Ley No. 8017)	1, 6	La ley promueve la creación, el desarrollo y el funcionamiento adecuado de los centros de atención integral públicos, privados y mixtos para personas hasta de doce años de edad, en acatamiento de la Convención de los Derechos del Niño y los alcances del Código de la Niñez y la Adolescencia. Se crea el Consejo de Atención Integral, denominado Consejo, como un órgano adscrito al Ministerio de Salud. Se encargará de autorizar, supervisar, fiscalizar y coordinar el adecuado funcionamiento de las modalidades de atención integral de las personas menores hasta de doce años de edad.
Ley de Protección al ciudadano de excesos de requisitos y tramites	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	La presente Ley es aplicable a toda la Administración Pública, central y descentralizada, incluso instituciones autónomas y semiautónomas, órganos con personalidad jurídica instrumental, entes públicos no estatales, municipalidades y empresas públicas. Se exceptúan de su aplicación los trámites y procedimientos en materia de defensa del Estado y seguridad nacional. La Ley regula: la presentación única de documentos, el respeto de las competencias, la publicidad e información de los trámites, la resolución y calificación dentro del plazo establecido, el procedimiento del silencio positivo, y la coordinación

<b>Costa Rica</b>		
<b>Compromisos Legales Nacionales en materia de Salud</b>		
<b>Ley</b>	<b>Artículo(s) específico(s)</b>	<b>Descripción</b>
administrativos (Ley No. 8220)		institucional.
Ley y Reglamento - Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados (Ley No. 8239)	1, 2, 5, 10	Esta Ley tiene por objeto tutelar los derechos y las obligaciones de las personas usuarias de todos los servicios de salud, públicos y privados, establecidos en el territorio nacional. Se crea la Auditoría General de Servicios de Salud, como órgano de desconcentración máxima del Ministerio de Salud. Su objetivo será asegurar que se cumplan las disposiciones de la Ley y se promueva el mejoramiento continuo en la prestación de los servicios de salud. El Ministerio de Salud deberá tomar las previsiones presupuestarias requeridas, a fin de que la Auditoría cuente con el personal y los recursos necesarios para la ejecución de sus objetivos y el desempeño de sus funciones. Las instituciones y los establecimientos de salud bajo la competencia de la Auditoría General de Servicios de Salud, deberán adoptar las previsiones presupuestarias y económicas necesarias con el propósito de atender efectiva y eficientemente las medidas resultantes del ejercicio de las funciones encomendadas a dicha Auditoría. Cada centro de salud, hospital, público o privado, y cada clínica, pública o privada, tendrá una contraloría de servicios de salud, la cual deberá contar con los recursos necesarios para el cumplimiento adecuado de sus funciones.
Ley de igualdad de oportunidades para las personas discapacitadas (Ley No. 7600)	1, 2, 3, 4, 5, 14, 15, 22, 23, 29, 31, 36, 56, 57	Se declara de interés público el desarrollo integral de la población con discapacidad, en iguales condiciones de calidad, oportunidad, derechos y deberes que el resto de los habitantes. Principio que reconoce la importancia de las diversas necesidades del individuo, las cuales deben constituir la base de la planificación de la sociedad con el fin de asegurar el empleo de los recursos para garantizar que las personas disfruten de iguales oportunidades de acceso y participación en idénticas circunstancias. Para cumplir con la presente ley, le corresponde al Estado incluir en planes, políticas, programas y servicios de sus instituciones, los principios de igualdad de oportunidades y accesibilidad a los servicios que, con base en esta ley, se presten; así como desarrollar proyectos y acciones diferenciados que tomen en consideración el menor desarrollo relativo de las regiones y comunidades del país. Además corresponde al Estado eliminar las acciones y disposiciones que, directa o indirectamente, promueven la discriminación o impiden a las personas con discapacidad tener acceso a los programas y servicios y apoyar a los sectores de la sociedad y a las organizaciones de personas con discapacidad, con el fin de alcanzar la igualdad de oportunidades. También es tarea estatal garantizar el derecho de las organizaciones de personas con discapacidad de participar en las acciones relacionadas con la elaboración de planes, políticas, programas y servicios en los que estén involucradas. Los servicios de salud deberán ofrecerse, en igualdad de condiciones, a toda persona que los requiera. Serán considerados como actos discriminatorios, en razón de la discapacidad, el negarse a prestarlos, proporcionarlos de inferior calidad o no prestarlos en el centro de salud que le corresponda. Es responsabilidad del Ministerio de Salud certificar la calidad y el estricto cumplimiento de las



<b>Costa Rica</b>		
<b>Compromisos Legales Nacionales en materia de Salud</b>		
<b>Ley</b>	<b>Artículo(s) específico(s)</b>	<b>Descripción</b>
		<p>especificaciones de las ayudas técnicas que se otorguen en las instituciones estatales o se distribuyan en el mercado. El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el Ministerio de Educación, la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros, el Instituto Nacional de Aprendizaje, el Instituto Mixto de Ayuda Social, la Junta de Protección Social de San José, los centros públicos de educación superior y las demás instituciones del Estado, deberán tomar las medidas presupuestarias para adquirir las ayudas técnicas y prestar los servicios de apoyo, tratamientos médicos, equipo y prótesis que se requieran para cumplir lo dispuesto por la presente ley. El Estado promoverá los centros de educación superior y los apoyará para que impartan carreras de formación específica en todas las disciplinas y niveles, a fin de que la equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad esté efectivamente garantizada.</p>

<b>El Salvador</b>		
<b>Compromisos Legales Nacionales en materia de Salud</b>		
<b>Ley</b>	<b>Artículo(s) específico(s)</b>	<b>Descripción</b>
Constitución Política de la República de El Salvador	2, 65 - 70	Toda persona tiene derecho a la vida, a la integridad física. La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación. El Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos, y a los habitantes en general, cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible. El Estado tomará a su cargo a los indigentes que, por su edad o incapacidad física o mental, sean inhábiles para el trabajo.
Código de Salud (Decreto No. 955 del 28ABR1988)	1, 41, 47, 48, 49, 52, 53	El objetivo de este código es desarrollar los principios constitucionales relacionados con la salud pública y la asistencia social, siendo el Ministerio de Salud el encargado de orientar la política gubernamental en materia de Salud Pública y Asistencia Social, promoviendo el bienestar social de la comunidad sin distinción de ideologías ni creencias. Es obligación ineludible del Estado promover, proteger y recuperar la salud de la madre y del niño por todos los medios que están a su alcance, para ello el Estado fomentará la creación, mantenimiento y desarrollo de centros, entidades y asociaciones altruistas. El Ministerio de Salud dictará medidas y realizará actividades para prevenir la desnutrición y deficiencias específicas de la población en general especialmente de los niños preescolares y escolares, de las mujeres embarazadas, madres lactantes y de los ancianos. Asimismo, por medio de los organismos regionales, departamentales y locales de salud, desarrollará programas de saneamiento ambiental, tales como a) El abastecimiento de agua potable; b) La disposición adecuada de excretas y aguas servidas; c) La eliminación de basuras y otros desechos; ch) La eliminación y control de insectos vectores, roedores y otros animales dañinos; d) La higiene de los alimentos; e) El saneamiento y buena calidad de la vivienda y de las construcciones en general; f) El saneamiento de los lugares públicos y de recreación g) La higiene y seguridad en el trabajo; h) La eliminación y control de contaminaciones del agua de consumo, del suelo y del aire; i) La eliminación y control de otros riesgos ambientales. Son obligaciones de los empleados relacionados con la salud atender en la mejor forma a toda persona que solicite sus servicios profesionales, ateniéndose siempre a su condición humana, sin distinciones de nacionalidad, religión, raza, credo político ni clase social.
Ley del sistema básico de salud integral (Decreto No. 775 del 10AGO2005)	6, 7, 8, 10, 12, 14,	Se define la atención integral en salud como el conjunto de principios, normas, acciones e instrumentos utilizados por la red de establecimientos de salud para su promoción, prevención de las enfermedades, recuperación de la salud y rehabilitación de los habitantes. La provisión de los servicios de salud se realiza en tres niveles. Se crea el Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) el cual se constituye como el elemento organizativo de nivel local por medio del cual el Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud Pública y Asistencia Social delega la provisión de servicios integrales de salud en el primer nivel de atención (Unidades y centros de salud y nutrición), a través de una red integrada de

<b>El Salvador</b>		
<b>Compromisos Legales Nacionales en materia de Salud</b>		
<b>Ley</b>	<b>Artículo(s) específico(s)</b>	<b>Descripción</b>
		establecimientos que cubren un área territorial determinada, que atienden una población focalizada con énfasis en la población más desprotegida, en coordinación con el segundo (hospitales generales, tanto nacionales como regionales) y tercer nivel de atención (hospitales especializados nacionales).
Garantía estatal de la salud y la seguridad social (Decreto No. 1024 del 18NOV2002)	1, 3	La salud pública y la seguridad social se consideran respectivamente un bien público y un servicio público de carácter obligatorio. Es obligación del Estado velar por la conservación, mantenimiento y desarrollo de los mismos. Se prohíbe la privatización, concesión, compra de servicios, subcontratación o cualquier modalidad que se encamine a transferir a entidades privadas la prestación de servicios de salud pública y seguridad social que se presten en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y en la red hospitalaria y de Unidades de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, así como de todos aquellos servicios que sirvan de apoyo para la prestación de los mismos.
Ley especial para la constitución del fondo especial para la salud (Decreto No. 538 del 17DIC2004)	1, 3, 4, 12,	Se establecen los mecanismos legales para el financiamiento y gestión de programas especiales para la conservación de la salud pública y asistencia social, con énfasis en atender lo relacionado con la extensión de la cobertura en servicios esenciales de salud en las áreas rural y urbana, así como la atención de urgencias y emergencias médicas en todos sus aspectos. El Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) tendrá como responsabilidad administrar eficientemente los recursos que le corresponden. Entre sus objetivos principales están: a) Velar por su sostenibilidad financiera, y b) Formular y ejecutar programas integrales que atiendan las necesidades básicas de salud de la población más vulnerables del país. El monto de los recursos con que deberá financiarse FOSALUD incluirá el total del incremento anual de los ingresos que por concepto de recaudación se perciban en lo que se refiere a producción y comercialización de alcohol y de bebidas alcohólicas; productos del tabaco; armas de fuego, municiones, explosivos y artículos similares.
Ley de Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (Decreto No. 888)	1, 2	La Ley tiene por objeto establecer el régimen de equiparación de oportunidades para las personas con discapacidades físicas, mentales, psicológicas y sensoriales, ya sean congénitas o adquiridas. Entre otro, la persona con discapacidad tiene derecho a ser protegida contra la discriminación, explotación, trato denigrante o abusivo en razón de su discapacidad, a recibir educación con metodología adecuada que facilite su aprendizaje y a tener acceso a sistemas de becas.
Ley y Reglamento de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de	1, 2	La presente ley tiene por objeto prevenir, controlar y regular la atención de la infección causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y establecer las obligaciones de las personas portadoras del virus y definir de manera general la Política Nacional de Atención Integral ante el VIH/SIDA. Además garantiza los derechos individuales y sociales de las personas viviendo con el VIH/SIDA. La no discriminación, la confidencialidad, la continuidad, la integridad, la calidad, la calidez, la equidad, la información y la corresponsabilidad, son los principios rectores que inspiran las disposiciones de la ley.

