

# C A P Í T U L O

## El desafío de la equidad social

### Valoración general

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 no tienen, o 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 en 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.

### RECUADRO 6.1

#### Equidad, brechas e integración social

En este capítulo se adopta la noción de equidad social propuesta por A. Sen y recogida por el planteamiento sobre el desarrollo humano sostenible del PNUD (Sen, 1992; PNUD, 1991-1997). Por equidad se entiende la igualdad de capacidades de las personas para funcionar en una sociedad. Capacidad para funcionar, a su vez, se refiere a la libertad de las personas para *ser y hacer*, para escoger el estilo de vida que más valoran. La equidad social como igualdad de capacidades es un paso adelante en la polémica entre aquellos que sostienen que la equidad es sinónimo de igualdad de oportunidades y los que afirman que la equidad es una igualdad en los resultados sociales (o distribución social). A los primeros recuerda que una oportunidad, para que sea verdadera, no sólo tiene que estar **disponible**, sino que las personas deben tener **la capacidad de**

**aprovecharla**. A los segundos señalar que una distribución social igualitaria puede ocultar inequidades, pues las personas difieren en sus necesidades, habilidades y aspiraciones.

Por brechas de equidad se entiende las desigualdades de capacidades originadas en la condición social, sexo, edad, región, etnia o nacionalidad de las personas, es decir, que no están relacionadas con las habilidades, destrezas y aspiraciones personales (Gutiérrez, 1997; PNUD, 1991-1998). Por integración de brechas se entiende los esfuerzos institucionales, públicos y privados, por aminorar las brechas de equidad mediante la asignación de recursos humanos, técnicos y financieros. Finalmente, por oportunidades de movilidad social se entiende la ampliación en las capacidades de las personas generadas por los esfuerzos de integración de brechas.

El objetivo de este capítulo es identificar las brechas de equidad en la región centroamericana y los esfuerzos de integración social que sociedades y gobiernos realizan. El análisis profundiza en los temas de salud, educación y empleo mediante el concepto del desarrollo humano sostenible, a saber, el logro de una vida saludable y prolongada, conocimientos y capacidades, y recursos para tener una vida decente. No pretende evaluar el estado actual de las reformas o medir su impacto, sino dar a conocer, a una audiencia más amplia, experiencias útiles para enfrentar las brechas de equidad.

Las reformas institucionales generan nuevas oportunidades a las poblaciones pobres, y empobrecidas, del istmo. El capítulo releva iniciativas con impactos beneficiosos, buenas prácticas portadoras de esperanza sobre la capacidad de las sociedades centroamericanas para generar una mayor equidad social. En la última sección se identifican algunas de estas prácticas, sin ninguna pretensión de exhaustividad, pues existen muchas iniciativas que también merecerían ser reseñadas, ni de efectuar un estudio sobre los mecanismos de movilidad social en la región. Se tiene, eso sí, la convicción de que el informe puede contribuir a un mayor conocimiento de estas buenas prácticas, cuyos impactos son de relevancia regional por atender problemas cruciales de las sociedades del istmo.

*“Un pueblo enfermo no trabaja bien y si esa enfermedad se traduce en desnutrición infantil, esa persona nunca va a desarrollar la capacidad de entender bien, de funcionar”*

DIRIGENTE ORGANIZACIÓN  
NO GUBERNAMENTAL  
AMBIENTALISTA, NICARAGUA

## Las brechas de equidad

### Brechas en las capacidades para el disfrute de una vida sana y duradera

En esta sección se consignan cuatro brechas de equidad que obstaculizan las oportunidades de los y las centroamericanas para disfrutar una vida sana y duradera. Estas brechas son: inequidades en el acceso a servicios de salud, en la disponibilidad de agua potable y servicios de saneamiento, las desigualdades que experimentan los pueblos indígenas y la morbimortalidad asociada a condiciones de pobreza y violencia. Los principales hallazgos subrayan, una vez más, la magnitud de la deuda social con las poblaciones del istmo, tal como lo han reconocido los gobiernos centroamericanos, mediante la suscripción de la ALIDES, y diversos manifiestos de la sociedad civil regional.

Más de diez millones de centroamericanos no tienen acceso a servicios de salud

En 1993 se estimaba que un 69% de los centroamericanos tenía acceso a algún tipo de servicio de salud, por básico que fuera. Ello significa que casi once millones de centroamericanos están excluidos incluso de los servicios mínimos de salud. El acceso difiere tanto entre países,

#### RECUADRO 6.2

### Limitaciones del estudio

El análisis de las brechas de equidad se realiza para la región en su conjunto, pero sin dejar de señalar las diferencias nacionales. El principal problema enfrentado surgió por la necesidad de disponer de información comparable para todos y cada uno de los países. No es de extrañar, entonces, que parte importante de la información aquí contenida se haya obtenido de organismos internacionales especializados en cada uno de los temas, los cuales, a partir de información de los países, han avanzado en su comparabilidad. Por otra parte, se consideró importante disponer de información comparable de al menos tres países para poder realizar algunas afirmaciones con sentido regional. Algunos temas no pudieron ser tratados del todo con una perspectiva regional, por falta de información.

Otra limitación importante la constituye el hecho de que las cifras disponibles no incorporan el impacto del huracán Mitch, que especialmente en Honduras y Nicaragua causó un gran deterioro de la ya de por sí difícil situación que enfrentaban. Como señalan Pereira y otros, “entre los principales daños causados por el huracán Mitch se tiene alrededor de 10,000 muertos, 9,000 desaparecidos, más de 2.5 millones de damnificados, cerca de 270,000 viviendas dañadas o destruidas, 4,000 escuelas dañadas, 531 puentes afectados en diversos grados y pérdidas económicas que superan los 6,600 millones de dólares. Los países más afectados son Honduras y Nicaragua. La infraestructura sanitaria dañada incluye acueductos urbanos y rurales, sistemas de disposición de excretas, establecimientos de provisión de servicios en diversos niveles y personal de salud directamente afectado” (Pereira, et al, 1999; INCAE, 1998; CEPREDENAC, 1998).

como entre las zonas urbanas y rurales. En el caso de los países, Guatemala, Honduras y El Salvador, seguidos de Nicaragua, son los que muestran menores niveles de acceso. Costa Rica muestra la situación contraria, con casi un 100% de acceso. Por zonas, el acceso es bastante menor para los habitantes de las zonas rurales (Cuadro 6.1).

Dos indicadores generalmente utilizados para determinar el grado de acceso a los servicios de salud son los de cobertura del parto por personal capacitado y la atención prenatal. Hacia 1995, estos indicadores mostraban resultados regionales de 64% y 70% respectivamente (Cuadro 6.1), los cuales son muy bajos. Nuevamente se presentan diferencias por países y, de igual forma, entre zonas.

Ciertamente, la mayoría de los países centroamericanos ha realizado esfuerzos permanentes para proteger a los menores de un año al menos con seis tipos de vacunas. A nivel regional y nacional, con excepción de Guatemala, se han alcanzado coberturas útiles de vacunación en menores de un año, o sea, mayores del 80%. Como resultado de esos esfuerzos, en el primer quinquenio de los años 90 se erradicó la

poliomielitis de Centroamérica. También se eliminó la difteria y están en fase de eliminación el sarampión, la tosferina y el tétanos. Por otra parte, en materia de salud reproductiva, el porcentaje de uso de anticonceptivos en las mujeres, alrededor de 1990, fue de 45% en toda la región, con diferencias entre países, mostrando Guatemala y Nicaragua los menores porcentajes (Cuadro 6.1).

*Dos de cada cinco centroamericanos no tienen servicios de agua potable y saneamiento básico*

Las inequidades en el acceso a servicios de agua potable y saneamiento básico son uno de los mayores problemas de la región. Más de diez millones de personas, el 29% de la población centroamericana, no tiene acceso a servicio de agua potable, básico e imprescindible para el desarrollo humano. La situación es especialmente grave en la zona rural, donde la falta de acceso afecta casi a la mitad de la población que en ella reside, o aún más: a un 76% de los salvadoreños y a un 72% de los nicaragüenses. En materia de saneamiento básico (alcantarillado y otros sistemas de evacuación de excretas), las cifras muestran

CUADRO 6.1

**Centroamérica: principales indicadores de cobertura de los servicios de salud, para los años más recientes, por países (porcentajes)**

	Total	Belice	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
<b>Población con acceso a servicios de salud (1993)</b>	69	90	97	65	60	62	69	85
<b>Atención por personal capacitado:</b>								
Atención prenatal (1995)	70	95	92	56	54	84	87	89
Atención al parto (1995)	64	80	97	62	35	54	87	86
<b>Cobertura vacunación en menores de 1 año:</b>								
DPT (1995)	87	83	85	100	78	96	85	86
Antipolimiéltica oral (OPV3, 1995)	89	83	84	94	81	96	96	86
BCG (1995)	83	90	97	82	70	95	89	94
Antisarampionosa (AS, 1995)	86	87	94	94	81	90	81	83
<b>Uso de anticonceptivos<sup>a/</sup></b>	45	47	86	61	23	47	27	58

a/ Mujeres de todos los estratos de ingreso, alrededor de 1990.

