

CAPITULO

2

El desafío de la equidad social

PREGUNTA GENERADORA

A principios del siglo XXI, ¿cuánto ha avanzado Centroamérica en materia de equidad social?

PREGUNTAS ESPECIFICAS

- ¿Ha comenzado la región a pagar la deuda social acumulada que mostraba a principios de los noventa?
- ¿Es esta una región menos vulnerable en lo social? ¿Han logrado los países disminuir los elevados niveles de insatisfacción de las necesidades materiales de las y los pobladores?
- ¿Cuentan hoy los centroamericanos con mayores posibilidades de lograr una vida digna y saludable, que les permita desarrollar sus capacidades y alcanzar mayor desarrollo humano?
- ¿Es el gasto social de los gobiernos del área suficiente para atender la deuda social acumulada por los países? ¿Evidencia este gasto una alta prioridad de los temas sociales en la agenda de prioridades regionales?
- ¿Puede la región, en las actuales condiciones sociales, iniciar un camino firme hacia el desarrollo humano sostenido?

Valoración del informe Estado de la Región (1999)

El primer informe regional sobre desarrollo humano en Centroamérica incluyó un capítulo sobre el tema de la equidad social, en el cual se destacaban los siguientes desafíos:

A finales del siglo XX la equidad social es un reto pendiente en Centroamérica

El fin de los conflictos militares, la democratización de los regímenes políticos y la modernización de las economías no han logrado paliar las históricas inequidades sociales en la región. Estas inequidades, o brechas de equidad, son múltiples entre zonas urbanas y rurales, entre ricos y pobres, entre indígenas y no indígenas, entre hombres y mujeres. La región es todavía el escenario de una desigualdad social que lesiona el desarrollo humano de las mayorías. Millones de centroamericanos

tienen un acceso muy precario a oportunidades para tener un empleo de buena calidad, para acceder a una educación de calidad o para atender sus necesidades de salud.

Ciertos signos, sin embargo, son esperanzadores. Por primera vez en la historia centroamericana la necesidad de una mayor equidad social ha sido reconocida por los gobiernos mediante la firma de la ALIDES como objetivo fundamental de la integración regional. Hoy en día ningún grupo social o político de la región justifica la desigualdad social en nombre de la estabilidad social y política, o de la seguridad nacional. Además, en todos los países existen reformas sociales en marcha, que, con mayor o menor ambición, han puesto sobre el tapete la necesidad del cambio social.”

El desafío de la equidad social

Valoración del segundo informe (2003)

En materia de equidad social, el desempeño de Centroamérica muestra signos de cambio favorables en temas como el aumento de la esperanza de vida, la reducción en la mortalidad infantil, la disminución en el número de hogares pobres y ciertos logros en educación básica. Sin embargo, estas tendencias recientes no contrarrestan la situación descrita en el primer informe como insatisfactoria, pues persiste la negación de derechos fundamentales a la mayoría de la población.

En la década de los noventa Centroamérica experimentó una importante reducción de la pobreza, que se explica, en parte, por el contexto de desarrollo libre de guerras, por un repunte del crecimiento económico y por el impulso de programas de inversión social en los distintos países. No obstante, esta reducción es relativa si se considera que todavía la región no se aleja de los umbrales de pobreza que mostraba a principios de los años ochenta, y que las brechas en materia de distribución del ingreso, lejos de disminuir, han aumentado al menos en dos naciones. Asimismo, el crecimiento económico que se esperaba a inicios de los noventa no se dinamizó en la segunda mitad de la década, por lo que se limitó la generación de empleos de calidad que le permitan a los centroamericanos satisfacer sus necesidades básicas y superar la pobreza.

A principios del siglo XXI la pobreza sigue siendo muy alta y, por el efecto del crecimiento de la población, hay más personas pobres que hace diez años. Tanto en el caso de la pobreza de ingresos como en la atención de necesidades básicas hay grandes inequidades. En el 2001, la

mitad de los centroamericanos (50.8%) tenía niveles de ingreso inferiores a los considerados como mínimos para llevar una vida digna -prioridad del desarrollo humano- y una de cada cuatro personas (23%) se encontraba en una situación de pobreza extrema, es decir, no disponía de ingresos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación. Las áreas rurales y la población indígena tienen menores opciones. Hay además una fuerte desigualdad en la distribución del ingreso entre la población, con patrones que no difieren de los prevalecientes en el resto de Latinoamérica, y que la catalogan como la región más desigual del mundo. Los más pobres según su nivel de ingreso o consumo per cápita, se ven menos favorecidos en la prestación de servicios sociales de calidad.

El mercado de trabajo juega un papel clave en la obtención de ingresos que permitan a las familias superar su situación de pobreza. Si bien durante la década de los noventa el proceso de crecimiento económico a nivel regional fue acompañado por la generación de empleo, los nuevos empleos creados no fueron los más adecuados. Se estima que de cada 100 nuevos empleos generados entre 1990 y 1999, 31 se dieron en el sector formal, 12 en el agropecuario y 57 en el informal. Así, para el año 2000 se estima que un 30.1% de los 13.7 millones de ocupados lo estaban en el sector formal, un 39.3% en el informal y el 30.6% en actividades agropecuarias. Tres de cada cinco mujeres centroamericanas ocupadas trabajan en el sector informal. El problema se presenta porque los sectores informales, que contemplan un conjunto de actividades de baja productividad, y el agropecuario, constituyen "bolsones" de pobreza: en el mismo año, la incidencia de la pobreza entre los ocupados

agropecuarios era de 69%, entre los informales de 40.4% y de 18.7% entre los formales.

Otro rezago notable se da en la educación, que muestra una clara relación inversa a la incidencia de la pobreza. Cerca de la mitad de los centroamericanos en condición de pobreza son niños y jóvenes de 14 años o menos. Existe un círculo vicioso por el hecho de que la asistencia escolar disminuye a medida que se reduce el ingreso familiar y, por ende, las oportunidades de superar la pobreza.

En el ámbito de la salud, en la década de los noventa disminuyeron indicadores clave como la esperanza de vida y la tasa de mortalidad infantil. Sin embargo, persisten desafíos fundamentales, que son reflejo del vínculo entre el desarrollo socioeconómico y las condiciones de salud de las poblaciones. Los datos analizados en el capítulo también sugieren que la focalización de intervenciones sanitarias de alta efectividad ha hecho que la situación epidemiológica de los países más rezagados en la década de los sesenta sea más parecida a la de las naciones que exhiben un mejor nivel de desarrollo económico y social. Otros factores, como la violencia, el SIDA y el surgimiento de grupos socialmente excluidos en las ciudades, han contribuido a disociar la otrora estrecha relación entre ingreso nacional y salud.

En materia de gasto social a lo largo de la década de los años noventa hubo mejoras, aunque la mayor parte del área continúa en la zaga latinoamericana. El gasto público social es, para casi todos los países, insuficiente para promover el desarrollo humano; en el pasado y en la actualidad ha sido deficitario en cantidad y en eficiencia. Las naciones con menor nivel de desarrollo humano son precisamente las que muestran menores niveles de gasto público social. La experiencia mundial indica que la relación entre gasto social y desarrollo humano es muy clara: no se puede aspirar a un alto desarrollo humano sin el compromiso de un gasto público social adecuado para atender las necesidades de la población.

Esta deuda creciente encuentra a Centroamérica en el umbral de una ventana de oportunidad para acelerar su desarrollo. Durante algunas décadas los países tendrán entre sus habitantes una mayor proporción de personas en capacidad de aportar a la economía que las que dependen de aquellas que trabajan. Esta ventaja, sin embargo, no puede aprovecharse en ausencia de acceso a la educación, a una adecuada atención de la salud y a mayores oportunidades de empleo. Para la región en su conjunto, y para cada uno de los países, los beneficios que puedan derivarse de la

apertura comercial, y en general del crecimiento económico, dependerán de las capacidades que hayan logrado crear entre su población. El tiempo para dar respuestas se está agotando, por el rezago importante que muestran quienes no tuvieron acceso a esas condiciones en el pasado, y más aún, el creciente número de quienes lo requerirán en el futuro inmediato.

El capítulo inicia con una caracterización de la magnitud y las características de la pobreza, que refleja la carencia de las oportunidades y opciones fundamentales para el desarrollo humano. Luego se analiza el vínculo entre pobreza y desigualdad en la distribución del ingreso, dando una visión más amplia sobre los requerimientos para la superación de la primera. Posteriormente se trata el tema de la inversión social, con énfasis en el combate a la pobreza. En el último apartado se profundiza en la situación de salud de la población desde la perspectiva de la generación de capacidades humanas, y se trata con especial detalle los procesos de reforma del sector salud en el plano nacional y en el marco de la integración centroamericana, como ejemplos de los esfuerzos que en materia de política social han promovido los gobiernos del área.

Magnitud y características de la pobreza

Desde la óptica del desarrollo humano, la pobreza implica una negación de las oportunidades y opciones fundamentales para ese desarrollo (PNUD, 1997). La pobreza resume situaciones de privación, impotencia y vulnerabilidad. Privación, porque los individuos no disponen de ingresos y activos suficientes para satisfacer sus necesidades materiales elementales; tampoco tienen acceso a los servicios sociales que presta el Estado ni, desde una perspectiva más amplia, a las oportunidades. Impotencia, porque no poseen ni la organización, ni la representación, ni el acceso directo al poder político para cambiar la situación por sí solos. Y vulnerabilidad, porque están indefensos ante crisis o choques de diferente naturaleza. Esas tres dimensiones se presentan de manera independiente o conjunta, y entre ellas existe una amplia causalidad que se da en todos los sentidos, de modo que no es posible identificar o señalar alguna de las dimensiones como prioritaria o generadora del problema. Uno de los enfoques sobre las múltiples causas de la pobreza señala la existencia de vulnerabilidad sociodemográfica (CEPAL, 2002d). Se trata de un conjunto de riesgos, capacidades de respuesta y habilidades de adaptación que tiene la

población en función de sus condiciones socio-demográficas, tales como la alta dependencia demográfica, las privaciones en materia de vivienda, fecundidad elevada y otros¹.

No obstante la amplitud del fenómeno y el amplio consenso al que se ha llegado en cuanto a sus principales dimensiones, en lo que respecta a su

medición únicamente se ha logrado avanzar en materia de privación material. Hay dos aproximaciones metodológicas principales que tratan de medir la magnitud de la pobreza como privación: el método de las líneas de pobreza y el método de las necesidades básicas insatisfechas. Ambos son considerados en este capítulo (recuadro 2.1).

RECUADRO 2.1

Estimación de la magnitud de la pobreza: dos aproximaciones metodológicas

Método de las líneas de pobreza

Este método concibe la pobreza como una situación de ingresos insuficientes para satisfacer un conjunto de necesidades básicas. Trata de determinar si los ingresos disponibles en los hogares son suficientes para satisfacer potencialmente las necesidades básicas materiales de todos sus miembros. Los costos de satisfacción de las necesidades se denominan líneas de pobreza y hay dos: la línea de pobreza extrema o indigencia, que refleja el costo per cápita de satisfacer la necesidad de alimentación, y la línea de pobreza básica o total, que refleja el costo per cápita de satisfacer un conjunto más amplio de necesidades básicas, incluyendo la alimentación. Si el ingreso familiar per cápita es inferior a las líneas de pobreza respectivas, la familia se considera en situación de pobreza.

Para la estimación de la línea de pobreza extrema se define una canasta básica de alimentos (CBA), que representa un consumo mínimo de alimentos para una familia, hogar o individuo de referencia (tomando en cuenta los hábitos de consumo, el área de residencia, el nivel de ingresos, el tamaño familiar y otras variables). La línea de pobreza básica o total se obtiene agregando al costo de alimentación (línea de pobreza extrema) el costo de satisfacer otras necesidades básicas no alimentarias (vestido, vivienda, etc.).

Este método tiene varias ventajas, entre las que resaltan su simplicidad, la facilidad de replicar las estimaciones en el tiempo y la capacidad de resumir en un sólo indicador este complejo fenómeno. Sus principales dificultades giran en torno a la medición adecuada de los ingresos, así como en el establecimiento de las líneas de pobreza que separan a los pobres de los que no lo son.

Comparabilidad de las estimaciones

Las estimaciones de este capítulo consideran el ingreso de las familias, con excepción de Guatemala y Nicaragua, en los que se usa el gasto de consumo. La información de ingresos o consumo proviene de encuestas, salvo en Panamá, donde se empleó información del Censo de Población de 2000. En el caso de las encuestas, se trata de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples de 2001, de Costa Rica; la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples de 2000, de El Salvador

Método de las necesidades básicas insatisfechas

Este enfoque considera la satisfacción o insatisfacción efectiva de un conjunto de necesidades básicas materiales, directamente relacionadas con los servicios sociales, entre las que generalmente se incluyen:

- la educación (en función de la matrícula/asistencia de los niños en edad escolar),
- la salud (en términos de acceso a los servicios básicos de salud),
- la vivienda (considerando principalmente el estado físico de la vivienda y el hacinamiento) y
- los servicios básicos de agua potable y saneamiento (disposición de excretas).

A ese conjunto básico de necesidades se pueden agregar otras, como la disponibilidad de energía eléctrica, la recolección de basura, el mobiliario y equipamiento del hogar, y el tiempo libre para recreación. Además, se suele incluir un indicador indirecto de la capacidad económica de los hogares para realizar un consumo básico (generalmente en función del número de dependientes por ocupado).

Las ventajas de este método son una menor sensibilidad a cambios coyunturales, menores y más fáciles requerimientos de información y la posibilidad de medir la satisfacción de necesidades específicas. Sus principales limitaciones son la dificultad para generar un indicador-resumen y el sesgo hacia la carencia de vivienda y sus servicios, su dependencia con respecto al número de indicadores utilizados, la dificultad de replicar en el tiempo y la vulnerabilidad a la desactualización de los marcos muestrales.

Comparabilidad de las estimaciones

Todas las estimaciones aquí consideradas fueron realizadas a partir de encuestas. Para Costa Rica se aprovechó el módulo de vivienda y servicios que incluyó la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del año 2000; para Guatemala se utilizó la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida del 2000; para Honduras la Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples de mayo de 2001, y para Nicaragua la Encuesta de Medición de Niveles de Vida de 1998.

RECUADRO 2.1 (continuación)

Método de las líneas de pobreza

la Encuesta Nacional sobre Condiciones de Vida 2000, de Guatemala; la Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples, de mayo de 2002, de Honduras, y la Encuesta Nacional sobre Medición del Nivel de Vida 2001, de Nicaragua. Todas las encuestas y el censo tienen cobertura nacional.

Sobre la compatibilidad de las estimaciones entre países existe una amplia discusión que se concentra en tres aspectos. En primer lugar, lo deseable, como mínimo, es que las encuestas que se utilicen para cada uno de los países midan los mismos ingresos, con igual precisión. Si eso no sucede, como generalmente ocurre, el debate se centra en la conveniencia o no de realizar ajustes usando las cuentas nacionales (lo que a su vez implica considerar las diferencias en la precisión de las cuentas nacionales entre países). En segundo lugar, se discute si las líneas de pobreza por utilizar deben ser iguales o si se deben respetar diferencias nacionales y, finalmente, si se emplean líneas de pobreza iguales para todos los países.

Fuente: Sauma, 2003.

Método de las necesidades básicas insatisfechas

En términos generales, todas las encuestas incluyen las mismas necesidades, pero en Costa Rica se tomaron en cuenta dos adicionales: el alumbrado y la salud (aseguramiento). Los elementos de uso común son vivienda (calidad de la vivienda y hacinamiento), servicios básicos (agua potable y saneamiento básico), educación (asistencia escolar) y capacidad de consumo.

No obstante algunas diferencias en los criterios de insatisfacción de las necesidades utilizados en cada una de las estimaciones nacionales, se espera que las mismas no afecten el análisis regional. Cabe destacar que en todos los casos se dio la misma importancia relativa a cada una de las necesidades y sus componentes.

Durante muchos años la región centroamericana se caracterizó por la ausencia de estimaciones precisas sobre la magnitud de la pobreza. Usualmente se hacía referencia a situaciones generalizadas de pobreza, pero no se disponía de instrumentos estadísticamente confiables que permitieran su cuantificación y caracterización. De hecho, durante la elaboración del primer informe *Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible* se enfrentó el problema de la ausencia de estimaciones para todos los países obtenidas con la misma metodología. Hoy la situación es distinta, pues todas las naciones cuentan con encuestas confiables que permiten hacer las estimaciones necesarias a nivel nacional. Además, hay disponibles censos de población y vivienda recientes, que hacen posible un análisis más amplio.

En términos generales, Centroamérica se ubica entre índices medios y altos de privación de necesidades básicas. Desde 1997 el PNUD estima el índice de pobreza humana (IPH), que mide porcentajes de privación en tres aspectos básicos del desarrollo humano: una vida larga y saludable (longevidad), los conocimientos y un nivel de vida decoroso². Conceptualmente el IPH corresponde con las mediciones de necesidades básicas insatisfechas y se calcula como un promedio ponderado de las variables, de manera diferenciada para los países en desarrollo y para los

desarrollados (PNUD, 2002). En la región, el IPH asigna a Costa Rica y Panamá índices bajos de privación, mientras que para los demás países los índices son bastante más altos. Sin embargo, cuando se comparan con las 88 naciones en desarrollo sobre las cuales se dispone de información, los países centroamericanos se ubican dentro del 50% con menor pobreza (cuadro 2.1).

De acuerdo con los datos publicados en el *Informe sobre Desarrollo Humano 2002* (PNUD, 2002), la estimación para la región en su conjunto arroja un índice de 18.3. Este es similar al de El Salvador, que ocupa la posición 32 entre 88 países. Según esa estimación, un 12.4% de los centroamericanos no sobrevivirá más allá de los 40 años de edad, un 23.3% de la población de 15 años y más es analfabeta, un 13% no tiene acceso a fuentes de agua mejoradas, y un 18% de los niños menores de 5 años padece desnutrición³.

Disminuye la incidencia de la pobreza, pero aumenta el número de pobres

Si bien durante los años noventa disminuyó la incidencia de la pobreza, en décadas anteriores, como resultado de varios períodos de crisis económicas y políticas, y de pérdidas económicas y humanas causadas por fenómenos naturales, la pobreza había acumulado niveles altos. La

CUADRO 2.1

Centroamérica: índice de pobreza humana (IPH) según país. 2000

País	Valor IPH	Posición ^{a/}	Probabilidad al nacer de no sobrevivir hasta los 40 años de edad (porcentaje de la cohorte) 1995-2000	Tasa de analfabetismo adulto (porcentaje de 15 años de edad y mayores) 2000	Población sin acceso a fuentes de agua mejoradas (porcentaje) 2000	Niños menores de 5 años con peso insuficiente (porcentaje) 1995-2000
Centroamérica ^{b/}	18.3		12.4	23.3	13	18
Costa Rica	4.0	2	4.0	4.4	2	5
El Salvador	18.1	32	10.9	21.3	26	12
Guatemala	23.5	40	15.6	31.4	8	24
Honduras	20.5	36	16.0	25.4	10	25
Nicaragua	24.4	41	11.5	33.5	21	12
Panamá	8.4	8	6.4	8.1	13	7

^{a/} Entre 88 países en desarrollo con información disponible.

^{b/} Estimación propia. Cifras ponderadas según la población respectiva a partir de CELADE, 2000.

Fuente: PNUD, 2002 y estimación propia.

disminución, por lo tanto, no ha sido suficiente y Centroamérica tiene hoy, en términos absolutos, más pobres que hace veinte años.

Al inicio de la década de los noventa, el 60% de los 28 millones de centroamericanos vivía bajo la línea de pobreza y la mayor incidencia de ésta se asentaba claramente en el zona rural (73.7% de las personas pobres). A partir de los datos incluidos en los informes nacionales de desarrollo humano de los países del área, es posible documentar que en todos y cada uno de ellos la incidencia de la pobreza (total y extrema) se redujo en los años noventa, aunque con diferencias en la magnitud entre países⁴. La disminución a nivel nacional se reprodujo tanto en las áreas urbanas como en las rurales, aunque en términos generales fue menor en estas últimas. Las únicas excepciones con respecto a este comportamiento son Nicaragua, en el caso de la pobreza extrema y total, Guatemala en la pobreza total, y Costa Rica en la pobreza extrema (recuadro 2.2).

Al comparar las cifras de los noventa con la estimación para el año 2001, 50.8% de personas pobres, se observa una fuerte reducción en la incidencia de la pobreza total, de 9 puntos porcentuales, y también en la pobreza extrema, aunque en menor magnitud (4.3 puntos)⁵. No obstante esa reducción en la incidencia de la

pobreza, el número total de pobres en la región aumentó entre el inicio y el final del periodo, debido al mayor crecimiento de la población. Así, mientras en 1990 había alrededor de 16.8 millones de personas pobres, hacia el año 2001 su número había aumentado a 18.8 millones, o sea, 2 millones de nuevos pobres entre esos dos años. En el caso de la pobreza extrema el aumento es menor, pues se pasó de 7.6 millones de centroamericanos en pobreza extrema en 1990, a casi 8.5 millones en 2001, es decir, cerca de 850,000 personas.

Por áreas también se han dado reducciones en la incidencia de la pobreza, aunque, como se puede prever por la situación a nivel de países (recuadro 2.2), las mismas fueron mayores en las áreas urbanas que en las rurales: la incidencia de la pobreza total se redujo en 9.7 puntos porcentuales en las zonas urbanas (7 puntos en pobreza extrema), en tanto que en las rurales la disminución fue de 5.8 puntos porcentuales en el caso de la pobreza total y prácticamente nula en el caso de la pobreza extrema (0.1 puntos porcentuales). Este último resultado es muy significativo, pues refleja cómo, para la región centroamericana en su conjunto, las opciones de superación de la pobreza para los extremadamente pobres de las áreas rurales han sido muy limitadas.

RECUADRO 2.2

La pobreza disminuyó en la década de los noventa

Costa Rica: en 1990 la pobreza total afectaba a un 30.7% de la población total (9.9% en pobreza extrema), porcentaje que aumentó en 1991 por efecto de una recesión económica, pero que luego comenzó a reducirse, hasta alcanzar un 22.9% en 1994 (6.8% en pobreza extrema). A partir de ese año no se han dado cambios importantes en la incidencia de la pobreza, que se ha mantenido en alrededor de un 23% (7% en pobreza extrema). La situación por áreas reproduce la globalidad del país, es decir, una reducción en la incidencia y luego un estancamiento. En el caso de la pobreza total, cuando se comparan los años 1990 y 2001, se observa una disminución de 8.5 puntos porcentuales en la incidencia de la pobreza urbana, frente a apenas 5 puntos porcentuales en el área rural. Sin embargo, con la pobreza extrema la situación difiere, pues la reducción urbana es de 1.5 puntos porcentuales, respecto a 2.9 puntos porcentuales de la rural.

El Salvador: las estimaciones oficiales muestran que para 1992 la incidencia de la pobreza total era del 65% (31.5% en pobreza extrema), situación que se mantuvo en 1993 y luego, a partir de 1994, muestra una reducción (con algunas fluctuaciones), hasta alcanzar un mínimo de 45.5% (19.8% pobreza extrema) en 2000. El comportamiento nacional se repite por áreas, aunque las reducciones son bastante menores en la rural respecto a la urbana (10.5 y 23.8 puntos porcentuales respectivamente en el caso de la pobreza total, y 5.1 y 14.4 puntos porcentuales en la pobreza extrema).

Guatemala: entre 1989 y 2000 las estimaciones muestran una reducción de la incidencia de la pobreza total y extrema, de 6.6 puntos porcentuales en el primer caso (de 62.8% a 56.2%) y de 2.4 puntos en el segundo (de 18.1% a 15.7%). La mayor parte de la disminución en la pobreza total se explica por lo sucedido en área rural, ya

que el descenso fue de 6.8 puntos porcentuales, respecto a 0.5 puntos de la urbana. En el caso de la pobreza extrema, la reducción fue de 1.5 puntos porcentuales en ambas áreas.

Honduras: al igual que en los otros países, las estimaciones señalan una disminución en la incidencia de la pobreza a nivel nacional, de 78.7% de la población en 1991 a 71.6% en 2002 (y de 57.5% a 53% en la pobreza extrema). Debe tomarse en cuenta que esto se da a pesar del retroceso causado por el impacto del huracán Mitch. Por áreas también se observan reducciones, con excepción de la pobreza extrema en el área rural, que más bien tuvo un fuerte aumento (8.1 puntos porcentuales). En la pobreza total, la reducción en el área urbana fue mayor que en la rural.

Nicaragua: las dos estimaciones consideradas indican un descenso en la incidencia de la pobreza entre 1993 y 2001: la pobreza total se redujo de 50.3% a 45.8% de la población, y la extrema de 19.4% a 15.1%. A diferencia de los demás países, la disminución en la incidencia de la pobreza rural resulta mayor que la urbana, tanto en pobreza total como en pobreza extrema.

Panamá: según una serie de datos sobre pobreza para el período 1991-1998, realizada por SIAL/OIT, la incidencia de la pobreza total pasó de 48.5% en 1991 a 40.6% en 1998 (de 24.8% a 22.2% en el caso de la pobreza extrema). Por áreas también hay reducciones, aunque de mayor magnitud en la urbana respecto a la rural.

Fuente: Oficinas de PNUD en Centroamérica. Informes nacionales de desarrollo humano.

Un último aspecto al que conviene hacer referencia es el proceso de urbanización que experimenta la región. Tal como se señala en el capítulo 5 de este Informe, en las últimas décadas Centroamérica ha conocido un acelerado crecimiento de la población urbana y una elevada concentración en las ciudades principales. Este proceso se relaciona con los niveles de pobreza de dos maneras: primero, parte del crecimiento urbano está ligado a la migración campo-ciudad, en muchos casos debido a la pobreza imperante en el área rural y las escasas opciones de superación que allí existen; segundo, las áreas urbanas están concentrando una cantidad creciente de las personas en situación de pobreza.

Uno de cada dos centroamericanos no tiene ingresos suficientes para alcanzar un nivel de vida digno

Una de las condiciones más importantes para el desarrollo humano es la capacidad para alcanzar un nivel de vida digno; una vida productiva brinda a las personas los medios para comprar bienes y servicios y les permite interactuar en su entorno social con dignidad y autoestima. Por ello, los ingresos que reciben las familias, tanto por su participación directa en el proceso productivo como de otras fuentes (transferencias, etc.), deben ser suficientes para lograr niveles de consumo por encima de los considerados como

mínimos. El método de las líneas de pobreza ilustra esta situación.

Todos los países centroamericanos disponen de estimaciones de pobreza por este método; en el cuadro 2.2 se muestran las correspondientes al 2000 o años cercanos, según aparecen en los informes nacionales de desarrollo humano, y en el recuadro 2.3 se señalan sus principales características.