<b>El Salvador</b>		
<b>Compromisos Legales Nacionales en materia de Salud</b>		
<b>Ley</b>	<b>Artículo(s) específico(s)</b>	<b>Descripción</b>
Immunodeficiencia Humana. (Decreto No. 588)		

<b>Guatemala</b> <b>Compromisos Legales Nacionales en materia de salud</b>		
<b>Ley</b>	<b>Artículo(s) específico(s)</b>	<b>Descripción</b>
Constitución Política de la República de Guatemala	52, 93, 94, 95 y 99	La Constitución sostiene que el goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna. La salud es un bien público y es obligación del Estado velar por la salud y asistencia social de todos los habitantes. El Estado velará por el estricto cumplimiento de los derechos y obligaciones derivados de la maternidad. Asimismo, velará porque la alimentación y nutrición de la población reúna los requisitos mínimos de salud.
Ley Marco de los Acuerdos de Paz (Decreto No. 52-2005)	2	Esta ley tiene por objeto establecer normas y mecanismos para regular y orientar el proceso de cumplimiento de los Acuerdos de Paz, como parte de los deberes constitucionales del Estado de proteger a la persona y a la familia, de realizar el bien común y de garantizar a sus habitantes la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona.
Código de Salud (Decreto No. 90-97 del 02OCT1997)	4, 61, 68, 78,	El Estado, en cumplimiento de su obligación de velar por la salud de los habitantes y manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad, desarrollará a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y en coordinación con las instituciones estatales centralizadas, descentralizadas y autónomas, comunidades organizadas y privadas, acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, así como las complementarias pertinentes, a fin de procurar a los guatemaltecos el más completo bienestar físico, mental y social. Asimismo, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social garantizará la prestación de servicios gratuitos a aquellas personas y sus familias, cuyo ingreso personal no les permita costear parte o la totalidad de los servicios de salud prestados. El Estado asignará los recursos necesarios para el financiamiento público de la prestación de servicios de salud, para atender a la población en general y, en forma prioritaria y obligatoria, a la de mayor postergación en su desarrollo social y económico. Asimismo, el Ministerio de Salud, apoyará con los recursos necesarios, los programas de inmunizaciones. El Estado impulsará una política prioritaria y de necesidad pública, que garantice el acceso y cobertura universal de la población a los servicios de agua potable, con énfasis en la gestión de las propias comunidades, para garantizar su manejo sostenible. El Ministerio de Salud, en colaboración con la Comisión Nacional del Medio Ambiente, las Municipalidades y la comunidad organizada, promoverán un ambiente saludable que favorezca el desarrollo pleno de los individuos, familias y comunidades.
Ley del Sistema Nacional de	2, 3, 6, 7	La Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) se asume como una política de Estado con enfoque integral, dentro del marco de las estrategias de reducción de pobreza que se definan y de las políticas globales, sectoriales y regionales, en coherencia con la realidad nacional.

<b>Guatemala</b> <b>Compromisos Legales Nacionales en materia de salud</b>		
<b>Ley</b>	<b>Artículo(s) específico(s)</b>	<b>Descripción</b>
Seguridad Alimentaria y Nutricional (Decreto No. 32 del 06ABR2005 )		<p>La discriminación en el acceso a los alimentos, así como a los medios y derechos para obtenerlos, por motivo de raza, etnia, color, sexo, idioma, edad, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social, con el fin o efecto de anular u obstaculizar la igualdad en el disfrute o ejercicio del derecho a la SAN, constituye una violación a la presente Ley.</p> <p>Se crea el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SINASAN) cuyo objetivo es establecer y mantener, un marco institucional estratégico de organización y coordinación para priorizar, jerarquizar, armonizar, diseñar y ejecutar acciones de SAN a través de planes, siendo sus objetivos principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Impulsar acciones encaminadas a la erradicación de la desnutrición y reducción de enfermedades carenciales y por exceso en todo el territorio nacional y la eliminación de la transmisión intergeneracional de la desnutrición, creando y fortaleciendo condiciones que contribuyan a que toda la población acceda a oportunidades de desarrollo humano digno;</li> <li>b. Diseñar e implementar acciones eficaces y oportunas de disponibilidad de productos básicos de la alimentación y asistencia alimentaria a los grupos de población que padecen desnutrición, complementadas con programas de desarrollo comunitario y seguridad alimentaria y nutricional;</li> <li>c. Impulsar los objetivos de la Política Nacional de SAN del Estado guatemalteco en los planes estratégicos, programas y proyectos sectoriales orientados al desarrollo socioeconómico del país.</li> </ol> <p>La ley estipula que el Ministerio de Finanzas Públicas a través de la Dirección Técnica del Presupuesto, debe incluir en el Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado para cada Ejercicio Fiscal, la asignación del medio punto porcentual (0.5%), específicamente para programas y proyectos de Seguridad Alimentaria y Nutricional de la población en pobreza y pobreza extrema.</p>
Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (Decreto No. 27-2003)	2, 25 – 35, 46, 47, 51	<p>Se considera niño o niña a toda persona desde su concepción hasta que cumple trece años de edad, y adolescente a toda aquella desde los trece hasta que cumple dieciocho años de edad.</p> <p>Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho, a un nivel de vida adecuado y a la salud, mediante la realización de políticas sociales públicas que les permitan un nacimiento y un desarrollo sano y armonioso, en condiciones dignas de existencia.</p> <p>Queda asegurada la atención médica al niño, niña y adolescente a través del sistema de salud pública del país, garantizando el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para promoción, protección y recuperación de la salud. Los niños, niñas y adolescentes que sufran deficiencia diagnosticada recibirán atención especializada. Asimismo, el Estado a través de las autoridades de salud respectivas ejecutará y facilitará el desarrollo de programas de asistencia médica y odontológica para la prevención de las enfermedades que comúnmente afectan a la población infantil. Es obligación de las autoridades sanitarias realizar campañas de vacunación para niños, niñas y</p>

<b>Guatemala</b> <b>Compromisos Legales Nacionales en materia de salud</b>		
<b>Ley</b>	<b>Artículo(s) específico(s)</b>	<b>Descripción</b>
		<p>adolescentes a fin de prevenir enfermedades epidémicas y endémicas.</p> <p>Los niños, niñas y adolescentes con discapacidad física, sensorial y mental, tienen derecho a gozar de una vida plena y digna. El Estado deberá asegurar el derecho de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad a recibir cuidados especiales gratuitos. Dicho derecho incluye, entre otros, servicios de salud y rehabilitación.</p> <p>Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser protegidos por el Estado, la familia y la sociedad a fin de que tengan acceso a la educación, el deporte, la cultura y la recreación propia a su edad, en beneficio de su salud física y mental.</p>

<b>Honduras</b> <b>Compromisos Legales Nacionales en materia de salud</b>		
<b>Ley</b>	<b>Artículo(s) específico(s)</b>	<b>Descripción</b>
Constitución de la República de Honduras (Decreto no. 131 del 11ENE1982)	123, 145 – 150	Se reconoce el derecho a la protección de la salud y reviste especial atención el derecho del niño a crecer y desarrollarse en buena salud, para lo cual deberá proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales desde el período prenatal, teniendo derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, educación, recreo, deportes y servicios médicos adecuados.
Código de Salud ( Decreto No. 65-91)	1, 8 – 24,	La salud se considera como un estado de bienestar integral, biológico, psicológico, social y ecológico. Es un derecho humano inalienable y corresponde al Estado, así como a todas las personas naturales o jurídicas, el fomento de su protección, recuperación y rehabilitación. Toda persona tiene el derecho a vivir en un ambiente sano, así como a la asistencia, rehabilitación y prestaciones necesarias para la conservación, promoción y recuperación de su salud.
Código de la niñez y la adolescencia (Decreto Legislativo No. 73 del 05SEP1996)	1,6, 11, 16 - 22	El Estado adoptará las medidas económicas, sociales y culturales que sean necesarias para brindarles apoyo a la familia y a la comunidad, con miras a crear condiciones que hagan posible el sano y pleno desarrollo de los niños, entendiendo por niño o niña a toda persona menor de 18 años. El Estado racionalizará el uso de sus recursos financieros a fin de que los niños cuenten con servicios de salud materna infantil integrales en las comunidades en que viven o en sitios próximos. Asignará, además, en forma prioritaria, recursos destinados al gasto social, prestándole especial atención a las áreas de la salud y de la educación. El Estado adoptará medidas preventivas de la salud de los niños y promoverá su adopción por los particulares.

<b>Honduras</b>		
<b>Compromisos Legales Nacionales en materia de salud</b>		
<b>Ley</b>	<b>Artículo(s) específico(s)</b>	<b>Descripción</b>
Ley de igualdad de Oportunidades para la mujer (Decreto Legislativo No. 34 del 28ABR2000)	14 - 26	El Estado debe atender la salud de la mujer con un enfoque integral y, establecer la interrelación en los aspectos de información, promoción, prevención y atención considerando todas las etapas de la vida de las mujeres y no solo su función reproductiva. El Estado se obliga a incorporar y velar por la vigencia del concepto de género y, promover la efectiva participación de la mujer en los planes, programas y proyectos de las instituciones responsables de impulsar el desarrollo y conservación
Ley especial sobre VIH/SIDA (Decreto Legislativo No. 147 del 13NOV1999)	1, 2, 7, 10, 11, 34	La prevención de la transmisión del VIH es responsabilidad del Estado, sus instituciones y la sociedad civil organizada. Esta ley busca contribuir a la protección y promoción integral de la salud de las personas, mediante la adopción de las medidas necesarias conducentes a la prevención, investigación, control y tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), así como la educación e información de la población en general. Se declara de interés nacional la lucha contra el VIH/SIDA, entendida en los aspectos de control y prevención de la propagación del VIH, considerando como puntos focales la educación y protección de la población en general, el respeto a los derechos y deberes de las personas infectadas por el VIH y enfermas del SIDA en cualquier ámbito y el tratamiento y la investigación de la infección. Se crea la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) la cual tendrá, entre otras, las atribuciones siguientes: 1) Formulación, aprobación y validación de las políticas nacionales en materia de educación, prevención, tratamiento, control, información, investigación y cualquier otro tema vinculado a la problemática de VIH/SIDA; 2) Fortalecimiento y apoyo al Plan Nacional de la Lucha contra el SIDA; 3) Gestión de recursos financieros, tecnológicos y de otra índole nacional e internacional para apoyar los programas y proyectos institucionales en materia de prevención, atención e investigación.
Ley de equidad y desarrollo integral para las personas con discapacidad (Decreto No. 160-2005)	1 – 3, 26 – 30	Su finalidad es garantizar plenamente a la persona con discapacidad el disfrute de sus derechos, establecidos en la Constitución de la República, las leyes y los convenios internacionales sobre derechos humanos. Por medio de esta ley se asegura, en igualdad de oportunidades, el acceso a servicios de salud ofrecidos en los diferentes centros hospitalarios y demás componentes del sistema de salud nacional. La Secretaría de salud será la responsable de incorporar y desarrollar programas específicos para evaluación y prevención de todas las situaciones que puedan provocar discapacidades. Asimismo, debe desarrollar programas de salud escolar, atención materno infantil, atención especial a mujeres con discapacidad y brindar servicios de rehabilitación. Se entiende por discapacidad cualquier tipo de deficiencia física, mental o sensorial, que en relación a la edad y medio social, limite substancialmente la integración y realización de las actividades del individuo en la sociedad, ya sean de tipo familiar, social, educacional o laboral.



<b>Nicaragua</b>		
<b>Compromisos Legales Nacionales en materia de salud</b>		
<b>Ley</b>	<b>Artículo(s) específico(s)</b>	<b>Descripción</b>
Constitución de Nicaragua	59, 60, 62	Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma. Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen. Los nicaragüenses tienen derecho de habitar en un ambiente saludable; es obligación del Estado la preservación, conservación y rescate del medio ambiente y de los recursos naturales. El Estado procurará establecer programas en beneficio de los discapacitados para su rehabilitación física, sicosocial y profesional y para su ubicación laboral. Es derecho de los nicaragüenses estar protegidos contra el hambre. Los trabajadores tienen derecho a condiciones de trabajo que les aseguren condiciones de trabajo que les garanticen la integridad física, la salud, la higiene y la disminución de los riesgos profesionales para hacer efectiva la seguridad ocupacional del trabajador.
Ley General de Salud (Ley No. 423)	1, 4, 5, 17, 21, 32, 37, 49, 50, 69, 70	La Ley tiene por objetivo tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud. Se garantiza el acceso a los servicios de salud, a través de la contribución y distribución de los recursos y la cobertura del servicio de salud a toda la población. Se garantiza un conjunto de acciones integradas en las diferentes fases de la prevención, promoción, tratamiento o recuperación y rehabilitación de la salud, así como contribuir a la protección del medio ambiente, con el objetivo de lograr una atención integral de la persona. Se garantiza el mejoramiento continuo de la situación de salud de la población en sus diferentes fases y niveles de atención conforme la disponibilidad de recursos y tecnología existente. El Ministerio de Salud dictará las medidas y realizará las actividades que sean necesarias para promover una buena alimentación, así mismo ejecutará acciones para prevenir la desnutrición y las deficiencias específicas de micro nutrientes de la población en general, especialmente de la niñez, de las mujeres embarazadas y del adulto mayor. En caso de (peligro) de epidemia, el Ministerio de Salud deberá declarar la emergencia sanitaria y tomar las medidas necesarias para proteger la población. La atención en salud de la mujer, la niñez y la adolescencia será de acuerdo al Programa de Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia del Ministerio de Salud. El Estado garantiza la mujer el control prenatal, atención al parto, puerperio, del recién nacido, la detección precoz del cáncer y acciones para la salud sexual y reproductiva. Los propietarios y administradores industriales están obligados de reducir la insalubridad, contaminación o molestia causada por ellos. El Ministerio de Salud, en coordinación con el Ministerio de Educación, elabora los programas obligatorios de educación para la salud. Se garantiza la gratuidad de la salud para los sectores vulnerables de la población, priorizando el cumplimiento de los programas materno-infantil, personas de la tercera edad y discapacitados.
Ley de Medicamentos y Farmacias (Ley No.	1	La Ley tiene por objeto proteger la salud de los consumidores, garantizándoles la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos eficaces, seguros y de calidad.