Fuente: Elaboración propia a partir de OPS, 1994 y 1998, e información de la OPS en Internet.

que un 25% de la población no cuenta con medios adecuados de disposición. Esta situación es especialmente grave en la zona rural, pues el 39% de los residentes en ella no cuenta con servicio adecuado (Cuadro 6.2).

#### Los pueblos indígenas experimentan mayores exclusiones

Un estudio de la OPS (1998) compila varias investigaciones cuyos resultados reflejan las desigualdades que sufren los pueblos indígenas, respecto a la población no indígena, en el disfrute de una vida sana y duradera. Entre ellas destacan las siguientes:

- ▶ En Honduras, la esperanza de vida de los indígenas del pueblo pech y del pueblo lenca es de 39 y 47 años respectivamente para los hombres, y de 42 y 57 años respectivamente para las mujeres, comparada con 65.4 años para los hombres y 70.1 años para las mujeres a nivel nacional.
- ▶ En Guatemala, el porcentaje de población bajo la línea de pobreza hacia 1989 fue de 86.6% para los indígenas y 53.9% para los no indígenas.
- ▶ En Nicaragua, hacia 1995, aproximadamente el 66% de la población indígena no tenía ningún acceso a la educación y la deserción escolar sobrepasaba el 40%. Entre las comunidades indígenas de la costa atlántica, en ese mismo año, el desempleo alcanzó el 70% en la región sur y 90% en la norte.

▶ En Panamá, en la provincia de Bocas del Toro, zona de asentamiento de los pueblos ngobe buglé, bokotas y teribes, las tasas de mortalidad por diarrea en los últimos años superan en más de cinco veces la tasa nacional. En 1995 la tasa general de mortalidad por diarrea fue de 6.4 por 100,000 habitantes, mientras que en Bocas del Toro fue de 34.4.

▶ En Honduras, en 1993, en los pueblos garífuna y misquito un 78% y un 96%, respectivamente, de los niños menores de 12 años padecían desnutrición.

▶ En Belice, en 1995, los niños mayas en edad escolar mostraron un mayor retardo del crecimiento en comparación con los niños de otros grupos étnicos.

▶ En Panamá, la mortalidad infantil es 3.5 veces mayor en los niños indígenas y entre los tolupanes o xicaques de Honduras, 6 de cada 10 niños nacidos vivos mueren antes de cumplir el año y medio de edad.

▶ La tasa de mortalidad materna en la población indígena de Guatemala, según datos de 1994, es 83% mayor que la tasa nacional.

#### Pese a avances, prevalece la morbimortalidad asociada a pobreza

Los países de Centroamérica se encuentran en una fase de transición epidemiológica, en la que se combinan enfermedades transmisibles y no transmisibles en todos los grupos de edad. Se

CUADRO 6.2

### Centroamérica: acceso a los servicios de abastecimiento de agua potable, alcantarillado y evacuación de excretas, para los años más recientes, por países (porcentajes)

	Total	Belice	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Población con servicio de abastecimiento de agua potable:								
Urbana	71	84	100	53	67	77	62	84
Rural	93	100	100	82	97	91	93	99
Población con servicio de alcantarillado y evacuación de excretas:								
Urbana	53	69	99	24	48	66	28	73
Rural	75	40	97	77	67	82	59	91
	93	59	100	89	94	95	88	99
	61	22	95	65	50	71	28	81

Fuente: Elaboración propia a partir de OPS, 1998, e información de la OPS para Belice, en Internet.

mantienen durante el período analizado dos tipos de países: los de mejores indicadores de salud (Belice, Costa Rica y Panamá) y los de indicadores menos favorables (Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua).

La tasa bruta de mortalidad para la región en su conjunto, cercana a seis por mil habitantes, continúa un proceso de reducción iniciado varias décadas atrás, y que se espera se mantenga en los próximos años. De cada seis muertes en Centroamérica, dos corresponden a un adulto mayor (65 años y más), otras dos a personas con edades entre los 15 y los 64 años, y otras dos a menores de 15 años (al menos una de ellas es un menor de un año). Vale destacar la reducción en la tasa de mortalidad de los niños de 1 a 4 años (alrededor de 64 por mil nacidos vivos en la región) se concentra en los menores de 1 año. En el caso de la mortalidad infantil (menores de 1 año), en la década de los 90 la principal causa de mortalidad en la región fueron las afecciones originadas en el período perinatal (asfixia, causas relacionadas con el parto, entre otras), aunque en Honduras y Nicaragua la primera causa fueron las infecciones intestinales.

En el caso de las enfermedades transmitidas por vectores, para 1996 la malaria se encontraba controlada en El Salvador y Panamá, países con un Índice Parasitario Anual (IPA) de 0.96 y 1.83 por mil habitantes, respectivamente. Tienen riesgo mediano Guatemala y Costa Rica, con IPA de 2.77 y 6.35 por mil habitantes en cada caso, y riesgo alto Nicaragua, Honduras y, especialmente, Belice, con índices de 17.52, 18.44 y 42.15 por mil habitantes, respectivamente. Belice no ha logrado controlar la malaria.

En el istmo reapareció el cólera en 1991, y no

fue sino hasta 1997 que se pudo controlarlo. Honduras y Nicaragua fueron los últimos países en lograrlo. En el caso de las enfermedades crónicas transmisibles, la tuberculosis mostró en Centroamérica una tendencia descendente en el período 1994-1996, al reducirse el número de casos declarados de 14,829 en 1994, a 13,675 en 1996 (la tasa de incidencia se redujo de 46.1 por mil habitantes, a 41.2). Honduras y Nicaragua registraron las mayores tasas de incidencia, arriba de 70 por mil habitantes en 1996.

La tasa de incidencia anual del SIDA en el istmo continúa aumentando; pasó de 32.1 por millón en 1991, a 44 en 1992, 61 en 1993, 61.5 en 1994, 64.3 en 1995 y 80.5 en 1996. Por países, la mayor tasa de incidencia la presenta Honduras, que también muestra el mayor número de casos notificados. En todos los países, los miembros del género masculino son los más afectados. El mecanismo de transmisión más frecuente para ambos sexos es el contacto heterosexual (62.6%), y los casos se concentran en las áreas urbanas más pobladas. Respecto al resto del continente, en esta región se presenta el mayor porcentaje de casos en hijos de madres infectadas: 3.5% de los casos diagnosticados.

Por otra parte, la desnutrición infantil sigue siendo un importante problema de salud pública. La magnitud de la desnutrición en niños menores de 5 años es medida mediante tres adecuaciones antropométricas: peso para talla, talla para edad y peso para edad.

La primera de ellas, peso para talla, indica la desnutrición actual o desnutrición aguda. Para los países centroamericanos que disponen de información reciente se puede afirmar que la pobreza crónica por desnutrición aguda no es un problema grave<sup>1</sup> (Cuadro 6.3).

### CUADRO 6.3

#### Centroamérica: niños en edad preescolar clasificados por debajo del límite<sup>a/</sup> de peso para la estatura, estatura para la edad y peso para la edad, para los años más recientes, por países (porcentaje)

	Año	Peso para talla	Talla para edad	Peso para edad
Total		1.8	24.5	12.5
Belice				
Costa Rica	1996	2.3	6.1	5.1
El Salvador	1993	1.3	22.8	11.2
Guatemala				
Honduras	1991-92	1.5	39.4	19.3
Nicaragua	1993	1.9	23.7	11.9
Panamá	1992	2.7	9.9	6.1

a/ Límite < -2 desviaciones estándar.

Fuente: Elaboración propia a partir de OPS, 1998 y, para Costa Rica, Ministerio de Salud, 1996.

## RECUADRO 6.3

## El desafío de la vejez

Centroamérica se encuentra en una etapa de transición demográfica moderada. Esto implica que la población adulta mayor (60 años y más) aumentará sostenidamente tanto en términos absolutos como relativos; se estima que en 1998 un 5,8% de la población centroamericana, o sea, unos dos millones de personas, eran adultos mayores.

El desafío de la vejez para la región, y especialmente para los países que ya enfrentan un incremento de esta población (Costa Rica, El Salvador y Panamá), consiste en garantizar la subsistencia (mediante un ingreso suficiente para garantizar independencia) y los servicios especializados (salud, recreación y cuidado) que requiere este grupo. Por el lado de la subsistencia económica, los regímenes de pensiones tienen una cobertura muy baja de la

población económicamente activa (PEA); para el período 1990-1995 alcanzó un 77.3% en Costa Rica, 64% en Panamá, 29% en Guatemala, 22.6% en El Salvador y 14.3% en Nicaragua. Entre 1985 y 1988 Honduras tenía una cobertura del 12.8% (CEPAL, 1997a). Además, la cobertura se limita a sectores asalariados urbanos y no alcanza a trabajadores rurales ni del sector informal. Eso significa que solamente uno de cada tres centroamericanos está cubierto con algún régimen de seguridad social y podrá tener, aunque no necesariamente de manera suficiente, ingresos para hacer frente a su vejez.