Centroamérica inicia el siglo XXI con una elevada incidencia de la pobreza, con diferencias importantes entre países, pero ciertamente en mejor situación que una década atrás.

Honduras es el país centroamericano que muestra una mayor incidencia de la pobreza total, seguido por Guatemala; en ambos casos esta condición afecta a más de la mitad de la población. Nicaragua y El Salvador registran una incidencia apenas inferior al 50%, mientras que en Panamá el 40.5% de los habitantes se encuentra bajo la línea de pobreza. Costa Rica tiene la menor incidencia, inferior a 25%. En el caso de la pobreza extrema, en todos los países la situación es similar a la pobreza total, con excepción de la elevada incidencia en Panamá y la menor en Guatemala.

A partir de las estimaciones nacionales que se presentan en el cuadro 2.2 fue posible aproximar la

magnitud de la pobreza en términos regionales. Según ese análisis, hacia el año 2001 la pobreza afectaba a un 50.8% de la población, es decir, a la mitad de los 37 millones de centroamericanos (18.8 millones). La pobreza extrema, por su parte, afectaba a un 23% de la población: 8.5 millones de personas (prácticamente una cuarta parte de la población)⁶.

A nivel centroamericano la población pobre está concentrada en Guatemala (35%), seguida por Honduras (25.4%), El Salvador (15.5%) y Nicaragua (12.9%). Solamente un 11.3% de las personas pobres de la región habitan en Panamá y Costa Rica (gráfico 2.1).

En todos los países la incidencia de la pobreza total y extrema es significativamente mayor en las áreas rurales que en las urbanas. Además, dada la distribución de la población entre esas dos áreas, más de la mitad de los pobres, en todos los casos, reside en el área rural. En el ámbito centroamericano, mientras un 33.6% de los residentes urbanos es pobre, en esa misma situación se encuentra casi el 70% de los residentes rurales. Del total de pobres un 33% reside en el área urbana y un 67% en el área rural. Con la pobreza extrema la situación se torna más grave, pues el 76.6% de la población que sufre esa condición reside en el área rural.

CUADRO 2.2

Centroamérica: incidencia de la pobreza total y extrema. 2001 (porcentajes de población bajo las líneas de pobreza respectivas)

	Centroamérica (2001) ^{a/}	Costa Rica (2001)	El Salvador (2000)	Guatemala (2000)	Honduras (2002)	Nicaragua (2001)	Panamá (2000) ^{b/}
Pobreza total^{c/}							
Total	50.8	22.9	45.5	56.2	71.6	45.8	40.5
Área urbana	33.6	18.6	35.3	27.1	63.4	30.1	23.4
Área rural	67.9	28.5	59.9	74.5	78.5	67.8	68.9
Pobreza extrema							
Total	23.0	6.8	19.8	15.7	53.0	15.1	26.5
Área urbana	10.8	3.9	11.1	2.8	32.5	6.2	11.1
Área rural	35.1	10.5	31.9	23.8	70.4	27.4	52.2

^{a/} Estimación propia.

^{b/} En área rural se incluye la pobreza indígena.

^{c/} Incluye la pobreza extrema.

Fuente: Costa Rica: INEC, a partir de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del año 2001; El Salvador: resultados proporcionados por PNUD-El Salvador, obtenidos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del año 2000; Guatemala: Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala, 2002, con base en la Encuesta Nacional sobre Condiciones de Vida del 2000 (ENCOVI 2000); Honduras: resultados proporcionados por el PNUD-Honduras, a partir de la Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples de mayo de 2002; Nicaragua: INEC-Nicaragua, con datos de la Encuesta Nacional sobre Medición del Nivel de Vida 2001; Panamá: PNUD Panamá, con base en el Censo de Población del año 2000.

RECUADRO 2.3

Características de las líneas de pobreza

Aunque escapa al objetivo del presente capítulo entrar en el análisis de la comparabilidad de las líneas de pobreza entre los países, no pueden dejar de mencionarse algunos aspectos sobre aquellas utilizadas en cada una de las estimaciones de pobreza consideradas en este Informe.

En Costa Rica, El Salvador y Honduras se emplean líneas de pobreza diferenciadas para las áreas urbana y rural, mientras que en los demás países corresponden a líneas nacionales. Las líneas de pobreza extrema fueron estimadas a partir de canastas básicas alimentarias (Costa Rica, El Salvador y Honduras) o gastos familiares en alimentos (Guatemala, Nicaragua y Panamá). En El Salvador estas líneas son exactamente el doble de las de pobreza

básica, en Costa Rica y Guatemala más del doble, y en Honduras, Nicaragua y Panamá menos del doble.

Como se demuestra en el cuadro 2.3, más allá de las distintas metodologías utilizadas para hacer las estimaciones, el valor de las líneas de pobreza difiere significativamente entre países. Expresadas en dólares corrientes, las líneas de pobreza extrema y total de Panamá son las más altas, mientras que las de Nicaragua son las más bajas. Honduras ocupa el segundo lugar en términos de lo elevado de sus líneas de pobreza, y Guatemala es el segundo país por lo bajo. Costa Rica y El Salvador tienen líneas de pobreza bastante similares entre sí (son ligeramente mayores las de Costa Rica), con valores intermedios en la globalidad de los países.

CUADRO 2.3

Centroamérica: líneas de pobreza utilizadas en la medición de pobreza por ingreso. Circa 2000

Líneas de pobreza (por persona por mes)	Costa Rica (2001)	El Salvador (2000)	Guatemala (2000)	Honduras (2002)	Nicaragua (2001)	Panamá (2000)
En moneda nacional (MN)						
Pobreza extrema	8,930.5 ^{a/}	220.2 ^{b/}	159.3	624.9 ^{c/}	224.3	43.8
urbana	10,192.0	266.1	n.a.	699.0	n.a.	n.a.
rural	7,669.0	174.3	n.a.	560.1	n.a.	n.a.
Pobreza total	18,662.5 ^{a/}	440.5 ^{b/}	359.8	1,098.0 ^{c/}	429.8	76.4
urbana	22,218.0	532.3	n.a.	1,398.0	n.a.	n.a.
rural	15,107.0	348.6	n.a.	747.7	n.a.	n.a.
En US\$ corrientes ^{d/}						
Pobreza extrema	27.2 ^{b/}	25.2 ^{b/}	20.6	37.9 ^{b/}	16.6	43.8
Pobreza total	56.7 ^{b/}	50.3 ^{b/}	46.6	66.6 ^{b/}	31.7	76.4
Paridad del poder adquisitivo (PPA) en US\$ 2000^{e/}						
Pobreza extrema	56.4	53.8	47.2	100.9	82.8	75.7
Pobreza total	117.8	107.5	106.5	177.3	158.7	132.0

n.a.= no aplica, pues las líneas de pobreza son nacionales.

^{a/} Promedio simple de las líneas urbanas y rurales. La línea de pobreza extrema urbana corresponde al costo de la canasta básica de alimentos (CBA) multiplicada por 0.852, y la línea de pobreza extrema rural al costo de la CBA rural multiplicado por 0.736.

^{b/} Promedio simple de las líneas urbanas y rurales.

^{c/} Este valor nacional fue estimado por el INE-Honduras.

^{d/} El tipo de cambio utilizado (MN/US\$) fue de 328.87 para Costa Rica, 8.75 para El Salvador, 7.73 para Guatemala, 16.48 para Honduras, 13.54 para Nicaragua y 1.00 para Panamá.

^{e/} Para el cálculo de los tipos de cambio de PPA se utilizó PNUD, 2002.

RECUADRO 2.3 (continuación)

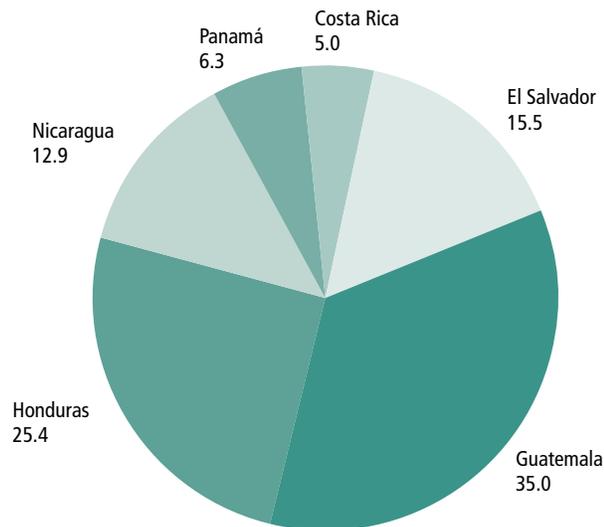
Sin embargo, cuando se calculan las líneas de pobreza tomando en cuenta los tipos de cambio de las paridades de poder adquisitivo (PPA), se observa una gran diferencia en Nicaragua, pues sus líneas de pobreza pasan a ser las segundas más elevadas, sólo superadas por Honduras, que encabeza la lista cuando se ordenan las líneas de mayor a menor valor.

Si se comparan ambas estimaciones (dólares corrientes y con ajuste de PPA), es posible determinar que las líneas de pobreza de Honduras son relativamente altas en el contexto regional, mientras que las de Guatemala son relativamente bajas. Las líneas de pobreza de Costa Rica y El Salvador se mantienen en posiciones intermedias.

Fuente: Sauma, 2003.

GRAFICO 2.1

Centroamérica: distribución del total de personas pobres según país. 2001 (en porcentaje)



Fuente: Sauma, 2003.

La incidencia de la pobreza es un fenómeno generalizado, pero la indigencia está concentrada geográficamente

Además de la desagregación entre áreas urbanas y rurales, las estimaciones de pobreza se realizan también para regiones y departamentos o provincias, lo cual permite llevar el análisis de la pobreza más allá de las fronteras nacionales.

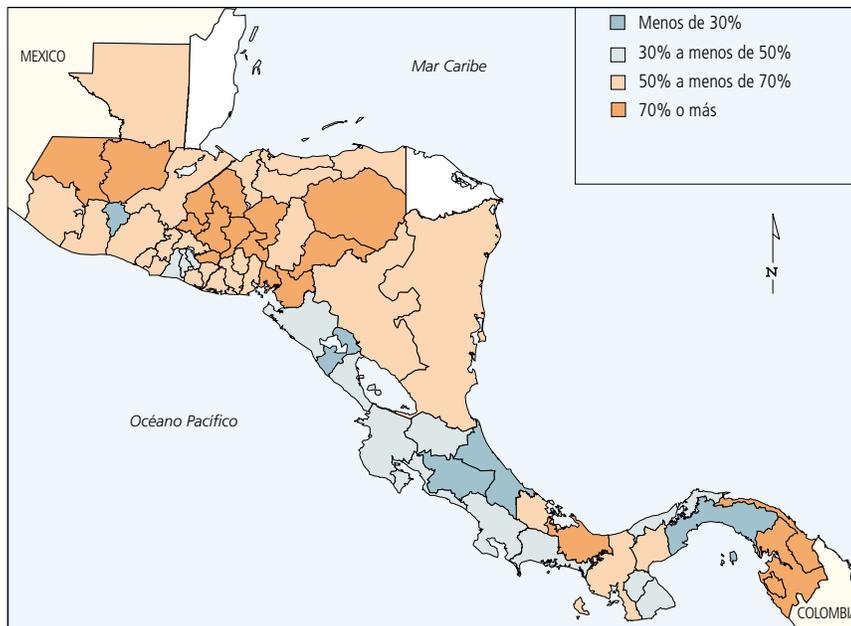
En el mapa 2.1 se muestra la incidencia de la pobreza total en cada una de las divisiones espaciales consideradas (regiones y departamentos o provincias). Allí se aprecia que la elevada incidencia de la pobreza es un fenómeno generalizado, que supera el 50% en la mayoría de los casos (41 de las 58 regiones y departamentos o provincias consideradas). Los menores niveles se

presentan en las regiones centrales o capitales de los países, con excepción del departamento Francisco Morazán, donde se ubica la capital hondureña (16.9% en la región central de Costa Rica, 31.4% en el departamento de San Salvador, 18% en la región metropolitana de Guatemala, 59.9% en el departamento Francisco Morazán, 20.2% en Managua y 23.5% en la provincia de Panamá).

El mapa 2.2 presenta la distribución relativa de los pobres centroamericanos entre las áreas consideradas. Llama la atención el hecho de que 1 de cada 10 personas pobres centroamericanas reside en la región sur-occidental de Guatemala, que aparece como la región en que más se concentra la pobreza. Le siguen en importancia la región nor-occidental de Guatemala, que alberga a un 6.6% de los pobres centroamericanos, y las

MAPA 2.1

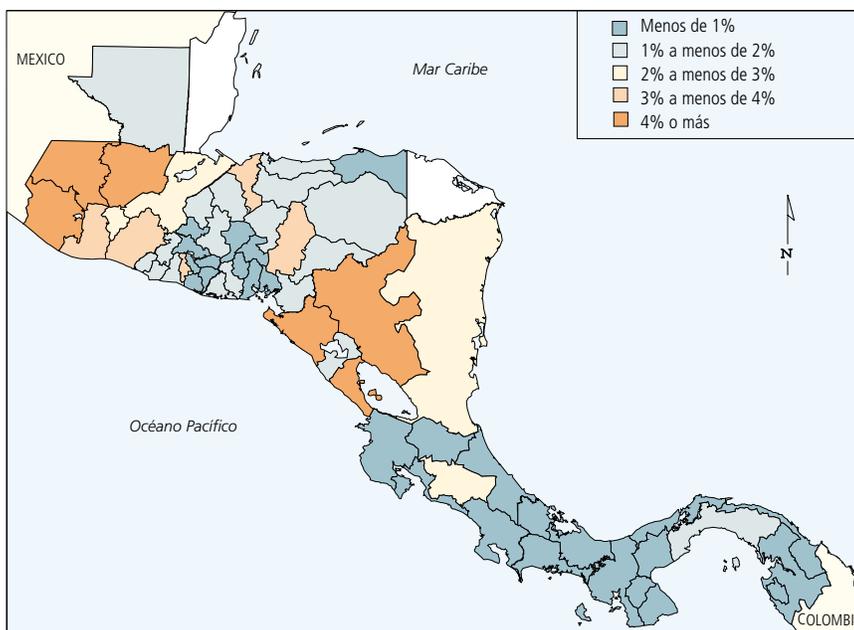
Centroamérica: incidencia de la pobreza total en la población, por regiones, provincias o departamentos. 2001



Fuente: Sauma, 2003.

MAPA 2.2

Centroamérica: distribución relativa de la población pobre por regiones, provincias o departamentos. 2001



Fuente: Sauma, 2003.

regiones central y pacífica de Nicaragua, con un 5.3% y un 4.1% respectivamente, junto con la norte de Guatemala (4.2%). En conjunto, en las cinco regiones mencionadas residen 3 de cada 10 pobres centroamericanos.

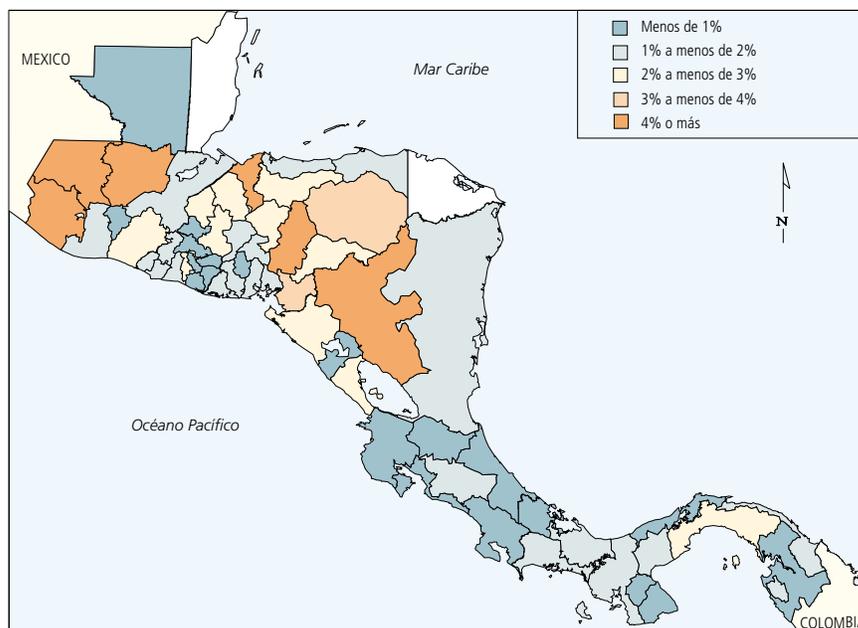
Si bien las regiones centrales o capitales de los países muestran las menores incidencias de pobreza (con excepción de Honduras), dado que esas mismas áreas están altamente pobladas, las cifras de incidencia ocultan un hecho importante: en ellas reside buena parte de los pobres centroamericanos, un 15.4% de los pobres totales y un 11.6% de los pobres extremos.

Son pocas las áreas que muestran niveles de incidencia muy elevados; la mayoría de ellas corresponde a Honduras, y algunas a Panamá. Sin embargo, cuando se considera la distribución relativa de los pobres entre las áreas, igual que en el caso anterior, son pocas las áreas en las que se presenta una alta concentración de pobres extremos: las regiones sur-occidental, nor-occidental y norte de Guatemala, que en conjunto albergan a un 16.4% del total de pobres extremos, los departamentos de Francisco Morazán y Cortés, en Honduras (5.6% y 4.4%, respectivamente), y la región central de Nicaragua (5.4%). En conjunto, en esas áreas reside un 31.8% de las personas que se encuentran en esta situación.

Aunque tradicionalmente se ha dicho que la pobreza, en especial la extrema, se concentra en las áreas fronterizas y costeras, la información agregada disponible no confirma ese planteamiento, pues más bien indica que se trata de un fenómeno generalizado, sin patrones definidos. Lógicamente, los resultados que se han mostrado hasta ahora se ven afectados por la gran amplitud de las áreas consideradas (regiones y departamentos o provincias), por lo que podría esperarse que información más desagregada reflejara situaciones específicas en el sentido indicado, aunque no patrones muy claros. Para profundizar en este análisis, se decidió "relativizar" las tasas de incidencia de la pobreza dentro de cada país en tres niveles: bajo, medio y alto, obviando el problema de las elevadas tasas en algunos países. Los resultados para la pobreza extrema muestran cómo, en esos términos, las tasas de incidencia en ciertas áreas fronterizas son bastante más elevadas que en el resto del país, sobre todo en los alrededores del golfo de Fonseca, la parte central de la frontera entre Nicaragua y Honduras, y parte de las zonas limítrofes de Costa Rica con Panamá, por un lado, y con Nicaragua, por el otro. El patrón, sin embargo, no se da en las áreas costeras (ni en el Pacífico, ni en el Atlántico).

MAPA 2.3

Centroamérica: distribución relativa de la población en pobreza extrema, por regiones, provincias o departamentos. 2001



Fuente: Sauma, 2003.

Finalmente, combinando las tasas de incidencia de la pobreza extrema y la distribución relativa de los pobres extremos, se identifican cuatro tipos de áreas: i) baja incidencia de la pobreza y baja concentración de pobres, ii) alta incidencia de la pobreza y baja concentración de pobres, iii) baja incidencia de la pobreza y alta concentración de pobres, y iv) alta incidencia de la pobreza y alta concentración de pobres. Un resultado interesante es que el 51.5% de las y los centroamericanos reside en áreas del último grupo: alta incidencia y alta concentración, tal como se observa en el mapa 2.4.

Por el contrario, un 12.2% de los centroamericanos en pobreza extrema reside en áreas de bajo porcentaje de pobres (un 7.9% en áreas de baja incidencia y un 4,3% en áreas de alta incidencia). Por último, un 36.3% de los pobres extremos reside en áreas de baja incidencia de la pobreza y alto porcentaje de pobres, entre las que se incluyen las capitales o áreas metropolitanas de los países centroamericanos, que requieren estrategias particulares de intervención.

Más que insuficiencia de ingresos, hay necesidades básicas insatisfechas

Hasta ahora el énfasis del presente capítulo se ha puesto en el análisis de la pobreza como insuficiencia

de ingresos. En el estudio de las privaciones que sufre la población debe tomarse en cuenta que, además del ingreso, hay una serie de servicios sociales que inciden directamente en el nivel de vida de las familias, en especial: los servicios educativos, que permiten el acceso al conocimiento; los servicios de agua potable y saneamiento básico, las facilidades para contar con una vivienda digna, y los servicios de salud y una adecuada nutrición, que hacen posible una vida larga y saludable.

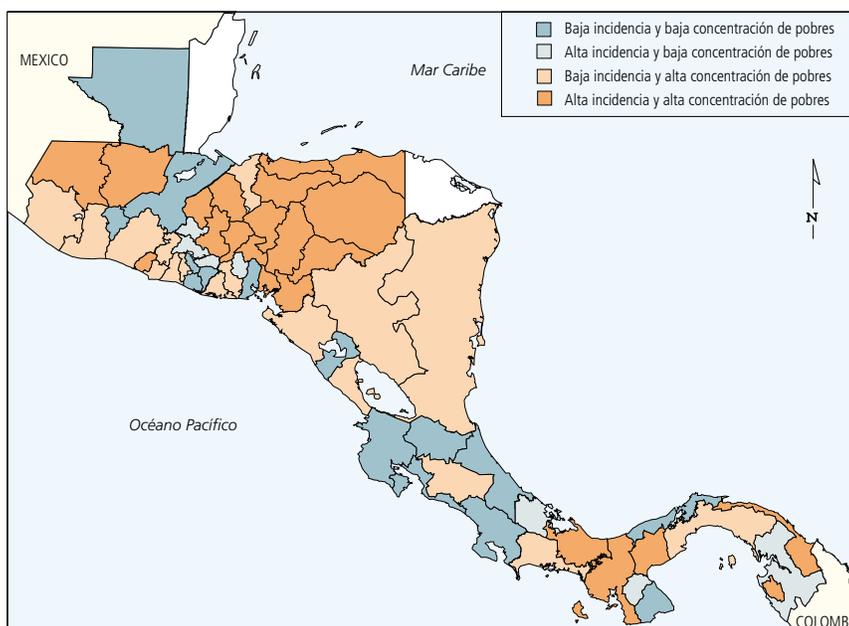
En esta sección se analizan algunos aspectos relativos a los principales servicios sociales, para lo cual existen estimaciones recientes de la pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI) para Costa Rica, Guatemala, Honduras y Nicaragua. Si bien las necesidades consideradas y los criterios de insatisfacción difieren entre países (recuadro 2.1), lo contundente de las magnitudes pone en evidencia el elevado grado de insatisfacción de las necesidades básicas materiales que enfrenta la población centroamericana.

Tomando en cuenta que en los cuatro países con información disponible habita un 75% de la población centroamericana, es posible afirmar que al menos 3 de cada 5 hogares en la región presentan al menos una necesidad básica insatisfecha.

En el cuadro 2.4 se incluyen los resultados de esas estimaciones, según las cuales, con excepción de Costa Rica, el 60% o más de los hogares muestra alguna

MAPA 2.4

Centroamérica: nivel de incidencia y concentración de personas en pobreza extrema por regiones, provincias o departamentos, 2001



Baja incidencia: menor al 30%, alta incidencia: 30% y más.
Baja concentración: menor al 1%, alta concentración: 1% y más
Fuente: Sauma, 2003.

insatisfacción en sus necesidades básicas: cerca de un 30% una NBI, y el resto dos o más. Por áreas, los niveles de insatisfacción son significativamente mayores en la rural respecto a la urbana: mientras en esta última cerca de la mitad de los hogares tiene al menos una NBI, en la rural esto le sucede por lo menos al 70% de los hogares.

El cuadro 2.5 muestra los porcentajes de hogares según la necesidad insatisfecha, de manera que se pueden identificar prioridades. El hacinamiento, que afecta a más de un 40% de los

hogares, figura como el principal determinante de carencias. El segundo problema en importancia es el relacionado con el saneamiento básico, que incide prácticamente sobre uno de cada cinco hogares centroamericanos. Dejando de lado la capacidad de consumo, que es una forma alternativa de medir la pobreza como insuficiencia de ingresos/consumo, en tercer lugar aparecen, con diferencias entre países, los problemas de acceso a servicios adecuados de agua potable, la calidad de la vivienda y el acceso a la educación.

CUADRO 2.4

Centroamérica: porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) según zona. 2000

	Costa Rica (2000)	Guatemala (2000)	Honduras (2001)	Nicaragua (1998)
Total país	30.2	60.0	64.9	72.6
Una NBI	20.1	27.7	32.3	27.9
Dos o más NBI	10.1	32.3	32.6	44.7
Área urbana	22.7	44.5	52.1	66.8
Una NBI	16.4	21.3	31.1	28.1
Dos o más NBI	6.3	23.2	21.0	38.7
Área rural	37.1	71.9	77.5	80.2
Una NBI	23.5	32.6	33.4	27.6
Dos o más NBI	13.5	39.3	44.1	52.6

Fuente: Costa Rica: Proyecto Estado de la Nación, 2001; Guatemala: Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala, 2002; Honduras: estimación propia a partir de la Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples, mayo del 2001, utilizando los criterios de insatisfacción señalados en Gobierno de la República de Honduras, 2001; Nicaragua: PNUD-Nicaragua, 2000.

CUADRO 2.5

Centroamérica: porcentaje de hogares según NBI. 2000

	Costa Rica (2000) ^{a/}	Guatemala (2000)	Honduras (2001)	Nicaragua (1998)
Vivienda				
Calidad de la vivienda	10.9	18.1	10.0	18.9
Hacinamiento	6.9	40.6	40.3	43.5
Servicios básicos				
Agua potable	6.1	15.2	8.1	19.4
Saneamiento básico	1.0	21.1	29.2	16.6
Educación				
(asistencia escolar)	2.9	10.1	5.3	21.7
Capacidad de consumo	5.8	8.6	20.8	42.6

^{a/} Para efectos de comparabilidad, no se incluyen los porcentajes de hogares con insatisfacción en alumbrado y salud.
Fuente: Costa Rica: Proyecto Estado de la Nación, 2001; Guatemala: Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala, 2002; Honduras: estimación propia a partir de la Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples, mayo del 2001, utilizando los criterios de insatisfacción señalados en Gobierno de la República de Honduras, 2001; Nicaragua: PNUD-Nicaragua, 2000.

Estos resultados evidencian con claridad el alto grado de insatisfacción de las necesidades básicas que padecen las y los centroamericanos. En términos de áreas, igual que cuando se utiliza el método de líneas de pobreza, los niveles de insatisfacción resultan significativamente mayores entre la población rural que en la urbana. Otra inequidad notable se observa en las poblaciones indígenas respecto a las no indígenas. En Guatemala, donde vive la mayor parte de la población indígena centroamericana, mientras el

73.3% de los hogares cuyo jefe es indígena muestra al menos una NBI (44.4% dos o más), solamente el 51.5% de los hogares con jefe no indígena se encuentra en esa situación (24.5% con dos o más NBI, según datos del Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala (2002). También hay inequidades en el acceso a los servicios sociales según nivel de ingreso; el acceso a la educación, por ejemplo, refleja lo que sucede con los demás servicios sociales (recuadro 2.4).