<b>Nicaragua</b>		
<b>Compromisos Legales Nacionales en materia de salud</b>		
<b>Ley</b>	<b>Artículo(s) específico(s)</b>	<b>Descripción</b>
292)		
Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA (Ley No. 238)	1, 3, 4, 10, 12	La Ley tiene como objeto garantizar el respeto, promoción, protección y defensa de los derechos humanos, en la prevención de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y en el tratamiento del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). El fundamento de sus disposiciones son el derecho a la vida y la salud, los derechos humanos consignados en las Declaraciones, Pactos y Convenciones contenidas en el Artículo 46 de la Constitución Política y los principios éticos de no-discriminación, confidencialidad y autonomía.
Ley de Prevención, Rehabilitación y Equiparación de oportunidades para las Personas con Discapacidad (Ley No. 202)	1, 6, 7, 9, 13	La ley establece un sistema de prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad, tendiente a mejorar su calidad de vida y asegurar su plena integración a la sociedad. El Estado impulsará medidas apropiadas para la prevención y rehabilitación de las deficiencias y las discapacidades. El Estado y la sociedad deben asumir y garantizar que se ofrezca a las personas con discapacidad, iguales oportunidades que al resto de los ciudadanos

<b>Panamá</b>		
<b>Compromisos Legales Nacionales en materia de salud</b>		
<b>Ley</b>	<b>Artículo(s) específico(s)</b>	<b>Descripción</b>
Constitución de Panamá	52, 105, 106	Es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social. El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores y garantizará el derecho de estos a la alimentación, la salud, la educación y la seguridad y previsión sociales. Igualmente tendrán derecho a esta protección los ancianos y enfermos desvalidos. Corresponde al Estado desarrollar una política nacional de alimentación y nutrición que asegure un óptimo estado nutricional para toda la población, al promover la disponibilidad, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos adecuados. Proteger la salud de la madre, del niño y del adolescente, garantizando una atención integral durante el proceso de gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo en la niñez y adolescencia. Proteger la salud de la madre, del niño y del adolescente, garantizando una atención integral durante el proceso de gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo en la niñez y adolescencia.
Ley Medicamentos y otros Productos para la Salud Humana (No. 1/2001 G.O. 24218)	1	Esta Ley regula el manejo en general de la fabricación, importación, adquisición, distribución, comercialización, información y publicidad, el registro sanitario y control de calidad, de medicamentos terminados, especialidades farmacéuticas, psicotrópicos, estupefacientes y precursores químicos de uso medicinal; de los productos biológicos, productos medicamentosos desarrollados por la ingeniería genética, fitofármacos, radiofármacos, suplementos vitamínicos, dietéticos y homeopáticos y suplementos alimenticios con propiedad terapéutica; de los equipos e insumos médico-quirúrgicos, odontológicos y radiológicos, productos o materiales de uso interno, sean biológicos o biotecnológicos, empleados en la salud humana; de los productos cosméticos, plaguicidas de uso doméstico y de salud pública, antisépticos y desinfectantes, productos de limpieza y cualquier otro producto relacionado con la salud de los seres humanos, que exista o que pueda existir.
Ley General sobre las infecciones de transmisión sexual, el virus de la inmunodeficiencia humana y el sida (Ley No. 3/2000)	1, 10, 16, 21, 25, 28	La Ley establece el marco jurídico para la educación, y promoción de la salud, para la investigación, prevención, capacitación, detección, vigilancia epidemiológica y atención integral, sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). También establece los derechos y deberes de la persona enferma o portadora de infección de transmisión sexual y el virus de la inmunodeficiencia humana, así como de las demás personas en todo el territorio nacional. Para prevenir la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana y otros agentes infectocontagiosos, el Ministerio de Salud establecerá las normas de control de calidad y manejo de los bancos de productos humanos y sus derivados; ejercerá el estricto control de calidad sobre los bancos de productos humanos y sus derivados; garantizará el cumplimiento de los procedimientos, de conformidad con las normas de bioseguridad universales. El Ministerio de Salud promoverá y mantendrá un buen nivel de información (programas educativos) para la relación sexual más segura. Toda persona diagnosticada con infección de transmisión sexual, con el virus VIH o SIDA, deberá recibir atención integral oportuna y en igualdad de condiciones. El Ministerio de

<b>Panamá</b>		
<b>Compromisos Legales Nacionales en materia de salud</b>		
<b>Ley</b>	<b>Artículo(s) específico(s)</b>	<b>Descripción</b>
		Salud gestionará y asegurará los recursos económicos para financiar la atención integral de las personas enfermas y portadoras de infecciones de transmisión sexual y del VIH.
Ley por la cual se establece la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad (Ley No. 42/1999)	1, 6, 7, 11, 12	En esta Ley se declara de interés social el desarrollo integral de la población con discapacidad, en igualdad de condiciones de calidad de vida, oportunidades, derechos y deberes, que el resto de la sociedad, con miras a su realización personal y total integración social. También se declara de interés social, la asistencia y tutela necesarias para las personas que presenten una disminución profunda de sus facultades. El Estado, a través del Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia, desarrollará políticas, planes, programas y servicios inspirados en el principio de equiparación de oportunidades y el desarrollo individual de las personas con discapacidad. El Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia coordinará la prestación de servicios sociales y, por su obligación de proteger a las personas discapacitadas, debe ofrecerles atención especializada (prioridad) en centros y hospitales subsidiado por el sector público.
Marco regulatorio e institucional para la prestación de los servicios de agua potable y alcantarillado sanitario (Decreto Ley No. 2 de 1997)	1	La Ley tiene por objeto establecer el marco regulatorio al que se sujetarán las actividades relacionadas con la prestación de los servicios públicos de abastecimiento de agua potable y alcantarillado sanitario, considerados servicios de utilidad pública. Las disposiciones de la Ley tienen la finalidad de promover la prestación de estos servicios públicos a toda la población del país en forma ininterrumpida, bajo condiciones de calidad y precios económicos, utilizando de forma sostenible los recursos naturales y protegiendo el medio ambiente.
Código Sanitario (Ley No. 66/1947 G.O. 10467)	1, 5, 85, 88, 115, 135, 154, 156, 169, 186, 186, 208, 203, 205,	El Código regula los asuntos relacionados con la salubridad e higiene públicas, la policía sanitaria y la medicina preventiva y curativa. Al Ministerio corresponde estudiar y resolver todo problema nacional de orden político, social o económico que pueda afectar la salud. El Estado proporcionará asistencia médica-social en hospitales e instituciones de índole curativa a los enfermos, deficientes físicos y desamparados. Las enfermedades comunicables están bajo el control del Departamento Nacional de Salud Pública. Es obligación primordial del Estado la protección y asistencia gratuita de la maternidad y la infancia. La educación y divulgación sanitarias estarán sujetas a la intervención de la Dirección General de Salud Pública y serán realizadas de preferencia entre las madres, educadores, escolares, obreros, campesinos, a través de las escuelas, centros de salud y unidades sanitarias. Corresponde al Estado desarrollar una política nacional de alimentación, dirigida a la población interna de los alimentos básicos para la nutrición del pueblo. Procurará asegurar en todo caso los alimentos protectores que precisa la niñez para un desarrollo correcto. Quedan bajo el control de la Dirección General de Salud Pública todos los asuntos que se refieren a higiene industrial (accidentes de trabajo). Son atribuciones y deberes del Departamento Nacional de Salud Pública dictar normas sobre agua potable y canalizaciones

<b>Panamá</b>		
<b>Compromisos Legales Nacionales en materia de salud</b>		
<b>Ley</b>	<b>Artículo(s) específico(s)</b>	<b>Descripción</b>
		y controlar la instalación el uso y la reparación de los sistemas de agua potable. Este Ley regula también las actividades sanitarias locales en relación con el control del ambiente.
Código de la Familia (y el Menor) (Ley No. 31994 G.O. No. 22,591)	1, 485, 517, 691, 694, 696, 699, 700, 704,	La unidad familiar, la igualdad de derechos y deberes de los cónyuges, la igualdad de los hijos y la protección de los menores de edad, constituyen principios fundamentales de este Ley. El Estado garantiza la salud física y mental de los menores. Corresponde al Estado garantizar la coordinación intersectorial e interinstitucional para menores que padecen algún tipo de discapacidad con el fin de facilitar su desarrollo integral y su inserción al medio social. El Estado, a través las instituciones de salud, adoptará las medidas necesarias para la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud del menor y la familia en general. El Estado ofrecerá servicios de asistencia medico-sanitaria gratuitos a la madre gestante durante el embarazo, el parto y el puerperio. Es deber del Estado administrar los recursos disponibles para poder ofrecer a toda población el derecho a contar con los servicios públicos de salud integral.

<b>América Central</b>			
<b>Compromisos legales internacionales en material de educación</b>			
Pacto, Convenio o Convención	Situación por país	Artículos	Descripción
Declaración Universal de los Derechos Humanos	Adoptada y proclamada 10/12/1948	26	Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita por lo menos en lo referente a la instrucción elemental y fundamental. Mientras que la educación elemental es obligatoria, la educación técnica y profesional debe ser generalizada con acceso a estudios superiores en forma igualitaria para todos. Por su parte, la educación tiene por objeto desarrollar la personalidad humana, fortalecer el respeto de los derechos humanos y libertades fundamentales, favorecer la tolerancia entre las naciones y grupos étnicos o religiosos y promover acciones para el mantenimiento de la paz.
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	<b>Ratificación:</b> Costa Rica 29/11/68 Honduras 17/02/81 El Salvador 30/11/79 <b>Adhesión:</b> Panamá 08/03/77 Nicaragua 12/03/80 Guatemala 19/05/88	Art. 13 y Observación 13	La educación debe ser accesible, disponible, aceptable y adaptable en todas sus formas y niveles sin discriminación. La enseñanza primaria debe ser universal, obligatoria y gratuita; la enseñanza secundaria generalizada y accesible; la enseñanza superior accesible; la educación fundamental gratuita con planes para personas de todas las edades; la instrucción técnica y profesional generalizada; y la enseñanza a discapacitados realizada en escuelas ordinarias. Por su parte, el sistema de becas debe basarse en la igualdad y la no discriminación para facilitar el acceso educativo a grupos desfavorecidos y las condiciones materiales del cuerpo docente deben mejorar.
Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre	Aprobada 02/05/1948	12	Toda persona tiene derecho a la educación que permita lograr una subsistencia digna, mejorar el nivel de vida y ser útil a la sociedad. Por su parte, este derecho comprende la igualdad de oportunidades y una educación basada en los principios de libertad, moralidad y solidaridad humana. A la vez, se indica que la educación primaria debe ser gratuita.
Convención Americana sobre Derechos Humanos (suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos,	<b>Ratificación:</b> Panamá 08/05/78 Costa Rica 08/04/70 Nicaragua 25/09/79 Honduras 09/08/77	26	Los Estados Parte se comprometen a tomar medidas económicas y técnicas a nivel interno y con la cooperación internacional para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos derivados de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, conforme a los recursos disponibles.