Por otro lado, los servicios especializados, principalmente los de salud y servicios sociales, no han alcanzado en la región el grado de desarrollo necesario para prestar los servicios requeridos, que además son muy costosos.

El segundo indicador, adecuación para talla, refleja la historia nutricional y permite identificar la desnutrición crónica. Según los valores señalados para cada país, uno de cada cuatro niños centroamericanos padece desnutrición crónica (alrededor de 1.3 millones de niños y niñas).

## Brechas en el acceso a la educación

Una de cada tres personas  
con más de 15 años es analfabeta

En la actualidad se estima que casi uno de cada tres centroamericanos de 15 o más años de edad es analfabeto. Por países, la situación es especialmente grave en Guatemala y Nicaragua, donde el analfabetismo afecta a más personas. Aunque las naciones centroamericanas muestran diferentes niveles de alfabetización/analfabetismo, la situación regional es poco satisfactoria (Cuadro 6.4).

El analfabetismo es mayor en las mujeres,  
los indígenas y los habitantes de áreas rurales

Por sexo hay diferencias importantes a nivel regional y en algunos países. Regionalmente, la tasa de analfabetismo para las mujeres es un 18.3% mayor que la de los hombres. Guatemala, especialmente, y El Salvador, son los países que muestran mayores diferencias en este sentido. Hay también diferencias por zonas, correspondiendo las mayores tasas de analfabetismo a la zona rural. Para los países en los que se cuenta con información, la tasa rural es más del doble de la urbana. Otra diferencia importante se da entre la población indígena y la no indígena. Por ejemplo, para Panamá, en 1990 la tasa de analfabetismo de la población indígena fue 44.3%, respecto a 15% de la población rural no indígena (OPS, 1998).

No se matricula el 20% de los niños  
en primaria y el 60% de los jóvenes en secundaria

En 1997 casi 7.7 millones de niños, niñas y jóvenes centroamericanos se matricularon en los primeros niveles educativos, o sea, educación preescolar, primaria y secundaria, aunque el 71.4% correspondió a primaria. No obstante lo elevado de esta cifra, en ese mismo año se quedó sin matricular un millón de centroamericanos de entre 7 y 12 años de edad, como se desprende del análisis de las tasas de escolaridad. En otras palabras, en el año 1997 se quedó sin matricular un 18.9% (1 de cada 5) de los niños y niñas de 7 a 12 años de edad.

## CUADRO 6.4

Centroamérica: tasas de analfabetismo de la población de 15 años y más, según sexo, por países. 1995

	Total	Hombres	Mujeres
Total	29.3	26.8	31.7
Belice <sup>a/</sup>	24.9	24.7	25.1
Costa Rica	5.2	5.3	5.0
El Salvador	28.5	26.5	31.2
Guatemala	44.4	37.5	51.4
Honduras	27.3	27.4	27.3
Nicaragua	34.3	35.4	33.4
Panamá	9.2	8.6	9.8

a/ Los datos corresponden a 1996.

Fuente: Elaboración propia a partir de UNESCO, 1998 y, para Belice, NHDAC, 1998.

Alrededor de dos millones de jóvenes con edades entre 13 y 17 años, es decir, un 59.7% (3 de cada 5) de este segmento de la población, no están matriculados en la educación secundaria (véase tasa neta de escolaridad en Cuadro 6.6).

Para la región en su conjunto, la tasa de escolaridad por edades simples es muy baja para los niños y niñas de 6 años, pues apenas alcanza el 51.7%; luego aumenta a 81.9% para los niños de 7 años y aumenta aún más de los 8 a los 10 años, caso este último en que la tasa asume su mayor valor, 89.3%. Para los jóvenes de 14 años la tasa es baja, 55.1%, sobre todo cuando se compara con la de los países desarrollados, que es superior al 80% (CECC, 1998). La baja escolaridad de los niños de 6 años se debe al poco desarrollo de la educación preescolar en la región. Para 1996, información de la Secretaría General de la Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana (CECC, 1998 y 1999) señalaba que la tasa neta de incorporación al primer curso de preescolar

CUADRO 6.5

### Centroamérica: matrícula inicial en los primeros niveles, según nivel educativo, por países. 1997

	Total	Preescolar	Primaria	Secundaria
Total	7,657,718	736,402	5,466,574	1,454,742
Belice				
Costa Rica	816,528	71,104	525,273	220,151
El Salvador	1,522,572	179,046	1,191,052	152,474
Guatemala	2,078,628	221,762	1,539,470	317,396
Honduras	1,412,138	86,064	1,054,964	271,110
Nicaragua	1,181,459	133,086	777,917	270,456
Panamá	646,393	45,340	377,898	223,155

Fuente: Elaboración propia a partir de CECC, 1998.

CUADRO 6.6

### Centroamérica: tasas de escolaridad para la población de 7-12 años y de 13-17 años, por países. 1997

	Matrícula		Población en edad	Tasas de escolaridad	
	Total <sup>a/</sup>	Edad <sup>b/</sup>		Bruta	Neta
<b>De 7 a 12 años</b>					
Total	4,983,862	4,318,814	5,326,406	93.6	81.1
Belice					
Costa Rica	525,273	476,576	468,542	112.1	101.7
El Salvador	933,822	752,344	823,155	113.4	91.4
Guatemala	1,336,357	1,271,606	1,836,056	72.8	69.3
Honduras <sup>c/</sup>	1,032,595	897,516	1,050,452	98.3	85.4
Nicaragua	777,917	584,653	795,046	97.8	73.5
Panamá <sup>d/</sup>	377,898	336,119	353,155	107.0	95.2
<b>De 13 a 17 años</b>					
Total	1,674,874	1,373,440	3,407,006	49.2	40.3
Belice					
Costa Rica	220,151	209,392	363,002	60.6	57.7
El Salvador <sup>e/</sup>	409,704	478,006	807,453	50.7	59.2
Guatemala <sup>f/</sup>	391,441	159,181	813,305	48.1	19.6
Honduras <sup>g/</sup>	174,748	108,182	410,797	42.5	26.3
Nicaragua	255,685	199,351	685,468	37.3	29.1
Panamá <sup>h/</sup>	223,145	219,328	326,981	68.2	67.1

<sup>a/</sup> Matrícula en el nivel correspondiente al grupo de edad.

<sup>b/</sup> Matrícula para el grupo de edad, independientemente del nivel educativo.

<sup>c/</sup> De 7 a 13 años.

<sup>d/</sup> De 6 a 11 años.

<sup>e/</sup> De 13 a 18 años. Si se considera el grupo de edad de 13 a 15 años, acorde con la educación básica de nueve grados, las tasas bruta y neta de escolaridad son 65,1% y 75,1% respectivamente (información de FUSADES).

<sup>f/</sup> De 13 a 15 años.

<sup>g/</sup> De 14 a 16 años.

<sup>h/</sup> De 12 a 17 años.

Fuente: Elaboración propia a partir de CECC, 1998.

fue de 21.4% en Guatemala, 27.4% en El Salvador, 8.8% en Nicaragua, 78.6% en Costa Rica y 100% en Panamá<sup>2</sup>. El aumento en la escolaridad en niños de 7 años está relacionado con la mayor expansión de la primaria en la región. Según esa misma fuente, para el primer grado de educación primaria, la tasa neta de incorporación en ese año fue de 65.3% en Guatemala, 62.4% en El Salvador, 45.8% en Nicaragua, 100% en Costa Rica y 83.9% en Panamá. Es claro, sin embargo, que falta todavía mucho camino por recorrer.

#### Alta repitencia, deserción y reprobación de los y las estudiantes

El problema de la deserción intra-anual, es decir niños y jóvenes que se matriculan pero que no concluyen su año lectivo, es un serio problema en la región. Según cifras de la CECC para 1997, un 6.1% de los niños que se matricularon en la escuela y un 10.6% de los jóvenes que lo hicieron en secundaria no concluyeron el curso lectivo; en total, casi medio millón de niños, niñas y jóvenes centroamericanos. De cada tres desertores, uno cursa la educación secundaria. En ambos niveles educativos los hombres muestran tasas de deserción levemente superiores que las mujeres (de cada 100 desertores, 53 son hombres). Por países, Nicaragua muestra la mayor tasa en primaria, y en secundaria la tasa es alta en todos los países, con excepción de Guatemala y Panamá.

Estas tasas de deserción intra-anual difieren por grado escolar. Alcanzan sus mayores valores en primero, séptimo, octavo y décimo grado, o sea, cuando los niños ingresan a la escuela (primer grado de escuela), al primer grado de secundaria o del tercer ciclo (el séptimo grado), y cuando ingresan al cuarto ciclo (el décimo grado).