RECUADRO 2.4

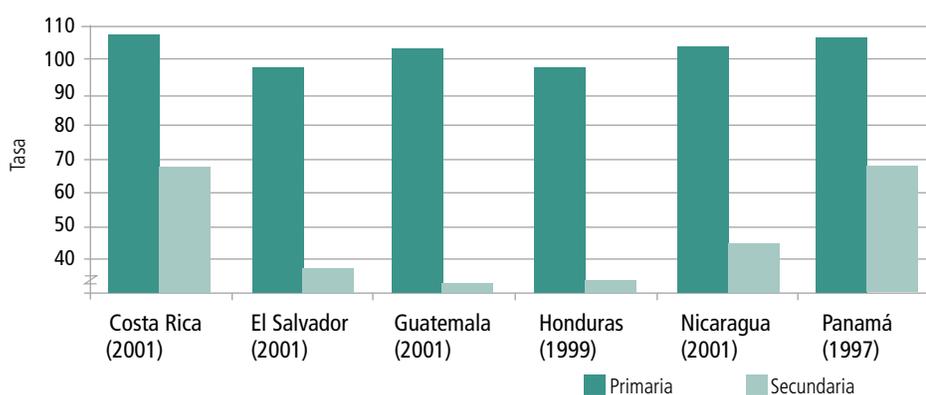
Consideraciones sobre la equidad en los servicios sociales

Según la Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana, CECC (2002), el curso lectivo de 1999 fue iniciado por un total de 8.4 millones de niños, niñas y jóvenes centroamericanos: 887,000 en preescolar, 5.8 millones en primaria y 1.6 millones en secundaria. Ellos se matricularon en las 75,844 instituciones educativas, públicas y privadas, existentes en ese año en la región, las cuales contaban con 291,107 docentes y 234,855 aulas. Estas cifras son elevadas y, en el caso de la educación primaria, están asociadas con

altas tasas brutas de escolaridad. Sin embargo, en todos los países, pasada la educación primaria se produce un cambio radical en el acceso a la educación; tal como muestra el gráfico 2.2, las tasas brutas de matrícula en la enseñanza secundaria disminuyen dramáticamente. Así por ejemplo, en El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Honduras, menos de la mitad de la población en el grupo de edad correspondiente asiste a la secundaria.

GRAFICO 2.2

Centroamérica: tasas bruta de matrícula en la educación primaria y secundaria. 2001



Fuentes: Ministerio de Educación Pública de Costa Rica, Ministerio de Educación de El Salvador (MINED), Informe Nacional de Desarrollo Humano de Guatemala 2002, Informe de Desarrollo Humano de Honduras 2000, Ministerio de Educación, Cultura y Deportes de Nicaragua y Ministerio de Educación de Panamá.

RECUADRO 2.4 (continuación)

Al desagregar la información por sexo, en la asistencia a primaria se aprecia una pequeña desventaja en contra de las mujeres, especialmente en Guatemala y Panamá. No obstante, al pasar a secundaria, y sin perder de vista las bajas tasas de matrícula, la desventaja se torna favorable a las mujeres, con la única excepción de Guatemala.

Estas diferencias entre la matrícula en primaria y secundaria tienen una implicación de importancia: la baja escolaridad de la población. Entre las personas de 15 a 24 años ningún país supera los diez años de escolaridad. Esta es además particularmente baja en

las áreas rurales, donde en tres países se encuentra por debajo de los cinco años.

A esta diferencia entre las áreas urbanas y rurales hay que sumar la diferencia según el nivel de ingreso de las personas. En el cuadro 2.6 se presentan las tasas de asistencia escolar de los niños, niñas y jóvenes centroamericanos de 7 a 15 años de edad según el nivel de ingreso o consumo familiar per cápita. Es claro que, a medida que se reduce el nivel de ingreso o consumo per cápita, se reduce también el porcentaje de niños y jóvenes que asisten a la escuela.

CUADRO 2.6

Centroamérica: tasas de asistencia escolar de la población de 7 a 15 años, según quintiles de ingreso o consumo familiar per cápita. *Circa, 2000*

Quintiles ^{a/}	Costa Rica (2000)	El Salvador (1999)	Guatemala (1998)	Honduras (1999)	Nicaragua (1998)	Panamá (1997)
Total	89.3	84.2	74.1	78.0	79.5	91.8
I quintil	86.9	74.9	62.1	74.2	61.6	80.6
II quintil	87.8	80.9	69.5	72.6	76.0	92.6
III quintil	89.0	85.8	74.1	76.6	82.8	96.9
IV quintil	90.9	92.2	81.4	83.4	89.2	98.3
V quintil	95.5	96.1	93.1	88.6	95.7	97.4

^{a/} Quintiles de población ordenados según el ingreso o consumo familiar per cápita (de menor a mayor). Para Nicaragua y Panamá son deciles de consumo, y para los demás países, de ingreso.

Fuente: Estimación propia a partir de las encuestas de hogares.

En Guatemala y Nicaragua, solamente asisten a la escuela tres de cada cinco niños y jóvenes de 7 a 15 años pertenecientes al 20% de la población con menores ingresos. En El Salvador y Honduras la proporción aumenta a tres de cada cuatro, mientras que en Costa Rica y Panamá supera el 80%. En cambio, cuando se considera el

20% de la población de mayor ingreso/consumo per cápita, el porcentaje de asistencia supera el 95%, con excepción de Honduras (88.6%) y Guatemala (93.1%).

Fuente: Sauma, 2003.

La pobreza expresa múltiples exclusiones

Las dificultades de la mitad de la población centroamericana para alcanzar un nivel de vida digno han sido documentadas en las páginas precedentes por dos métodos alternativos de estimación de la pobreza. A pesar de las diferencias en las magnitudes de la pobreza entre los países de la región, los perfiles de la población pobre muestran grandes similitudes (cuadro 2.7).

A continuación se destacan las características de la población pobre en Centroamérica, algunas de las cuales ya han sido resaltadas, para luego

analizar con mayor detenimiento una de las principales dimensiones asociadas con la pobreza: la forma de inserción en el mercado de trabajo.

- La incidencia de la pobreza, especialmente la extrema, es mayor entre la población rural y, además, la mayoría de las personas pobres reside en área rural.
- Los hogares pobres son más numerosos como promedio regional: tienen 5.7 miembros, frente a 4.2 de los no pobres. Cabe destacar también que los hogares rurales son más numerosos.

CUADRO 2.7

Centroamérica: características de la población y los hogares según condición de pobreza. 2000

	Centroamérica ^{a/}	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Tamaño promedio del hogar							
Total de hogares	4.9	4.1	4.5	5.3	5.2	5.4	4.2
Hogares urbanos	4.5	4.1	4.2	4.8	4.8	5.2	4.0
Hogares rurales	5.3	4.2	4.9	5.6	5.5	5.7	4.5
Hogares pobres	5.7	4.6	5.1	6.2	5.6	6.7	5.7
Hogares no pobres	4.2	4.0	4.0	4.4	4.5	4.6	3.6
Relación de dependencia demográfica ^{b/}							
Total de hogares	0.8	0.6	0.7	1.0	0.9	0.8	0.7
Hogares pobres	1.1	1.0	1.0	1.2	1.1	1.1	0.9
Hogares no pobres	0.6	0.5	0.5	0.7	0.6	0.7	0.5
Porcentaje de mujeres							
En población total	51.1	50.4	52.3	51.0	51.2	51.2	49.9
En población pobre	51.0	52.9	52.4	51.0	51.4	49.7	47.3
En población no pobre	51.2	49.6	52.2	51.1	50.6	52.5	51.7
Porcentaje de hogares con jefatura femenina							
Total de hogares	24.5	23.2	28.8	20.5	25.3	27.8	23.6
Hogares pobres	24.3	31.4	29.0	19.5	27.4	23.8	17.4
Hogares no pobres	24.6	21.1	28.7	21.5	21.3	30.3	26.2
Hogares urbanos	29.1	26.8	31.4	24.3	30.3	34.9	28.8
Hogares rurales	19.4	18.6	24.5	17.7	20.7	18.5	16.8

^{a/} Estimación propia con datos de CELADE, 2000.

^{b/} Relación entre la población de 0 a 14 años y de 65 años y más respecto a la población de 15 a 64 años.

Fuente: Estimación propia a partir de las siguientes encuestas: Costa Rica: Encuesta de Hogares del año 2000 (con ajuste en factores de expansión según el censo del mismo año); El Salvador: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples de 1999; Guatemala: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos Familiares de 1998; Honduras: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples de 1999; Nicaragua: Encuesta Nacional sobre Medición del Nivel de Vida 2001, y Panamá: Encuesta de Niveles de Vida 1997.

- La relación de dependencia demográfica es mayor en los hogares pobres, 1.1 versus 0.6.
- La relación de dependencia económica es mayor en los hogares pobres: hay en promedio 2.1 miembros dependientes por cada ocupado en los hogares pobres; entre los no pobres esta relación es de apenas 1.3.
- Contrario a lo que en ocasiones se ha argumentado, la incidencia de la pobreza no es mayor entre las mujeres. La estimación para Centroamérica indica que el 51.1% de la población es del sexo femenino, porcentaje casi idéntico al que representan las mujeres dentro de la población pobre e, independientemente, dentro de la no pobre. Por países hay algunas diferencias, pues mientras en Costa Rica y Honduras la incidencia de la pobreza es ligeramente mayor entre las mujeres, en Nicaragua y Panamá sucede lo contrario.
- Tampoco se presenta una mayor incidencia de la pobreza entre los hogares jefeados por mujeres. Cuando se considera la situación de pobreza, a nivel centroamericano no hay diferencia entre los hogares pobres y no pobres en cuanto a jefatura femenina, o sea que no es posible afirmar que la incidencia de la pobreza es mayor en los hogares jefeados por una mujer. Sin embargo, nuevamente hay diferencias por países, pues los hogares pobres de Costa Rica y Honduras muestran mayores porcentajes de jefatura femenina que los no pobres, pero sucede lo contrario en Nicaragua y Panamá. Vale resaltar que la jefatura femenina de los hogares es una situación que se presenta con mayor fuerza en las áreas urbanas.

■ Los pobres tienen menor acceso a los servicios básicos; los problemas de hacinamiento y saneamiento básico aparecen como los más importantes, pero también los pobres residen en viviendas construidas con materiales de mala calidad o que se encuentran en mal estado, y tienen problemas de acceso a agua potable.

Otra característica importante es que la pobreza afecta principalmente a la niñez centroamericana. Como se aprecia en el gráfico 2.3, la incidencia de la pobreza no sólo es mayor entre los niños, niñas y jóvenes de la región (el 61.5% de la población de 0 a 14 años de edad se encuentra en situación de pobreza), sino que buena parte del total de pobres pertenecen a este grupo etario: un 47.9% de los pobres centroamericanos son niños y jóvenes de 14 años o menos.

En los casos de los países para los cuales se dispone de información desagregada por grupo étnico, se constata además que la población indígena es más pobre. Por ejemplo en Guatemala, según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida del año 2000 (ENCOVI 2000) la población indígena representa el 39.2% de la población

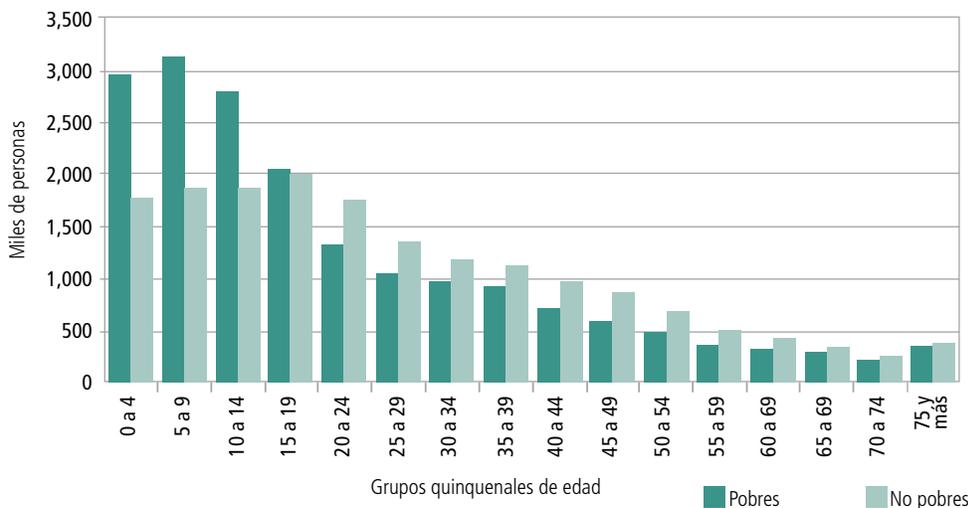
mayor de 7 años, y la incidencia de la pobreza como insuficiencia de ingresos en este grupo es de 76%, la total, y de 26.4% la extrema entre los indígenas, respecto a 41.4% y 7.7% entre los no indígenas (Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala, 2002). En Panamá, según el censo del año 2000, la población indígena representa el 10% de la población total. Aunque el Informe Nacional de Desarrollo Humano (PNUD-Panamá, 2002) no diferencia la pobreza como insuficiencia de ingresos entre indígenas y no indígenas, datos obtenidos posteriormente señalan que la incidencia de la misma entre indígenas es de 82.7% (70% en pobreza extrema), respecto a 35.8% entre los no indígenas (21.7% en pobreza extrema).

Los pobres tienen menor nivel educativo: un círculo vicioso de reproducción de la pobreza

La educación es un elemento clave en el análisis de la pobreza, ya que es uno de los factores que más claramente se identifican como generadores y reproductores del fenómeno. Lo importante no es el orden de causalidad educación-pobreza, sino la

GRAFICO 2.3

Centroamérica: población por grupos de edad según condición de pobreza. 2000



Fuente: Sauma, 2003, a partir de las encuestas de hogares de los países.

evidencia, en todos y cada uno de los países, de que los pobres tienen menor nivel educativo que los no pobres, y que, por lo tanto, el alivio de esta situación, pasa necesariamente por mejorar el nivel educativo de la población pobre.

Los problemas de la población pobre en este ámbito se reflejan en varios aspectos. En el caso de la población de 15 años y más, los pobres tienen menor nivel educativo que los no pobres y, además, entre ellos la tasa de analfabetismo es significativamente mayor. En la población menor de esa edad, los problemas se manifiestan en una reducida asistencia y un mayor rezago escolar.

El nivel educativo de la población de 15 a 64 años refleja las deficiencias de los esfuerzos realizados en el pasado. Uno de cada cinco centroamericanos con esa edad (79.5%) tiene como máximo educación básica completa; por el contrario, sólo uno de cada cinco tiene más que educación básica.

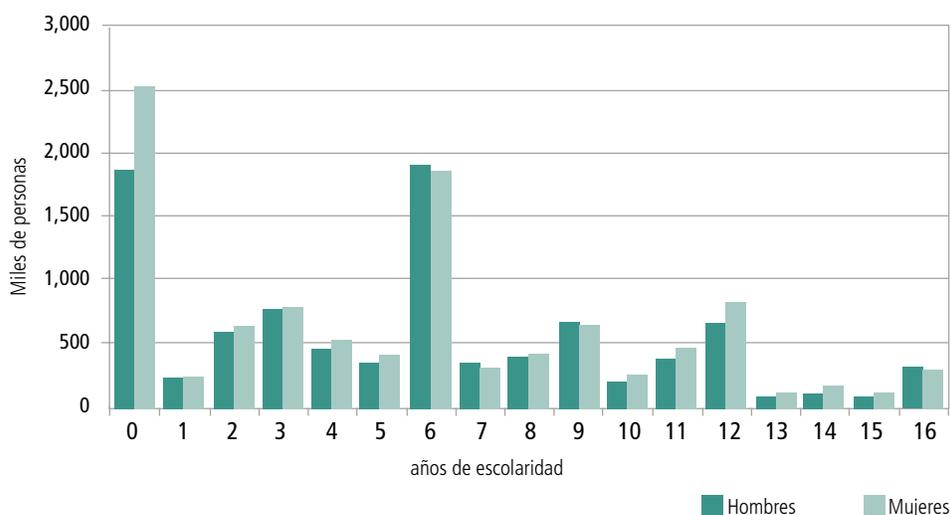
El 21.7% de la población de 15 a 64 años no tiene ninguna educación, y el número de mujeres en esa situación (2.5 millones) supera ampliamente al de los hombres (1.9 millones). No

obstante este resultado, el promedio de años de estudio para las mujeres centroamericanas en ese grupo de edad, que representan el 52.6% del total de ambos sexos⁷, es de 5.5 años, mientras que el de los hombres es de 5.8 años. Al excluir a la población sin ninguna educación, el promedio aumenta a 7.1 años para los hombres y a 7.2 años para las mujeres, lo que indica que el problema para las mujeres es el acceso a la educación, pero cuando acceden igualan, e inclusive superan, el nivel educativo de los hombres. En el gráfico 2.4 la situación es especialmente visible en el caso del grupo que tiene entre 11 y 12 años de educación, pues las mujeres superan a los hombres (1.3 millones respecto a 1.1 millones).

La buena noticia es que la situación está cambiando. Las oportunidades mejoraron para las mujeres más jóvenes. Cuando se considera solamente la población de 15 a 30 años, el promedio de años de estudio es de 6 para las mujeres y 5.9 para los hombres. Además, el porcentaje de mujeres sin ningún grado aprobado es de 18.2%, respecto al 23.7% que resulta cuando se considera la totalidad de mujeres entre 15 y 64 años.

GRAFICO 2.4

Centroamérica: años de educación formal de la población de 15 a 64 años, según sexo. 2000



Fuente: Sauma, 2003, a partir de las encuestas de hogares de los países.

RECUADRO 2.5

La deserción escolar en Centroamérica

En Centroamérica, y en general en toda América Latina y el Caribe, aún cuando se registran avances en cobertura educativa, persisten niveles educacionales muy bajos y tasas de deserción elevadas, tanto por factores extraescuela como intraescuela. Tal situación revela la urgencia de evitar la deserción escolar en el ciclo primario y aumentar significativamente la tasa de retención en la enseñanza secundaria.

En la región la tasa global de deserción⁸ en las zonas urbanas registró un descenso de alrededor de dos puntos porcentuales en Honduras, El Salvador, Costa Rica y Panamá durante el período 1990-1999 (de 49% a 47%, 32% a 30%, 33% a 30% y 28% a 25%, respectivamente), en tanto que en Nicaragua aumentó del 32% al 34% durante el mismo lapso. En Guatemala los únicos datos disponibles indican una tasa de deserción de 40% en 1998. En lo que concierne a las zonas rurales hubo avances considerables en Costa Rica, El Salvador y Panamá, mientras que en Nicaragua la situación más bien se deterioró.

La etapa en la que se concentra el abandono de escuela registra importantes diferencias entre países, principalmente en las zonas rurales. En El Salvador, Guatemala y Nicaragua entre el 40% y el 70% de los niños y las niñas deja de asistir a la escuela antes de completar el ciclo primario. En Costa Rica y Honduras más de la mitad y hasta el 60% de los que abandonan la educación lo hacen al finalizar el ciclo primario. En las zonas rurales, como cabría esperar, la deserción ocurre casi totalmente o con mucha mayor frecuencia durante el ciclo primario.

En cuanto a las diferencias por sexo, en las zonas urbanas las niñas no sólo abandonan la escuela con menor frecuencia que los niños, sino que progresan a lo largo del ciclo escolar con menor repetición, y una mayor proporción de las jóvenes que de los varones de entre 15 y 19 años de edad egresan de la educación secundaria sin retraso. En las zonas rurales, en cambio, las mujeres tienden a abandonar la escuela más temprano.

Entre los factores extraescuela que aún persisten y que contribuyen a la deserción y el retraso escolar se encuentran la falta de recursos económicos en los hogares -factor decisivo que hace que los niños y adolescentes de estratos pobres abandonen o se retrasen más en la escuela que los niños de hogares de ingresos medios y altos-, la estructura familiar y la educación de la madre -hay mayores tasas de deserción en hogares donde no existe una figura paterna y la madre tiene baja educación o no tiene- así como problemas de embarazo y maternidad entre las adolescentes.

Los factores intraescuela que coadyuvan a la deserción escolar son el bajo rendimiento, los problemas de conducta y el autoritarismo de las y los docentes, entre otros. En este marco, el reconocimiento de la condición de pobreza de los niños y jóvenes suele ser un factor de negación de sus potencialidades culturales. Los estudiantes de las clases populares cuya cultura difiera de la cultura escolar predominante, deben realizar esfuerzos considerables para asimilarla, sometiéndose a una especie de reeducación.

Sin embargo, aun cuando la deserción escolar es el resultado de un proceso en el que intervienen múltiples factores y circunstancias, el abandono escolar definitivo es rara vez un evento inesperado, y se presenta más bien como una cadena de circunstancias que van elevando el riesgo de deserción a medida que se avanza en la edad.

Los costos sociales y privados que se generan por la deserción escolar son altos. En términos sociales estos van desde un analfabetismo funcional, una baja productividad en el trabajo y su efecto en el (menor) crecimiento de las economías, hasta los mayores gastos en que es necesario incurrir para financiar programas sociales y de transferencias a los sectores que no logran generar recursos propios.

Los costos privados normalmente se evalúan mediante la estimación de las pérdidas de ingresos en el mercado laboral que sufren quienes abandonan la educación formal antes de completar un determinado número de años de estudio.

Un estudio de CEPAL que estimó el incremento de ingreso por más años de educación mostró que, en Costa Rica, los aumentos para los adolescentes fluctúan en alrededor de un promedio de 31% para los varones y de 28% para las mujeres, cuando se supone que ellos y ellas permanecen (y aprueban) tres años más de la escuela luego de terminar la primaria. En El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua el incremento del ingreso se estimó sobre la base de cuatro años más de escuela hasta completar el ciclo escolar primario de cada país; los resultados del incremento son de 32%, 26%, 37% y 29%, respectivamente, en los varones y de 36%, 41%, 44% y 60% en las mujeres. Por tanto, se puede afirmar que las políticas tendientes a mejorar la retención de los niños y niñas en la escuela no sólo rinden en términos de menores costos sociales, sino que producen significativos impactos en términos de aumento de los ingresos laborales.

Fuente: CEPAL, 1998 y 2002b.

Retomando la relación entre educación y pobreza, en el gráfico 2.5 se muestra la incidencia de la pobreza como insuficiencia de ingresos/consumo en la población centroamericana de 15 a 64 años según sus años de estudio en la educación formal, y queda claramente identificada la relación inversa entre educación y pobreza. La incidencia de esta última supera el 60% entre la población sin ninguna educación formal o con un grado bajo de escolaridad. Para los que tienen primaria completa (6 grados) la incidencia es menor del 40%, y para los que han culminado la educación media o secundaria (entre 11 y 12 años, dependiendo de los países), la incidencia es apenas superior al 10%. Para los que tienen educación superior, aunque sea incompleta, la incidencia de la pobreza es muy inferior. En términos generales, la incidencia se reduce en 4 puntos porcentuales por cada año de estudio, hasta los 12 años.

Las personas pobres se ocupan principalmente en el sector informal y en el agropecuario tradicional

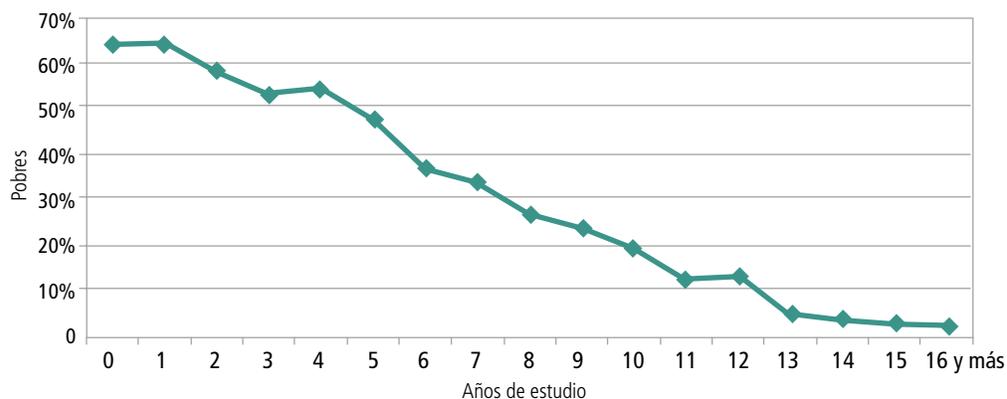
Cuando la pobreza se concibe como insuficiencia de ingresos, uno de los elementos explicativos clave es la forma en que los miembros del

hogar se insertan en el mercado de trabajo, pues los ingresos laborales determinan en gran medida los ingresos familiares. En todos los países del área existe una mayor inserción de los pobres, tanto jefes de familia como no jefes, en los sectores informal y agropecuario tradicional. En ambos casos la relación capital/trabajo es muy baja, con escasa productividad y reducida capacidad de acumulación⁹.

En el cuadro 2.8 se muestra el sector de ocupación de los 13.7 millones de centroamericanos ocupados hacia el año 2000, los cuales representaban un 37.9% de la población total (tasa bruta de ocupación). Entre ellos, un 30.1% a nivel regional se desempeñaba en actividades formales, un 39.3% en el sector informal y el 30.6% restante en actividades agropecuarias. Por países, la importancia del sector formal es mayor en Costa Rica y Panamá, pues absorbe casi a la mitad de los ocupados, y menor en Guatemala, donde solamente un 19.9% de los ocupados se ubican en él. También en Nicaragua y Honduras este sector es menos importante en términos relativos (25.5% y 27% de los ocupados, respectivamente) y es más significativo en El Salvador (35.7%).

GRAFICO 2.5

Centroamérica: incidencia de la pobreza en la población de 15 a 64 años de edad, según años de estudio. 2000



Fuente: Sauma, 2003, a partir de las encuestas de hogares de los países.

CUADRO 2.8

Centroamérica: porcentaje de ocupados^{a/} según sector de ocupación^{b/}. 2000

	Centroamérica ^{c/}	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Todos los ocupados	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Formal	30.1	50.0	35.7	19.9	27.0	25.5	45.9
Informal	39.3	32.8	42.8	41.0	38.8	40.4	33.3
Cuenta propia	18.9	14.2	19.8	19.8	19.8	19.3	17.4
Patronos y asalariados ^{d/}	12.2	13.0	13.7	14.4	9.9	11.1	6.8
Trabajadores familiares	4.4	0.9	4.7	4.4	5.5	5.9	3.3
Servicio doméstico	3.7	4.7	4.6	2.4	3.6	4.1	5.7
Agropecuario	30.6	17.2	21.4	39.1	34.3	34.1	20.8
Cuenta propia y familiares	18.7	5.7	10.7	20.7	22.7	29.0	18.0
Patronos y asalariados	12.0	11.5	10.8	18.3	11.5	5.1	2.9
5 o menos empleados	5.4	5.1	4.8	6.9	7.2	3.0	1.5
6 o más empleados	6.6	6.4	6.0	11.4	4.3	2.2	1.4

^{a/} Población de 10 años y más ocupada, con excepción de Costa Rica, donde se consideran los ocupados de 12 años y más.