<b>América Central</b>			
<b>Compromisos legales internacionales en material de educación</b>			
Pacto, Convenio o Convención	Situación por país	Artículos	Descripción
Pacto de San José)	El Salvador 23/06/78 Guatemala 25/05/78		
Convención sobre los Derechos del Niño	<b>Ratificación:</b> Panamá 10/12/90 Costa Rica 21/08/90 Nicaragua 05/10/90 Honduras 10/08/90 El Salvador 10/07/90 Guatemala 06/06/90	28 - 30	Se reconoce el derecho de la niñez a la educación, para lo cual, la enseñanza primaria debe ser obligatoria y gratuita, la enseñanza secundaria generalizada y la enseñanza superior accesible. Además, los Estados parte se comprometen a adoptar medidas que fomenten la asistencia regular a las escuelas y reducir la tasa de deserción escolar. Por su parte, en cuanto a la función de la educación resalta el énfasis dado a desarrollar la personalidad, las aptitudes y capacidades de la niñez, fomentar el respeto a los derechos humanos y las libertades fundamentales, e inculcar el respeto por su identidad cultural y su idioma. No se negará a un niño que pertenezca a minorías étnicas, religiosas o lingüísticas o que sea indígena el derecho que le corresponde, en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión, o a emplear su propio idioma.
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (en vigor desde el 04ENE1969)	<b>Ratificación:</b> Costa Rica 16/01/67 Guatemala 18/01/83 Panamá 16/08/67 <b>Adhesión:</b> El Salvador 30/11/79 Honduras 10/10/02 Nicaragua 15/02/78	5, 7, 19	Los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de derechos entre los que se encuentran el derecho a la educación y la formación profesional y el derecho a participar, en condiciones de igualdad, en actividades culturales. Los Estados partes se comprometen a tomar medidas inmediatas y eficaces, especialmente en las esferas de la enseñanza, la educación, la cultura y la información, para combatir los prejuicios que conduzcan a la discriminación racial y para promover la comprensión, la tolerancia y la amistad entre las naciones y los diversos grupos raciales o étnicos. Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado.
Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 (Convenio 169 de OIT)	<b>Ratificación:</b> Costa Rica 02/04/93 Honduras 28/03/95	7, 21, 22, 26-31	Busca mejorar el nivel educativo de los pueblos como prioridad en los planes de desarrollo económico, asegurar el acceso a los medios de formación profesional con posibilidad de programas especiales acordes a sus necesidades, garantizar la adquisición de educación en todos los niveles con el reconocimiento del derecho de los pueblos para crear sus propias instituciones y medios educativos, viabilizar la

<b>América Central</b>			
<b>Compromisos legales internacionales en material de educación</b>			
Pacto, Convenio o Convención	Situación por país	Artículos	Descripción
	Guatemala 10/04/96 El Salvador 18/11/58 (C107)		enseñanza en su propia lengua, brindar oportunidad para el dominio de la lengua nacional y tomar medidas educativas para eliminar prejuicios con respecto a estos pueblos.
Convención relativa a la lucha contra las discriminaciones en la esfera de la enseñanza (en vigor desde el 22MAY1962)	<b>Ratificación:</b> Nicaragua 28/09/79 Costa Rica 10/09/63 Guatemala 21/12/82 <b>Aceptación:</b> Panamá 10/08/67	1, 4	Se entiende por discriminación toda distinción, exclusión, limitación o preferencia fundada en la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, las opiniones políticas o de cualquier otra índole, el origen nacional o social, la posición económica o el nacimiento, que tenga por finalidad o por efecto destruir o alterar la igualdad de trato en la esfera de la enseñanza y, en especial a) Excluir a una persona o a un grupo del acceso a los diversos grados y tipos de enseñanza; b) Limitar a un nivel inferior la educación de una persona o de un grupo; c) Instituir o mantener sistemas o establecimientos de enseñanza separados para personas o grupos; o d) Colocar a una persona o a un grupo de personas en una situación incompatible con la dignidad humana. Los Estados partes se comprometen a hacer obligatoria y gratuita la enseñanza primaria, generalizar y hacer accesible a todos la enseñanza secundaria en sus diversas formas; hacer accesible a todos, en condiciones de igualdad total y según la capacidad de cada uno, la enseñanza superior. Asimismo, mantener en todos los establecimientos públicos del mismo grado una enseñanza del mismo nivel y condiciones equivalentes en cuanto se refiere a la calidad de la enseñanza proporcionada.
Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas	Aprobada 18/12/92	1, 4	Los Estados protegerán la existencia y la identidad nacional o étnica, cultural, religiosa y lingüística de las minorías dentro de sus territorios respectivos y fomentarán las condiciones para la promoción de esa identidad. Los Estados deberán adoptar medidas apropiadas de modo que, siempre que sea posible, las personas pertenecientes a minorías puedan tener oportunidades adecuadas de aprender su idioma materno o de recibir instrucción en su idioma materno. Además, deberán adoptar medidas en la esfera de la educación, a fin de promover el conocimiento de la historia, las tradiciones, el idioma y la cultura de las minorías que existen en su territorio.
Declaración Universal de Derechos Lingüísticos	Aprobada 06/06/96	3, 23-29 y 40	La educación debe fomentar la capacidad de auto expresión lingüística y cultural de la comunidad donde es impartida para contribuir al mantenimiento y desarrollo de la lengua hablada por la comunidad. Por su parte, toda comunidad lingüística tiene los siguientes derechos: decidir cuál es el grado de presencia de su lengua en los diferentes niveles educativos (preescolar, primario, secundario, técnico y



<b>América Central</b>			
<b>Compromisos legales internacionales en material de educación</b>			
Pacto, Convenio o Convención	Situación por país	Artículos	Descripción
			profesional, universitario y formación de adultos), tener una educación que permita a sus miembros el dominio de su propia lengua, conocer las lenguas vinculadas a la tradición cultural propia y a disponer en el campo informático de equipos adaptados a su sistema lingüístico para aprovechar el potencial educativo que ofrecen estas tecnologías. Además, se establece que toda persona tiene el derecho de recibir educación en la lengua propia del territorio donde reside.
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (en vigor desde el 03SEP1981)	<b>Ratificación:</b> Costa Rica 04/04/86 El Salvador 19/08/81 Guatemala 12/08/82 Honduras 03/03/83 Nicaragua 27/08/81 Panamá 29/10/81	2, 10	Los Estados partes condenan la discriminación contra la mujer, por lo que adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer, a fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la educación y en particular para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres: a) Las mismas condiciones de orientación en materia de carreras y capacitación profesional, acceso a los estudios y obtención de diplomas en las instituciones de enseñanza de todas las categorías, tanto en zonas rurales como urbanas; b) Acceso a los mismos programas de estudios, a los mismos exámenes, a personal docente del mismo nivel profesional y a locales y equipos escolares de la misma calidad; c) La eliminación de todo concepto estereotipado de los papeles masculino y femenino en todos los niveles y en todas las formas de enseñanza, mediante el estímulo de la educación mixta y de otros tipos de educación que contribuyan a lograr este objetivo y, en particular, mediante la modificación de los libros y programas escolares y la adaptación de los métodos de enseñanza; d) Las mismas oportunidades para la obtención de becas y otras subvenciones para cursar estudios; e) Las mismas oportunidades de acceso a los programas de educación permanente, incluidos los programas de alfabetización funcional y de adultos, con miras en particular a reducir lo antes posible toda diferencia de conocimientos que exista entre hombres y mujeres; f) La reducción de la tasa de abandono femenino de los estudios y la organización de programas para aquellas jóvenes y mujeres que hayan dejado los estudios prematuramente; g) Las mismas oportunidades para participar activamente en el deporte y la educación física; h) Acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluidos la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia.
Convenio sobre las peores formas de trabajo infantil (en vigor desde el 19NOV2000)	<b>Ratificación:</b> El Salvador 12/10/00 Nicaragua 06/11/00	7	Todo Miembro de la Organización Internacional del Trabajo que ratifique el presente Convenio deberá adoptar, teniendo en cuenta la importancia de la educación para la eliminación del trabajo infantil, medidas efectivas y en un plazo determinado con el fin de: a) impedir la ocupación de niños en las peores formas de trabajo infantil; b) prestar la asistencia directa necesaria y adecuada para librar a los niños de las

<b>América Central</b>			
<b>Compromisos legales internacionales en material de educación</b>			
Pacto, Convenio o Convención	Situación por país	Artículos	Descripción
	Costa Rica 10/09/01 Honduras 25/10/01 Guatemala 11/10/01		peores formas de trabajo infantil y asegurar su rehabilitación e inserción social; c) asegurar a todos los niños que hayan sido librados de las peores formas de trabajo infantil el acceso a la enseñanza básica gratuita y, cuando sea posible y adecuado, a la formación profesional; d) identificar a los niños que están particularmente expuestos a riesgos y entrar en contacto directo con ellos, y e) tener en cuenta la situación particular de las niñas.
Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (OEA)	<b>Ratificación:</b> Panamá 24/01/01 Costa Rica 12/08/99 Nicaragua 15/07/02 El Salvador 15/01/02 Guatemala 08/08/02	2, 3	El objetivo de esta convención es la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad, por lo que los Estados parte se comprometen a adoptar medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad.
Declaración americana sobre los derechos de los pueblos indígenas	Aprobada 18/09/95	II, IX	Los pueblos indígenas tienen derecho al goce pleno y efectivo de los derechos humanos y libertades fundamentales reconocidas en la Carta de la OEA, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Convención Americana sobre Derechos Humanos y otros instrumentos internacionales de Derechos Humanos. Los Estados asegurarán el pleno goce de sus derechos a todos los pueblos indígenas. Los pueblos indígenas tendrán el derecho a: establecer e implementar sus propios programas, instituciones e instalaciones educacionales; preparar y aplicar sus propios planes, programas, currículos y materiales de enseñanza; y a formar, capacitar y acreditar a sus docentes y administradores. Para eso, los Estados tomarán las medidas necesarias para garantizar que dichos sistemas garanticen igualdad de oportunidades educativas y docentes a toda la población, y su complementariedad con el sistema educativo nacional. Los Estados garantizarán que dichos sistemas sean iguales en todos sus aspectos a los ofrecidos al resto de la población. Los Estados proveerán la asistencia financiera y de otro tipo, necesaria para la puesta en práctica de las provisiones de este artículo.

<b>América Central</b>			
<b>Compromisos legales internacionales en material de salud</b>			
Pacto, Convenio o Convención	Situación por país	Artículos	Descripción
Declaración Universal de los Derechos Humanos	Adoptada y proclamada 10/12/1948	25	Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	<b>Ratificación:</b> Costa Rica 29/11/68 Honduras 17/02/81 El Salvador 30/11/79 <b>Adhesión:</b> Panamá 08/03/77 Nicaragua 12/03/80 Guatemala 19/05/88	Art. 12 y Observación	Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.
Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre	Aprobada 02/05/1948	I, XI	Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona. Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.
Convención Americana sobre Derechos Humanos (suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José)	<b>Ratificación:</b> Panamá 08/05/78 Costa Rica 08/04/70 Nicaragua 25/09/79 Honduras 09/08/77 El Salvador 23/06/78	4, 26, 19	Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente. Los Estados Parte se comprometen a tomar medidas económicas y técnicas a nivel interno y con la cooperación internacional para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos derivados de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, conforme a los recursos disponibles. Todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requieren por parte de su familia, de la sociedad y del Estado.