Del total de matriculados en primaria y secundaria, un 87.5% aprobó el grado respectivo, con un rendimiento mayor para las mujeres (88.4%) que para los hombres (86.6%). En contraste, reprobaban el grado respectivo alrededor de 800,000 niños y jóvenes centroamericanos de ambos niveles. De ese total, 539,000 corresponden a estudiantes de primaria, es decir, un 10.5% de los que llegaron al final del curso en ese nivel, con una tasa mayor para los niños que para las niñas. Los 265,000 mil reprobados de secundaria representan el 20.4% de la matrícula final en ese nivel, y nuevamente la tasa es menor para las mujeres (Cuadro 6.7).

Por grados, la tasa de reprobación es muy alta en primer grado (18%), después se reduce paulatinamente hasta sexto, en el que alcanza su menor nivel (2.5%), y luego crece significativamente en séptimo grado (20.5%). En secundaria se mantiene relativamente alta en todos los grados, aunque muestra fluctuaciones, con reducciones en octavo y noveno, luego un nuevo aumento en décimo (el inicio del cuarto ciclo) y reducciones en los años siguientes.

CUADRO 6.7

#### Centroamérica: tasa de reprobación<sup>a/</sup> en primaria y secundaria, según sexo, por países. 1997 (porcentajes)

	Primaria			Secundaria		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	10.5	11.3	9.7	20.4	22.5	18.4
Belice						
Costa Rica	11.6	13.1	10.0	19.5	21.5	17.5
El Salvador	3.9	4.4	3.4	17.3	19.5	15.4
Guatemala	18.1	18.6	17.5	47.6	50.3	44.8
Honduras	12.4	12.6	12.2	10.9	10.3	11.4
Nicaragua	3.8	4.5	3.2	8.0	9.2	7.0
Panamá	7.7	9.0	6.3	8.0	9.8	6.3

a/ Reprobados respecto a la matrícula final.

Fuente: Elaboración propia a partir de CECC, 1998.

## RECUADRO 6.4

## El problema de la eficiencia

El análisis de la eficiencia del sistema educativo requiere un adecuado seguimiento de las cohortes escolares, las cuales no están disponibles para todos los países. Sin embargo, es posible obtener algunos resultados relevantes para la región con las cifras disponibles. Así, de cada mil alum-

nos que ingresan al primer grado, solamente 604 culminarán satisfactoriamente su sexto grado, demorando en promedio 8.5 años calendario en graduarse, o sea, 1.4 años calendario en aprobar cada grado escolar. Esta cifra es altamente significativa, pues refleja problemas de eficiencia de los sistemas edu-

cativos. Reitera que, además de la cobertura, otro problema importante que enfrentan los sistemas educativos centroamericanos es el de la retención de los niños, niñas y jóvenes en la escuela, inclusive para que culminen exitosamente el sexto grado.

## Brechas en las capacidades de inserción laboral

Por limitaciones en fuentes estadísticas comparables regionalmente, este acápite refiere fundamentalmente al empleo urbano (Recuadro 6.5).

Hacia 1990 la población económicamente activa urbana (PEA urbana) de la región era de alrededor de 3.7 millones de personas, para una tasa de participación del 53.4% (Cuadro 6.9). Por países las tasas de participación son similares al promedio regional. En 1996 se estimaba que la PEA urbana había aumentado en alrededor de un millón de personas, en parte debido a un aumento en las tasas de participación, pero también debido al mayor crecimiento de la población urbana. Cifras de la CEPAL (1998), reflejan tasas de participación por sexo en zonas urbanas de 78% para hombres y 41% para mujeres en Costa Rica (1995), de 84% y 43% respectivamente en Guatemala (1989), de 80% y 43% en Honduras (1994), y de 80% y 47% en Panamá (1995).

## El desempleo afecta más a las mujeres y la juventud

El desempleo abierto afectó en 1990 a 11 de cada 100 personas en la PEA urbana, y para 1996 se redujo a 9.7%. En ambos años y en todos los países sobre los que se tiene información, la tasa de desempleo abierto para los jóvenes es mayor que el promedio. Para el caso de las mujeres, los problemas de desempleo son claramente más intensos en Costa Rica y Panamá. Llama la atención que en Honduras, Nicaragua y El Salvador sea lo contrario. Aquí surge una interrogante respecto a la exactitud con que se registran estos problemas en la región (Cuadro 6.9).

## CUADRO 6.8

## Centroamérica: indicadores de eficiencia en primaria, por países. 1997

	Graduados por cada mil matriculados <sup>a/</sup>	Años alumno por <sup>b/</sup>	
		Graduado	Grado
Total	604	8.5	1.4
Belice			
Costa Rica	801	7.7	1.3
El Salvador	721	7.4	1.2
Guatemala	559	9.3	1.6
Honduras			
Nicaragua	400	10.3	1.7
Panamá	852	7.1	1.2

a/ Graduados en sexto grado por mil matriculados en primer grado.

b/ Se refiere al número de años calendario que, en promedio, cada alumno graduado demoró en graduarse y aprobar cada grado.

Fuente: Elaboración propia a partir de CECC, 1998.

## RECUADRO 6.5

## Limitaciones de las fuentes estadísticas sobre empleo

Se carece de estadísticas continuas, comparables y oportunas sobre la situación laboral de la población centroamericana. Si bien los censos nacionales de población son una fuente importante de información, tienen problemas de antigüedad (el último de Costa Rica es de 1984), o de accesibilidad, pues generalmente no están disponibles o no pueden ser procesados de forma que se garantice la comparabilidad entre países. Por otra parte, no hay encuestas continuas de hogares en todos los países, y además, en algunos, tienen li-

mitaciones de cobertura (sólo área metropolitana o zona urbana). Finalmente, existen algunas encuestas puntuales realizadas en diferentes países, pero generalmente tienen problemas de comparabilidad con otras encuestas, además de que son difíciles de conseguir. En general las cifras sobre la situación laboral en las áreas rurales son bastante más escasas que para la población urbana. Sin embargo, aún con las limitaciones que impone ese problema de información, es posible realizar un análisis de la situación laboral en Centroamérica.

CUADRO 6.9

**Centroamérica urbana: población económicamente activa, ocupados, desocupados,  
tasa de participación y tasa de desempleo abierto, por países. 1990, 1996**  
(miles y porcentajes)

	PEA urbana			Tasa de participación	Tasa de desempleo abierto		
	Total	Ocupados	Desocupados		Total	Jóvenes	Mujeres
<b>Total<sup>a/</sup></b>							
1990	3,102.7	2,755.8	346.9	53.4	11.2		
1996	4,076.1	3,682.0	394.1	54.4	9.7		
<b>Belice</b>							
1990							
1996							
<b>Costa Rica</b>							
1990	482.3	456.5	25.8	53.1	5.3	10.3	6.2
1996	561.3	524.5	36.8	52.3	6.6	13.9	7.6
<b>El Salvador</b>							
1990	982.8	884.9	97.9	55.0	10.0	18.6	9.8
1995	1,261.3	1,172.9	88.4	54.1	7.0	14.3	5.0
<b>Guatemala</b>							
1989	574.1	555.2	18.9		3.3		5.6
1996							
<b>Honduras</b>							
1990	691.6	644.2	47.4	50.1	6.9	10.4	5.8
1996	980.2	915.1	65.1	54.7	6.6	9.7	5.1
<b>Nicaragua</b>							
1990	482.3	369.7	112.6	51.2	23.3	34.2	20.8
1995	619.7	526.8	92.9	48.7	15.0		14.0
<b>Panamá</b>							
1991	463.7	400.5	63.2	57.3	13.6	33.0	15.2
1996	653.6	542.7	110.9	61.7	17.0	34.8	20.5

a/ Excluyendo Guatemala y Belice.

Fuente: Elaboración propia a partir de Del Cid y Tacsan, 1998, quienes utilizaron la base de datos del Sistema de Información y Análisis Laboral (SIAL/OIT/Panamá).

### El subempleo es el principal problema laboral

Más que el desempleo abierto, el principal problema de la región es el subempleo. Datos del Consejo Monetario Centroamericano ponen en evidencia esa situación (CMCA, 1998). Según esas cifras, en Costa Rica la tasa de desempleo equivalente es tan alta como la de desempleo abierto, en Guatemala es más de seis veces superior y en Nicaragua es ligeramente inferior. Como resultado, cuando se mejora la estimación de los problemas de empleo, se obtienen tasas de desempleo total bastante superiores a las de desempleo abierto (Cuadro 6.10).