^{b/} El sector informal incluye a los trabajadores no agropecuarios (urbanos y rurales) sin educación superior: por cuenta propia, patronos y asalariados en establecimientos de 5 empleados o menos (excluyendo los empleados públicos), el servicio doméstico y los trabajadores no remunerados. El formal incluye a todos los demás trabajadores no agropecuarios (urbanos y rurales).

^{c/} Estimación propia.

^{d/} En empresas de 5 empleados o menos.

Fuente: Estimación propia a partir de las siguientes encuestas: Costa Rica: Encuesta de Hogares, año 2000 (con ajuste en factores de expansión según el censo del mismo año); El Salvador: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples de 1999; Guatemala: ENIGFAM 1998; Honduras: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples de 1999; Nicaragua: Encuesta Nacional sobre Medición del Nivel de Vida 2001, y Panamá: Encuesta de Niveles de Vida 1997.

En el sector informal se considera a los trabajadores por cuenta propia (18.9% del total de ocupados) y a los trabajadores y patronos en establecimientos de 5 empleados o menos (del sector privado y excluyendo a los que tienen educación universitaria), lo cual aproxima en buena medida el empleo en microempresas, y representa a un 12.2% del total de ocupados. Además se toman en cuenta los trabajadores familiares no remunerados (4.4%) y el servicio doméstico (3.7%). Un dato significativo es que, cuando se examinan en conjunto, los ocupados por cuenta propia y en microempresas a nivel regional superan ligeramente la ocupación formal (31.1% y 30.1%, respectivamente), poniendo en evidencia la enorme importancia de estos tipos de ocupación.

Por su parte, las actividades agropecuarias corresponden mayoritariamente a la agricultura tradicional realizada por los cuenta propia y trabajadores familiares (18.7%), más los asalariados y patronos en establecimientos de 5 empleados o menos (5.4%). En contraste, sólo un 6.6% de los centroamericanos ocupados realiza actividades en el sector agropecuario moderno.

Un 36.2% del total de ocupados en la región son mujeres, lo que equivale a 5 millones de centroamericanas que participan en forma activa en el mercado de trabajo. El sector informal es especialmente importante para ellas, pues casi tres de cada cinco ocupadas lo está en ese sector (59.3%). A su vez, el agropecuario es importante sobre todo para los hombres, de los cuales un 42.4% está ocupado en esa actividad.

El sector formal tiene la misma importancia relativa para ambos sexos, ocupando alrededor del 30% en cada caso. Sin embargo, dada la diferencia en el número absoluto de hombres y mujeres que participan en el mercado de trabajo, hay dos aspectos que deben resaltarse. Por una parte, el número de mujeres en el sector informal supera al de los hombres (2.9 millones de mujeres respecto a 2.4 millones de hombres). Por otra parte, aunque el sector formal es igualmente importante en términos relativos para hombres y mujeres, hay en él 1.7 hombres ocupados por cada mujer.

Ahora bien, los ingresos que obtienen los ocupados en los sectores informal y agropecuario tradicional son generalmente bajos, lo que conlleva la situación de pobreza de estas personas y sus familias. Como se aprecia en el cuadro 2.9, la incidencia de la pobreza es bastante menor entre los ocupados del sector formal que en los del informal, y en estos últimos es menor que entre los ocupados agropecuarios.

La mayor incidencia de la pobreza se presenta entre los cuenta propia y los trabajadores familiares no remunerados del sector agropecuario (74.3%), seguidos por los patronos y asalariados agropecuarios en establecimientos de 5 o menos empleados (66.4%). Además, el 40.9% de los ocupados pobres lo está en esas categorías (cuenta propia y establecimientos de 5 empleados o menos). Se pone en evidencia, entonces, que el alivio de la pobreza requiere, necesariamente, mejorar la situación de los campesinos y sus familias.

El sector informal, por su parte, alberga a un 37.2% de los ocupados pobres de la región. De los pobres ocupados en el sector informal, la mitad son cuenta propia y poco más de una cuarta parte son patronos y trabajadores en microempresas. La incidencia de la pobreza entre los ocupados en esas categorías es también bastante elevada, pues supera el 36% en todos los casos. También aquí queda manifiesta la necesidad de mejorar los ingresos a los participantes en estas

actividades (en su mayoría mujeres), para aliviar su situación de pobreza.

Fuerte desigualdad en la distribución del ingreso

Junto a una elevada incidencia de la pobreza, los países centroamericanos muestran una fuerte desigualdad en la distribución de los ingresos, tanto entre países como dentro de estos. En el año 2000 el PIB total de la región en su conjunto superó los 66,500 millones de dólares y en términos per cápita resultó ligeramente superior a los 1,800 dólares (cuadro 2.10). Cuando se compara el producto per cápita se presentan marcadas diferencias, pues mientras en Costa Rica y Panamá supera los 3,000 dólares, en Honduras y Nicaragua es inferior a 1,000 dólares.

En cuanto a la desigualdad “dentro” de los países, los indicadores del cuadro 2.10 muestran que, en todos los casos, el 10% de la población con ingreso per cápita más elevado (relativamente “más ricos”) se apropia de entre un 29.4% y un 40.5% del ingreso nacional, mientras que el 40% de la población con menor ingreso per cápita (relativamente “más pobres”) se apropia de entre un 10.4% y un 15.3% del ingreso nacional. Dicho de otra forma, en todos y cada uno de los países, mientras el 30% de la población con mayores ingresos per cápita acumula por lo menos

CUADRO 2.9

Centroamérica: incidencia de la pobreza entre los ocupados, según sector de ocupación. 2000

	Incidencia de la pobreza	Distribución de personas pobres
Todos los ocupados	42.7	100.0
Formal	18.7	13.2
Informal	40.4	37.2
Cuenta propia	41.6	18.5
Patronos y asalariados	36.1	10.3
Trabajadores familiares	43.9	4.5
Servicio doméstico	44.6	3.9
Agropecuario	69.0	49.6
Cuenta propia y trabajadores familiares no remunerados	74.3	32.5
Patronos y asalariados	60.8	17.0
5 o menos empleados	66.4	8.4
6 o más empleados	56.2	8.6

Fuente: Sauma, 2003.

CUADRO 2.10

Centroamérica: población, PIB y desigualdad en la distribución del ingreso, por países. 2000
(cifras absolutas y relativas)

	Población (en miles)	PIB		Desigualdad en la distribución ingreso ^{a/} Coeficiente de Gini	Participación en el ingreso total:			
		total (millones US\$)	per cápita (US\$)		40% más	30%	20%	10%
					pobre	siguiente	siguiente	más rico
Total	36,097.4	66,525	1,843	0.564^{b/}				
Costa Rica	4,023.5	15,885	3,948	0.473	15.3	25.7	29.7	29.4
El Salvador	6,276.0	13,205	2,104	0.518	13.8	25.0	29.1	32.1
Guatemala	11,385.3	19,122	1,680	0.582	12.8	20.9	26.1	40.3
Honduras	6,485.5	5,898	909	0.564	11.8	22.9	28.9	36.5
Nicaragua	5,071.4	2,396	472	0.584	10.4	22.1	27.1	40.5
Panamá	2,855.7	10,019	3,508	0.557	12.9	22.4	27.7	37.1

^{a/} Corresponden a 1999, excepto para los casos de Guatemala y Nicaragua, que son de 1998. Ingreso per cápita.

^{b/} Para el cálculo, los ingresos familiares fueron convertidos a dólares estadounidenses y ajustados según las paridades de poder adquisitivo (PPA). Estas últimas corresponden a las consideradas en el recuadro 2.2.

Fuente: Datos de población tomados de CELADE, 2002; datos del PIB tomados de CEPAL, 2002a, ingresos per cápita tomados de CEPAL, 2001; coeficiente de GINI, estimación propia a partir de las encuestas de hogares de los países.

un 60% del ingreso nacional, el 70% de la población con menores ingresos per cápita obtiene, en el mejor de los casos, un 40% del ingreso nacional.

El coeficiente de Gini, utilizado como indicador de desigualdad, asume valores desde 0.473 en el caso de Costa Rica, hasta 0.584 y 0.582 para Nicaragua, y Guatemala respectivamente. Cuando se considera la región en su conjunto, el coeficiente de Gini asume un valor de 0.564. Al ser comparados con los demás países latinoamericanos, los centroamericanos se ubican a lo largo de todo el espectro de desigualdad que caracteriza a América Latina como la región más desigual del mundo.

Además del problema de equidad, que por sí mismo refleja la desigualdad en la distribución del ingreso familiar, dos implicaciones adicionales deben ser consideradas. En primer lugar está la relativa al menor impacto del crecimiento económico en la reducción de la pobreza: a mayor desigualdad en la distribución del ingreso, mayores tasas de crecimiento económico serán necesarias para lograr reducciones significativas en la pobreza. Como ya se mencionó, en Centroamérica la pobreza disminuyó a lo largo de la década de los noventa, en buena medida gracias

al crecimiento económico y a pesar de la fuerte desigualdad; sin embargo, para lograr avances significativos a futuro, como los establecidos en la *Declaración del Milenio*, se requerirán tasas de crecimiento económico iguales o superiores a las del período previo, así como reducciones en la desigualdad. En segundo lugar, la fuerte desigualdad en la distribución del ingreso está asociada a otros problemas de equidad, especialmente el acceso a los servicios sociales básicos.

Según cifras de la CEPAL (2002a), en términos reales (dólares de 1995), el PIB per cápita regional del año 2000 fue un 18.7% superior al de 1990 (1,664 y 1,402 dólares de 1995, respectivamente). En todos los países se repite esa situación, aunque con mayor magnitud en Panamá, El Salvador y Costa Rica (31%, 24.7% y 23.4% en cada caso); en Guatemala se observa un aumento cercano al promedio regional (15.1%), y un incremento muy bajo en Nicaragua y Honduras (6.2% y 3.5%). Las tasas de crecimiento anual del PIB total y del PIB per cápita fueron positivas¹⁰, aunque en este período el estilo de crecimiento de la región dejó claro que la promesa de crecimiento de inicios de los noventa no se cumplió (capítulo 3).

El mercado de trabajo juega un papel importante en la reducción de la pobreza, pues la mayor parte de los ingresos de las familias provienen de la participación de sus miembros en ese mercado. Más específicamente, según las encuestas de hogares, en promedio para los últimos años, el 84% de los ingresos familiares fueron obtenidos de la participación en el mercado laboral¹¹.

En los noventa, el crecimiento económico fue acompañado de aumentos en el empleo, lo cual constituye un aspecto positivo del proceso económico de cara a la reducción de la pobreza. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que muchos de los empleos fueron generados en el sector informal, que contribuye poco a esa reducción. Según Trejos (2002), entre 1990 y 1999 el empleo total en Centroamérica creció a un ritmo del 3.8% anual; no obstante, las tasas de crecimiento difieren por sectores: 0.9% el empleo agropecuario, 3.8% el formal y 6.7% el informal¹². Esto significa que, de cada 100 nuevos empleos generados en la región en ese período, 31 fueron formales, 12 agropecuarios y 57 informales.

Con una perspectiva dinámica, reducciones en la desigualdad del ingreso serían beneficiosas para los países, pues permitirían que el crecimiento económico aumente su impacto sobre la disminución de la pobreza. Sin embargo, ese no parece ser el caso de Centroamérica, aunque es preciso reconocer que la información disponible es limitada. Por países, hay un notable aumento en la desigualdad en Costa Rica, un pequeño incremento en El Salvador, una fuerte reducción en Honduras, y variaciones de poca relevancia en los demás países¹³.

Un ejercicio realizado en fecha reciente por PNUD-IPEA-CEPAL, para analizar la factibilidad de que las naciones latinoamericanas cumplan con la meta de pobreza incluida en la *Declaración del Milenio*, utiliza la relación entre crecimiento económico y pobreza, y además toma en cuenta la situación en la distribución del ingreso¹⁴. La *Declaración del Milenio* propone la reducción a la mitad (respecto a los niveles existentes en 1990), en la incidencia de la pobreza hacia el año 2015. En el caso de Centroamérica, la situación actual muestra que los países requieren tasas de crecimiento económico muy elevadas para alcanzar esa meta, con el agravante de que, aún cuando lo logran, muchos de ellos mantendrían niveles de incidencia de la pobreza todavía elevados. Los resultados del ejercicio también reflejan la importancia de reducir la desigualdad en la distribución del ingreso, pues con ello disminuirían los requerimientos, en términos de crecimiento económico, para alcanzar la meta propuesta.

De mantenerse el ritmo de crecimiento vigente durante los años noventa (y la desigualdad en la distribución del ingreso), solamente podrían conseguir el objetivo planteado Panamá, Costa Rica y El Salvador. Los demás países requieren esfuerzos en materia de política económica y social que permitan cambiar el ritmo de crecimiento y mejorar la distribución del ingreso respecto a la situación actual.

Una estrategia para reducir las desigualdades en la distribución del ingreso entre las familias debe tener como elemento principal la disminución de esas desigualdades en lo que concierne a los ingresos laborales, lo cual se logra en el mercado de trabajo: en el corto plazo, generando más y mejores empleos y aumentando los ingresos laborales, y en el mediano y largo plazos, por medio de la formación de capital humano y la dotación de capital físico a la población de menores ingresos (tierra, activos físicos, etc.). Otros elementos de corto plazo tienen que ver con las transferencias, públicas y privadas, que en algunos casos, constituyen una base para la solución permanente del problema, y que además pueden incidir positivamente en la mejoría de la distribución del ingreso.

El gasto público social crece, pero aún es insuficiente

Desde la óptica del desarrollo humano, el gasto social, es decir, el gasto público y privado en servicios sociales, se considera una inversión, pues favorece las oportunidades para el desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida de las personas, al proporcionar acceso al conocimiento y la consolidación del acervo educativo, a ambientes saludables y a adecuadas condiciones nutricionales, entre otros. La magnitud del gasto o inversión en los sectores sociales refleja en buena medida el esfuerzo que hacen las sociedades para mejorar el nivel de vida de las y los ciudadanos. Esta variable es fundamental para explicar los niveles de desarrollo humano alcanzados por los países centroamericanos en el largo plazo, pues existe una correlación directa entre la magnitud de ese gasto en un determinado período y la mejoría, en el mediano y largo plazos, en la situación de los individuos y sus familias, medida a través de los indicadores sociales.

Como se mencionó, la inversión o gasto social incluye tanto la realizada por el sector público como la inversión directa del sector privado, aunque este último sector también participa indirectamente, financiando mediante el pago de

impuestos los programas sociales a cargo del sector público. Lamentablemente no existe información confiable para todos los países sobre el gasto privado en servicios sociales, motivo por el cual esta sección se concentra en el gasto público.

En el cuadro 2.11 se muestra el gasto público social correspondiente a 1998-1999 para 17 países latinoamericanos según datos de CEPAL (2001). Estos estimados incluyen el gasto público en educación, salud y nutrición, seguridad social y vivienda, agua y saneamiento y otros. Panamá y Costa Rica aparecen entre las naciones con gasto social alto o medio-alto, superior a 600 dólares (de 1997) per cápita, mientras que los demás países del área, en la mayoría de los casos, no alcanzan 100 dólares de 1997 y, más aún, ocupan los últimos cuatro lugares en cuanto a gasto social entre los 17 países considerados.

El esfuerzo macroeconómico que representa para Panamá y Costa Rica el gasto social (como porcentaje del PIB) es similar al de los países con gasto alto y medio-alto, o sea, superior a 16%, en tanto que el de las demás naciones centroamericanas es significativamente menor, con excepción de Nicaragua (cuadro 2.12). En cuanto al esfuerzo fiscal que representa el gasto social (como porcentaje del gasto público total), Guatemala registra el mayor esfuerzo, situación que se explica por la reducida presión tributaria existente en ese país. El Salvador es el país centroamericano con un menor esfuerzo fiscal en gasto social.

Considerando a la región en su conjunto, el gasto social per cápita para 1998-1999 alcanza 187 dólares de 1997, un nivel que sigue siendo muy bajo dentro del contexto latinoamericano y que representa apenas un 10.7% del PIB regional total, cifra igualmente baja.

La situación a finales de la década de los noventa no difiere significativamente de la que se daba al inicio de ese mismo período, aunque, con excepción de Honduras, en todos los países centroamericanos aumentó el gasto social per cápita (cuadro 2.12). El caso más notorio es el de Guatemala, donde el gasto social se duplicó en los dos últimos años considerados respecto a los dos primeros, situación directamente relacionada con los Acuerdos de Paz. El aumento en los gastos sociales durante los años noventa es resultado tanto de un mayor esfuerzo macroeconómico, como de un mayor esfuerzo fiscal.

En cuanto a la composición sectorial del gasto social, hay importantes diferencias entre países. Por una parte, mientras en Guatemala, Honduras y Nicaragua el gasto en educación es el de mayor importancia relativa, en Costa Rica lo son

seguridad social, salud y nutrición, y en Panamá, salud y nutrición (no hay datos para El Salvador) (cuadro 2.13). De hecho, no hay gasto en seguridad social en Honduras y Nicaragua, y es muy bajo en Guatemala.

Dejando aparte a Costa Rica y Panamá, el reducido gasto en servicios sociales distintos a la educación constituye una severa limitación para el desarrollo de las capacidades humanas en los demás países centroamericanos, pues, como lo reflejó el análisis de las necesidades básicas insatisfechas, las y los centroamericanos presentan grandes carencias en la satisfacción de otras necesidades básicas, además de la educación.

Estos resultados permiten concluir que el gasto o inversión pública social de Centroamérica debe aumentar, como vía para acelerar el desarrollo humano. Como se ha señalado, existe

CUADRO 2.11

**América Latina y el Caribe (17 países):
gasto público social per cápita, como porcentaje
del PIB y como porcentaje del gasto público.
1998-1999
(US\$ de 1997)**

	Gasto per cápita (US\$ de 1997)	Gasto público social como porcentaje del:	
		PIB	Gasto público
Promedio regional ^{a/}	540	13.1	47.8
Argentina	1,687	20.5	63.6
Uruguay	1,539	22.8	72.5
Brasil ^{b/}	1,011	21.0	60.4
Chile	827	16.0	66.8
Panamá	642	19.4	38.6
Costa Rica	622	16.8	43.1
México	402	9.1	58.5
Colombia	381	15.0	35.5
Venezuela	313	8.6	37.3
Perú	192	6.8	38.3
Bolivia	168	16.1	56.5
República Dominicana	135	6.6	39.7
Paraguay	132	7.4	46.2
Guatemala	107	6.2	46.2
El Salvador	82	4.3	27.0
Honduras	57	7.4	34.3
Nicaragua	57	12.7	37.0

^{a/} Promedio simple de los países, excluidos Bolivia y El Salvador.

^{b/} Estimación del gasto social consolidado (todas las esferas de gobierno).

Fuente: CEPAL, 2001.

CUADRO 2.12

Centroamérica: gasto público social per cápita, como porcentaje del PIB y como porcentaje del gasto público. 1990-1991 a 1998-1999
(US\$ de 1997)

	1990-1991	1992-1993	1994-1995	1996-1997	1998-1999
Gasto social per cápita (US\$ de 1997)					
Costa Rica	476	495	536	568	622
El Salvador			60	70	82
Guatemala	52	65	66	69	107
Honduras	60	67	59	56	57
Nicaragua	48	44	52	47	57
Panamá	497	582	606	653	642
Gasto social como porcentaje del PIB					
Costa Rica	15.7	15.3	16.0	17.0	16.8
El Salvador			3.3	3.8	4.3
Guatemala	3.4	4.1	4.1	4.2	6.2
Honduras	7.9	8.5	7.7	7.2	7.4
Nicaragua	10.8	10.6	12.6	11.0	12.7
Panamá	18.6	19.5	19.8	20.9	19.4
Gasto social como porcentaje del gasto público					
Costa Rica	38.9	41.2	38.3	42.2	43.1
El Salvador			21.3	24.9	27.0
Guatemala	29.9	33.4	38.5	37.4	46.2
Honduras	36.5	33.7	32.7	34.6	34.3
Nicaragua	35.4	38.1	40.9	37.1	37.0
Panamá	40.0	37.9	43.2	38.2	38.6

Fuente: CEPAL, 2001.

CUADRO 2.13

Centroamérica: gasto público social per cápita por sectores. 1998-1999
(US\$ de 1997)

	Educación	Salud y nutrición	Seguridad social	Vivienda, agua, saneamiento y otros
Costa Rica	163	181	216	63
El Salvador				
Guatemala	40	22	16	30
Honduras	32	16	0	10
Nicaragua	26	20	0	12
Panamá	198	223	179	42

Fuente: CEPAL, 2001.

RECUADRO 2.6

El gasto en salud en Centroamérica es relativamente bajo

Las diferentes formas en que están organizados y financiados los sistemas nacionales de salud en la región se reflejan en variabilidad de la prioridad fiscal y macroeconómica que los gobiernos le dan al sector. En promedio para Centroamérica, el financiamiento del gasto en salud está concentrado en el sector privado, con cerca del 50% (gasto de bolsillo), seguido por los sistemas públicos de seguros de salud, con poco más del 30% y, en una proporción muy inferior, por el gasto del gobierno (alrededor del 20%).

Se pueden identificar tres formas de organización dominantes:

- Belice: el gobierno juega un rol predominante en la provisión y el financiamiento del sector.

- Costa Rica y Panamá: el financiamiento y el acceso a los servicios de salud está basado en un sistema público de aseguramiento.

- El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua: existe un sistema mixto con predominio privado, en el cual el acceso a la salud es financiado mayoritariamente por el gasto de bolsillo.

Al considerar a la región en su conjunto, el gasto en salud representa un 7.5% del PIB regional: un 4% corresponde al gasto público y un 3.5% al gasto privado (cuadro 2.14). Sin embargo, la primacía del gasto público no se reproduce en todos los casos, pues en El Salvador, Guatemala y Honduras el gasto privado es el más importante.

CUADRO 2.14

Centroamérica: gasto en salud como porcentaje del PIB, según sector (público y privado). Circa 2000

Indicador	Centroamérica	Belice	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Público	4.0	2.5	6.9	3.3	1.4	2.7	5.5	5.4
Privado	3.5	2.3	2.2	4.9	4.0	4.5	3.7	1.9
Total	7.5	4.8	9.1	8.2	5.4	7.2	9.2	7.3

Fuente: OPS/OMS, 2002.

En lo que se refiere al gasto per cápita en salud, este no parece estar relacionado con el nivel de ingreso per cápita del país, sino más bien con la forma de organización y financiamiento del sector. Por ejemplo, Belice tiene un gasto per cápita similar al de naciones con un ingreso por persona muy inferior, como El Salvador y Nicaragua. En Costa Rica, que tiene el mayor ingreso per cápita de la región, el mayor nivel de gasto más que supera, en términos proporcionales, las diferencias en ingreso con el resto de los países.

Menos de una cuarta parte de la población centroamericana (cerca de 8.2 millones de personas) está cubierta por un seguro público de salud, y la mitad de esos beneficiarios se concentra en dos países (Costa Rica y Panamá). Las diferencias de cobertura y de beneficios son amplias. En El Salvador, Honduras y Guatemala menos del 15% de la población está cubierta, y en Nicaragua menos del 10%. Esto contrasta con el 60% y más del 70% que exhiben Panamá y Costa Rica, respectivamente.

En general, para Belice, Costa Rica y Panamá, donde el principal financiador de la salud es el sector público (más de la mitad del gasto total), los resultados en indicadores tradicionales como esperanza de vida y mortalidad infantil son más favorables. Por el contrario, los países donde la participación de la financiación es fundamentalmente privada (más del 60% de gasto total en Guatemala y Honduras), exhiben los indicadores más desfavorables. Estos son también los países con menores ingresos per cápita.

Cabe destacar que, si bien las inversiones públicas en servicios de salud contribuyen a mejorar la situación de salud, particularmente de los grupos más desprotegidos, la condición socioeconómica puede ser el factor que más explique la enfermedad experimentada por una población, que cualquier otra causa. Es por ello que las inequidades en salud se observan aun en países que proveen excelente atención clínica y preventiva (Kaplan, 2000). Es más, la inequidad en la distribución del ingreso es perjudicial para la salud de toda la población y no sólo para los grupos de menores ingresos. En este sentido, reducir la inequidad es un asunto de interés para todos los grupos, incluyendo a los más privilegiados (Wilkinson, 1992).

Las inversiones en salud, además de su efecto en la calidad de vida, incrementan el capital humano y la productividad. Aunque esta relación ha sido menos estudiada, y con frecuencia es difícil de demostrar, en un trabajo realizado por Espinoza y Hernández (2000) se concluye que las mejores condiciones en la vivienda y la disponibilidad de servicios de salud en la comunidad han tenido efectos significativos en la situación de salud de Nicaragua. Además, estos autores han demostrado que las mejores condiciones de salud se asocian a ingresos económicos mayores. La influencia de la salud en el ingreso es aún mayor que la encontrada en investigaciones de países desarrollados (Savedoff y Schultz, 2000), lo que sugiere que las inversiones en salud pueden tener mayores rendimientos en los países pobres.

Fuente: Suárez, 2003.

una alta correlación entre la magnitud del gasto social en un determinado período y la mejoría en el desarrollo humano en el mediano y largo plazos. La evidencia empírica muestra que los países requieren un gasto social adecuado para poder alcanzar niveles altos de desarrollo humano (PNUD, 1996; Banco Mundial, 1993).

Estrategias de combate a la pobreza: discontinuidad y pocos recursos

Las naciones centroamericanas, al igual que muchas otras dentro y fuera de la región latinoamericana, han emprendido diversas iniciativas para combatir la pobreza y mejorar la distribución del ingreso. Al inicio de la década de los noventa se crearon los fondos de inversión social, como una medida para compensar el efecto de las políticas de ajuste estructural sobre las condiciones de vida de la población. Aunque todos fueron concebidos como programas temporales, continúan vigentes una década después y no existe una evaluación de resultados que permita emitir un juicio sobre su impacto en la reducción de la pobreza (cuadro 2.15).