<b>América Central</b>			
<b>Compromisos legales internacionales en material de salud</b>			
Pacto, Convenio o Convención	Situación por país	Artículos	Descripción
	Guatemala 25/05/78		
Convención sobre los Derechos del Niño	<b>Ratificación:</b> Panamá 10/12/90 Costa Rica 21/08/90 Nicaragua 05/10/90 Honduras 10/08/90 El Salvador 10/07/90 Guatemala 06/06/90	24	Se reconoce el derecho de la niñez al disfrute del más alto nivel posible de salud, y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez; b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud; c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente; d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres; e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos; f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (en vigor desde el 04ENE1969)	<b>Ratificación:</b> Costa Rica 16/01/67 Guatemala 18/01/83 Panamá 16/08/67 <b>Adhesión:</b> El Salvador 30/11/79 Honduras 10/10/02 Nicaragua 15/02/78	5	Los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de derechos entre los que se encuentran el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

<b>América Central</b>			
<b>Compromisos legales internacionales en material de salud</b>			
Pacto, Convenio o Convención	Situación por país	Artículos	Descripción
Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 (Convenio 169 de OIT)	<b>Ratificación:</b> Costa Rica 02/04/93 Honduras 28/03/95 Guatemala 10/04//96 El Salvador 18/11/58 (C107)	7, 24 - 25	Busca mejorar las condiciones de vida y del nivel de salud de los pueblos como prioridad en los planes de desarrollo económico. Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas	Aprobada 18/12/92	4, 7	Los Estados adoptarán las medidas necesarias para garantizar que las personas pertenecientes a minorías puedan ejercer plena y eficazmente todos sus derechos humanos y libertades fundamentales sin discriminación alguna y en plena igualdad ante la ley.
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (en vigor desde el 03SEP1981)	<b>Ratificación:</b> Costa Rica 04/04/86 El Salvador 19/08/81 Guatemala 12/08/82 Honduras 03/03/83 Nicaragua 27/08/81 Panamá 29/10/81	2, 12	Los Estados partes condenan la discriminación contra la mujer, por lo que adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer, a fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la atención médica y en particular para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres el acceso a los servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. Los Estados partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.
Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra	<b>Ratificación:</b> Panamá 24/01/01 Costa Rica 12/08/99 Nicaragua	2, 3	El objetivo de esta convención es la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad, por lo que los Estados parte se comprometen a adoptar medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su

<b>América Central</b>			
<b>Compromisos legales internacionales en material de salud</b>			
Pacto, Convenio o Convención	Situación por país	Artículos	Descripción
las personas con discapacidad (OEA)	15/07/02 El Salvador 15/01/02 Guatemala 08/08/02		plena integración en la sociedad. Los Estados partes deberán trabajar prioritariamente en las siguientes áreas: a) prevención de todas las formas de discapacidad prevenibles, b) detección temprana, tratamiento, rehabilitación, educación, formación ocupacional y el suministro de servicios globales para asegurar un nivel óptimo de independencia y de calidad de vida para las personas con discapacidad.
Declaración americana sobre los derechos de los pueblos indígenas	Aprobada 18/09/95	II, XII	Los pueblos indígenas tienen derecho al goce pleno y efectivo de los derechos humanos y libertades fundamentales reconocidas en la Carta de la OEA, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Convención Americana sobre Derechos Humanos y otros instrumentos internacionales de Derechos Humanos. Los Estados aseguran el pleno goce de sus derechos a todos los pueblos indígenas. Los pueblos indígenas tendrán derecho a usar, mantener, desarrollar y administrar sus propios servicios de salud, así como deberán tener acceso, sin discriminación alguna, a todas las instituciones y servicios de salud y atención médica. Los Estados proveerán los medios necesarios para que las poblaciones indígenas logren eliminar las condiciones deficitarias de salud que existan en sus comunidades, según estándares internacionalmente aceptados.
Declaración de Derechos del Retrasado Mental	Proclamado 20/12/71	1, 2	El retrasado mental debe gozar, hasta el máximo grado de viabilidad, de los mismos derechos que los demás seres humanos. El retrasado mental tiene derecho a la atención médica y el tratamiento físico que requiera su caso, así como a la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes.
Declaración universal sobre la erradicación del hambre y la malnutrición	Aprobada 16/11/74	1	Todos los hombres, mujeres y niños tienen el derecho inalienable a no padecer de hambre y malnutrición a fin de poder desarrollarse plenamente y conservar sus capacidades físicas y mentales. La sociedad posee en la actualidad recursos, capacidad organizadora y tecnología suficientes y, por tanto, la capacidad para alcanzar esta finalidad. En consecuencia, la erradicación del hambre es objetivo común de todos los países que integran la comunidad internacional, en especial de los países desarrollados y otros que se encuentran en condiciones de prestar ayuda. Los gobiernos tienen la responsabilidad fundamental de colaborar entre sí para conseguir una mayor producción alimentaria y una distribución más equitativa y eficaz de alimentos entre los países y dentro de ellos.
Declaración de	Aprobada	52	Se establecen medidas de precaución universales en los servicios de

<b>América Central</b>			
<b>Compromisos legales internacionales en material de salud</b>			
Pacto, Convenio o Convención	Situación por país	Artículos	Descripción
compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA	27/06/01		atención de la salud a fin de prevenir la transmisión de la infección por el VIH;
Convención interamericana sobre obligaciones alimentarias	<b>Ratificación:</b> Panamá 07/21/98 Costa Rica 01/19/01 Guatemala 13/09/95	4	Toda persona tiene derecho a recibir alimentos, sin distinción de nacionalidad, raza, sexo, religión, filiación, origen o situación migratoria, o cualquier otra forma de discriminación.

ANEXO 2  
Centroamérica:  
Objetivos de Milenio en la salud y la educación,  
los avances y la perspectiva de cumplimiento



Avances de los Objetivos de Milenio relacionados con salud						
países/ objetivos	Objetivo 1.		Objetivo 4.		Objetivo 5.	
	Avances	Perspectiva de cumplimiento	Avances	Perspectiva de cumplimiento	Avances	Perspectiva de cumplimiento
	Meta 2. Reducir a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambre hasta 2015 ( % de niños con peso inferior al normal de su edad)		Meta 5. Reducir la Mortalidad de los Niños y Niñas menores de 5 años en dos terceras partes para 2015 (tasas por 1000 nacidos vivos)		Meta 6. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna (tasa por 100,000) en tres cuartas partes	
Costa Rica (2004)	n.a.	n.a.	Tasa decreciente de la mortalidad de niñez de 3,7 en 1990 a 2,2 en el año 2003; 1990-2003 reducción de la mortalidad infantil del 34 (1990-2003); vacuna contra sarampión muestra reducción de 100% en 1997a 80% en 2000	Cumplimiento de meta de mortalidad de niñez 2 es factible; mortalidad infantil a 9 por cada mil nacidos vivos es alcanzable; cobertura nacional de vacunación contra el sarampión para 1990-2003 es demasiado variable para alcanzar los 95% de cobertura	Tasa de mortalidad materna aumentó de 1,5 en 1990 a 3,3 en 2003; porcentaje de partos hospitalarios consistentemente alto, 99,4% en 2003	Ocurrencia de muertes maternas de 2 alcanzable debido al alto porcentaje de muertes que son prevenibles; meta propuesta de partos supervisados de 97% ya alcanzada
El Salvador (2007)	Reducción de la desnutrición infantil de 11.2 % en 1991 a 10.3% en 2005	Cumplimiento de meta de 5.6% es poco probable	Reducción de 52 en 1991 a 31 en 2005	Cumplimiento de la meta de 17 es probable	Reducción de 158 % en 1991 a 71% en 2005	Cumplimiento de meta de 40% es probable
Guatemala (2007)	Reducciones fuerte en desnutrición global (de 27% en 1995 a 23% en 2002), aunque el ritmo se detuvo en 1998, reducción mínima para 2002	Resulta poco probable que alcanza la meta de 17%.	Disminución de 68 en 1995 a 53 en 2002 de la mortalidad de la niñez; reducción de 73 en 1987 a 38 en 2002 de la mortalidad infantil; porcentaje creciente de niños con vacuna contra sarampión de 55% en 1987 a 74.7%	Cumplimiento poco probable de meta para mortalidad de niñez que es 23; poco probable también para la mortalidad infantil que es 17; meta de 95% de niños con vacuna contra sarampión poco probable	Reducción de la mortalidad materna de 248 en 1989 a 153 en 2000 y a 121 en 2005; aumento de partos atendidos de 29 en 1989 a 41 en 1995	Poco probable bajar la mortalidad materna a 62; falta de datos para evaluar cumplimiento de partos atendidos

			en 2002			
Honduras (2007)	Reducción de la desnutrición infantil de 21.4% en 1991 a 12.6% en 2005-2006	Cumplimiento de meta de 10.7% es probable	Reducción débil de mortalidad infantil de 35 en 1991-1996 a 23 en 2001-2006	Cumplimiento de la meta de 12 es poco probable	Reducción de 182 por cada 100,000 nacidos en 1990 a 110 en 2000	Cumplimiento de la meta de 46 es poco probable
Nicaragua (2006)	En 2004 uno de cada 4 niños presentó una retarda en el crecimiento físico	Necesario redoblar esfuerzos	Reducción de tasa de mortalidad de niñez de 50 en 1998 a 40 en 2001	Dificultad de alcanzar meta de 17; necesario redoblar esfuerzos	Aumento de tasa de mortalidad materna de 91 en 1992 a 121 en 2005	Meta de 27 no es alcanzable; necesario redoblar esfuerzos
Panamá (2005)	Ninguna reducción de porcentaje de desnutrición global entre 1997 y 2003 (6.8%); 623,255 personas por debajo del nivel de consumo mínimo de energía alimentaría	Es poco probable cumplir con la meta de 3.4%	Reducción de tasa de mortalidad de niñez de 24.3 en 1990 a 20.8 en 2003; reducción leve en mortalidad infantil de 1.45 puntos porcentuales de 2000 a 2003; cobertura de vacuna contra sarampión decreciente de 96.7% a 83.3% en 2003	Dinamismo lento; poco posible alcanzar meta de 8.02 para mortalidad de la niñez; también cumplimiento poco posible para mortalidad infantil (6.31) y niños con vacuna (100%)	Leve aumento de la tasa de mortalidad materna de 60 en 2000 a 70 en 2003; número de partos atendidos de personal especializado aumentó a 92.5% en 2003	No probable cumplimiento de la meta de 12.5 de mortalidad materna; probable alcanzar meta de 100% para partos atendidos

**Avances de los Objetivos de Milenio relacionados con salud**

países/ objetivos	Objetivo 6.	
	Meta 7. Haber detenido y comenzado a reducir, para el 2015, la propagación del VIH/SIDA	Meta 8. Haber detenido y comenzado a reducir, para el 2015, la incidencia de la malaria , la tuberculosis y otras enfermedades graves (por 100,000)
	Avances	Perspectiva de cumplimiento
		de
	Avances	Perspectiva de cumplimiento

Costa Rica (2004)	De 1990 a 2003 la tasa de mortalidad por VIH/SIDA general aumentó 5 veces	Se requiere redoblar esfuerzos	1990-2003 la tasa de mortalidad ha sido cero, 1990 la incidencia de tuberculosis fue de 9,3 pasando en el 2003 a 14,0 pero con mortalidad decreciente	Meta de incidencia de malaria de 10% y mortalidad de 0% alcanzables; meta de incidencia de tuberculosos (8%) y mortalidad (2%) alcanzables
El Salvador (2007)	Subida de incidencia de 2.8% por 100,000 habitantes en 1991 a 17.3 % en 2005; subida de incidencia de SIDA de 2.5% a 6.2 % en 2005	Es probable revertir la tendencia hasta 2015	n.a.	n.a.
Guatemala (2007)	Aumento en prevalencia de VIH en adultos de 15 a 49 años de 0.38% en 1995 a 0.85 en 1997-2002; subida en porcentaje de uso de preservativos (de 4.5 % a 57%); subida en % de pacientes de VIH/SIDA que reciben ARV (de 0% en 1990 a 58% en 2005); subida de muertos anuales de 170 en 1990 a 3,210 en 2005	Tendencias positivas en la mayoría de indicadores; necesario redoblar esfuerzos	Disminución progresiva en malaria desde 1993 hasta llegar a 29,854 casos en 2002; numero de casos de tuberculosis subió a partir de 2004; reducción de otras enfermedades graves (diarrea) por casi 50% entre 1987 y 2002 en área metropolitana, en contrario a área rural;	Tendencias positivas en malaria y en parte para otras enfermedades graves; tendencias negativas para tuberculosis
Honduras (2007)	Casos reportados desde 1985 a 2005 de 22,847 personas (VIH/SIDA); incidencia de SIDA pasó de 32.9 por 100,000 en 1998 a 13.8 en 2005	Se mostró una desaceleración	Reducción de incidencia de malaria de 1,131 en 1990 a 206 en 2005; tendencia hacia bajada de tuberculosos de 7.7 % a 45.9%; evolución fluctuante de dengue	Reducciones no sostenible
Nicaragua (2006)	Tendencia ascendente de incidencia de VIH/SIDA hasta 8.24 por 100,000 en 2005	Cumplimiento no probable	Descenso significativo de malaria pero todavía alta mortalidad: 8 muertos en 2002, 6 en 2005	Posible reducir mortalidad por malaria en 2010
Panamá (2005)	Prevalencia de VIH en el grupo de 15-24 años es de 0.9% en 2004; tasa de mortalidad es de 13.6 por 100,000 en 2003;	Altos niveles de prevalencia complican cumplimiento y falta de suficientes datos	Incidencia de malaria creciente de 36.3 en 2000 a 144.2 en 2003; aumento de la tasa de tuberculosis de 40.2 a 45 en 2003; tasa de mortalidad de tuberculosis decreciente (de 6.5 en 2000 a 6.3 en 2003); duplicación	Falta de datos detallados para evaluación de malaria; dificultad de alcanzar la meta de 20 para incidencia de tuberculosis y 0 para mortalidad por tuberculosis, pero tendencia positiva por decreciente mortalidad de

		de personas tratadas entre 2000 y 2003	ambos
--	--	---	-------

Nota 1: cobertura de vacuna contra sarampión es porcentaje de niños y niñas de un año con vacuna contra sarampión

Nota 2: partos atendidos son porcentaje de partos atendidos por personal médico

Fuente: Costa Rica: Sistema de Naciones Unidas en Costa Rica, Consejo Social de Gobierno. 2004. Primer informe sobre el avance del país en el cumplimiento de los Objetivo de Desarrollo del Milenio. San José; El Salvador: PNUD. 2007. Trayectoria hacia el cumplimiento de los ODM en El Salvador. San Salvador; Guatemala: Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. 2006. II Informe de Avances de Objetivos de Desarrollo del Milenio. Guatemala; Honduras: Sistema de Naciones Unidas Honduras. 2007. Objetivos de Desarrollo de Milenio. Segundo Informe de país. El logro de los ODMs una responsabilidad compartida; Nicaragua: PNUD. 2006. Objetivos de Desarrollo del Milenio; Panamá: República de Panamá. Gabinete Social. Sistema de Naciones Unidas Panamá. 2005. II Informe de Panamá sobre los Objetivos de Desarrollo de Milenio.