Esta situación está directamente relacionada con la forma de inserción en el mercado de trabajo. Cifras de la CEPAL (1998) para cuatro países

muestran una gran semejanza y permiten caracterizar la forma de inserción laboral en las áreas urbanas de Centroamérica. Así, prácticamente dos de cada tres centroamericanos ocupados residentes en áreas urbanas realizan sus labores como asalariados (el porcentaje es mayor que el promedio en Costa Rica y Panamá, y menor en Guatemala y Honduras). Un porcentaje muy bajo se inserta como patrono o empleador (4% en promedio) y un porcentaje significativo (27.1% en promedio) lo hace como trabajador por cuenta propia o como trabajador familiar no remunerado. En promedio, un 16.6% de los ocupados urbanos realizan sus labores como asalariados en el sector público. Por países, los porcentajes para Costa Rica y Panamá son bastante más altos que los de Guatemala y Honduras (Cuadro 6.11).

CUADRO 6.10

**Tasas de desempleo abierto, desempleo equivalente  
y desempleo total a nivel nacional, para Costa Rica,  
Guatemala y Nicaragua. 1993-1996**

	1993	1994	1995	1996
<b>Costa Rica</b>				
Tasa desempleo abierto	4.1	4.2	5.2	6.2
Tasa desempleo equivalente	4.6	5.9	5.8	7.7
Tasa desempleo total	8.7	10.1	11.0	13.9
<b>Guatemala</b>				
Tasa desempleo abierto	5.5	5.2	4.3	4.9
Tasa desempleo equivalente	32.7	32.1	31.5	31.9
Tasa desempleo total	38.2	37.3	35.8	37.0
<b>Nicaragua</b>				
Tasa desempleo abierto	21.8	20.7	16.2	14.8
Tasa desempleo equivalente			11.2	10.9
Tasa desempleo total			27.4	25.7

Fuente: CMCA, 1998.

Del total de ocupados, en promedio un 7.5% corresponde a profesionales y técnicos que laboran como asalariados. Hay también un 1.4% de ocupados de esa categoría que se insertan como trabajadores por cuenta propia o familiares no remunerados. Sobre este último aspecto, y de manera alternativa, solamente un porcentaje muy bajo de los cuenta propia y familiares no remunerados corresponde a profesionales y técnicos. Uno de cada diez ocupados realiza sus labores como asalariado en establecimientos de cinco empleados o menos. En este caso, el porcentaje es mayor en Guatemala y menor en Panamá (Cuadro 6.11).

Clasificando a los ocupados urbanos según su ubicación en el sector moderno o el informal, alrededor de un 46% se inserta dentro del sector informal de la economía centroamericana. Por países, Costa Rica y Panamá muestran una mejor situación, pues dos de cada tres ocupados urbanos lo están en el sector moderno. En cambio Guatemala exhibe la peor situación, pues en 1990, último dato disponible, un 71.8% de los ocupados urbanos lo estaba en el sector informal (Cuadro 6.12).

La comparación de los datos de 1990 y 1996 arroja un resultado coincidente con el obtenido por Del Cid y Tacsan (1998) en cuanto a que “en promedio, 40 de cada 100 nuevos empleos urbanos se crearon en el sector informal de las economías”<sup>3</sup>. Por países, Costa Rica muestra un

CUADRO 6.11

**Inserción laboral de la población ocupada  
urbana en Costa Rica, Guatemala,  
Honduras y Panamá  
(porcentajes)**

	Total	Costa Rica (1995)	Guatemala (1989)	Honduras (1994)	Panamá (1995)
A) Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
B) Patronos	4.0	6.6	2.6	4.1	2.6
C) Asalariados	69.0	74.2	63.8	65.1	75.7
D) Sector público	16.6	20.6	14.7	11.3	23.7
E) Sector privado	52.3	53.6	49.1	53.8	52.0
F) Profesionales y técnicos	7.5	8.0	7.6	6.8	8.3
G) Otros	44.8	45.6	41.5	47.0	43.7
H) Establecimientos con más de 5 empleados	28.2	31.0	20.3	30.4	29.8
I) Establecimientos con 5 o menos empleados	10.9	11.1	14.3	11.1	6.7
J) Servicio doméstico	5.8	3.5	6.9	5.5	7.2
K) Cuenta propia y familiares no remunerados	27.1	19.2	33.6	30.8	21.7
L) No profesionales y técnicos	25.7	16.8	32.7	29.5	20.9

Nota: **A**= B+C+K; **K**= L+otros; **C**=D+E; **E**=F+G; **G**=H+I+J

Fuente: Elaboración propia a partir de CEPAL, 1998.

CUADRO 6.12

### Centroamérica urbana: ocupación en el sector informal y en el sector moderno. 1990, 1996

	% ocupados en el sector informal		Relación ocupados informal / moderno	
	1990	1996	1990	1996
Total <sup>a/</sup>	46.5	45.9	0.9	0.8
Belice				
Costa Rica	33.8	33.3	0.5	0.5
El Salvador <sup>b/</sup>	53.9	49.0	1.2	1.0
Guatemala <sup>c/</sup>	71.8		2.6	
Honduras	48.7	50.1	1.0	1.0
Nicaragua <sup>d/</sup>	57.2	58.9	1.3	1.4
Panamá <sup>e/</sup>	31.1	31.6	0.5	0.5

a/ Excluyendo Guatemala y Belice. Cuando se considera Guatemala en 1990, el porcentaje de ocupados en el sector informal a nivel regional aumenta a 50,7%, para una relación ocupados informales/moderno de 1.0.

b/ Los datos de 1996 corresponden a 1995.

c/ Los datos de 1990 corresponden a 1989.

d/ Los datos de 1996 corresponden a 1995.

e/ Los datos de 1990 corresponden a 1991.

Fuente: Elaboración propia a partir de Del Cid y Tacsan, 1998, quienes utilizaron estimaciones del Equipo Técnico Multidisciplinario (ETM) de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT/San José), a partir de la base de datos del Sistema de Información y Análisis Laboral (SIAL/OIT/Panamá).

porcentaje menor que el promedio, mientras que los otros países uno superior.

Desde la perspectiva del desarrollo humano, preocupa la informalización de la economía por la calidad de los empleos que este sector genera (bajos ingresos, exclusión de la seguridad social, poca calificación laboral, casi nula incorporación tecnológica, entre otros).

Un aspecto generalmente relacionado con el aumento en la informalidad urbana es el de los costos laborales para el empleador, sea por fijaciones de salarios mínimos como por contribuciones a la seguridad social y otras prestaciones laborales. Sin embargo, estimaciones preliminares de la OIT sobre el costo para los empresarios de los beneficios laborales por país muestran que son más altos en Costa Rica y Panamá, países que, precisamente, son los que muestran menores niveles de informalidad. Respecto a los salarios mínimos, García Huidobro (1997) demuestra cómo esos mismos países presentan además menores porcentajes de empleados bajo el salario mínimo. Este comportamiento del mercado laboral merece mayor estudio.

Al menos un 20% de los asalariados urbanos está por debajo del salario mínimo

Para la región en su conjunto, aproximadamente el 20% de los asalariados urbanos estaría

RECUADRO 6.6

### Empleo rural

Con excepción de Costa Rica, los demás países sobre los que se dispone de información (Guatemala, Honduras y Panamá), muestran cómo más de la mitad

de los ocupados en el sector rural se insertan como trabajadores por cuenta propia o trabajadores familiares no remunerados, mayoritariamente en actividades agropecuarias.

En el caso de Costa Rica el porcentaje es menor, pues hay un importante grupo de asalariados rurales (Cuadro 6.13).

CUADRO 6.13

### Inserción laboral de la población ocupada rural en Costa Rica, Guatemala, Honduras y Panamá (porcentajes)

	Costa Rica (1995)	Guatemala (1989)	Honduras (1994)	Panamá (1995)
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Patronos	5.7	0.5	1.6	4.3
Asalariados	68.5	38.3	37.2	44.5
Sector público	9.6	2.9	4.8	11.9
Sector privado	58.9	35.4	32.4	32.6
Cuenta propia y familiares no remunerados	25.8	61.2	61.2	51.3
Actividades agropecuarias	12.2	47.9	43.4	33.5

Fuente: Elaboración propia a partir de CEPAL, 1998.

percibiendo salarios por debajo del mínimo legal; situación que es especialmente grave en establecimientos de 5 empleados o menos. Sin embargo, llaman la atención también los elevados porcentajes de asalariados urbanos en establecimientos de más de 5 empleados que están por debajo del salario mínimo, con excepción de Costa Rica y Honduras (García Huidobro, 1997). Estos resultados estarían reflejando los vínculos entre la informalidad urbana y una menor dotación de capital humano en contingentes importantes de población.

Para Latinoamérica y el Caribe en su conjunto, la OIT destaca el incremento en las ocupaciones en el sector terciario o de servicios durante la década de los 90: “en promedio, 90 de cada 100 nuevos empleos generados en los años

90 correspondieron a los servicios” (OIT, 1997), situación que se relaciona con una disminución en el crecimiento de la productividad del trabajo en este sector y una disminución en la productividad media del mismo. Ante una ampliación en la brecha intersectorial de productividades, este resultado tendería a aumentar el diferencial salarial, con el consecuente impacto (negativo) en la distribución del ingreso.