Otros recursos de cooperación internacional para la atención de los grupos más desprotegidos provienen del Fondo Especial para la Transformación Social de Centroamérica (FETS), un instrumento independiente y separado del patrimonio del BCIE para financiar los esfuerzos de

reducción de la pobreza que llevan a cabo los países. El FETS canaliza recursos de distintas fuentes hacia programas y proyectos dirigidos a la población desprotegida que se ubique por debajo del percentil 50 en la distribución del ingreso, o en condición de pobreza o pobreza extrema. Los fondos se distribuyen a través de diversos canales, como gobiernos, organismos regionales, cooperativas y otras instancias públicas y privadas. Entre sus objetivos se encuentran contribuir a elevar la condición social y la calidad de vida de los beneficiarios de los préstamos, aumentar el grado de satisfacción de las necesidades básicas de la población, revertir la degradación del medio ambiente y los recursos naturales, aumentar la competitividad y promover la participación de la sociedad civil. Hasta la fecha se han financiado unos 16 proyectos por más de 100 millones de dólares, para atender a sectores vulnerables especialmente en Honduras y Nicaragua. Además de este fondo, el BCIE mantiene una serie de programas orientados al desarrollo social, tales como el PROMYPE y el programa de infraestructura municipal (PROMUNI), entre otros.

Como iniciativa más reciente, en la actualidad todos los países cuentan con estrategias de reducción de la pobreza, a partir de las cuales han definido un conjunto de acciones prioritarias en materia de políticas sociales, tanto universales como selectivas. En la mayoría de los casos, esto incluye la vinculación con las políticas económicas.

CUADRO 2.15

Centroamérica: características de los fondos de inversión social

País	Fondo	Año de creación	Dependencia	Financiamiento	Vigencia
Costa Rica	Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF).	1974	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Gobierno de Costa Rica.	5% del impuesto a las planillas a cargo del patrono y un porcentaje de la recaudación del impuesto de ventas.	Permanente
El Salvador	Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local (FISDL).	1990, como Fondo de Inversión Social (FIS). En 1996 se convirtió en el FISDL.	Presidencia de la República.	Entre las principales fuentes de financiamiento están el BID, BCIE, KfW. También depende del Gobierno de El Salvador.	El FIS terminaba en 1994, pero se prolongó hasta 1997. En 1996 se transformó en el FISDL, con carácter permanente.

CUADRO 2.15 (continuación)

País	Fondo	Año de creación	Dependencia	Financiamiento	Vigencia
Guatemala	Fondo de Inversión Social (FIS).	1993.	Presidencia de la República.	Recursos otorgados por la cooperación internacional mediante préstamos (BIRF, BID, BCIE, OPEP) y donaciones (Japón-PRORIENTE, República de China). Aportes del Gobierno de Guatemala.	Duraría 8 años (hasta 2001), pero se extendió 4 años más (2005).
Honduras	Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS).	1990.	Presidencia de la República.	Recursos asignados por organismos internacionales, aportaciones del gobierno central e instituciones autónomas, donaciones de fuentes lícitas y créditos blandos que se contrate.	Duraría 3 años, pero se prorrogó varias veces; está vigente hasta el 31 de diciembre de 2012.
Nicaragua	Fondo de Inversión Social de Emergencia (FISE).	1990.	Presidencia de la República.	Operaciones con carácter reembolsable de fuentes externas e internas, como USAID, ASDI, BID, BM, COSUDE, Gobierno de Japón, PNUD, KfW, OPEP y del Gobierno de Nicaragua.	Vigencia original hasta 1995, pero se ha prorrogado varias veces; está vigente hasta el 2004.
Panamá	Fondo de Inversión Social (FIS).	1990	Presidencia de la República.	Inició con una donación de la USAID y el Gobierno de Panamá. Ha operado con préstamos del PNUD, BID, FIDA, CEE, BM y aportes del Gobierno de Panamá. Además, recibe apoyo de la empresa privada y del Gobierno de Taiwán.	Permanente.

Entre esas estrategias se pueden diferenciar dos grupos: las elaboradas en el marco de la iniciativa para solucionar el problema de la deuda externa de los países pobres altamente endeudados (HIPC, por sus siglas en inglés) y las demás.

En el primer grupo se encuentran la “Estrategia reforzada de crecimiento económico y reducción de la pobreza”, de Nicaragua (Gobierno de Nicaragua, 2002) y la “Estrategia para la reducción de la

pobreza”, de Honduras (Gobierno de la República de Honduras, 2001). La iniciativa para los HIPC consiste básicamente en que los recursos que los países obtienen del alivio de la deuda externa (por condonación o readecuación de la deuda) sean utilizados en la reducción de la pobreza. Ello supone un largo proceso de negociación entre los países y sus acreedores, en el cual destaca el denominado “punto de culminación”,

a partir del cual los países pueden disponer de los recursos. Tanto Honduras como Nicaragua esperan alcanzar pronto ese punto. Una de las principales características de estas estrategias es la amplia participación social en su elaboración.

En el segundo grupo se encuentran las estrategias que forman parte de los programas de gobierno. En Costa Rica, las últimas tres administraciones han elaborado sus propias estrategias de reducción de la pobreza: el “Plan nacional de combate a la pobreza”, de la Administración Figueres Olsen, 1994-1998 (Segunda Vicepresidencia de la República de Costa Rica, 1996); el “Plan de Solidaridad”, de la Administración Rodríguez Echeverría, 1998-2002 (Ministerio de la Presidencia y MIDEPLAN, 1998) y el plan “Vida nueva: superación de la pobreza y desarrollo de las capacidades humanas”, de la Administración Pacheco de la Espriella, 2002-2006 (Gobierno de la República de Costa Rica, 2002). En El Salvador, la actual Administración del presidente Flores incluye la reducción de la pobreza dentro del “Programa de Gobierno 1999-2004: la nueva alianza” (Presidencia de la República de El Salvador, 1999). En Guatemala existe la “Estrategia de reducción de la pobreza, el camino de la paz” (Gobierno de la República de Guatemala, 2001b). En Panamá, la Administración Pérez Balladares elaboró el “Nuevo enfoque estratégico frente a la pobreza 1998-2003” (Presidencia de la República de Panamá, 1998), y en la actual Administración de la presidenta Moscoso se definió la “Política y estrategia de desarrollo social 2000-2004” (Gobierno Nacional de Panamá, 2000a) y la denominada “Agenda Social” (Gobierno Nacional de Panamá, 2000b).

En general, estas estrategias incluyen acciones suficientes para solucionar el problema de la pobreza en un plazo razonable; sin embargo, su ejecución ha enfrentado problemas. En primer lugar, no han sido asumidas como políticas de Estado, de manera que su implementación se ha visto afectada por los cambios de gobierno. Prueba de ello son los casos de Costa Rica y Panamá, donde cada una de las últimas administraciones ha elaborado su propio plan. En segundo lugar, como el alivio de la pobreza es posible solamente en un plazo razonable, pues algunas acciones no rinden frutos inmediatamente, los gobiernos de turno han puesto énfasis en las acciones de impacto más inmediato (generalmente con fines político-electoral), sacrificando el proceso global. Otro aspecto importante es que generalmente no se han asignado recursos financieros suficientes para desarrollar los componentes de

mayor envergadura dentro de los planes. Esta última situación se relaciona con otro de los problemas que enfrentan las estrategias de superación de la pobreza en particular, y la política social en general, y es la supeditación de lo social a lo económico. Mucho se ha discutido sobre esta falsa dicotomía, y prácticamente no existen dudas sobre la complementariedad entre las políticas económicas y sociales, pero en la práctica ese vínculo no se da. No cabe duda tampoco sobre la importancia del crecimiento y la estabilidad económica, sin los cuales no se puede lograr el desarrollo humano; no obstante, se debe dar a la política social la atención que requiere.

Hay que destacar también que la mayoría de las estrategias incluye metas concretas en el tiempo e inclusive personas o entidades responsables, pero generalmente no se realiza un adecuado seguimiento y control de los programas, ni existe rendición de cuentas. Por último, no es usual que se evalúen las políticas y programas ejecutados, de manera que es imposible definir ajustes que garanticen el logro de los objetivos propuestos.

Ritmos diferenciados en la transición demográfica

En el año 2003, la población centroamericana es de 38.7 millones de habitantes y se estima que en el 2015 alcanzará los 49.4 millones. El aumento entre los años 2000 y 2015 será equivalente al incremento en el número de habitantes que ocurrió en la región en los últimos veinte años. Tres cuartas partes de este crecimiento se concentrarán en Guatemala, Honduras y Nicaragua, países donde actualmente residen dos tercios de la población del área y que tienen las tasas de crecimiento más elevadas.

La diferencia en el ritmo de crecimiento de la población de los países tiene su origen en el hecho de que el paso de altos a bajos niveles de mortalidad y natalidad (denominado transición demográfica) se ha producido en momentos distintos. La esperanza de vida ha aumentado en las últimas décadas para todos los países, pero las diferencias entre ellos son notables: la región tiene entre sus países la esperanza de vida más alta y una de las más bajas de América Latina. Esto se explica tanto por las diferencias iniciales en los niveles, como por los logros en salud, en unos casos, y por los rezagos producto de las guerras, en otros. En Costa Rica y Panamá la esperanza de vida ha aumentado en forma sostenida desde los años setenta y no obstante una desaceleración en

RECUADRO 2.7

Estrategias de supervivencia: las remesas y su influencia en la reducción de la pobreza

El flujo de remesas en Centroamérica creció de 12 millones de dólares en 1980 a 532 millones en 1990 y ascendió a más de 3,000 millones de dólares en el 2000, por lo que es una fuente importante de ingresos. En El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, las remesas ejercen un importante efecto, tanto en su comparación con el PIB como con las exportaciones.

En el caso salvadoreño, es evidente el impacto macroeconómico que tienen estos ingresos, ya que su monto es casi del tamaño del presupuesto gubernamental y en los últimos tres años ha representado más del 13% del PIB. El mayor crecimiento de las remesas durante los años noventa se dio en Honduras y Nicaragua, pero en este último, el peso de las remesas dentro del PIB y las exportaciones es casi similar al de El Salvador, a pesar de que equivalen a una quinta parte de las de este país (representan un 13% del PIB y un 38% de las exportaciones).

Las remesas que envían los emigrantes tienen también un significativo impacto a nivel social. Así por ejemplo, en El Salvador, aunque la disminución de la pobreza durante la década de los noventa obedeció, en parte, a las altas tasas de crecimiento logradas en el primer quinquenio, la migración internacional fue un factor que contribuyó a mejorar la calidad de vida de muchas personas salvadoreñas. En el año 2000, el 15.8% de los hogares salvadoreños declaró haber recibido remesas durante el mes anterior a la encuesta y éstas llegaron a representar el 43% del ingreso familiar total de los hogares que las recibían, el 54% de los hogares en pobreza relativa y el 62% de los hogares en pobreza extrema. Las estimaciones de la tasa de pobreza total sin remesas (48.9%) y con remesas (44.7%) arrojaron una diferencia de 4.2 puntos porcentuales, y las tasas de pobreza extrema sin remesas (23.8%) y con remesas (19.3%) muestran una diferencia de 4.5 puntos porcentuales. Del total de hogares que recibieron remesas en el año 2000, un 39% habría estado en condición de extrema pobreza sin las remesas y un 21% en condición de pobreza relativa (FUSADES, 2002).

Según encuestas de la CEPAL sobre el uso de las remesas familiares, realizadas a fines de los ochenta en El Salvador, Guatemala y Nicaragua, el 85% de las remesas familiares se dedicaba al consumo básico, alrededor de un 6% a salud y educación y un 3% a la adquisición de artículos para el hogar. Esta estructura de gastos indica que, sin las remesas del exterior, muchas familias no cubrirían sus necesidades más básicas (CEPAL, 1993).

Aunque muy pequeño, el remanente de las remesas familiares destinado a la inversión ha despertado interés, por suponer una fuente de ingresos para superar situaciones de pobreza de manera autosostenida. Otro potencial de inversión que ofrecen las remesas radica en las organizaciones de emigrantes en el exterior (*hometown associations*). Estas asociaciones comunitarias, que se localizan principalmente en los Estados Unidos, han desempeñado varias funciones, que van desde el intercambio social hasta la influencia política y el logro de objetivos de desarrollo a baja escala en las comunidades de origen, como la construcción de obras de infraestructura básica, caminos, saneamiento y equipamiento de centros de salud o educativos. Estas organizaciones han tenido un impacto en el desarrollo social de sus países de origen y podrían continuar operando y creciendo en el futuro.

Empero, las experiencias equivalentes de desarrollo efectivamente productivo o comercial son aún escasas e incipientes. En algunos casos se trata de esfuerzos respaldados por programas gubernamentales, como el de competitividad de El Salvador y, fuera de la región, el "Tres por Uno", en el estado de Zacatecas, en México, donde por cada dólar que invierten los emigrantes, los gobiernos municipal, estatal y federal invierten otro, cada uno.

Fuente: CEPAL, 2003.

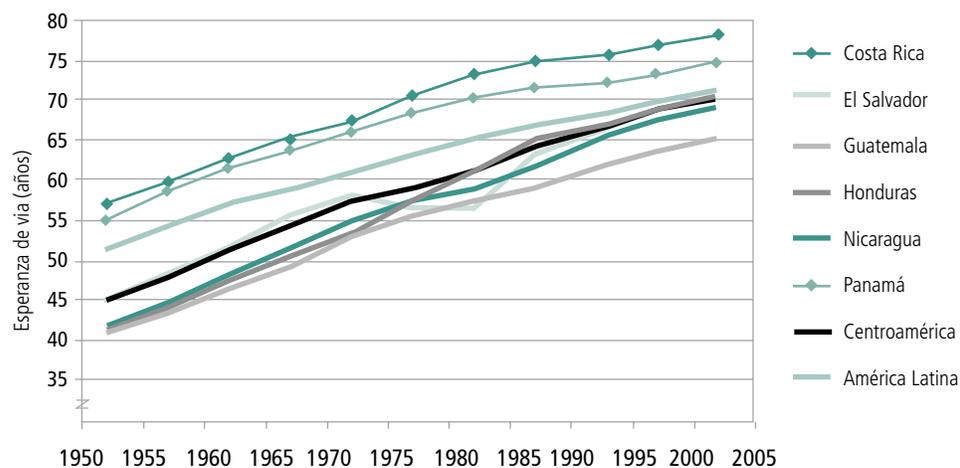
los ochenta, los progresos no se han interrumpido. En las otras naciones, además de que el ritmo ha sido más lento, la desaceleración de los años ochenta fue más acentuada. El principal rezago es el de Guatemala, cuya esperanza de vida difiere en casi cinco años del promedio regional.

A pesar de que en las cuatro últimas décadas todos los países centroamericanos mejoraron su esperanza de vida, no ha variado su posición relativa en relación con el promedio de América Latina: Costa Rica, Panamá y Belice continúan teniendo esperanzas de vida por encima del promedio latinoamericano, mientras el resto de la región está por debajo (gráfico 2.6). La brecha entre los países con mayor y menor esperanza de

vida se ha cerrado ligeramente en años recientes, como probable reflejo de que los mayores incrementos en la esperanza de vida se alcanzan cuando existen altas tasas de mortalidad infantil que pueden ser reducidas con intervenciones sanitarias de bajo costo y complejidad.

Aún más dramáticas son las diferencias en el descenso de la fecundidad. Si bien en años recientes todos los países registran descensos en este indicador, actualmente el número promedio de hijos por mujer¹⁵ oscila entre 2.1 en Costa Rica en el año 2002, hasta 5.1 según la medición de la última encuesta en Guatemala. A esta diferencia se suma otra de mayor importancia: la fecundidad ha descendido en todos los casos entre

GRAFICO 2.6

Centroamérica: esperanza de vida al nacer. 1950-2005

Fuente: CELADE, 2003.

las mujeres más educadas y, en mucha menor proporción, entre las de menos educación. Así por ejemplo, el número promedio de hijos por mujer entre las mujeres analfabetas en Guatemala es de 7, mientras que entre las mujeres con educación secundaria y más es de menos de 3. Aun en países donde ha descendido la fecundidad de las mujeres menos educadas, ésta sigue siendo casi el doble que la de las más educadas. En El Salvador el número de hijos por mujer entre las mujeres sin educación es cercano a 5, en tanto que entre aquellas con más de diez años de educación es de 2.4 hijos por mujer. Cabe recordar, como se explicó en una sección anterior, que las mujeres centroamericanas tienen problemas de acceso a la educación.

Los descensos en la tasa de mortalidad general dan a la región una tasa promedio de 5.7% alrededor del año 2000, la mitad que hace treinta años. Los mayores avances se registran en los países que en los setenta tenían el mayor rezago y que aún hoy se mantienen en la posición menos favorable.

En virtud del descenso de la fecundidad, un número menor de personas se suma a la población, y en virtud del descenso de la mortalidad,

una mayor proporción de personas sobrevive hasta edades avanzadas. Cuando la fecundidad es alta, como lo era en la Centroamérica de los setenta, las personas menores de 15 años constituyen una proporción importante de la población (46.4%). Conforme disminuyen la fecundidad y la mortalidad, los grupos de menor edad pierden importancia (38.4% en el 2003) y aumenta la de quienes se encuentran entre los 15 y los 64 años de edad (57.5% de la población en el 2003) y, en menor medida, la de las personas de 65 y más años (4.2% en el 2003).

Estos cambios ocurren en distintos momentos en cada país y obedecen fundamentalmente a los cambios en la fecundidad. Esta relación entre los grupos de edad, denominada relación de dependencia¹⁶, se torna más favorable una vez que hay una disminución sostenida en la tasa global de fecundidad. En América Latina la relación de dependencia empezó a descender alrededor de los años setenta, al igual que en Panamá, Costa Rica y El Salvador. En Honduras esto ocurrió en los años ochenta y en Nicaragua y Guatemala alrededor de los noventa, siguiendo el mismo patrón temporal del descenso de la fecundidad. Hacia el año 2000 la relación de dependencia en

Centroamérica era de 58 en Panamá, cerca de 70 en Costa Rica y El Salvador, 80 en Honduras y Nicaragua y 89 en Guatemala, donde el descenso de la fecundidad ha sido más lento.

La existencia de una relación de dependencia favorable constituye una ventana de oportunidad, que se modificará a medida que en cada país se dé un nuevo cambio en la estructura por edades de la población. Con el descenso en las tasas de fecundidad y mortalidad, en todas las naciones ocurrirá un envejecimiento de la población. En otras palabras, volverá a aumentar el número de personas dependientes, lo que generará una nueva presión sobre los habitantes en edad productiva.

En el paso de altas a bajas tasas de natalidad y mortalidad, la tasa de crecimiento aumenta y se mantiene alta por un tiempo. La duración de este período depende de qué tan rápido disminuya la fecundidad de las mujeres luego de qué ha descendido la mortalidad del país. Centroamérica tuvo durante los años cincuenta y principios de los sesenta tasas de fecundidad elevadas; la tasa global de fecundidad fue cercana a 7 hijos por mujer. Esto provocó que, no obstante haberse iniciado la baja de la fecundidad en casi todos los países, alrededor de los años setenta se diera un aumento importante en los nacimientos, debido a que una gran cantidad de mujeres (las nacidas en los cincuenta y sesenta) estaba teniendo hijos. Este hecho, unido a una reducción significativa en la mortalidad infantil, generó cohortes de gran tamaño que, en general, corresponden a las personas que hoy tienen entre 20 y 35 años. A su vez, en años recientes esta cohorte ha empezado a tener sus hijos, generando así otro aumento notable en el número de nacimientos.

Un crecimiento poblacional más lento permite que el crecimiento económico beneficie en mayor medida al conjunto de la población, ya que el aumento poblacional no actúa en dirección contraria a las mejoras en el acceso a servicios y en los ingresos. Si bien no se puede afirmar que la relación de dependencia en un hogar tenga una relación causal con la pobreza, ya que evidentemente el acceso a empleo adecuado y a otras formas de ingreso es fundamental, sí es probable que en muchos hogares pobres una relación de dependencia más favorable pueda generar mayor bienestar para sus miembros.

Durante los años en que un país mantiene una relación de trabajadores a dependientes favorable, pueden generarse condiciones para el aumento del ahorro y la inversión, siempre y cuando existan oportunidades de empleo adecuadas, para una población que ha tenido la posibilidad de desarrollarse por medio del acceso a la

educación y a la salud. Esto último depende, sin embargo, de políticas que faciliten el aumento de la demanda de trabajadores, así como su productividad. Los importantes flujos migratorios de la población centroamericana, tanto intra como extrarregionales, muestran que en el pasado esta condición no siempre ha estado presente (recuadro 2.8)

En los países de Asia del Este se sabe, por ejemplo, que la disciplina fiscal, así como la inversión en educación y salud, produjeron resultados que permitieron aprovechar el “bono demográfico”. La misma importancia que tienen las políticas económicas en este proceso, la tiene el desarrollo institucional de los países, en particular la estabilidad de un marco institucional y jurídico que reconozca los derechos y asegure la existencia de instituciones fuertes, capaces de cumplir con sus cometidos. Esto es lo que hace posible poner en marcha acciones que moderen los efectos del crecimiento poblacional, tales como el aumento de la oferta escolar, programas de generación de empleo, atención de la salud de grupos específicos y otros que ayuden aliviar e impedir la saturación de los servicios existentes. En Centroamérica, la diferencia entre la educación primaria y la educación secundaria parece evidenciar la ausencia de este tipo de políticas, o bien que el crecimiento de la población ha estado por encima de la capacidad de los países. En las últimas décadas la población centroamericana en edad escolar (de 5 a 17 años), pasó de 5.9 millones en 1970 a 11.5 millones en el 2000. Esta casi duplicación no parece haber tenido un esfuerzo concomitante para proveer acceso a la educación, más allá de la escuela primaria.

Disminuye la mortalidad infantil

En todas las sociedades centroamericanas, los niños y niñas pobres, los indígenas y los residentes en el área rural tienen más probabilidades de morir prematuramente y por causas prevenibles que sus homólogos ricos, no indígenas y urbanos. Pero aunque estas brechas entre distintos grupos sociales se mantienen, y seguramente se amplían en los países con mayor concentración del ingreso, todos los sectores de la población parecen haberse visto favorecidos por un mejor acceso a los servicios, la tecnología médica y la información. La dedicación de los recursos públicos a intervenciones altamente efectivas por el costo, como la vacunación, pueden explicar, en parte, que el descenso de la mortalidad infantil haya sido poco sensible a la crisis económica de los años ochenta, y es responsable, sin duda, de la eliminación de la polio y la virtual eliminación de sarampión (gráfico 2.7).

El gráfico 2.7 muestra que, no obstante una reducción en los niveles, las amplias brechas de mortalidad infantil entre los países centroamericanos se mantienen. Las tasas más altas son sensibles a medidas de salud pública efectivas y de bajo costo. De esta cuenta, los países que en la década de los sesenta presentaban tasas más elevadas, tuvieron relativamen-

te las mayores ganancias en los pasados cuarenta años. En este indicador la posición de Centroamérica mejoró en relación con el resto de América Latina. Alrededor de 1960, Costa Rica, Belice y Panamá tenían tasas de mortalidad infantil por debajo del promedio latinoamericano; hacia el año 2000, El Salvador y Honduras reportaban también tasas inferiores.

RECUADRO 2.8

Migración internacional

Según datos de los últimos censos realizados en Centroamérica, el total de inmigrantes en todos los países del área es de 506,753 personas, y la cifra de inmigrantes centroamericanos en los distintos países llega a 348,465 personas (68.8%). De total de inmigrantes, el 58.5% se halla en Costa Rica y un 16.2% en Panamá, en tanto que los otros países albergan menos del 10%. Por otra parte, el total de emigrantes centroamericanos en las rondas censales de 1990 era de 1,311,614 personas, aproximadamente. El Salvador, Guatemala, Nicaragua, y en menor medida Honduras, son los países con los mayores porcentajes de emigrantes centroamericanos (40.7%, 22.3%, 15.2% y 10.3%, respectivamente). El principal país de destino es Estados Unidos, donde los nacidos en Centroamérica pasaron de 331,219 en 1980 a 1,732,209 en el 2000, según datos de los censos estadounidenses.

En El Salvador y Honduras, la mayoría de los inmigrantes también proviene de otros países de la región, sobre todo aquellos en edades potencialmente activas. Los inmigrantes centroamericanos en Costa Rica poseen un bajo nivel educativo (4 años de estudio o menos) y su interés primordial es trabajar en sectores como la agricultura, los servicios y la industria. En Guatemala, los salvadoreños, hondureños y mexicanos inmigrantes poseen una baja escolaridad, a diferencia de los que proceden de otros países del área, los cuales presentan una alta preparación académica (CEPAL, 2002b).

Entre las décadas de 1970 y 1980 se dio el mayor auge de emigrantes salvadoreños (de 29,000 personas en 1980 a más de 500,000 en 1990). Entre ellos predominan individuos con niveles medios de educación, cuya fuerza de trabajo se concentra en el sector terciario, con altas tasas de participación laboral. Estados Unidos absorbe el 87.2% de los emigrantes de El Salvador (CEPAL, 2002b).

En Guatemala, el nivel de instrucción predominante entre los emigrantes es el medio (de 4 a 9 años de educación) y las principales ramas de inserción laboral son el sector de servicios y, recientemente, la

agricultura. Los países de destino de los guatemaltecos son fundamentalmente Estados Unidos, México y Belice. En Honduras, la emigración se ha dirigido sobre todo a Estados Unidos; más de la mitad de estas personas posee 10 años y más de educación, y se insertan en ocupaciones de servicios, como vendedores y en empleos de oficina. La mayoría de emigrantes costarricenses son mujeres entre los 20 y los 60 años, que también tienen Estados Unidos como principal destino; es una población calificada, que se desempeña en el sector servicios, especialmente.

En Nicaragua sobresalen dos destinos de emigración. Uno de ellos es Costa Rica, hacia donde se dirigen personas que poseen predominantemente un bajo nivel educativo y se insertan en el sector primario y en los servicios. El otro destino importante es Estados Unidos, donde la emigración se concentra en edades potencialmente activas, con un nivel de calificación más alto (10 años o más).

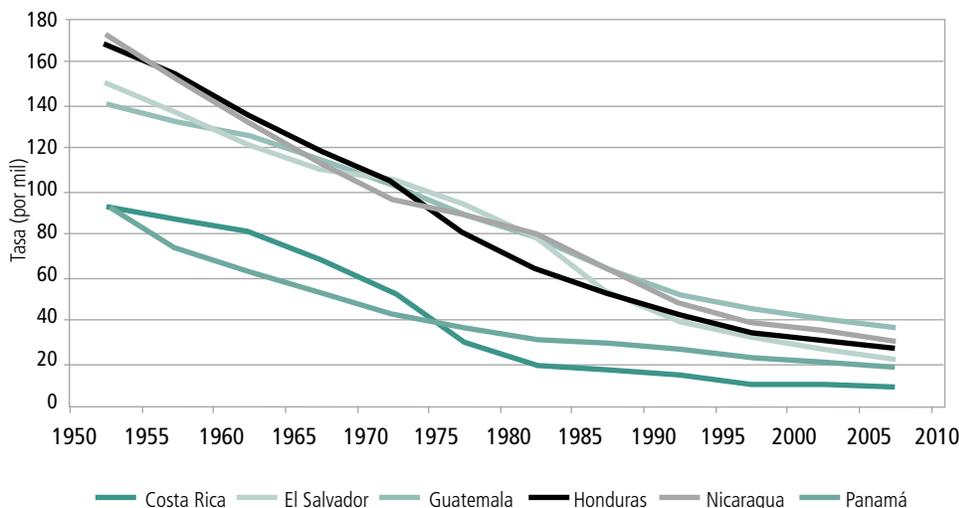
En el caso de Panamá, las personas que salen del país lo hacen sobre todo por razones de estudios o superación personal, y se caracterizan por tener un alto nivel educativo. Sus principales destinos son Estados Unidos y, en menor medida, Costa Rica (CEPAL, 2002b).