### Avances de los Objetivos de Milenio relacionados con educación

países/ objetivos	Objetivo 2.	
	Meta 3. Velar para que, en el año 2015, todos los niños y niñas puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria	
	Avances	Perspectiva de cumplimiento
Costa Rica (2004)	Tasa neta de escolaridad en educación primaria prácticamente del 100% (90.9% en 2003) ; tasa de finalización solo a 84.1% en 2002; la tasa de alfabetización de la población de 15-24 años era de 97,1% en 1984 y subió a 97.6% en 2000; 2003 la tasa neta de escolarización en el ciclo de transición alcanzó un 90,9% pero la tasa en el ciclo interactivo II sólo esta a 37%; la tasa neta de matrícula en la secundaria quedó a 69.9% en 2003;	Es necesario redoblar esfuerzos en la tasa neta de escolaridad en la primaria y en la tasa de finalización; también en la alfabetización y en las tasas netas de escolarización, especialmente en el ciclo interactivo II (meta es 72.3%); cumplimiento no probable en la tasa neta de matrícula en la secundaria (89%)
El Salvador (2007)	La tasa neta de matrícula en primaria subió de 78% en 1991 a 88% en 2002; el porcentaje de estudiantes que comienzan el primer y llagan al quinto grado subió de 58.1% en 1991 a 74.6% en 2002; la tasa de alfabetización de jóvenes entre 15 y 24 años subió de 85% a 93% en los mismos años	el cumplimiento de la meta (100% en los indicadores) es muy probable
Guatemala (2007)	La tasa neta de escolaridad primaria subió de 71.1% entre 1989-1994 a 92.3% entre 200-2004; la proporción de estudiante que empiezan el primer grado y culminan el sexto grado también subió de 43.7% a 65.1% y la tasa de alfabetización de las personas entre 15 y 24 años aumentó de 74.8% a 82.2% en los mismos períodos; todavía avances desiguales dentro de los segmentos de la población	posible alcanzar la meta de 100% de la tasa neta de matrícula en la enseñanza primaria ; tendencia positiva de la tasa de finalización y en la tasa de supervivencia; tendencia positiva de alfabetización pero es necesario redoblar esfuerzos para alcanzar meta de 100%

Honduras (2007)	La tasa neta subió de 89.9 a 90.6 y la tasa de alumnos que completan el sexto grado en la educación primaria subió de 64.7% a 79.4% en el mismo período; la tasa de alfabetización de personas entre 15 y 24 años subió de 87.4% en 1990 a 92.2% en 2005	Estancamiento en la evolución de la tasa neta de matrícula; cumplimiento poco probable
Nicaragua (2006)	Reducción de la tasa de matriculación de la educación primaria de 86% en 2002 a 80.3% en 2005; en cuatro departamentos casi dos de cada cinco personas no saben leer ni escribir (9% analfabetismo a nivel nacional); de cada diez niños y niñas que entran en el primer grado en primaria, sólo cuatro terminan el sexto grado	Cumplimiento del objetivo muy poco probable
Panamá (2005)	Mejoramiento de la tasa neta de matrícula en la educación primaria de 91.0% en 1990 a 99.9% en 2003; la tasa de supervivencia al V grado subió de 29.5% en 2000 a 88.3% en 2004; la tasa de alfabetización subió de 94.79 en 1990 a 96.45% en 2003;	Cumplimiento de la meta de 100% en matrícula para la primaria probable; para otros indicadores es necesario redoblar esfuerzos para cumplir objetivo

#### Avances de los Objetivos de Milenio relacionados con educación

países/ objetivos	Objetivo 3.	
	Meta 4. Eliminar la disparidad de género en la educación primaria y secundaria, preferiblemente hacia el 2005, y en todos los niveles de enseñanza no más allá de 2015	
	Avances	Perspectiva de cumplimiento
Costa Rica (2004)	Diferencia en tasas netas y brutas de escolarización entre mujeres y hombre en todos los niveles a favor de mujeres (en promedio en 1999-2004: interactivo: 1.03; transición y primaria: 1.01; secundaria 1.10; superior: 1.19 en 2003); 1984, la tasa de alfabetización de la población entre 15 y 24 era 97.1%, con una pequeña diferencia a favor de las mujeres (97.5% respecto a 96,8% de los hombres); en 2000 subió a 97.6%, también más a favor de mujeres; La tasa bruta de participación en la fuerza de trabajo aumentó de 38% a 43% entre 1990 y 2003 y el incremento fue más significativo para las mujeres (de un 21,6% en 1990 a 30,1% en el 2003); la tasa bruta de participación de mujeres en áreas urbanas fue 35,2% en el año 2003 respecto a un 55,9% para los hombres, en la zona rural estas tasas mostraron valores de 22,4% y 56,7%, respectivamente; durante	ha habido avances en materia de equidad de género y en la creación de oportunidades para las mujeres pero es necesario redoblar esfuerzos para alcanzar meta

	<p>el período 1990-2003 la proporción de mujeres entre los empleados remunerados en el sector no agrícola pasó de un 35,3% en 1990 a un 38,9% en el 2003; la proporción de puestos ocupados por mujeres en el Parlamento nacional pasó de 12.3% entre 1990-1994 a 47.1% en 2002-2006;</p>	
El Salvador (2007)	<p>La relación entre niños y niñas en la educación primaria y secundaria se mejoró de 100 en 1991 a 101 en 2002; la relación entre las tasas de alfabetización entre mujeres y hombres de 15 a 24 años subió de 99 a 100; la proporción de mujeres entre trabajadores en el sector no agrícola subió de 45 a 48.4 en el mismo período; el porcentaje de curules ocupados por mujeres en el parlamento nacional se redujo de 12% a 11% en el mismo período</p>	<p>Los primeros dos indicadores cumplen ya con la meta de 100; el tercer indicador cumple muy probablemente con la meta de 50; solo el último indicador muy probablemente no cumplirá con la meta de 50</p>
Guatemala (2007)	<p>La relación entre niños y niñas en la educación primaria se mejoró de 0.89 en 1994 a 0.95 en 2004; en la secundaria se mejoró de 0.91 en 1991 a 0.92 en 2003; en el ciclo diversificado subió de 1.01 en 1989 a 1.08 en 2003; la relación entre mujeres y hombre en la educación superior subió de 0.69 en 2000 a 0.86 en 2004; la relación entre las tasas de alfabetización de mujeres y hombre entre 15 y 24 años mejoró de 0.82 en 1989 a 0.91 en 2002; la proporción de mujeres en los empleados en el sector agrícola subió de 35% en 1989 a 37% en 2001; la proporción de puestos ocupados por mujeres en el Congreso de la República aumentó de 7% en 1990 a 9% en 2003</p>	<p>Cumplimiento (1.0 para los primeros 5 indicadores; 50% para el último indicador) no es probable; disparidades regionales y sociales</p>
Honduras (2007)	<p>La proporción de mujeres que asisten a centros educativos en comparación a los hombre subió en a nivel de la secundaria y terciaria (en 1990 1.16 y 1.03, en 2006 1.23 y 1.32 respectivamente); a nivel de la primaria se quedo a 0.97 hasta 2006; las tasas de alfabetización subieron de 87.4 en 1990 a 92.5 en 2006 con mayor incremento para mujeres; la porción de mujeres empleadas en puestos del sector no agrícola pasó de 39.0% en 1990 a 42.3% en 2005;</p>	<p>Tendencia positiva</p>

Informe Estado de la Región 2008

Nicaragua (2006)	La relación entre niñas y niños con acceso al sistema educativo bajó de 113 en 1992 a 106 en 2003; existe paridad entre mujeres y hombres en las tasas netas de escolaridad en preescolar y primaria, mientras que en el nivel de secundaria las mujeres ya superaron la tasa de matrícula masculina; sólo dos de cada cinco mujeres tienen ocupación plena	cumplimiento poco probable; es necesario redoblar esfuerzos
Panamá (2005)	La relación entre mujeres y hombres en la educación primaria y superior subió de 92.0 y 139.8 respectivamente en 1990 a 93.0 y 150 respectivamente en 2003; la relación bajó en la educación secundaria de 103.5 a 102.0 en el mismo período; la relación en las tasas de alfabetización entre mujeres y hombres en la edad de 15 a 24 es 0.99; la proporción de mujeres entre empleados asalariados en el sector no agrícola subió de 43% en 2001 a 44% en 2003; la proporción de mujeres en puestos del parlamento subió mucho de 7.5 en 1989 a 50 en 2004	avances en la igualdad entre sexo pero es necesario redoblar esfuerzos para alcanzar meta

Fuente: Costa Rica: Sistema de Naciones Unidas en Costa Rica, Consejo Social de Gobierno. 2004. Primer informe sobre el avance del país en el cumplimiento de los Objetivo de Desarrollo del Milenio. San José; El Salvador: PNUD. 2007. Trayectoria hacia el cumplimiento de los ODM en El Salvador. San Salvador; Guatemala: Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. 2006. II Informe de Avances de Objetivos de Desarrollo del Milenio. Guatemala; Honduras: Sistema de Naciones Unidas Honduras. 2007. Objetivos de Desarrollo de Milenio. Segundo Informe de país. El logro de los ODMs una responsabilidad compartida; Nicaragua: PNUD. 2006. Objetivos de Desarrollo del Milenio; Panamá: República de Panamá. Gabinete Social. Sistema de Naciones Unidas Panamá. 2005. II Informe de Panamá sobre los Objetivos de Desarrollo de Milenio.

## Bibliografía

1. Agosín, Manuel y Roberto Machado. 2005. Reforma tributaria y desarrollo humano en Centroamérica. Revista virtual Centroamérica en la economía mundial del siglo XXI. Volumen 5. Tema 2. Marzo: <http://www.ca-asies.org/ca1/revista5.htm>
2. Alston, Philip. A Human Rights Perspective on the Millennium Development Goals. New York.
3. Barahona, Manuel. Sauma, Pablo. Torres-Rivas, Edelberto. 2004. Democracia, Pobreza y Desigualdades en Centroamérica, Panamá y República Dominicana. Guatemala.
4. BID. Banco Interamericano de Desarrollo. 2007. La economía política del proceso presupuestario en Costa Rica: análisis de las reglas, actores e incentivos. Costa Rica.
5. CELS. Center for Legal and Economic Studies. 2004. An Approximation to a Rights Approach to Development Strategies and Policies in Latin America. Santiago de Chile.
6. CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2004. Población, envejecimiento y desarrollo. Documento preparado para Trigésimo Período de Sesiones de la CEPAL, San Juan, Puerto Rico.
7. CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2004. Reassessing Social Policies in Latin America: From the Washington Consensus to Rights-Based Development. Santiago de Chile.
8. CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2005. Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe. Serie Población y Desarrollo No. 58. Santiago de Chile. Febrero.
9. CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe 2006a. Panorama Social de América Latina 2006. Santiago de Chile.
10. CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2006b. Tributación en América Latina. En busca de una nueva agenda de reformas.
11. CEPAL, Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe. 2006c. La Protección Social de Cara al Futuro. Acceso, Financiamiento y Solidaridad. Uruguay.
12. CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, FAORLC. Oficina Regional de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación para América Latina y el Caribe, PMA. Oficina del Programa Mundial de Alimentos para América Latina y el Caribe. s.f. Hambre y Cohesión social: cómo revertir la relación entre inequidad y desnutrición. <http://www.rlc.fao.org/iniciativa/pdf/hamyys.pdf>
13. CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe 2007a. Panorama Social de América Latina 2007. Santiago de Chile.
14. CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2007b. Impacto Social de la desnutrición infantil en Centroamérica y República Dominicana. Documento de proyecto. Santiago de Chile. Julio.
15. CEPAL, ICEFI. 2006. Retos de la política fiscal en América Central. Guatemala.
16. CIDOB. Centro de Investigaciones de Relaciones Internacionales y Desarrollo. 2007. Seguridad humana: conceptos, experiencias y propuestas. Revista CIDOB D'AFERS. Internationals 76.