#### La pobreza es extendida, crónica y predominantemente rural

La pobreza es un fenómeno complejo, multifacético y heterogéneo, difícil de definir, de explicar y de medir satisfactoriamente (Recuadro 6.7).

### RECUADRO 6.7

#### Métodos de medición de la pobreza y políticas sociales

Conceptualmente la pobreza resume una situación de privación e impotencia: privación, porque los individuos no disponen ni de ingresos ni de activos suficientes para satisfacer sus necesidades materiales elementales, producto de la ausencia de educación, destrezas, actitudes, herramientas, oportunidades o activos suficientes para generar ingresos y acumular; e impotencia, porque no poseen ni la organización ni el acceso al poder político para cambiar la situación por sí solos. A partir de los dos componentes, privación e impotencia, se han desarrollado diversas metodologías para medir la pobreza. En este informe se mencionan tres de ellas.

##### Línea de pobreza

Este método entiende la pobreza como una situación de ingresos insuficientes, comparada con una **línea de pobreza** que separa a los pobres de los que no lo son. Pone la atención en los insumos de que dispone el hogar para satisfacer potencialmente sus necesidades materiales. El individuo, y más específicamente la familia o el hogar, se convierten aquí en la unidad pertinente de análisis. Su simplicidad, facilidad de replicar en el tiempo y la capacidad de resumir en un solo indicador este fenómeno complejo, figuran como sus principales ventajas. Sus limitaciones surgen de las dificultades para medir los ingresos, en dinero y en especie, los cambios coyunturales y lo arbitraria que resulta una **línea de pobre-**

**za**. Este enfoque, que es el más difundido en la región latinoamericana, privilegia el funcionamiento del mercado de trabajo y la política y coyuntura económica como elementos explicativos, y da lugar tanto a la justificación de políticas sociales de carácter asistencial o compensatorio, como a la justificación de políticas de apoyo productivo y generación de empleo.

##### Necesidades básicas insatisfechas

La satisfacción efectiva de un conjunto de necesidades materiales consideradas como básicas es el segundo método de medición de la pobreza. La pobreza se entiende como una situación en la cual las necesidades básicas están insatisfechas (NBI). Pone el énfasis en el consumo efectivo de ciertos bienes y servicios y utiliza al individuo y a la familia como unidades pertinentes de análisis, aunque puede, como el anterior, utilizarse dentro de una dimensión regional. Sus ventajas son una menor sensibilidad a los cambios coyunturales, menores y más fáciles requerimientos de información y la posibilidad de medir la satisfacción de necesidades específicas. Por el contrario, sus principales limitaciones son sus dificultades para arribar a un indicador resumen, el sesgo hacia la carencia de vivienda y sus servicios, su dependencia con respecto al número de indicadores utilizados, la mayor vulnerabilidad a desactualizaciones de los marcos muestrales, el menor consenso y, en esta dirección, la mayor manipu-

lación en cuanto indicadores y límites por utilizar, así como las dificultades de replicar en el tiempo. Este enfoque privilegia el gasto, la inversión social y el mercado de capitales como generadores y actores básicos en el combate de la pobreza.

##### Medición integrada de la pobreza

Buscando zanjar los inconvenientes de estas aproximaciones parciales y aprovechar sus complementariedades, recientemente se ha insistido en una tercera vía que define como pobres a aquellos que lo son por cualquiera de los dos métodos previos y se le ha denominado el método o la medición integrada de la pobreza (MIP). Según esta aproximación, son pobres aquellos individuos u hogares que muestren ya sea ingresos insuficientes, consumos insuficientes de ciertos bienes y servicios, o ambos a la vez. En el último caso se estaría en situación de cuadros de pobreza crónica, en el primero (sólo insuficiencia de ingresos) ante situaciones de pobreza reciente o coyuntural, y en el segundo (sólo insuficiencia de consumo) ante cuadros de pobreza más estructural o de más larga data. La complementariedad de los enfoques incorporados lleva a una medición más comprensiva del fenómeno, lo que se constituye en su principal ventaja. También logra aminorar algunas de las desventajas de los métodos vistos individualmente, como es el caso de la medición de los ingresos.

*Fuente: Trejos, 1995.*

### Pobreza de ingresos: tres de cada cinco centroamericanos son pobres

Estimaciones para la década de los 90, utilizando el método de la línea de pobreza<sup>4</sup> reflejan que tres de cada cinco centroamericanos viven en condición de pobreza y, lo que es más grave, dos de cada cinco en indigencia o pobreza extrema (Cuadro 6.14). Las zonas rurales son las más afectadas por el fenómeno, ya que un 71% de los residentes en ellas son pobres, respecto a un 56% de los residentes urbanos. Nuevamente la situación se torna más grave cuando se analiza la pobreza extrema, pues se encuentran en ella la mitad de los residentes rurales, respecto a un 25% de los urbanos. Por países, la situación es especialmente grave en Guatemala y Honduras, seguidos de Nicaragua y El Salvador.

### Pobreza según necesidades: confirma que más de la mitad de la población regional es pobre

Para Costa Rica, Honduras, Nicaragua y Panamá existen estimaciones a partir del método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) que, al igual que en el caso anterior, presentan problemas de comparabilidad, pero de los cuales se hará caso omiso para aproximar la magnitud del fenómeno en la región<sup>5</sup>. Los resultados muestran que, con excepción de Costa Rica, más de la mi-

tad de la población regional es pobre según este método, y al menos una de cada cinco personas es indigente. Al igual que cuando se utiliza el método de las líneas de pobreza, la mayor incidencia y concentración de pobres se da en la zona rural (Cuadro 6.15).

### La pobreza crónica es el principal problema

Para El Salvador, Honduras y Nicaragua se han realizado estimaciones integradas de pobreza (Funkhouser y Pérez, 1998). Los resultados obtenidos reflejan para los tres países que el principal problema es la pobreza crónica, es decir, aquellos segmentos de población identificados como pobres por los dos métodos (lo que algunos han llamado “los más pobres entre los pobres”), situación que afecta a más de la mitad de los pobres (Cuadro 6.16). En El Salvador y Nicaragua sigue en importancia la pobreza inercial, o sea, los pobres por NBI pero no por línea de pobreza, situación directamente relacionada con las guerras que afectaron a esos países en las décadas pasadas y que se tradujeron en importantes pérdidas de capital social y bajos niveles de inversión social. Finalmente se encuentra la nueva pobreza o pobreza reciente, la de los pobres sólo por línea de pobreza, que afecta relativamente a más población en Honduras que en los otros dos países.

CUADRO 6.14

### Centroamérica: incidencia de la pobreza según el método de las líneas de pobreza, durante los años 90, por países (porcentajes de pobreza)

	Año	Pobreza total			Indigencia		
		Total país	Zona urbana	Zona rural	Total país	Zona urbana	Zona rural
Total <sup>a/</sup>		60	56	71	40	26	52
Belice	1996	33			13		
Costa Rica	1994	21	18	23	8	6	10
El Salvador	1996	52	43	65	22	15	31
Guatemala	1989	75	90	86	60	55	71
Honduras	1994	73	70	76	49	41	55
Nicaragua	1993	68	53	89	51	37	69
Panamá	1994	30	25	41	12	9	20

a/ Este total pretende aproximar la magnitud de la pobreza a nivel regional, haciendo caso omiso de las diferencias en los años de las estimaciones y en las líneas de pobreza, así como en otras diferencias metodológicas que se presenten entre las estimaciones nacionales.

Fuente: Elaboración propia a partir de CEPAL, 1998, para Costa Rica, Honduras y Panamá; NHDAC, 1998, para Belice; Menjivar y Rodríguez, 1998; para Guatemala; Arana, 1998, para Nicaragua; y Segovia, 1998, para El Salvador.

RECUADRO 6.8

### Mercado laboral y pobreza

La condición de pobreza de los hogares determinada mediante el método de las líneas de pobreza depende del ingreso de estos, el cual, a su vez, depende principalmente de los ingresos del trabajo y del número de ocupados en el hogar (las familias pueden percibir otros ingresos, como transferencias, alquileres, intereses y otros ingresos de capital). Los ingresos del trabajo, a su vez, dependen de la dotación de capital humano de los trabajadores, pero también de la forma en que se inserten en el mercado de trabajo. CEPAL ha cuantificado la incidencia de la pobre-

za según categorías de ocupación (el porcentaje de ocupados de cada categoría ocupacional que reside en hogares con ingresos inferiores a la línea de pobreza), para áreas urbanas y rurales, poniendo en evidencia cómo en los países centroamericanos (al igual que en la mayoría de los países latinoamericanos), la mayor incidencia de la pobreza se da entre los ocupados en establecimientos privados en los que laboran hasta 5 empleados y entre los trabajadores por cuenta propia que no son profesionales ni técnicos (CEPAL, 1997), o sea, entre los ocupados en el deno-

minado sector informal. Sin embargo, en Guatemala y Honduras, países para los que se dispone de información, y presumiblemente también en Nicaragua, la incidencia de la pobreza es muy alta en todas las categorías ocupacionales, lo cual reflejaría por una parte el problema de la escasez de capital humano, y por otra, problemas en los mecanismos de fijación y negociación salarial, que se traducen, como ya se ha señalado, en grandes contingentes de población que ganan menos del salario mínimo, o a los cuales no se retribuye adecuadamente según su inversión en capital humano.