Este proceso migratorio ha establecido vínculos con los países de origen, que Orozco (2002) designa como las "cuatro T": transferencias de remesas, turismo, transporte aéreo y telecomunicaciones. La conectividad entre los emigrantes y sus países de origen es un proceso permanente. Por ejemplo, en El Salvador, Honduras y Nicaragua, el turismo de nacionales que viven en el exterior constituye un rubro importante. En El Salvador más del 40% de los turistas que entran al país son salvadoreños residentes en el exterior, especialmente en los Estados Unidos (Orozco, 2002). Pero la vinculación más significativa es la que se da mediante las remesas, las cuales han tenido un impacto notable en los últimos años.

Fuente: Elaboración propia con base en CEPAL, 2002b.

GRAFICO 2.7

Centroamérica: tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos. Quinquenios 1950-2010



Fuente: CELADE, 2003.

El gráfico 2.8 complementa la visión de la transición demográfica en Centroamérica en las últimas cuatro décadas. El porcentaje de muertes de 0 a 14 años ha descendido en todos los casos, particularmente en Costa Rica durante los años sesenta y setenta. El patrón es, además, consistente con lo observado anteriormente: Guatemala, Honduras y Nicaragua tienen una situación más rezagada que el resto de los países y que el promedio latinoamericano. El porcentaje de muertes después de los 65 años es casi una imagen inversa de las muertes de 0 a 14 años, situación en la que Costa Rica y Panamá presentan un mayor distanciamiento con respecto a los demás países del área.

La transición demográfica también plantea otros retos, como resultado del aumento en la esperanza de vida. A medida que aumenta la sobrevivencia hasta edades más avanzadas, se incrementa la población expuesta al riesgo de enfermedades crónicas y degenerativas. En Costa Rica y Panamá éstas representan ya la primera causa de muerte, además de una pesada carga financiera para los sistemas de seguridad social.

Persisten las brechas en la salud de la población centroamericana

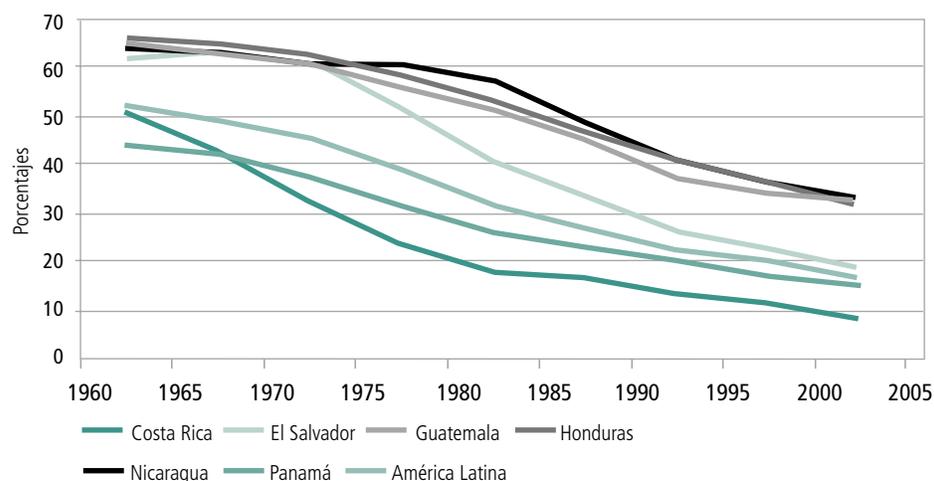
Una de las expresiones más sensibles del grado de desarrollo alcanzado por un país es la

esperanza de vida al nacer. Los países con más altos niveles de ingreso, con una distribución más equitativa del mismo y con inversiones sociales más eficientes presentan una mayor esperanza de vida (Banco Mundial, 1993). Esta afirmación sobre el vínculo entre salud e ingreso se puede plantear en sentido opuesto, es decir, es de esperar que una sociedad con una pobreza crónica y extendida tenga indicadores de logros en salud menos favorables que otra con menor incidencia de la pobreza. Las estadísticas de la situación en Centroamérica ilustran estas afirmaciones.

Como se documentó en las secciones precedentes, la magnitud y la extensión de la pobreza son una característica de la región, si bien se pueden apreciar distintas condiciones de vida entre los países. En este apartado se muestra que el análisis de la situación de salud, particularmente de las patologías emergentes y reemergentes, sugiere una mejora en el patrón epidemiológico en Centroamérica. La difusión de modelos estandarizados de abordaje preventivo y curativo, el apoyo de la comunidad internacional a las naciones de menor desarrollo económico, el paso de personas y vectores a través de las fronteras, el comercio regional de bienes y servicios de consumo y de salud, han hecho que la situación epidemiológica tienda a tener características comunes.

GRAFICO 2.8

Centroamérica: porcentaje de muertes de 0 a 14 años. Quinquenios 1960-2005



Fuente: CELADE, 2003.

Esta sección incluye un examen detallado de la situación de la salud en Centroamérica, con especial énfasis en las enfermedades emergentes, así como de los procesos de reforma del sector salud y las iniciativas en el marco de la integración centroamericana. Estos temas ofrecen la posibilidad de explorar la relación entre la transformación epidemiológica del área, su impacto en el desarrollo humano y los esfuerzos conjuntos de los países para enfrentar estos retos. Cabe advertir que problemas en el registro de la información no permiten presentar conclusiones más robustas. Sin embargo, esto no invalida los hallazgos que se presentan.

Fuertes vínculos entre salud y desarrollo

Al relacionar los datos presentados anteriormente con la situación económica de los países, se identifican patrones que refuerzan el vínculo entre el desarrollo socioeconómico y las condiciones de salud de las poblaciones: un mayor ingreso nacional se asocia no sólo con mejores condiciones de vida y acceso a satisfactores básicos (disponibilidad de calorías), sino con incrementos en el gasto nacional en salud que permiten, a escala particular y social, la adquisición de mayores y mejores bienes y servicios de salud. Esto, a su vez, condiciona una reducción de las

mueres prematuras y evitables y, por lo tanto, una mayor esperanza de vida.

Aunque la relación entre desarrollo económico y salud se mantiene sólida, la información comentada también sugiere que la focalización de intervenciones sanitarias de alta efectividad ha hecho que la situación epidemiológica de los países más rezagados en la década de los sesenta sea hoy más parecida a la de los países que exhiben un mejor nivel de desarrollo económico y social. Otros factores, como la violencia, el SIDA y el surgimiento de grupos socialmente excluidos en las ciudades, han contribuido a disociar la otra estrecha relación entre ingreso nacional y salud. Un estudio efectuado en cinco ciudades de Centroamérica (Guatemala, Managua, San José, San Pedro Sula y San Salvador) documentó estos fenómenos (Flores, 2000). Con excepción de San Pedro Sula, todas presentan un perfil de salud similar: la mayor carga de morbilidad y mortalidad se da en las enfermedades infecciosas. En San Pedro Sula, en cambio, las enfermedades no comunicables son la principal causa de mortalidad; sólo la violencia causó la mitad de las muertes en 1999. La situación del VIH/SIDA en esta localidad también es particular: la incidencia anual y el total de casos es casi tres veces mayor que en otras ciudades centroamericanas.

En San Salvador la violencia sobrepasa la de otros centros urbanos de Latinoamérica, como Cali y Rio de Janeiro. En el caso de San Pedro Sula, la violencia es la mayor causa de mortalidad entre los niños de 5 a 14 años.

Otro fenómeno, más difícil de documentar pero que regularmente acompaña la concentración del ingreso y las inequidades sociales, es el surgimiento de importantes brechas de salud entre grupos sociales de un mismo país, e inclusive de una misma ciudad. La mortalidad por hechos violentos es la primera causa de muerte en un área marginal de Managua (Ciudad Sandino), mientras que constituye la cuarta causa en toda la ciudad. Un área marginal en el centro de San José reporta 40% de cobertura de vacunación, en contraste con un 90% de cobertura en toda la provincia.

Las manifestaciones de violencia también pasan por actos de discriminación contra mujeres y niñas, que las victimizan en virtud de su posición subordinada en la sociedad. Las consecuencias sobre la salud de las mujeres son muchas y se relacionan con riesgos para la salud reproductiva, morbilidades crónicas, consecuencias psicológicas, lesiones y muerte. La magnitud del fenómeno ha llevado a reconocerlo como un problema de salud pública, gracias a lo cual ha sido posible formular estrategias para su prevención y para la atención de las víctimas. Entre los avances en el tratamiento de la violencia intrafamiliar en Centroamérica se puede citar que actualmente en todos los países se llevan registros de los casos, se han elaborado protocolos para la atención, se ha aprobado legislación para la prevención y la

protección de las víctimas y se han diseñado planes nacionales de combate a la violencia intrafamiliar. Desde el sector de organizaciones no gubernamentales y comunales también se pueden documentar aportes significativos¹⁷.

La superación de las inequidades puede constituir el más importante reto de los países de la región. El cuadro 2.16 presenta las brechas entre unidades subnacionales de un mismo país y resalta las disparidades que se esconden detrás de los agregados regionales, y aún de los nacionales.

Enfermedades emergentes y reemergentes en la región durante los noventa

A principios de la década de los noventa, a poco tiempo de declararse la erradicación de la polio¹⁸ y cuando la mayor parte de las enfermedades prevenibles por vacunación estaba en franco descenso, surgió una serie de enfermedades que cambió el panorama de la salud pública en Centroamérica. Sucesivamente se extendieron epidemias de SIDA, cólera, dengue y leptospirosis, a la vez que se incrementó la incidencia de malaria y tuberculosis. La mayoría de estas enfermedades ha sido controlada, dejando valiosas lecciones y rutinas de prevención y control bien establecidas. Los logros alcanzados no habrían sido posibles sin el esfuerzo coordinado, o por lo menos simultáneo, de todos los países del área. De tal cuenta, la importancia del análisis de estas patologías radica no sólo en su impacto en la economía y el desarrollo integral de la región, sino en las enseñanzas que los esfuerzos conjuntos pueden dejar para otros sectores sociales.

CUADRO 2.16

Centroamérica: inequidades en la situación de salud según departamentos o provincias seleccionadas

Departamento o provincia	Mortalidad infantil por 1,000 nacidos vivos	Mortalidad materna por 100,000 nacimientos
Boaco (NIC)	20	34
RAAS (NIC)	50	458
Corozal (BLZ)	6.3	0
Toledo (BLZ)	19.1	147,3
Darién (PAN)	32.4	90
Herrera (PAN)	11.5	50
Alta Verapaz (GUT)	31	260
Jutiapa (GUT)	29	35

Fuente: Barillas, 2002.

CUADRO 2.17

Centroamérica: indicadores seleccionados de salud. 2000

	Disponibilidad de calorías	Proporción de población menor de un año de edad vacunada contra tuberculosis	Razón de médicos por 10,000 habitantes	Número de establecimientos de atención ambulatoria	Razón de camas hospitalarias por 1,000 habitantes
Belice	2,889	96.0	7.4		2.1
Costa Rica	2,761	92.0	15.0	739	1.9
El Salvador	2,463	99.0	11.8	753	1.6
Guatemala	2,331	97.0	9.0	3,431	1.0
Honduras	2,396	100.0	8.3	1,229	1.1
Nicaragua	2,314	100.0	6.2	996	1.5
Panamá	2,496	100.0	12.1	795	2.2

Fuente: OPS, 2002.

El cólera: una enfermedad controlada

La detección de cólera en habitantes de un pueblo costero peruano, en enero de 1991, marcó la llegada de la séptima pandemia de esta enfermedad en América Latina. En junio del mismo año el cólera hizo su aparición en una pequeña comunidad de la zona central de México, y de allí se propagó a Centroamérica (OPS/OMS, 1998). La epidemia tuvo un comportamiento similar en todos los países del área: un crecimiento sostenido del número de casos hasta 1993, cuando comenzó a descender (gráfico 2.9). En el año 2000 sólo se detectaron 14 casos en la región. En Panamá, hasta la semana epidemiológica 47 del año 2002 se tenían 462 semanas sin casos notificados. Durante 1996 y 2002 el peso relativo de Centroamérica en el total de casos reportados en América Latina disminuyó considerablemente. Aún cuando en los años 1999 y 2000 en la región se concentró un tercio de los casos de América Latina, en 2001 y 2002 estos correspondieron sólo a un 3% y un 2%, respectivamente.

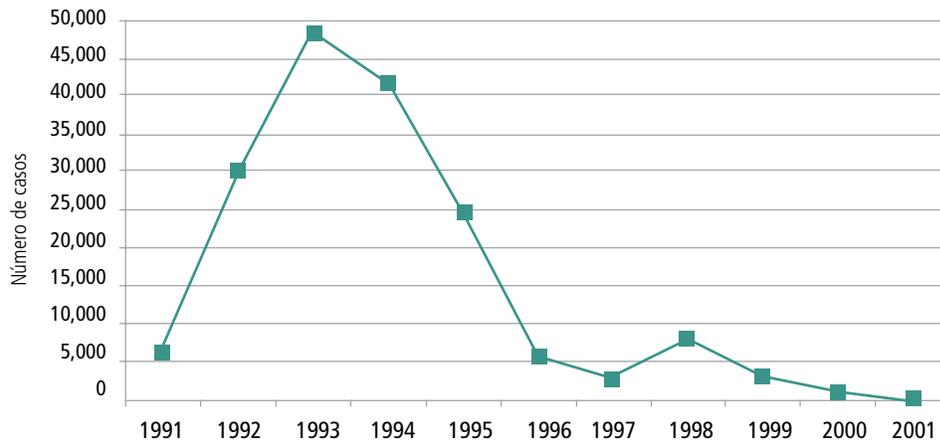
La respuesta del sector salud, con intervenciones oportunas y eficaces, permitió un control rápido en la mayor parte de los casos. El cólera presentaba condiciones ideales para ello: la epidemia había sido prevista, el período de incubación de la enfermedad es corto, los casos clínicos podían ser claramente definidos y existían mecanismos efectivos para su prevención y control. En El Salvador, por ejemplo, la epidemia comenzó en 1991. Ese año se notificaron 945, casos

con una letalidad de 3.5%; durante los cuatro años siguientes se registraron respectivamente 8,106, 5,525, 15,280 y 6,447, con una letalidad de 0.6%, 0.2%, 0.3% y 0.1% para cada año del período. En Guatemala a partir de 1992 disminuyeron en forma drástica los casos de enfermedad diarreica aguda (por cualquier causa), debido probablemente a las medidas de prevención y a las inversiones en recursos para el aumento de la cobertura de agua potable que se iniciaron en 1991, a raíz de la epidemia de cólera (OPS/OMS, 1998). Igualmente, en el resto de Centroamérica hubo un aumento en la cobertura de agua potable (capítulo 5, cuadro 5.8)

Las tasas de incidencia en los países, muy distintas a principios de la década de los noventa y estrechamente vinculadas al desarrollo económico y social de cada uno de ellos, comenzaron a converger -a la baja- en toda la región. Esto evidencia que, aún en ausencia de cambios estructurales que transformen la productividad nacional o la distribución del ingreso, ciertas intervenciones de salud pública tales como la mejora en la calidad del agua ya citada y las campañas de educación y movilización de la población, ofrecen respuestas efectivas a problemas sanitarios particulares.

La OPS (OPS/OMS, 2002b) indica que las naciones con un PIB per cápita mayor de 3,000 dólares no han presentado incidencias anuales superiores a 50 casos por 100,000 habitantes, mientras que la mayoría de los países con un PIB per cápita inferior a 2,000 dólares mostraron, en algún año de la epidemia, incidencias anuales

GRAFICO 2.9

Centroamérica: números de casos de cólera. 1991-2001

Fuente: OPS/OMS, 2003b.

superiores a 200 casos por 100,000 habitantes. Asimismo, los países con PIB per cápita inferior a 3,000 dólares concentraron el 85% de los casos notificados en ese período, aunque solo albergaban a un 25% de la población total de los países con casos autóctonos.

En el último brote de Nicaragua, en 1998, el 63% de las defunciones registradas (22 de 35) se presentó en dos sistemas locales de atención integral en salud (SILAIS), en comunidades con una población rural de alrededor del 70% (Nueva Segovia y la Región Autónoma Atlántica Norte), con tasas de letalidad de 4.1% y 5.8%, respectivamente (OPS/OMS, 2002b).

La incidencia del cólera aumentó transitoriamente después del huracán Mitch e incluso reapareció en algunos países que habían logrado mantenerse libres de casos autóctonos (OPS, 2002).

Dengue: un nuevo enfoque ante un peligro creciente

En 1993, Panamá notificó el primer caso de dengue autóctono y Honduras reportó 2,687 casos (OPS/OMS, 1998). Para mediados de la década de los noventa el dengue había adquirido proporciones epidémicas en Centroamérica; los casos aumentaron de cerca de 15,000 en 1996, a

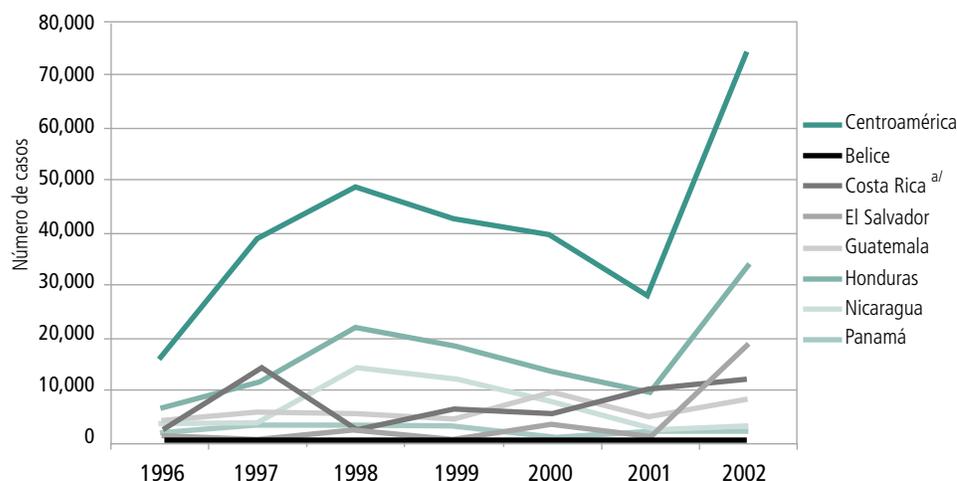
más de 45,000 en 1998. Desde esa fecha el número de casos descendió progresivamente hasta el 2001 (gráfico 2.10). En el año 2002 hubo 73,335 casos en la región, la cifra más alta en los últimos siete años. De acuerdo con las tasas de incidencia reportadas, de los cinco países de mayor riesgo en América Latina, tres se encuentran en Centroamérica (Honduras, Costa Rica y El Salvador).

Desde fines de la década de los noventa se viene experimentando un incremento en los casos de dengue hemorrágico: 1,410 casos y 49 muertes fueron reportados en 2000. El peligro no sólo es latente, sino que va en aumento.

La letalidad por dengue hemorrágico está vinculada a la capacidad de respuesta de los servicios. Así, la tasa de letalidad del dengue hemorrágico en las Américas es de 1.38%, pero presenta notables variaciones de un país a otro; por ejemplo, en el año 2000 fue de 21.4% en Guatemala, 0.63% en Nicaragua y 0.23% en Venezuela (OPS/OMS, 2002b).

En Panamá se diagnosticaron 7 casos de dengue hemorrágico en 2001 y 4 hasta la semana epidemiológica 47 de 2002, siendo la provincia de Panamá la más afectada. El Salvador y Honduras reportaron un repunte de los casos de dengue clásico y hemorrágico en el 2002. A mediados de julio de ese año el riesgo de contraer dengue hemorrágico era 29.4 veces mayor

GRAFICO 2.10

Centroamérica: evolución de los casos de dengue. 1996-2002

^{a/} Población en riesgo.

Fuente: OPS/OMS, 2003a.

en El Salvador y 18.6 veces mayor en Honduras en relación con el mismo período epidemiológico de 2001.

El número de casos por país ha tenido un comportamiento más o menos desvinculado de su situación socioeconómica, lo cual demuestra que las condiciones ambientales y las intervenciones públicas de prevención y control ejercen influencias tan o más importantes que las condiciones socioeconómicas. Esto sugiere que el control del dengue es un área en la que el trabajo coordinado entre los países puede potenciar las acciones particulares. A este respecto, existe la necesidad de fortalecer un nuevo enfoque, que promueva la coordinación intersectorial, estimule la adopción de medidas ambientales sostenibles e incorpore estrategias de comunicación social y participación comunitaria dirigidas a generar cambios en las conductas de la población.

Para controlar la epidemia de manera sostenida, en la Resolución n° 2 de la XVII Reunión del COMISCA se le encomienda a El Salvador, en conjunto con la OPS, el SICA y el Instituto Conmemorativo Gorgas, la preparación de una propuesta de “Plan centroamericano para el control de vectores de dengue, fiebre amarilla y malaria”. En diciembre del 2002 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del citado país, el

SICA y la oficina de la OPS en El Salvador presentaron una “Guía técnica del plan centroamericano de prevención y control del dengue”, en la cual se definen cuatro principios generales que el plan debería tener (descentralización del nivel operativo, centralización de los componentes estructurales y de las políticas de intervención en caso de emergencia, inclusión de acuerdos gubernamentales para la realización de acciones conjuntas del sector salud con otros sectores y capacitación para el control del vector), así como cinco componentes técnico-operativos (fortalecimiento institucional de las unidades de control de vectores y epidemiología, vigilancia epidemiológica, fortalecimiento de laboratorios y de la capacidad diagnóstica, mecanismos de concertación interinstitucional e intersectorial y participación comunitaria).

¿Ha retrocedido la malaria?

Durante el período 1996-2001, Centroamérica registró una importante disminución en el número de casos de malaria, de 182,702 en 1996 a 74,079 en el 2001, es decir, una reducción del 60%. En la región, 25,792,000 personas viven en áreas ecológicamente propicias¹⁹ a la transmisión de malaria. De ellas, un 42.8%

CUADRO 2.18

Centroamérica: distribución de casos de malaria, por país. 1996-2001

Países	Casos de malaria					
	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Belice	6,323	4,014	2,278	1,711	1,486	1,097
Costa Rica	5,112	4,468	4,863	3,518	1,534	1,363
El Salvador	5,524	2,450			670	362
Guatemala	20,229	29,441	46,765	43,065	47,308	35,824
Honduras	73,020	62,762	42,401	46,142	34,736	24,023
Nicaragua	72,108	41,437	27,516	38,628	20,381	10,482
Panamá	386	347	909	871	1036	928
Centroamérica	182,702	144,919	124,732	133,935	107,151	74,079

Fuente: OPS/ OMS, varios años.

reside en áreas de bajo riesgo de contraer la enfermedad, un 31.3% en mediano riesgo y un 25.9% en bajo riesgo. Para el 2002, en América Latina y el Caribe se diagnosticaron 959,729 casos de esta enfermedad, de los cuales 74,079 (7.7%) se encontraban en Centroamérica (cuadro 2.18).

En cada uno de los países se ha observado que el 20% de las localidades con alta incidencia contribuye con el 80% del total de casos de malaria. El problema es que las intervenciones se aplican en forma homogénea. En la distribución por especie parasitaria, el 96% corresponde a *P. vivax* y se han diagnosticado 3,079 casos de *P. falciparum*, la mayoría de ellos aportados por Guatemala, con 1,052 (34%), Nicaragua, con 1,041 (33.8%) y Honduras, con 938 (30.3%). El *An. Albimanus* es el principal vector de transmisión de la malaria en Centroamérica; sin embargo, en Guatemala está presente el *An. Pseudopunctipennis*, que parece tener el relevo de la transmisión en la época seca.

De acuerdo con la estratificación²⁰ de la malaria, se han identificado las áreas de mayor riesgo en cada país: para Belice, Stan Creek; para Costa Rica, Matina; para El Salvador, Ahuachapán, La Paz, La Unión, Sonsonate y Usulután; para Guatemala, Alta Verapaz, Petén Norte, Petén Sur Occidental, Petén Sur Oriente e Ixcán; para Honduras, las regiones VI, II, III, IV, VII; para Nicaragua, Jinotega, Matagalpa, RAAN, RAAS, y para Panamá, Bocas del Toro, Darién, la Comarca Ngöble Buglé y San Blas.

Después de alcanzar niveles bajos de malaria en los años 1973-1974, los logros se deterioraron entre 1975 y 1976. Los conflictos bélicos de

los años ochenta y el inicio de la descentralización de los programas de malaria, causaron un deterioro de la situación epidemiológica de la enfermedad. Hasta la mitad de los ochenta, la malaria en Centroamérica estaba restringida a la costa del Pacífico, pero tras el colapso del cultivo del algodón, a partir de 1990 se trasladó al Atlántico. El desarrollo de proyectos agroindustriales (banano, cítricos, palma africana, caña de azúcar) conllevó dos factores de riesgo importantes: i) agresiva deforestación de bosques primarios y ii) la importación de mano de obra procedente de áreas endémicas de malaria. Ambos contribuyeron al establecimiento de la transmisión en el área.

Ante el fracaso de los esfuerzos por erradicar la malaria, se ha optado por nuevas estrategias orientadas más hacia la enfermedad que a la lucha contra los vectores. Entre los problemas por enfrentar se han identificado los siguientes: i) la malaria en Centroamérica es un problema de morbilidad, ii) se presenta en zonas urbanas, iii) afecta los grupos más marginados de la sociedad, iv) los programas de malaria perdieron prioridad, v) persiste el peligro potencial de la aparición de cepas resistentes a los medicamentos y vi) las intervenciones presentan problemas de sostenibilidad. Las zonas maláricas son por lo general las que presentan mayor incidencia de la pobreza. Todo lo anterior apunta a la necesidad de que la intervención se haga de acuerdo con la especie parasitaria que predomina, tomando en cuenta las distintas variables involucradas y haciendo del diagnóstico oportuno y el tratamiento inmediato el núcleo básico para iniciar un desarrollo social en las localidades maláricas.