17. Eide, Asbjorn y Allan Rosas. 1995. Economic, Social and Cultural Rights: a Universal Challenge. Economic, Social and Cultural Rights. Martinus Nijhoff Publishers. Dordrecht, Boston y Londres.
18. FMI. Fondo Monetario Internacional. Políticas Fiscales para apoyar la Estabilidad Económica y Social. Resumen Ejecutivo. 2007
19. FLACSO. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. 2002. La Seguridad Humana: referencias conceptuales y aplicabilidad a Centroamérica. Chile.
20. Friedrich Ebert Stiftung. 2004. Gobernabilidad, gobernabilidad democrática y el papel de las políticas sociales.
21. Fukuda-Parr, Sakiko. 2007. Human Rights and National Poverty Reduction Strategies. Conceptual framework for human rights analysis of poverty reduction strategies and reviews of Guatemala, Liberia and Nepal.
22. Funes, Lucina. Posas, Karla. 2007. Democracia social y mensajes electorales en Centroamérica. La agenda económica de la política regional. Tegucigalpa.
23. FUSADES. Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social. 2005. Dinámica centroamericana. Desafíos para un desarrollo sostenible. Departamento de Estudios Económicos y Sociales. San Salvador.
24. Graña, Francois. Globalización, Gobernanza y “Estado mínimo”: pocas luces y muchas sombras. Polis. Revista de la Universidad Bolivariana. Vol. 4. No. 012. Santiago de Chile.
25. Holmes, Stephen. Sunstein, Cass. 1999. The cost of rights. Why Liberty Depends on Taxes. New York.
26. ICEFI. Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales. 2006. Análisis del Presupuesto Nacional 2006. Un enfoque de derechos, Boletín de Estudios Fiscales No. 4, Guatemala Ciudad.
27. ICEFI. Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales. 2007a. Análisis presupuestario del gasto en seguridad alimentaria y nutricional en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. Documento preparado para el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá INCAP. Guatemala.
28. ICEFI. Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales, La Política Fiscal en la encrucijada. 2007. El Caso de América Central. Guatemala.
29. ICEFI. Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales. 2007. Más y Mejor Educación en Guatemala (2008-2021), ¿Cuánto nos cuesta?. Guatemala.
30. IDS. Institute of Development Studies. 2003. IDS Policy Briefing, The rise of rights. Rights-based approaches to international development.
31. Iglesias, Enrique. 2004. Democracia y desarrollo: la política importa. La democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos. Contribuciones para el debate. Editado por PNUD. Buenos Aires: Alfaguara.
32. IIE. Institute of International Education. Circulo de Derechos. Una herramienta de entrenamiento para el activismo en defensa de los derechos económicos, sociales y culturales. Modulo 19. Washington.
33. IIE. Institute of International Education. 1999. A rights-based approach towards budget analysis. Filipinos.
34. Malhotra, Rajeev. Fasel, Nicolas. Quantitative Human Right Indicators –a survey of major initiatives. Draft for Discussion.
35. Medina Nuñez, Ignacio. 1998. Estado Benefactor y reforma del Estado. Espiral. Estudios sobre Estado y Sociedad. Vol. IV. No. 11. p. 29.
36. Mendal, José. 2004. Diagnóstico del Sistema Retributivo del Sector Público y Propuesta de Escenarios de Política Retributiva del Sector Público Nicaragüense.

37. Moore, Mick. 2004. Taxation and the Political Agenda, North and South. in: Forum for Development Studies No. 1-2004.
38. Ministerio de Salud y Asistencia Social. 2003. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. Guatemala.
39. Montiel, Lucía. 2004. Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria. Revista IIDH Vol. 40. Julio – Diciembre.
40. Krennerich, Michael y Manuel Góngora. 2006. Los derechos sociales en América Latina. Desafíos en justicia, política y economía. Editado por el Centro de Derechos Humanos de Nuremberg, Alemania.
41. OACDH. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. 2006. Frequently asked questions on a human rights-based approach to development cooperation. New York, Ginebra.
42. OACDH. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. 2004. Los Derechos Humanos y la Reducción de la Pobreza: un marco conceptual. New Cork, Ginebra.
43. OACDH. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. 2002. Principles and Guidelines for a Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies. Ginebra.
44. OIT. Oficina Internacional del Trabajo. 2005. Envejecimiento de la población y los sistemas de protección social en América Latina. México.
45. OMS. Organización Mundial de Salud. 2002. Active Ageing. A Policy Framework. Madrid.
46. OMS. Organización Mundial de la Salud. 2005. Informe sobre la salud en el mundo 2005. ¡Cada madre y cada niño contarán! Ginebra.
47. OMS. Organización Mundial de la Salud. 2007. World Health Statistics 2007.
48. ONU. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación General No. 14. 2000. Párrafo 8.
49. ONU. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 1966. Artículo 2.
50. OPS. Organización Panamericana de la Salud 2005. Derechos humanos y derechos a la salud: construyendo ciudadanía en salud. Cuadernos de promoción de la salud No. 16. Lima
51. OPS. Organización Panamericana de Salud. 2007. La Salud en las Américas. Volumen I-Regional. Washington.
52. OPS. Organización Panamericana de la Salud. 2002. Noticias e información del Centenario. Información de Prensa. (<http://www.paho.org/Spanish/DPI/100/100feature19.htm>)
53. Report of Turku Expert Meeting on Human Rights Indicators. 10-13 Marzo 2005. en Turku/Abu Finlandia
54. Padilla, Karen y Heate McNaughton. 2003. La Mortalidad Materna en Nicaragua: Una mirada rápida a los años 2000-2002. Managua.
55. PNUD. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 2000. Informe sobre desarrollo humano 2000. New York.
56. Poivesan, Flavia. 2004. Transversalidades. Los retos de la sociedad civil en la defensa de los derechos económicos, sociales y culturales. Revista IIDH Vol. 40. Julio – Diciembre
57. Rights-based approaches. Consultada el 11 de octubre de 2007 en <http://www.unhchr.ch/development/approaches-04.html>

58. Saettone, Mariela. 2004. El estado de derecho y los derechos económicos, sociales y culturales de la persona humana. Revista IIDH Vol. 40. Julio – Diciembre.
59. Schneider, Aaron. Globalización, Modernización y Oportunidades perdidas: Lecciones de América Central.
60. Sen, Amartya. 2000. Desarrollo y Libertad. Barcelona.
61. UIS. 2006. UIS Regional Profile. Teacher supply and demand in Latin America and the Caribbean.
62. UNICEF. United Nations Children´s Fund. 2004. The human rights-based approach. Statement of common understanding. New York.
63. UNICEF. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Centro de Prensa. Datos sobre la infancia. ([http://www.unicef.org/spanish/media/media\\_35898.html](http://www.unicef.org/spanish/media/media_35898.html))
64. UN/OHCHR. 2007. Integrating human rights into national poverty reduction strategies. UN/OHCHR Nepal Field Assessment Mission Report. Suiza.
65. World Bank. 1999. Panamá Poverty Assessment. Priorities and Strategies for Poverty Reduction. Volume I Main Report.
66. World Bank. 2005. El Salvador Poverty Assessment: Strengthening Social Policy.

---

<sup>11</sup> En el anexo 1 se describe de forma más extensa el marco conceptual utilizado en la elaboración de este estudio, así como una definición amplia del enfoque de Derechos Humanos y su aplicabilidad en el análisis del quehacer público, y en especial de los presupuestos públicos. También se hace una descripción de los aspectos, problemas y desafíos que enfrenta el análisis presupuestario bajo este enfoque.

<sup>2</sup> Rights-based approaches. Consultada el 11 de octubre de 2007 en <http://www.unhchr.ch/development/approaches-04.html>

<sup>3</sup> IDS, Institute of Development Studies. 2003. IDS Policy Briefing, The rise of rights. Rights-based approaches to international development.

<sup>4</sup> Fukuda-Parr, Sakiko. 2007. Human Rights and National Poverty Reduction Strategies. Conceptual framework for human rights analysis of poverty reduction strategies and reviews of Guatemala, Liberia and Nepal. pp. 9, 10.

<sup>5</sup> Ibidem. pp. 9, 11.

<sup>6</sup> OPS, Organización Panamericana de la Salud. 2005. Derechos humanos y derechos a la salud: construyendo ciudadanía en salud. Cuadernos de promoción de la salud No. 16. Lima

<sup>7</sup> Krennerich, Michael y Manuel Góngora. 2006. Los derechos sociales en América Latina. Desafíos en justicia, política y economía. Editado por el Centro de Derechos Humanos de Nuremberg, Alemania.

<sup>8</sup> CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2004a. Reassessing Social Policies in Latin America: From the Washington Consensus to Rights-Based Development. Santiago de Chile. p. 4.

<sup>9</sup> Rights-based approaches. Consultada el 11 de octubre de 2007 en <http://www.unhchr.ch/development/approaches-04.html>

<sup>10</sup> En relación a su objetivo el enfoque está vinculado con el concepto de la “seguridad humana”, un concepto integral de seguridad que se centra en el ser humano como beneficiario final de la seguridad, y que advierte que no solo basta proteger al Estado para proteger al ser humano (preocupación militar), sino que es necesario también incorporar resguardos para proteger al ser humano de abusos de poder por parte del Estado. El concepto intenta, como lo hace el enfoque de Derechos Humanos, dar una respuesta a problemas como gobiernos autoritarios y subordinación de problemas sociales y económicos y ofrece como solución el desarrollo, no las armas.

<sup>11</sup> Fuentes, Juan Alberto y Fukuda-Par, Sakiko. 2007. “Violent conflict, human rights and the state” Paper presented at Wilton Park, Conflict and Development in Africa, 3-4 November, 2007.

<sup>12</sup> CELS. 2004. Op. Cit. p. 8.

<sup>13</sup> CEPAL, Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe. 2006c. La Protección Social de Cara al Futuro. Acceso, Financiamiento y Solidaridad. Uruguay. p. 17.

<sup>14</sup> El enfoque distingue entre derechos negativos (no facilitar violaciones de derechos) y positivos (proteger, promover y ofrecer). La idea de derechos o libertades negativas y positivas proviene de Immanuel Kant, pero fue examinada y defendida la primera vez por el filósofo-político e historiador Isaiah Berlin en los años 50 y 60 del siglo pasado. La libertad negativa es la ausencia de obstáculos y restricciones, mientras la libertad positiva es la posibilidad de actuar controlando su vida y realizar el propósito fundamental del mismo. Uno de los temas más discutidos en la filosofía política es si el concepto positivo de libertad es un concepto político o solo de la psicología o moralidad individual. Véase Berlin, Isaiah. 1958. Two concepts of liberty. Oxford.

<sup>15</sup> Rights-based approaches, Consultada el 11 de octubre de 2007 en <http://www.unhchr.ch/development/approaches-04.html>

<sup>16</sup> Sen, Amartya. 2000. Desarrollo y Libertad. Barcelona. p. 34.

<sup>17</sup> Ibidem. p. 35.

<sup>18</sup> Ibidem. p. 57.