CUADRO 6.15

### Incidencia de la pobreza según el método de las necesidades básicas insatisfechas, Costa Rica, Honduras, Nicaragua y Panamá para los años más recientes (porcentajes de pobreza)

	Año	Pobreza total			Indigencia		
		Total país	Zona urbana	Zona rural	Total país	Zona urbana	Zona rural
Costa Rica	1992	17.2	14.3	20.3			
Honduras	1996	50.4	a/	60.5	23.6	a/	30.7
Nicaragua	1993	74.8	65.1	77.8	43.6	31.1	46.8
Panamá	1991	52.0	43.0	64.0	16.0	11.0	21.0

a/ Los datos de zona urbana se encuentran desagregados para Tegucigalpa (40,9% y 18,0% respectivamente para pobreza total e indigencia), San Pedro Sula (31,4% y 8,6%) y el resto urbano (39,8% y 16,1%).

Fuente: Del Cid y Kruijt, 1997, para Honduras; Banco Mundial, 1997, para Costa Rica; y Menjívar y Rodríguez, 1998, para Nicaragua y Panamá.

CUADRO 6.16

### Incidencia de la pobreza según el método integrado de pobreza, El Salvador, Honduras y Nicaragua para los años más recientes (porcentajes de pobreza)

	Año	Total	Crónica	Inercial	Reciente
El Salvador	1990	80.0	51.7	18.6	9.7
Honduras	1993	69.9	41.5	7.9	20.5
Nicaragua	1993	79.8	50.7	24.0	5.1

Fuente: Elaboración propia a partir de Funkhouser y Pérez, 1998.

### La pobreza expresa múltiples exclusiones

Los resultados hasta ahora obtenidos, por cualquiera de los métodos, muestran una difícil situación para Centroamérica, resultado en buena medida de la desigualdad en las oportunidades para alcanzar una vida digna por parte de la población. Las características de la población pobre son ampliamente conocidas, y coincidentes entre los diferentes estudios y metodologías, por lo que aquí se hará solamente una breve enumeración de las principales, sin un orden particular:

- ▶ Los pobres forman parte de hogares más numerosos, con una mayor tasa de dependencia, especialmente por la presencia de más niños preescolares.
- ▶ Es posible afirmar que la pobreza afecta principalmente a los niños, pues ellos y ellas forman el grupo más grande entre los pobres, y además muestran mayores tasas de desnutrición, así

como problemas de trabajo infantil.

- ▶ La tasa de desempleo abierto es mayor en los hogares más pobres.
- ▶ El nivel educativo de los pobres es menor.
- ▶ Los ocupados pobres se insertan, predominantemente, en el sector informal urbano o en el agropecuario rural. Sin embargo, no todos los pobres son informales, ni todos los informales son pobres.
- ▶ Los pobres carecen de vivienda adecuada, tanto en términos de estado de la misma, como de hacinamiento. Carecen también de servicios básicos de agua potable y saneamiento.
- ▶ En algunos casos, más que el acceso a la educación por parte de los niños pobres, el problema es la permanencia de estos en el sistema educativo, sea por problemas de deserción intra-anual o de abandono escolar.
- ▶ Muchos hogares pobres tienen como cabeza a una mujer.
- ▶ La pobreza afecta especialmente a la población indígena.

#### RECUADRO 6.9

### El avance tecnológico presenta sesgos particularmente inequitativos en sociedades mayoritariamente pobres

Los impresionantes avances tecnológicos que trae consigo la globalización significan beneficios incuestionables para el aumento de la productividad, pero al mismo tiempo entrañan efectos sociales que pueden volverse particularmente adversos, así como también ambientales. En el caso del istmo centroamericano, estos efectos operan en una región caracterizada por su gran heterogeneidad de desarrollo productivo y de mercados laborales y, en consecuencia, por grandes inequidades sociales.

Las innovaciones tecnológicas y organizativas plantean dudas en cuanto a la demanda de empleo en países que, como los centroamericanos, presentan una peculiar abundancia de mano de obra. En forma heterogénea, los procesos particularizados que han incorporado innovaciones sustituyeron fuerza de trabajo simple por recursos más tecnificados y personal más calificado. Pero, más aún, una gran proporción de la población laboral se encuentra imposibilitada para acceder al progreso técnico, no sólo por la falta de medios

para incorporarlo en sus procesos productivos, sino también, para vastos grupos, por deficiencias graves en su desarrollo humano y formación laboral. Con las excepciones de Costa Rica y Panamá, se trata de países con una población mayoritariamente pobre, sometida a carencias nutricionales y educativas que limitan su desarrollo en la vida laboral moderna.

Existe una institucionalidad tecnológica y de capacitación significativa en centroamérica, desarrollada en la anterior etapa de industrialización, pero que está marcada por un sesgo sumamente inequitativo en su orientación sectorial y social, entre otras cosas porque forma parte de una estructura productiva heterogénea y segmentada. Así, se suele favorecer a sectores productivos modernos con tecnología reciente, en detrimento de los tradicionales, a la vez que se percibe una discriminación de género en detrimento de las mujeres, y cultural, en la tendencia a marginar minorías indígenas.

La introducción y difusión de innovaciones

tecnológicas ha sido esgrimida por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) como uno de los tres ejes de la *Propuesta de transformación productiva con equidad*, que lanzó a principios de los 90 para la región latinoamericana y caribeña. Pero por sí solas estas acciones no garantizan que la fuerza de trabajo logre escapar de condiciones de pobreza, incluso en sectores modernos. Se requieren políticas específicas para combatir estas inequidades. Resulta estratégico el apoyo a sectores de menor o más reciente proyección económica, como los microempresarios, los pequeños productores agrícolas y en general el sector informal. Igualmente importante resulta respaldar de forma decidida el desarrollo moderno de la educación y el conocimiento, como parte de la inversión en capital humano en la que tanto se ha insistido por su trascendencia y que tanta pertinencia cobra en los países de Centroamérica.

Fuente: CEPAL, México.

## La integración de brechas de equidad

### La oferta de servicios de salud muestra todavía rezagos importantes

La región cuenta en la actualidad con casi 35,000 médicos, para un promedio de 10.4 por cada 10,000 habitantes, aunque los mismos se encuentran distribuidos desigualmente entre países (Cuadro 6.17), así como entre regiones. Panamá es el país que tiene una mayor proporción de médicos respecto a la población, seguido por Costa Rica y El Salvador. En el otro extremo se encuentra Belice. En el caso de otro personal de salud, como enfermeros profesionales y odontólogos, la proporción respecto a la población es menor que la de médicos, aunque por países se obtienen resultados similares a los anteriores. Cabe destacar que en la presente década hay un incremento significativo en el número de facultades de medicina, escuelas de enfermería, facultades de odontología y programas de salud pública.

### La mayoría de los servicios en salud son públicos

En Centroamérica hay más de 45,000 camas hospitalarias, para una relación de 1.5 camas por cada mil habitantes. Por países, Panamá, Belice y Costa Rica tienen el mayor número de camas por habitante, y Guatemala y Honduras el menor. A nivel regional existe una tendencia al descenso en el número de camas por mil habitantes, lo cual tiene relación con la mejora de los programas preventivos y los avances en la tecnología. Un 86.7% del total de camas hospitalarias pertenece a instituciones públicas, la mayoría a los ministerios de salud (62.6% del total), y un 24% de éstas a las instituciones de seguro social. En Guatemala, especialmente, y Honduras y El Salvador hay participación de las instituciones militares. El seguro social, tanto en Belice como en Nicaragua, no cuenta con camas, ya que no tiene infraestructura hospitalaria.

El sector privado de salud en los países cuenta con un bajo número de camas, que oscila entre el 3% y el 21.5% del total de camas, para un promedio regional de 10.9%.