VIH/SIDA: se requiere mantener la vigilancia

La epidemia de VIH/SIDA ha mostrado una tendencia ascendente desde su aparición en Centroamérica, a mediados de la década de los ochenta. Hasta el final de 2001 en la región de las Américas se habían notificado 1,2 millones de casos y 617,000 defunciones por SIDA; de este total, 25,535 casos y 6,559 defunciones se habían presentado en Centroamérica. En el área la epidemia está creciendo a un ritmo más acelerado que en el resto del continente y los casos tienden a concentrarse en las zonas urbanas más pobladas. En esta región se presenta la mayor proporción de casos de SIDA pediátrico: un 4.2% del acumulado de casos reportados a junio del 2002. Hasta mayo de 2000 la exposición al VIH a través de contactos heterosexuales se identificó como el posible factor de riesgo para el 72.8% de todos los casos de SIDA notificados (OPS/OMS, 2000). De hecho, desde finales de la década de los noventa se ha observado un aumento proporcionalmente mayor de los casos en mujeres (gráfico 2.11).

Del total de casos centroamericanos reportados hasta finales del 2001, 11,789, aproximadamente la mitad correspondían a Honduras (OPS/OMS, 2002). A fines de la década de los

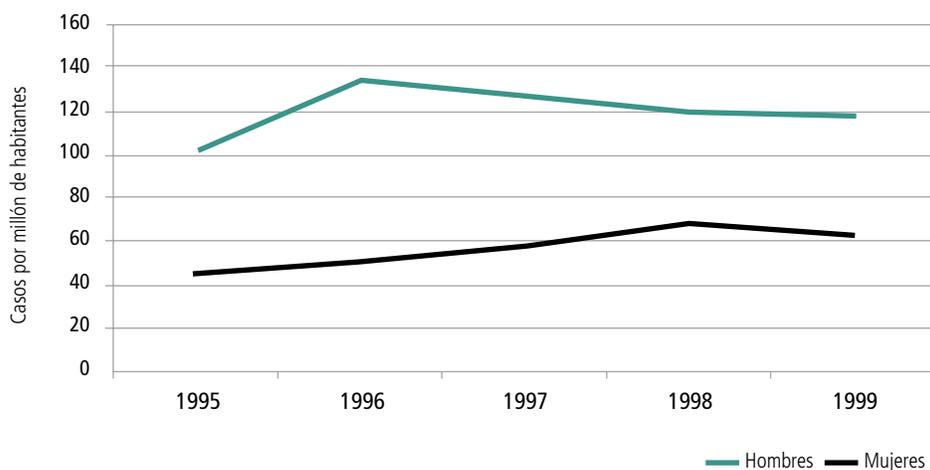
setenta y principios de los ochenta, en el área ocurrieron serios conflictos bélicos que causaron una fuerte movilización militar, desplazamientos de poblaciones y una gran actividad migratoria. El territorio de Honduras constituyó un área de intenso tránsito, hecho que puede en parte explicar la entrada temprana de la infección y su ulterior diseminación. Para 1991 la tasa de prevalencia de VIH en San Pedro Sula ya era de 3.6% entre las mujeres embarazadas y de 14% entre las trabajadoras del sexo (OPS/OMS, 1998).

La tasa de incidencia por millón de habitantes en Centroamérica se mantuvo relativamente estable en los últimos cinco años de la década de los noventa, pero a expensas de una disminución en la tasa de incidencia de Honduras, compensada con un incremento en las tasas de Belice²¹ y Panamá.

No obstante estas diferencias en el comportamiento de la epidemia en los países de la región, no debe perderse la perspectiva de factores de riesgo comunes que ameritan abordajes conjuntos. Se observa, por ejemplo, una asociación creciente entre la adquisición y diseminación del VIH/SIDA y la pobreza y la falta de acceso a los servicios básicos de educación y salud pública (OPS/OMS, 1998). Además, todo el territorio centroamericano constituye paso obligado para el ingreso (legal o ilegal) a los Estados Unidos y

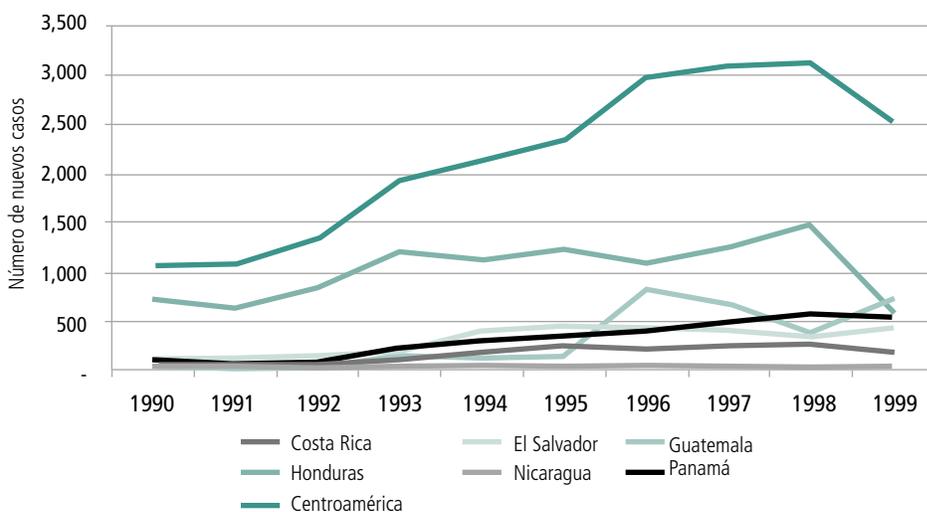
GRAFICO 2.11

Centroamérica: tasa de incidencia de SIDA, por sexo. 1995-1999



Fuente: OPS/OMS, 2003b.

GRAFICO 2.12

Centroamérica: número de casos de SIDA. 1990-1999

Fuente: OPS/OMS, 2003b.

Canadá, lo que aumenta las posibilidades de contactos sexuales múltiples, casuales o comerciales. Un estudio de seroprevalencia encontró 6 casos positivos en una muestra de 600 mujeres que ejercían la prostitución en Ciudad de Guatemala (Ramírez, 1995). Esta es una posible evidencia de que el trabajo sexual tiene un carácter móvil y acompaña a las poblaciones en tránsito, lo que explica -al menos en parte- la diseminación de la epidemia a través de rutas migratorias.

A este flujo emigratorio se agrega, crecientemente, el flujo inmigratorio derivado del retorno por la mejora relativa en las condiciones económicas de los países del área a partir de la década de 1990, y por la cada vez más frecuente deportación de personas que estaban asentadas en forma ilegal en los Estados Unidos (PASCA, 1999).

El abordaje conjunto de la epidemia excede el ámbito de lo promocional y preventivo. Los ahorros en los costos directos e indirectos de la enfermedad y el mejoramiento, tanto de la duración como de la calidad de vida, apoyan el uso de los medicamentos antirretrovirales que retardan la progresión de la enfermedad (OPS/OMS, 2001a). En Centroamérica es factible lograr importantes economías de escala mediante la compra conjunta de estos medicamentos. Una encuesta conducida por OPS en mayo de 2002

determinó que los precios de la terapia antirretroviral en los países de América Latina se redujeron hasta en un 54% con respecto a mayo de 2001, como resultado de las negociaciones entre los ministerios de salud y las empresas farmacéuticas. A manera de ejemplo, y a pesar de que el costo anual del tratamiento con tres drogas se redujo en El Salvador de 6,250 dólares a 5,582, para el mismo período Jamaica pagaba por la misma terapia 1,226 dólares (OPS/OMS, 2002a). Las negociaciones entre los gobiernos centroamericanos y la industria farmacéutica, realizadas en enero de 2003 en Panamá, consiguieron reducciones significativas (de hasta 55%) en el costo de fármacos antirretrovirales (recuadro 4.2 del capítulo "El desafío de la acción regional").

Tuberculosis: un peligro latente

Durante la década de los noventa, el número de casos de tuberculosis en Centroamérica se mantuvo virtualmente inalterado (gráfico 2.13). En el 2001, los países con mayor carga de TB en todas sus formas fueron Honduras, Nicaragua y Guatemala. En lo que concierne a la magnitud de la tuberculosis pulmonar bacilífera (TBP BK +), que es la forma contagiosa, Honduras presenta la mayor incidencia (43 casos por 100,000 habitantes),

Nicaragua, con 29 por 100,000, y Belice, con 23 por 100,000, son los países que le siguen. Es probable que algunos de estos aumentos estén asociados a mejoras en el registro, como resultado de la aplicación de la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS/TAES, por sus siglas en inglés). La cobertura de la aplicación de esta estrategia ha aumentado de manera importante en la región, y llegó a ser de 86% en el año 2001.

La tuberculosis se asocia a condiciones de vida precarias de la población y constituye, asimismo, una patología con el potencial de generar un círculo vicioso entre pobreza y enfermedad. Los casos se concentran en los grupos de edad más productivos de la población; además, aun los pacientes con acceso a servicios de salud pierden en promedio de tres a cuatro meses de su tiempo laboral. Entre un 20% y un 30% del ingreso familiar de los pacientes de tuberculosis debe invertirse en gastos relacionados con la enfermedad, y cerca de quince años de aporte económico a la familia se pierden debido a la muerte prematura que ella ocasiona (WHO, 2001).

Aunque ninguna de las tasas de incidencia en Centroamérica puede calificarse de grave²², persisten dos problemas: la resistencia y multidrogorresistencia (MDR) a drogas antituberculosas y

el abandono del tratamiento. Se estima que en Centroamérica la resistencia global oscila entre 6.5% y 40%, en tanto que la MDR registra en promedio un 1.8%. El abandono del tratamiento sigue siendo una seria dificultad en el éxito del tratamiento; a este respecto Panamá, Nicaragua y Guatemala presentaron tasas de 15%, 9%, y 7%, respectivamente.

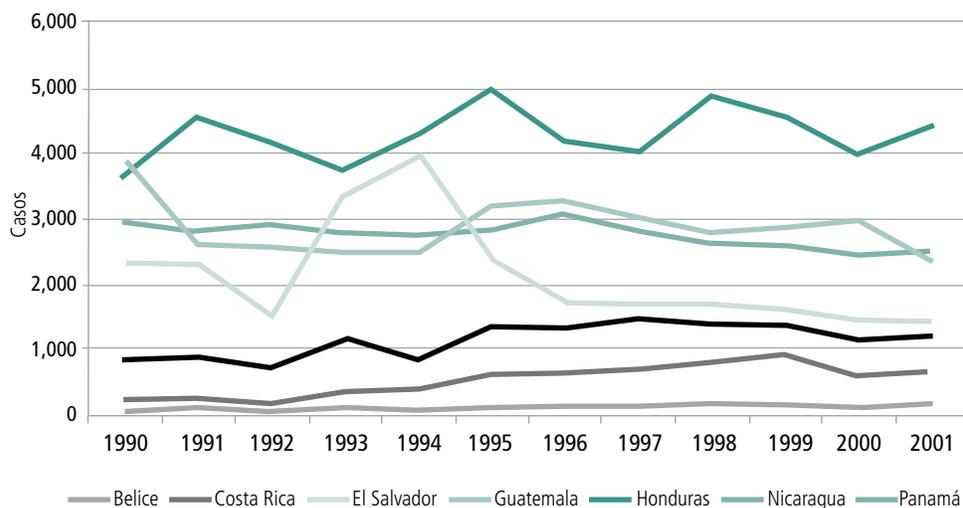
El difícil control de esta epidemia ha motivado la movilización de recursos de donación para proyectos y programas específicos en cada país. El Salvador, Honduras, Nicaragua y Guatemala han recibido fondos. En Panamá los recursos tienen como objetivo la asesoría a comunidades indígenas (OPS/OMS, 2002b).

Leptospirosis: algunos brotes menores

La leptospirosis es una zoonosis bacteriana ampliamente distribuida en las Américas. Entre 1992 y 1996 se registraron casos en 11 países, entre ellos El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá. En la localidad de Achuapa, Nicaragua, se reportaron más de 400 casos y 13 defunciones en 1995 (OPS/OMS, 1998). Honduras informó sobre 28 casos de leptospirosis en 2001, 20 de ellos en Tegucigalpa (Secretaría de Salud de Honduras, 2001).

GRAFICO 2.13

Centroamérica: casos registrados de tuberculosis. 1990-2001



Fuente: OPS/OMS, 2003b.

Después del huracán Mitch se notificaron en Honduras los primeros casos, que constituyeron un brote de 172 casos, 28 de ellos confirmados por laboratorio y el resto con diagnóstico clínico epidemiológico, y 7 defunciones (OPS, 2002).

Iniciativas nacionales y regionales para mejorar la salud

Muchas de las importantes transformaciones del sistema de servicios de salud en la región ocurrieron antes de los años noventa. El inicio de esa década marcó, sin embargo, una etapa de transformación acelerada, particularmente por influencia de la renovada agenda de las agencias de cooperación técnica y financiera.

El éxito de la agenda de salud de Centroamérica para los próximos años dependerá de la identificación de áreas de intervención en las que la acción coordinada de los países del área sea ineludible para alcanzar impactos demostrables. La extensión de los beneficios de los *bienes públicos puros*²³ (como los nuevos descubrimientos y tecnologías) puede ser apoyada por agencias internacionales, pero los *productos conjuntos* (como la vigilancia epidemiológica y la inmunización) deberán ser producto de la coordinación regional (Sandler y Arce, 2002).

Todos los países han emprendido en la última década un proceso de reforma del sector salud, y a nivel regional se han fortalecido los vínculos políticos de las autoridades sanitarias. A continuación se reseñan los objetivos centrales de cada proceso, se aproxima su grado de avance y se identifican algunos desafíos.

Reforma del sector salud

Los temas de reforma del Estado y descentralización han estado presentes en la agenda de discusión regional desde hace más de una década, y los procesos de reforma del sector salud se encuentran inmersos en ese contexto.

En la mayoría de los países centroamericanos la última generación de reforma del sector salud comenzó a mediados de los años noventa. En todos los casos los protagonistas han sido los ministerios o secretarías de salud, con excepción de Nicaragua, donde fue el sector económico el que dirigió el proceso en sus inicios. La participación de agencias de cooperación técnica y financiera ha tenido una singular importancia, especialmente del BID (en Costa Rica, Guatemala y Belice), el Banco Mundial (en Costa Rica y El Salvador) y la OPS (en Belice y Panamá). Las

instituciones del sistema de seguridad social y algunos organismos no gubernamentales han participado activamente en Costa Rica, Guatemala y Panamá. En cambio, la participación de la población en el diseño y puesta en marcha de la reforma ha sido muy limitada (OPS/OMS, 2002a).

Un repaso de la posición de distintos autores sobre el objetivo de los procesos de reforma pone de manifiesto una convergencia sobre la búsqueda de objetivos de eficiencia y equidad. También se señala la urgencia que tenían los países de atender los problemas que el sector venía acumulando desde varios años antes, expresados por un gasto público en salud creciente, así como por una notable insatisfacción de los usuarios de los servicios (Solimano et al, 2000).

Todos los países emprendieron el proceso de reforma con la elaboración de una agenda con objetivos definidos, pero no siempre con planes de acción, metas, plazos y responsabilidades. Los objetivos comunes entre las naciones del área se relacionan con la reorganización y reestructuración de las instituciones proveedoras de servicios de salud (Belice, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua y Panamá), la introducción de nuevas modalidades en la provisión de estos servicios (Costa Rica, El Salvador y Nicaragua), la búsqueda de mayor eficiencia y equidad en la asignación de los recursos (Belice, Costa Rica, Guatemala y Panamá) y la garantía del acceso a los servicios de salud para la población vulnerable (Costa Rica, Guatemala y Panamá) (OPS/OMS, 2002a).

Una de las principales transformaciones impulsadas por estos programas fue el replanteamiento de los roles institucionales de la autoridad sanitaria, a fin de garantizar su papel rector. En todos los países se están desarrollando procesos para redefinir y fortalecer las funciones de rectoría sectorial, así como para establecer nuevas formas y mecanismos de articulación entre las instituciones del sector (excepto Belice).

En este ámbito, entre los cambios más importantes a los que debía someterse el sector salud está la separación de las funciones de aseguramiento, financiación y provisión de los servicios. Sin embargo, con la excepción de Costa Rica y algunas experiencias locales, como por ejemplo en Panamá, no se identifican avances en esta materia. Cabe destacar que, en términos normativos, el objetivo de separación de funciones está formalmente establecido en la mayoría de los países.

Por otro lado, las autoridades sanitarias también deben enfrentar el reto de mejorar su capacidad de conducción, regulación y desarrollo de las funciones esenciales de la salud pública

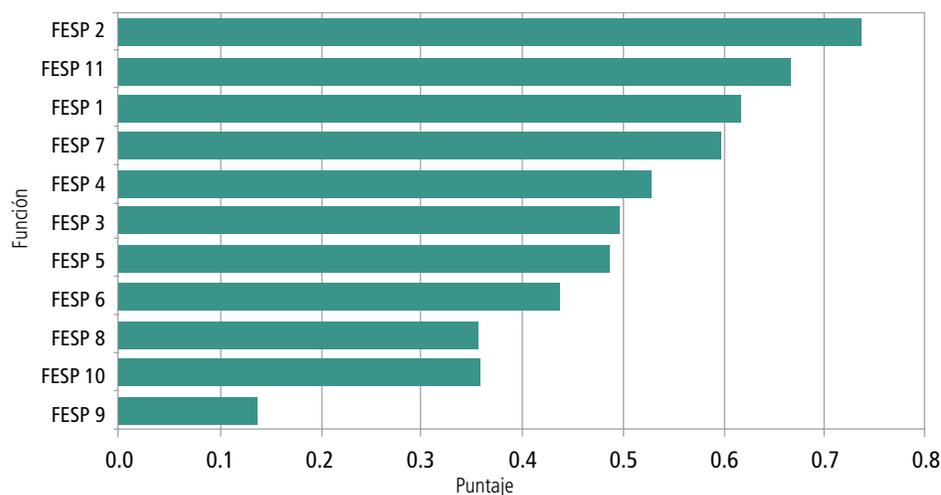
(FESP). En un ejercicio de análisis del desempeño de las FESP en Centroamérica y República Dominicana, realizado por los países con apoyo técnico y asesoría de la OPS durante el año 2001, se pudo observar que dichas funciones tienen un nivel de desempeño desigual y rezagos muy importantes en algunas de ellas (gráfico 2.14). El mejor desempeño se observó en las funciones de vigilancia de la salud, el control de daños y riesgos, la reducción del impacto de desastres y emergencias en salud y el monitoreo y análisis de la situación en salud. El desempeño más deficiente se relaciona con la garantía de la calidad de los servicios de salud, el desarrollo de recursos humanos y la investigación en salud pública. En una posición intermedia se ubican las funciones relacionadas con la capacidad de regulación y control (relativamente satisfactoria) y la evaluación y promoción de un acceso equitativo (relativamente insatisfactoria).

En general puede decirse que la región obtiene mejores calificaciones en aquellas FESP más cercanas a los roles tradicionales de la autoridad sanitaria, y muestra un desempeño regular o deficiente en las nuevas que se incorporan alrededor de los procesos de reforma. Preocupa la baja calificación obtenida en el desarrollo de recursos humanos y la capacitación en salud pública.

A manera de síntesis sobre el grado de avance las reformas, se puede anotar que la etapa actual de implementación varía sustancialmente entre los países, así como el ritmo al que se ejecutan las acciones. Sin pretender ser exhaustivo, el cuadro 2.15 recoge la orientación de los procesos de reforma del sector salud en las naciones centroamericanas. Se aprecian características comunes en la mayor parte de los procesos, particularmente en las áreas de promulgación o modificación de

GRAFICO 2.14

Centroamérica y República Dominicana: resultados de la medición de las funciones esenciales de salud pública (FESP). 2001



Notas

- FESP 1: Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud.
- FESP 2: Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
- FESP 3: Promoción de la salud.
- FESP 4: Participación de los ciudadanos en salud.
- FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública.
- FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública.
- FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
- FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- FESP 9: Garantía de calidad de servicios de salud individuales y colectivos.
- FESP 10: Investigación en salud pública.
- FESP 11: Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

Fuente: OPS/OMS, 2001a.

CUADRO 2.19

Centroamérica: actividades relevantes en el marco del proceso de reforma del sector salud

	Descentralización	Separación de funciones	Focalización	Participación privada	Diseño de canasta básica	Promulgación o modificación de leyes básicas	Programas de aumento de cobertura	Cambios organizacionales	Modelos de gestión	Participación social	Cambios en financiamiento	
Costa Rica	1998: mayor competencia a establecimientos para administrar recursos y comprar servicios a terceros	1997: CCSS separó financiamiento, compra y provisión de servicios. Gerencia administrativa compra servicios a 120 proveedores (incluyendo 29 hospitales de la CCSS). Gerencia Médica establece normas de atención	Se han definido grupos de riesgo y poblaciones vulnerables a los que habrá de brindarse servicios	2002: CCSS atiende a 400,000 personas mediante compromisos de gestión con cuatro cooperativas de salud y un convenio con la Universidad de Costa Rica	1998: decreto ejecutivo crea el Consejo Nacional del Sector Salud. Ley de desconcentración de hospitales. 1999: Reglamentación de las Juntas de Salud	Mejora de acceso geográfico a unidades de atención básicas. Estudio de Salud. 1998 demostró que 2000 70% de la población eran similares en área rural y urbana. El problema de acceso se refleja en las listas de espera de especialidades	Organización de Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS). En 2000 70% de la población estaba cubierta por EBAIS (90% en el área rural)	Uso de comités de gestión en administración de establecimientos de salud. Organismos coasegurados con capacidad de pago y no munitarios facultados para participar en la planificación y gestión de cada establecimiento de salud. 40% se desempeña "per cápita" y los hospitales compran en forma regular "Unidades de Producción Hospitalaria"	1999: CCSS reglamentó el funcionamiento de juntas de salud. Algunos coasegurados con capacidad de pago y no munitarios facultados para participar en la planificación y gestión de cada establecimiento de salud. 40% se desempeña "per cápita" y los hospitales compran en forma regular "Unidades de Producción Hospitalaria"	1999: CCSS reglamentó el funcionamiento de juntas de salud. Algunos coasegurados con capacidad de pago y no munitarios facultados para participar en la planificación y gestión de cada establecimiento de salud. 40% se desempeña "per cápita" y los hospitales compran en forma regular "Unidades de Producción Hospitalaria"	1999: 21% destinado al primer nivel de atención. Algunos coasegurados con capacidad de pago y no munitarios facultados para participar en la planificación y gestión de cada establecimiento de salud. 40% se desempeña "per cápita" y los hospitales compran en forma regular "Unidades de Producción Hospitalaria"	
El Salvador	2000: establecimiento de una nueva estructura orgánica, administrativa y funcional expresada en la conformación de los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI), considerados como la unidad operativa descentralizada de los servicios de salud			El ISSS está desampliando un modelo de compra de servicios a entidades privadas		Formulación de anteproyecto de Código de Salud para su revisión y consulta. For- mulación de ley, re- glamento y políticas de equiparación de oportunidades para personas discapacitadas y el Programa de Rehabilitación de base comunitaria	Mejora de acceso geográfico a unidades de atención básicas. Estudio de Salud. 1998 demostró que 2000 70% de la población eran similares en área rural y urbana. El problema de acceso se refleja en las listas de espera de especialidades	Organización de Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS). En 2000 70% de la población estaba cubierta por EBAIS (90% en el área rural)	Uso de comités de gestión en administración de establecimientos de salud. El primer nivel financiado por EBAIS para participar en la planificación y gestión de cada establecimiento de salud. 40% se desempeña "per cápita" y los hospitales compran en forma regular "Unidades de Producción Hospitalaria"	1999: CCSS reglamentó el funcionamiento de juntas de salud. Algunos coasegurados con capacidad de pago y no munitarios facultados para participar en la planificación y gestión de cada establecimiento de salud. 40% se desempeña "per cápita" y los hospitales compran en forma regular "Unidades de Producción Hospitalaria"	1999: 21% destinado al primer nivel de atención. Algunos coasegurados con capacidad de pago y no munitarios facultados para participar en la planificación y gestión de cada establecimiento de salud. 40% se desempeña "per cápita" y los hospitales compran en forma regular "Unidades de Producción Hospitalaria"	
Guatemala	1996: desconcentración de la ejecución del fondo rotatorio en las áreas de salud		1997: extensión de cobertura a comunidades indígenas y rurales del nor-occidente del país	1998: contratación de ONG para la provisión de servicios públicamente financiados. Patronatos en hospitales están autorizados a recaudar contribuciones para su financiamiento	1997: SIAS diseñó plan básico de salud que incluye intervenciones clínicas y de salud pública	Formulación de anteproyecto de Código de Salud para su revisión y consulta. For- mulación de ley, re- glamento y políticas de equiparación de oportunidades para personas discapacitadas y el Programa de Rehabilitación de base comunitaria	Mejora de acceso geográfico a unidades de atención básicas. Estudio de Salud. 1998 demostró que 2000 70% de la población eran similares en área rural y urbana. El problema de acceso se refleja en las listas de espera de especialidades	Organización de Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS). En 2000 70% de la población estaba cubierta por EBAIS (90% en el área rural)	Uso de comités de gestión en administración de establecimientos de salud. El primer nivel financiado por EBAIS para participar en la planificación y gestión de cada establecimiento de salud. 40% se desempeña "per cápita" y los hospitales compran en forma regular "Unidades de Producción Hospitalaria"	1997: desarticulación de antigua Dirección General de Servicios de Salud. Programas y unidades se trasladan a entes descentralizados. Los centros de convergencia en el primer nivel constituyen el espacio físico donde los pacientes son atendidos por el médico comunitario	1997: establecimiento de convenio con ONG. Incremento del personal contratado a corto plazo	Con el SIAS se orienta presupuesto del MSPAS al primer nivel de atención

CUADRO 2.19 (continuación)

Centroamérica: actividades relevantes en el marco del proceso de reforma del sector salud

	Descentralización	Separación de funciones	Focalización	Participación privada	Diseño de canasta básicas	Promulgación o modificación de leyes básicas	Programas de aumento de cobertura	Cambios organizacionales	Modelos de gestión	Participación social	Cambios en financiamiento
Honduras	La red hospitalaria pública, junto con los niveles operativos, está facultada para manejar las finanzas.			Se han delegado responsabilidades en la prestación de servicios a organismos no gubernamentales y privados de desarrollo.				1998: se pone en marcha proceso de desarrollo organizacional de la Secretaría.		Los consejos inter-municipales van surgiendo como un nivel intermedio que moviliza recursos, participa en el análisis de las condiciones de vida y salud y participa en la toma de decisiones para la planificación	
Nicaragua	1991: establecimiento de Sistemas Locales de Atención Integral de Salud (SILAS).		El paquete de servicios que se compra a proveedores locales orientado a niños menores de 1 año y mujeres embarazadas que viven en municipios de pobreza severa y alta	Se compró a proveedores locales un paquete básico de servicios a través del PMSS la compra de aproboación en el Congreso. Se ha elaborado la Ley Orgánica de Seguridad Social en Nicaragua que está en revisión.					Se reconocen estímulos a los que captan pacientes en las zonas más alejadas. El modelo está siendo implementado por 32 municipios. 2000: introducción de compromisos de gestión, los cuales se firman entre el nivel central y los municipios y hospitales piloto		
Panamá	En cuatro regiones sanitarias se están transfiriendo de manera gradual y progresiva responsabilidades, competencias y recursos	El hospital integrado de San Miguel Arcángel unificó el financiamiento del Ministerio de Salud y la Seguridad Social para otorgar servicios en forma conjunta a todos los beneficiarios.		Se aprobó la ley del nuevo patronato del Hospital Santo Tomás. 2001: experiencia piloto de ampliación de cobertura mediante contratación de ONG	Establecimiento de un conjunto básico de prestaciones a través de programas descentralizados locales	1998: nuevo modelo de administración hospitalaria. 2000: modificaciones a través de gestión pública descentralizada		Reorganización de servicios de salud en regiones de salud de San Miguelito y Metropolitanana y Veraguas existentes acuerdos de gestión. En el hospital San Miguel Arcángel se han introducido los compromisos de gestión y los contratos-programa para la atención de salud	En las regiones de San Miguelito, Metropolitanana y Veraguas existen acuerdos de gestión. En el hospital San Miguel Arcángel se han introducido los compromisos de gestión y los contratos-programa para la atención de salud		Desde 1995 el MS y la CSS han compartido costos por servicios prestados a población asegurada / no asegurada atendida por ambas instituciones

Fuente: OPS. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Guatemala (2001), Nicaragua (2002), Honduras (2001), Costa Rica (2002), Panamá (2001), El Salvador (2001), Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo y Servicios de Salud.

leyes básicas, redefinición del rol de rectoría y esfuerzos por mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos.