- <sup>19</sup> Ibidem. pp. 74-75.
- <sup>20</sup> Ibidem. p. 5.
- <sup>21</sup> Fukuda-Parr, Sakiko. 2007. Op. Cit. pp. 9-11.
- <sup>22</sup> UNICEF, United Nations Children's Fund. 2004. The human rights-based approach. Statement of common understanding. New York. p. 93.
- <sup>23</sup> IDS. 2003. Op. Cit.
- <sup>24</sup> Ibidem. Pp.4-7.
- <sup>25</sup> Holmes, Stephen y Cass Sunstein. 1999. Op. Cit. p. 220.
- <sup>26</sup> Ibidem. p. 12.
- <sup>27</sup> Diakno, Maria. 1999. A Rights-Based Approach towards Budget Analysis. Philippines. p. 6.
- <sup>28</sup> Diakno, Maria. 1999. Op. Cit. p. 5.
- <sup>29</sup> OACDH. 2006. Op. Cit. p. 11.
- <sup>30</sup> Ibidem. p. 414.
- <sup>31</sup> IDS, Institute of Development Studies. 2003. IDS Policy Briefing, The rise of rights. Rights-based approaches to international development.
- <sup>32</sup> BID, Banco Interamericano de Desarrollo. 2007. La economía política del proceso presupuestario en Costa Rica: análisis de las reglas, actores e incentivos. Costa Rica. p. 31.
- <sup>33</sup> ICEFI, Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales. 2007a. La Política Fiscal en la encrucijada. El Caso de América Central. Guatemala. p. 13.
- <sup>34</sup> OACDH, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. 2004. Los Derechos Humanos y la Reducción de la Pobreza: un marco conceptual. New York, Ginebra. p. 25.
- <sup>35</sup> Ibidem. p. 27.
- <sup>36</sup> Ibidem. p. 28.
- <sup>37</sup> Ibidem. pp. 29-30.
- <sup>38</sup> Iglesias, Enrique. 2004. Democracia y desarrollo: la política importa. La democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos. Contribuciones para el debate. Editado por PNUD. Buenos Aires: Alfaguara.
- <sup>39</sup> Report of Turku Expert Meeting on Human Rights Indicators, 10-13 Marzo 2005, en Turku/Abu Finlandia, p. 8.
- <sup>40</sup> Ibidem. p. 8.
- <sup>41</sup> Ibidem. p. 8.
- <sup>42</sup> Ibidem. pp. 421-422.
- <sup>43</sup> Ibidem. p. 424.
- <sup>44</sup> ICEFI, Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales. 2006. Análisis del Presupuesto Nacional 2006. Un enfoque de derechos, Boletín de Estudios Fiscales No. 4, Guatemala Ciudad, p. 7.
- <sup>45</sup> Ibidem. p. 8.
- <sup>46</sup> IIE. Op. Cit. p. 433.
- <sup>47</sup> BID. Banco Interamericano de Desarrollo. 2005. Recaudar para crecer. Editores Manuel Agosin, Alberto Barreix y Roberto Machado. Washington, D. C. Primera Edición.
- <sup>48</sup> BID. 2005. Op. Cit. p. 47.
- <sup>49</sup> FMI, Fondo Monetario Internacional. 2007. Políticas Fiscales para apoyar la Estabilidad Económica y Social. Resumen Ejecutivo.
- <sup>50</sup> CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2006. Cohesión social, equidad y tributación. Análisis y perspectivas para América Latina. Santiago de Chile. p. 57.
- <sup>51</sup> Agosin, Manuel y Roberto Machado. 2005. Reforma tributaria y desarrollo humano en Centroamérica. Revista virtual Centroamérica en la economía mundial del siglo XXI. Volumen 5. Tema 2. Marzo: <http://www.ca-asies.org/ca1/revista5.htm>.
- <sup>52</sup> ICEFI. Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales. 2007. La Política Fiscal en la encrucijada. 2007. El Caso de América Central. Guatemala.
- <sup>53</sup> FUSADES, Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social. 2005. Dinámica centroamericana. Desafíos para un desarrollo sostenible. Departamento de Estudios Económicos y Sociales. San Salvador.
- <sup>54</sup> BID. 2005. Op. Cit. P.48
- <sup>55</sup> Ibidem.
- <sup>56</sup> Centrángolo, Oscar. 2007. Búsqueda de cohesión social y sostenibilidad fiscal en los procesos de descentralización. Cohesión social en América Latina y el Caribe: una revisión perentoria de alguna de sus dimensiones. Editores Ana Sojo y Andreas Uthoff. Documento de proyecto de CEPAL. Santiago de Chile. Enero
- <sup>57</sup> Ventajas e Implicaciones de una Perspectiva de Desarrollo Basada en los Derechos, Gordon, 2004, p. 24.
- <sup>58</sup> El anexo 1 contiene las leyes, relacionadas con educación y salud, vigentes en cada nación. Se advierte que el anexo no es un estudio exhaustivo del marco legal de cada nación, sino más bien una recolección de los principales compromisos legales relacionados con este derecho.
- <sup>59</sup> CEPAL. Comisión Económica para América Latina y El Caribe. 2007. Panorama Social de América Latina 2007. Santiago de Chile.
- <sup>60</sup> Ibidem.
- <sup>61</sup> Ibidem.
- <sup>62</sup> Se debe aclarar que en El Salvador solamente se ha analizado la progresividad del gasto en educación y salud, sectores en donde el aumento de cobertura ha permitido que grupos de menos recursos accedan a estos servicios.

- <sup>63</sup> Costa Rica es el único país de la región en cuya Carta Magna no está expresamente indicado el derecho a la salud, si bien es cierto, los artículos 21 y 33 tratan acerca del deber del Estado de respetar la vida humana y el de su protección ante la acción de terceros.
- <sup>64</sup> El anexo 1 contiene las leyes, relacionadas con el tema de salud, vigentes en cada nación. Se advierte que el anexo no es un estudio exhaustivo del marco legal de cada nación, sino más bien una recolección de los principales compromisos legales relacionados con este derecho.
- <sup>65</sup> Saettone, Mariela. 2004. El estado de derecho y los derechos económicos, sociales y culturales de la persona humana. Revista IIDH Vol. 40. Julio – Diciembre pp. 133-154.
- <sup>66</sup> ONU. 1966. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Artículo 2.
- <sup>67</sup> Ibidem.
- <sup>68</sup> ONU. 2000. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación General No. 14. Párrafo 8.
- <sup>69</sup> Montiel, Lucía. 2004. Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria. Revista IIDH Vol. 40. Julio – Diciembre pp. 291-313.
- <sup>70</sup> Ibidem.
- <sup>71</sup> OMS, Organización Mundial de la Salud. 2007. World Health Statistics 2007.
- <sup>72</sup> Ibidem.
- <sup>73</sup> FMI, Fondo Monetario Internacional. 2007. Políticas Fiscales para apoyar la Estabilidad Económica y Social. Resumen Ejecutivo. Washington.
- <sup>74</sup> ICEFI. 2007a. Op. Cit. p. 55.
- <sup>75</sup> Ibidem. Op. Cit. p. 56.
- <sup>76</sup> CEPAL 2006a.
- <sup>77</sup> FMI, Fondo Monetario Internacional. 2007b. Políticas Fiscales para apoyar la Estabilidad Económica y Social. Resumen Ejecutivo. Santiago de Chile.
- <sup>78</sup> ICEFI, Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales. 2007b. Análisis presupuestario del gasto en seguridad alimentaria y nutricional en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. Documento preparado para el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá –INCAP-. Guatemala.
- <sup>79</sup> La información que brinda el informe de OPS tiene la siguiente fuente: OPS/OMS; ASDI. 2003. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe.
- <sup>80</sup> Ministros de Salud de las Américas. 2007. Agenda de Salud para las Américas 2008 - 2017. Publicada por la Organización Panamericana de la Salud. Junio. Ciudad de Panamá. pp. 6
- <sup>81</sup> CEPAL/ICEFI. 2006. Retos de la política fiscal en América Central. Guatemala. p. 17.
- <sup>82</sup> Ibidem. p. 19.
- <sup>83</sup> Mendal, José. 2004. Diagnóstico del Sistema Retributivo del Sector Público y Propuesta de Escenarios de Política Retributiva del Sector Público Nicaragüense. P. 30.
- <sup>84</sup> Ver PRESANCA, Árbol de problemas de la inseguridad alimentaria y nutricional.
- <sup>85</sup> La desnutrición crónica representa un retardo en la estatura de acuerdo a la edad, y puede ser el resultado de una mala dieta o de la incidencia de infecciones. Refleja desnutrición de larga data.
- <sup>86</sup> ICEFI. 2007b. Op. Cit..
- <sup>87</sup> Ministerio de Salud y Asistencia Social. 2003. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. Guatemala.
- <sup>88</sup> Demographic and Health Survey (DHS).
- <sup>89</sup> La EDA comprende las patologías diarreicas. Se clasifica en: aguda líquida (la más frecuente), diarrea persistente o de evolución prolongada y disentería. La complicación y causa más común de muerte es la deshidratación.
- <sup>90</sup> La IRA comprende un conjunto de síndromes de vías respiratorias, con duración menor de 15 días. Se clasifican en: Sin neumonía, con neumonía leve y con neumonía grave.
- <sup>91</sup> La desnutrición global relaciona el peso del niño con el peso esperado para su edad. El peso para la edad es considerado como un indicador general de la desnutrición, al no diferenciar el retardo en el crecimiento debido a factores socio estructurales (desnutrición crónica de largo tiempo), del adelgazamiento correspondiente a una pérdida de peso reciente.
- <sup>92</sup> CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2007b. Impacto Social de la desnutrición infantil en Centroamérica y República Dominicana. Documento de proyecto. Santiago de Chile. Julio.
- <sup>93</sup> OMS, Organización Mundial de la Salud. 2005. Informe sobre la salud en el mundo 2005. ¡Cada madre y cada niño contarán! Ginebra.
- <sup>94</sup> OPS, Organización Panamericana de la Salud. 2002. Noticias e información del Centenario. Información de Prensa. (<http://www.paho.org/Spanish/DPI/100/100feature19.htm>)
- <sup>95</sup> Ibidem.
- <sup>96</sup> Consultar el documento de Padilla, Karen y Heate McNaughton. 2003. La Mortalidad Materna en Nicaragua: Una mirada rápida a los años 2000-2002. Managua.
- <sup>97</sup> OMS, Organización Mundial de la Salud. 2002. Active Ageing. A Policy Framework. Madrid. p. 11.
- <sup>98</sup> CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2005. Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe. Serie Población y Desarrollo No. 58. Santiago de Chile, febrero. p.12
- <sup>99</sup> Ibidem.
- <sup>100</sup> Ibidem.

<sup>101</sup> CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2004a. Población, envejecimiento y desarrollo. Documento preparado para Trigésimo Período de Sesiones de la CEPAL, San Juan, Puerto Rico.

<sup>102</sup> OIT, Oficina Internacional del Trabajo. 2005. Envejecimiento de la población y los sistemas de protección social en América Latina. México. p. 4.

<sup>103</sup> OPS, Organización Panamericana de Salud. 2007. La Salud en las Américas. Volumen I-Regional. Washington. pp. 68.

<sup>104</sup> OMS. 2002. Op. Cit. p. 33.

<sup>105</sup> Ibidem. pp. 42-43.

<sup>106</sup> Turbay, Catalina. 2000. El derecho a la educación. Desde el marco de la protección integral de los derechos de la niñez y la política educativa. UNICEF/Colombia.

<sup>107</sup> ONU. 1999. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho a la educación. Observación General No. 13. Párrafo 2.

<sup>108</sup> ONU. 1966. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Artículo 2.

<sup>109</sup> Ibidem.

<sup>110</sup> ONU. 1999. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho a la educación. Observación General No. 13. Párrafo 25.

<sup>111</sup> ONU. 1999. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho a la educación. Observación General No. 13. Párrafo 50.

<sup>112</sup> FMI, Fondo Monetario Internacional. 2007. Políticas Fiscales para apoyar la Estabilidad Económica y Social. Resumen Ejecutivo. Washington.

<sup>113</sup> FMI, Fondo Monetario Internacional. 2007. Políticas Fiscales para apoyar la Estabilidad Económica y Social. Resumen Ejecutivo. Santiago de Chile.

<sup>114</sup> UIS. 2006. UIS Regional Profile. Teacher supply and demand in Latin America and the Caribbean. p. 2.

<sup>115</sup> UIS. 2006. Op. cit. p. 4.