En este último punto los países están optando cada vez más por el instrumento de acuerdos o compromisos de gestión para implementar el nuevo modelo de gestión (Costa Rica, Guatemala, Honduras), así como por otros esquemas como los convenios de subrogación de servicios (Honduras) y la integración funcional de redes (Panamá). El nuevo modelo de gestión también contempla el objetivo de descentralización y en varios casos abre la posibilidad de que los establecimientos públicos de salud compren y vendan servicios a entidades privadas.

Por otro lado se observa un cambio importante en la oferta de servicios, concentrado en la implementación de un nuevo modelo de atención que define tres niveles, con énfasis en el fortalecimiento del primer nivel de atención, y que crea modalidades de equipos móviles de salud a través de los cuales se pretende brindar atención familiar integral.

Finalmente cabe señalar que sólo tres países han creado instituciones u organismos de regulación (Costa Rica, Guatemala y Honduras), aunque en general se realizan esfuerzos para mejorar los mecanismos de control y fiscalización, hecho que se refleja especialmente en las nuevas normativas para habilitación y acreditación de establecimientos de salud, y en la preocupación por medir la calidad percibida y la calidad técnica en la prestación de los servicios.

Los procesos de reforma del sector salud en Centroamérica son relativamente jóvenes. La mayor concentración de esfuerzos en ese sentido puede situarse alrededor de 1996-1997. Dado que el período de maduración de estas iniciativas es lento y de que el nivel de salud de la población depende de distintos factores, es poco probable que en el corto plazo puedan mostrarse impactos directos en la salud de la población como resultado de estas transformaciones. Además, muchos procesos fueron iniciados sin el apoyo de estudios de línea basal o la programación de evaluaciones sistemáticas, lo que, aunado a los problemas de insuficiencia en los sistemas de información, dificultan una valoración general.

Pero aun antes de que varios componentes del proceso de reforma hayan sido evaluados y -eventualmente- reorientados, es posible anticipar algunos desafíos para el avance del proceso global:

- El fortalecimiento del primer nivel de atención, el envejecimiento de la población y la emergencia de nuevas patologías seguramente se conjugarán para incrementar el gasto en atenciones clínicas especializadas. Si los recursos del sector público no crecen al mismo ritmo, el resultado puede ser (como lo sugiere la tendencia en varios países) el incremento del gasto de bolsillo, que puede provocar ineficiencia y problemas de inequidad.
- Es poco el avance logrado en el cambio del modelo de asignación de los recursos.
- Los compromisos que los gobiernos asumen con las agencias financieras en el marco de la reforma sectorial suelen estar concentrados en una administración presidencial, lo que conlleva problemas de continuidad.
- Es notable la ausencia de la seguridad social en la mayoría de los procesos de reforma sectorial de la región, aun cuando la experiencia de otros países de América Latina sugiere la importancia de su presencia, por ser un sistema institucional con mayor flexibilidad para la movilización de recursos financieros.
- La participación del usuario no ha avanzado significativamente, en parte por la falta de mecanismos claros y también por efecto de ciertas resistencias institucionales (culturales).
- La creciente participación del sector privado en la prestación de los servicios constituye un reto en materia de regulación para el ente rector.
- Dificilmente se consolidará el nuevo rol de rectoría si no se avanza de manera sustancial en la implementación de sistemas de información adecuados para la toma de decisiones, la orientación de recursos y la identificación de necesidades.

Iniciativas de salud en el marco de la integración centroamericana

Aunque las primeras reuniones de los ministros de salud se remontan a mediados del siglo pasado, no fue sino hasta principios de la década de los ochenta que éstas adquirieron un carácter más regular y sistemático. La Reunión del Sector Salud de Centroamérica (REESCAD), cuya Secretaría está a cargo de la OPS, se caracteriza por ser

un foro sectorial, lo cual ha permitido fortalecer el contacto en materia de salud en la región, así como el contacto entre ministerios de salud, instituciones de seguridad social e instituciones de agua y saneamiento.

Los encuentros de la RESSCAD operan con un reglamento que define un conjunto de criterios para la selección de los temas por considerar. De acuerdo con esos criterios²⁴, el asunto de mayor relevancia ha sido el control de enfermedades transmisibles (poliomielitis, malaria, sarampión, dengue, cólera, chagas, tétanos neonatal, SIDA). Con menos frecuencia se han discutido temas de servicios de salud, medio ambiente y saneamiento básico (particularmente después del cólera), recursos humanos, medicamentos, alimentación y nutrición y desastres (OPS/OMS y Ministerio de Salud Nicaragua, 2001). La seguridad social ha sido un tópico virtualmente ausente en las reuniones. Más recientemente, las conversaciones giran en torno a la concertación y el monitoreo de los procesos de reforma, en particular en temas vinculados con el fortalecimiento de la rectoría de los ministerios y el desempeño de las funciones esenciales de salud pública.

Es difícil identificar impactos directos de la RESSCAD en la salud o en las condiciones de vida de la población, por la diversidad de factores que intervienen en esos procesos, pero pueden atribuírsele logros muy concretos, tanto en el campo político como en el sanitario:

- Organización de actividades multinacionales durante el período de conflictos armados en la región, incluyendo “Días nacionales de vacunación” realizados simultáneamente en todos los países, lo que incluso posibilitó, ceses al fuego.
- Participación de Guatemala y Belice en reuniones conjuntas en el ámbito ministerial e inclusión de Belice en el INCAP, la RESSCAD y otros acuerdos bilaterales y multilaterales.
- Atención en salud de las poblaciones involucradas o afectadas por los conflictos armados durante el período de pacificación o desmovilización, y atención en salud a poblaciones fronterizas²⁵.
- Articulación de los sectores salud y ambiente, mediante la celebración de tres reuniones sobre ecología y salud (ECOSALES), los resultados del programa MASICA y, más recientemente, la

primera reunión de ministros de salud y ambiente en el marco de la integración centroamericana, efectuada en Panamá en noviembre de 2001.

- Disminución de la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles, gracias al incremento de las coberturas de vacunación.
- Erradicación de la polio y eliminación de la transmisión autóctona del sarampión.
- Control del cólera y disminución de la incidencia de la malaria (OPS/OMS y Ministerio de Salud Nicaragua, 2001).
- Intercambios de información sobre temas nuevos en la región, como migración y violencia, entre otros.

Aunque las resoluciones de este órgano no tienen carácter vinculante y con frecuencia no se identifican los recursos locales que serían movilizados para su implementación, la RESSCAD ha dado continuidad a las políticas de salud de la región más allá de los cambios de gobierno y ha elevado varios temas de salud a las Cumbres Presidenciales (OPS/OMS y Ministerio de Salud Nicaragua, 2001). Muchos acuerdos han sido de orden político, sin nexos claros con la operación de los servicios y la ausencia de asignaciones presupuestarias nacionales fue una limitante para el seguimiento de los acuerdos suscritos. No obstante, debe reconocerse que el control de varias enfermedades transmisibles no se habría logrado sin la acción coordinada, o por lo menos simultánea, de todos los países del área. La RESSCAD fue un foro para coordinar estos esfuerzos.

En la década de los noventa se produjeron transformaciones importantes en la RESSCAD. Es evidente que la globalización y la formación de bloques comerciales no tuvo el mismo efecto movilizador de recursos que tuvo el conflicto armado en los años ochenta, por lo que varias de las iniciativas y proyectos no contaron con el apoyo financiero internacional que se esperaba. Por otra parte, para mediados de los noventa muchos países habían contraído compromisos de préstamos para financiar reformas u otros proyectos de inversión en el sector salud. El nuevo papel adoptado por los bancos con respecto al sector salud cambió la coyuntura y los términos en que se daban las negociaciones de los recursos de la cooperación internacional. Los organismos donantes,

por su parte, también tendieron a trabajar de manera bilateral, en lugar de multilateralmente o a través del apoyo a iniciativas regionales (OPS/OMS y Ministerio de Salud Nicaragua, 2001). En esta coyuntura coincidió además un importante financiamiento externo para programas verticales, por parte de USAID.

En la XVI Cumbre Presidencial, realizada en El Salvador en 1995, se suscribió el Tratado de Integración Social Centroamericana y, en el marco del Subsistema de Integración Social, se creó el Consejo de Integración Social (CIS) y la Secretaría de Integración Social. Las instituciones centroamericanas ya existentes se incorporaron a estos mecanismos de integración²⁶. En este proceso el Consejo de Ministros de Salud (COMISCA) fue albergado en el seno del SICA. La propuesta es articular esta compleja institucionalidad centroamericana alrededor de una Agenda Centroamericana de Salud (ASDI, 2000).

La XVII RESSCAD, efectuada en agosto de 2001, aprobó la agenda de salud de Centroamérica y República Dominicana para los próximos diez años, que tiene como líneas estratégicas la reforma del sector, el programa de inmunizaciones, los temas de agua, saneamiento y ambiente, la disminución de la vulnerabilidad en casos de desastre, la atención de enfermedades emergentes y reemergentes, la seguridad alimentaria y nutricional, la violencia como problema de salud pública y la estrategia contra el SIDA. En cada una de ellas existen antecedentes de cooperación e intercambio de experiencias en la región. Para el futuro próximo se esperaría, sin embargo, que los acuerdos políticos tengan repercusiones más inmediatas en los servicios y programas de salud. Un ejemplo de este esfuerzo es la iniciativa centroamericana para facilitar el acceso al tratamiento antirretroviral en la lucha contra el SIDA, a través de una negociación conjunta con las compañías farmacéuticas (capítulo 4, recuadro 4.2).

En los años por venir la agenda compartida de salud en Centroamérica se verá también influenciada por acuerdos y compromisos suscritos por los países de América Latina y el Caribe. En la *Declaración del Milenio*, cuatro de los ocho

objetivos tienen una estrecha vinculación con el sector salud: reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años; reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes; haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA, y haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de paludismo y otras enfermedades graves.

Es importante señalar, asimismo, que en el año 2000 el BID, el Banco Mundial y la OPS suscribieron un acuerdo para elaborar una “Agenda compartida para la salud en las Américas” sobre la base de tres líneas principales de acción: el apoyo al proceso de reforma del sector salud, incluidos los servicios de saneamiento básico; el fortalecimiento institucional de los programas de salud pública, y el afianzamiento del liderazgo de las autoridades sanitarias en todas las esferas de desarrollo que afectan la salud (OPS/OMS, 2002b).

En la tercera Cumbre de las Américas, realizada en Québec el 20 y el 21 de abril de 2001, se establecieron cuatro áreas destacadas en el punto de salud del Plan de Acción aprobado: reformas sectoriales dirigidas a la equidad, combate de enfermedades transmisibles, particularmente VIH/SIDA, reducción de riesgos de enfermedades no transmisibles, y mejoramiento de la conectividad y el intercambio de información (OPS/OMS, 2002b).

Es un hecho que, en materia de salud, el trabajo coordinado entre naciones es imprescindible por la movilidad a través de las fronteras de bienes, servicios, personas y vectores, y por las ventajas que ofrece la negociación de propuestas como bloque de países. Los datos epidemiológicos presentados en este capítulo sugieren, además, una progresiva aproximación en la situación de salud de los países del área y en las respuestas sociales para enfrentar las demandas sanitarias. La presencia de un ente coordinador de las iniciativas regionales de salud parece ahora más pertinente que nunca, pero el espacio de intervención y la agenda de trabajo del mismo deberán ser reconfigurados a la luz de los nuevos retos en este ámbito y la reestructuración de la institucionalidad centroamericana.

Notas

1 Un estudio basado en este enfoque se llevó a cabo para Nicaragua (Busso, 2002). El enfoque distingue entre activos físicos (atributos que inciden en la calidad de vida), estrategias para utilizar dichos activos, y oportunidades de acceso a ellos. En el estudio se identificaron riesgos sociodemográficos en los hogares, tales como la alta dependencia demográfica, crecimiento acelerado del número de miembros, el hacinamiento en áreas urbanas, jefes mayores de 60 años, presencia de adolescentes con experiencia reproductiva, y presencia simultánea de mujeres jefas de hogar y niños menores.

2 La privación en el caso de la longevidad está determinada por la vulnerabilidad a la muerte a una edad relativamente temprana, y se mide por la probabilidad, al nacer, de no vivir hasta los 40 años. En el caso de los conocimientos, la privación se refleja en la exclusión del mundo de la lectura y las comunicaciones, y se mide por la tasa de analfabetismo de adultos. Finalmente, la privación en lo que respecta al nivel de vida se refleja en la falta de acceso a suministros económicos generales, y se mide por el porcentaje de la población que no utiliza fuentes de abastecimiento de agua potable y el porcentaje de menores de 5 años de edad con peso insuficiente.

3 Los datos sobre los que se basa el *Informe sobre Desarrollo Humano* guardan algunas diferencias con las estimaciones de los países. En este caso se utilizan los datos publicados en el informe para efectos de proporcionar una estimación comparable para la región.

4 Se hace caso omiso de los problemas relacionados con la comparación intertemporal de estimaciones de pobreza, pues éstas presentan las mismas limitaciones señaladas para las comparaciones internacionales (recuadro 2.2), con algunas características particulares. Así, lo recomendable es que las diferentes encuestas utilizadas en cada uno de los países y a lo largo del tiempo midan los mismos ingresos o gastos, con la misma precisión. En caso de que eso no suceda, surge nuevamente la discusión sobre la conveniencia o no de realizar ajustes utilizando cuentas nacionales. Un segundo aspecto es el relacionado con las líneas de pobreza, pues además de la comparabilidad entre países, debe considerarse la comparabilidad en el tiempo dentro de cada país. Generalmente se usan las mismas líneas, actualizando los precios de los alimentos y no alimentos (o manteniendo la misma proporción del gasto en estos últimos); sin embargo, debe tomarse en cuenta que de esa forma se dejan de lado los cambios en los patrones de consumo de la población.

5 Aplicando la misma metodología de cálculo a las estimaciones publicadas por CEPAL (2001), que se refieren a 1989 para Guatemala, 1990 para Costa Rica y Honduras, 1991 para Panamá, 1993 para Nicaragua y 1995 para El Salvador, el resultado es una incidencia de la pobreza hacia 1990 de 62.3% en el caso de la pobreza total y de 37.1% en pobreza extrema. Nuevamente esta estimación arroja resultados superiores a los mostrados anteriormente, pero refleja la misma realidad. Cuando se comparan las estimaciones realizadas con los datos de CEPAL para 1990 y 2000, el resultado es igualmente una reducción en la incidencia de la pobreza. La reducción es inferior en el caso de la pobreza total (5.8 puntos porcentuales de la CEPAL respecto a 9 de la presente estimación), pero muy similar para el de la pobreza extrema (4.9 puntos porcentuales respecto a 4.3, respectivamente).

6 Una estimación con la misma metodología, pero utilizando las cifras publicadas por CEPAL (2001), que se refieren a 1999 para Costa Rica, El Salvador, Honduras y Panamá, y a 1998 para Guatemala y Nicaragua, dio como resultado una incidencia de la pobreza total de 56.6% y de la pobreza extrema de 32.7%, o sea, mayores que las obtenidas con la estimación propia. En el caso de la pobreza extrema, la fuerte diferencia de casi 10 puntos porcentuales se explica en buena parte por la fuerte caída en la pobreza extrema en Guatemala, que refleja la estimación aquí considerada a partir de la ENCOVI 2000 (15.7% a nivel nacional), respecto a la estimación para 1998 a partir de la ENIGFAM (26.7%).

7 Este mayor porcentaje de mujeres respecto a los hombres (47.4%) se ve afectado por los conflictos bélicos que se dieron en la región, así como por la emigración a otros países fuera de Centroamérica.

8 La tasa global de deserción comprende tres situaciones: la *deserción temprana* (las y los adolescentes que, habiéndose incorporado al ciclo primario, lo abandonaron antes de completarlo); la *deserción al finalizar el ciclo primario* (los que hicieron abandono de la escuela habiendo completado el ciclo primario o durante el primer año del secundario); y la *deserción en secundaria* (los que se retiraron mientras cursaban la educación secundaria sin completarla), que en la mayoría de los países implica la aprobación de 12 años de estudio.

9 Para efectos del presente capítulo, el sector informal incluye un conjunto de actividades productivas no agropecuarias cuyo rasgo distintivo es la baja dotación de capital (humano y físico), y por lo tanto, una reducida relación capital/trabajo. Desde esa óptica, características adicionales de este sector son: operar en actividades con reducidas o nulas barreras de entrada en términos de calificación, destreza, capital y organización; unidades productivas de tipo familiar con participación directa del propietario; escala de producción pequeña (tanto en volumen de ventas como en número de trabajadores) con amplia presencia de actividades unipersonales; técnicas intensivas en mano de obra con uso de capital obsoleto o simple y con una débil división técnica del proceso; opera en mercados competitivos o no regulados, con precario acceso a los mecanismos de apoyo del Estado; baja productividad y reducida capacidad de acumulación (Trejos, 2002). El sector agropecuario tradicional, por su parte, incluye aquellas actividades principalmente agrícolas, i) realizadas por el jefe del hogar en calidad de cuenta propia, con el apoyo laboral de los demás miembros del hogar (trabajadores familiares no remunerados), y que tienen como principal objetivo garantizar el suministro para el consumo familiar, así como la venta de excedentes; y ii) las pequeñas explotaciones agrícolas, en las que, además de los miembros familiares, participa un número reducido de trabajadores asalariados.

10 Cuando se considera la región en su conjunto, las tasas de crecimiento promedio anual (1990-2000) fueron de 4.3% en el caso del PIB total y de 1.7% en el per cápita.

11 Estimación propia a partir de CEPAL, 2002c. No incluye alquiler imputado por habitar casa propia.

12 Este autor realizó las estimaciones a partir de cifras de SIAL/OIT, CEPAL y las encuestas de hogares de los países, utilizando definiciones de los

sectores bastante similares a las señaladas previamente en este capítulo, de manera que los resultados resultan comparables. Para el cálculo se excluyó Nicaragua y El Salvador por problemas con la información para el inicio del período, pero eso no impide que los resultados se puedan generalizar a la región.

13 Los coeficientes de Gini disponibles para inicios del período, comparables con los del cuadro 2.5, son los siguientes (CEPAL, 2001): Costa Rica: 0.438 (1990); El Salvador: 0.507 (1995); Guatemala: 0.582 (1989); Honduras: 0.615 (1990); Nicaragua: 0.582 (1993); y Panamá: 0.560 (1991).

14 La investigación "Meeting the Millennium Poverty Reduction Targets in Latin America" fue realizada por un grupo de expertos del PNUD, el IPEA y la CEPAL, y sus principales resultados se presentan en CEPAL, 2002c.

15 Se refiere a la tasa global de fecundidad que expresa el número promedio de hijos que tendrían las mujeres al final de su vida reproductiva si se mantuvieran constantes las tasas de fecundidad por edad imperantes en el momento.

16 Este concepto se refiere a la relación entre las personas de 0 a 14 años y los de 65 años y más con respecto a las personas que tienen entre 15 y 64 años de edad. Se denomina relación de dependencia por que se considera una aproximación a la relación entre las personas que están en la fuerza de trabajo y quienes no lo están. También se puede ver como una aproximación al número de personas que cada persona que trabaja tendría que mantener.

17 Estos logros han sido posibles gracias al esfuerzo de los países y a la cooperación y apoyo técnico de la OPS. Desde 1995 opera el proyecto "Hacia un modelo para la atención integral de la violencia intrafamiliar: ampliación y consolidación de las intervenciones coordinadas por el Estado y la sociedad civil", que ha contado con la cooperación de los gobiernos de Suecia y Noruega.

18 En 1994 se declaró que la transmisión del poliovirus salvaje se había interrumpido en las Américas (OPS/OMS, 1998)

19 Son áreas que se encuentran a una altura por debajo de los 500 metros sobre el nivel del mar.

20 La estratificación se basa en la tasa de incidencia parasitaria anual (IPA) (número de casos de malaria entre la población en riesgo por mil habitantes). Se conforman tres estratos: localidades de bajo riesgo: IPA menor de 1/1000; moderado riesgo: IPA entre 1/1000 y 10/1000 y alto riesgo: IPA mayor de 10/1000 habitantes.

21 El aumento de la tasa de incidencia de 1998 a 1999 en Belice seguramente obedece a un incremento del reporte o a mejoras en los sistemas de información, y no a un abrupto aumento de la transmisión. En todo caso, se asume que la tasa reportada en 1999 es más precisa y que la epidemia ha alcanzado paulatinamente niveles preocupantes.

22 Una tasa de incidencia de más de 85 por 100,000 habitantes es considerada grave (OPS/OMS, 1998).

23 No son exclusivos de un país y su uso no puede ser prohibido; su extensión a toda la población tiene un costo marginal de cero.

24 Los criterios son: favorecer la integración centroamericana, tener alto contenido de externalidades, tener factibilidad de trabajo regional, o al menos, binacional, fortalecer la cooperación técnica entre los países y contribuir a la reducción de las inequidades.

25 En el marco del programa "Fronteras Solidarias", los ministros de salud de Guatemala, El Salvador y Honduras firmaron un acuerdo fronterizo trinacional de salud, por medio del cual se comprometen a apoyar el desarrollo y consolidación de los sistemas interfronterizos de salud. Esta zona interfronteriza está integrada por 99 municipios, con una población de más de 1.5 millones de habitantes (SICA, 1996).

26 El INCAP participa plenamente en las reuniones y actúa como delegado especialista; el Consejo Centroamericano de Instituciones de Seguridad Social (COCISS) es un organismo técnico ejecutivo regional reconocido por el SICA; el Comité Coordinador Regional de Instituciones de Agua Potable y Saneamiento de Centroamérica, Panamá y República Dominicana (CAPRE) es un organismo jurídico de derecho público internacional adscrito al SICA; el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) es un órgano del Sistema de Integración Centroamericana (SICA) responsable de la función rectora del sector salud; éste se encuentra preparando, junto con el Consejo de Integración Social, la propuesta para formalizar su incorporación a la institucionalidad de integración centroamericana.

CAPÍTULO
2

La coordinación del capítulo estuvo a cargo de Pablo Sauma.

Se utilizaron como insumos los estudios "Equidad social en Centroamérica y Panamá" preparado por Pablo Sauma, "La salud en Centroamérica en el marco del proceso de integración", de Edgar Barillas e "Inversión en salud para el desarrollo humano: gasto y financiamiento del sector salud", de Rubén Suárez.

CEPAL-México aportó los recuadros "Migrantes y remesas en Centroamérica" y "Deserción escolar". Gustavo Arriola y Frank Fritzsche de Guatemala, Mayra Calero de Nicaragua, Cesar Castillo y Miguel Ramos de Honduras, Martín Fuentes de Panamá y Carolina Trigueros de El Salvador colaboraron aportando información de sus respectivos países. Johnatan Wadsworth, de la Unidad Regional de Asistencia Técnica (RUTA) proporcionó un conjunto de estudios sobre pobreza rural en Centroamérica.

La edición técnica fue realizada por Arodys Robles, Marcela Román, Isabel Román y Natalia Morales.

La sección sobre salud en Centroamérica se llevó a cabo con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que coordinó la recopilación de información en los países. Los siguientes profesionales leyeron borradores del capítulo, aportaron información e hicieron correcciones a las cifras y la redacción de la sección sobre salud: Humberto Jaime Alarid, Sylvain Aldighieri, Armando Bañuelos, Cathy Cuellar, Delmin Cury, Enrique Gil, Eduardo Guerrero, Federico Hernández, Philippe Lamy, Humberto Montiel, Francisco Paniagua, Javier Santacruz, Ricardo Torres, Guillermo Troya, Javier Uribe y Bessie Vaquerano, así como asesores de áreas técnicas de la oficina regional en Washington: Renato Gusmao, Samuel Henao, José María Marín, Rafael Mazin, Priscila Rivas y Rodolfo Rodríguez.

El taller de consulta de este capítulo se realizó el 19 de noviembre de 2002 en Guatemala, con la asistencia de Gustavo Arriola, Carolina Trigueros, Edgar Barillas, Pamela Escobar, Frank Fritzsche, Juan Alberto Fuentes, Martín Fuentes, María Rosa Renzi, Pablo Sauma, Rolando Sierra, Karin Slowing y Juan Diego Trejos. La relatoría del taller la realizó Natalia Morales.

La OPS financió la elaboración de estudios de este capítulo. Se agradece en especial a Mirta Roses, Directora de la Organización Panamericana de la Salud; a Philippe Lamy, Representante de la OPS/OMS en Costa Rica; a Hugo Prado, analista de programas de la Organización Panamericana de la Salud; a Javier Santacruz, asesor de sistemas y servicios de salud de la OPS en Costa Rica; a Humberto Montiel, asesor de Epidemiología de la OPS en Costa Rica.

Al personal de las oficinas de PNUD en Guatemala por su colaboración en la organización del taller, especialmente a Pamela Rodas.