#### CUADRO 6.17

### Centroamérica: principales indicadores de recursos en los servicios de salud, para los años más recientes, por países. Alrededor de 1997

Indicador	Total	Belice	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
<b>Profesionales en salud:<sup>a/</sup></b>								
Médicos	34,959	119	5,044	6,177	10,485	4,975	3,725	4,434
Por 10,000 habitantes	10.4	5.5	14.1	10.7	9.3	8.3	8.6	16.7
Enfermeros profesionales	18,630	178	3,902	2,068	3,031	1,528	4,000	3,923
Por 10,000 habitantes	5.5	8.2	10.9	3.5	2.7	2.6	9.2	14.4
Odontólogos	8,995	23	1,409	2,053	1,466	1,005	810	1,397
Por 10,000 habitantes	2.7	1.1	3.9	3.6	1.3	1.7	5.1	6.6
<b>Camas hospitalarias:</b>								
Total	46,456	473	6,645	9,571	10,703	6,497	6,666	5,901
Camas por 1,000 habitantes	1.5	2.1	1.9	1.7	1.0	1.1	1.6	2.2
<b>Distribución relativa</b>								
Sector público	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Fuera seguridad social	86.7	96.8	96.5	89.9	77.6	78.0	93.0	88.3
Seguridad social	62.6	96.8	0.0	69.6	64.7	72.0	93.0	70.6
Sector privado	24.0	0.0	96.5	20.3	12.9	6.0	0.0	17.7
Instituciones filantrópicas	10.9	3.2	3.5	9.5	15.3	21.5	3.0	11.6
Instituciones militares	1.6	0.0	0.0	0.6	6.4	0.0	0.0	0.0
	0.8	0.0	0.0	0.0	0.7	0.5	4.1	0.0

a/ A manera de referencia, tómesese en cuenta los datos para Canadá, cuyo sistema de salud es reconocido como uno de los mejores del mundo: 22.9 médicos, 89.7 enfermeros profesionales y 59 odontólogos por cada 10,000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia a partir de OPS, 1998.

### Los países con más gasto tienen mejores indicadores de salud

En lo que se refiere al gasto nacional en salud, existen dos estimaciones principales, una realizada por la OPS (1998) y otra por la CEPAL (1997b), que aunque difieren en algunas magnitudes, muestran una misma realidad: si bien el esfuerzo que en términos de gasto en salud realiza la región como un todo es “satisfactorio”, dentro de la región hay enormes desigualdades. Además, es claro que los países que muestran mejores indicadores de salud también muestran mayores niveles de gasto. El Cuadro 6.18 presenta el gasto nacional en salud, público y privado, según la estimación de la OPS (1998)<sup>6</sup>. El gasto per cápita en la región hacia 1995 alcanzó US\$ 95 de 1995, de los cuales US\$ 54, o sea un 57%, fueron realizados por el sector público, y los restantes US\$ 41 (43%) corresponden a gasto privado. Como porcentaje del PIB, el gasto total representa un 6.8% y el gasto público un 3.8%.

Hay diferencias entre países, pues Panamá y Costa Rica muestran un gasto per cápita más alto, El Salvador y Belice un gasto intermedio, y los demás países un gasto menor. Sin embargo, en términos del PIB las diferencias son menores, debido a que las naciones con menor gasto per cápita también tienen un menor PIB per cápita. La composición del gasto también difiere, correspondiendo a Panamá y Nicaragua una mayor participación del gasto público, seguidos por Costa Rica. El Salvador muestra la mayor participación del sector privado.

### RECUADRO 6.10

#### Problemas de las instituciones de salud

En el área de salud, en todos los países centroamericanos se han identificado problemas sobresalientes y comunes, entre los que se podrían destacar:

- ▶ Baja asignación de recursos.
- ▶ Deficiente planeación y organización.
- ▶ Escasa participación social.
- ▶ Baja capacidad gerencial.
- ▶ Transición epidemiológica.
- ▶ Falta de sistemas de información adecuados.

Con menos frecuencia se ha señalado la falta de rectoría y coordinación entre las instituciones del sector, lo inadecuado del marco legal y la desigualdad social en el acceso a los servicios de salud. En las áreas administrativas se menciona la centralización, la poca eficiencia, las políticas inadecuadas de recaudación de fondos, deficiencias en los modelos de gestión y de atención y, finalmente, la baja cobertura de los servicios. La identificación de estos problemas sectoriales ha servido de base para que los países puntualicen en sus planes de desarrollo y de reforma algunos objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo, siendo éstos, en la mayoría de los casos, la búsqueda de eficiencia, eficacia y equidad con sostenibilidad financiera.

### CUADRO 6.18

#### Centroamérica: gasto nacional en salud per cápita, público y privado, y como porcentaje del PIB, por países. 1995

	Gasto per cápita (US\$ de 1995)			Composición público-privado (%)			Como % del PIB		
	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado
Total	95	54	41	100	57	43	6.8	3.8	3.0
Belice	106	48	58	100	46	54	3.9	1.8	2.2
Costa Rica	224	165	59	100	74	26	8.6	6.3	2.3
El Salvador	108	27	81	100	27	73	6.8	1.7	5.0
Guatemala	56	25	31	100	45	55	4.2	1.9	2.3
Honduras	44	22	22	100	49	51	7.4	3.7	3.8
Nicaragua	35	22	13	100	63	37	9.2	5.8	3.5
Panamá	253	197	56	100	78	22	9.2	7.2	2.0

Fuente: Elaboración propia a partir de OPS, 1998.

La seguridad social no cubre a cerca de veinticinco millones de personas en Centroamérica

Los sistemas nacionales de salud presentan muchas similitudes en su organización institucional. En todos los países instituciones públicas y privadas participan en la provisión de servicios de salud. En el sector público existen instituciones gubernamentales tales como los ministerios de salud, las de seguridad social, servicios de las fuerzas armadas, instituciones de agua y medio ambiente e instituciones formadoras de recursos humanos, entre otras. En el sector privado se encuentran organismos no gubernamentales con y sin fines de lucro. La rectoría de los sistemas nacionales es ejercida por los ministerios de salud, existiendo en algunos países comisiones nacionales de salud para la coordinación del sector. Sin embargo, hay diferencias importantes: en Guatemala, El Salvador y Honduras las fuerzas armadas tienen instituciones de salud y provisión, aspecto ausente en los demás países del istmo. Además, mientras en Guatemala y El Salvador la provisión privada de salud es muy extendida, en Costa Rica y Panamá su presencia es menor (Recuadro 6.11).

Con excepción de Costa Rica (85%) y en menor grado Panamá (61%), los niveles de cobertura de los seguros sociales son bastante bajos: 14% en El Salvador, 16% en Guatemala, 14% en Honduras y 18% en Nicaragua<sup>7</sup>. Esto implica una cobertura regional de aproximadamente 27%, o cerca de 9.3 millones de centroamericanos. Así, aproximadamente 25.5 millones de personas no están cubiertas por la seguridad social en la región.

Activa presencia de la institucionalidad regional para la salud

Existen múltiples órganos regionales con funciones en el ámbito de la salud, tales como COMISCA, COCISS, INCAP, CAPRE, CEPREDENAC y CCAD. Con un carácter más amplio pueden mencionarse el Consejo de Integración Social Centroamericano (CISCA) y la Reunión del Sector Salud de Centroamérica (RESSCA), que sirve como foro para la coordinación de esfuerzos, para el análisis de los problemas de salud y la movilización conjunta de recursos para el desarrollo de los sistemas sanitarios.

En el marco de ALIDES, el sector salud centroamericano planteó el Programa de Acciones Inmediatas en Salud para Centroamérica (PAISCA), que fue analizado y aprobado por la XXI

#### RECUADRO 6.11

### Principales instituciones de los sistemas nacionales de salud en Centroamérica

En Belice el subsector público está conformado por el Ministerio de Salud y el Seguro Social, y el subsector privado está compuesto por proveedores de servicios que utilizan en algunos casos la infraestructura pública de salud. El Seguro Social compra todos los servicios de salud a los establecimientos del Ministerio.

Costa Rica tiene un sistema nacional de salud conformado por el Ministerio de Salud, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, la Caja Costarricense de Seguro Social, así como por universidades y municipalidades, y un sector privado en rápida expansión durante los últimos años.

En El Salvador existen el Consejo Superior de Salud Pública, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Ministerio del Medio Ambiente, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Bienestar Magisterial, Sanidad Militar, la Asociación Nacional de Acueductos y Alcantarillados y las instituciones formadoras de recursos de salud. En lo privado existen organizaciones con y sin fines de lucro. Las propuestas de reforma del sector pretenden darle plena vigencia a la constitución del sistema nacional de salud, ya que al momento su conformación es teórica.

En Guatemala el sistema lo conforman, en lo público, el Ministerio de Salud, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Sanidad Militar; en el subsector privado hay organizaciones con y sin fines de lucro, a las que se suma el sector de la medicina tradicional proveniente de la cultura maya.

En Honduras la Secretaría de Salud Pública, el Instituto Hondureño de Seguridad Social, las Fuerzas Armadas, la Junta Nacional de Bienestar Social, el Departamento de Medicina e Higiene y Seguridad Ocupacional del Ministerio de Trabajo y el Servicio Autónomo de Acueductos y Alcantarillados constituyen el subsector público. Organizaciones con y sin fines de lucro conforman el subsector privado.

En Nicaragua el Ministerio de Salud Pública es el principal proveedor de servicios, en conjunto con el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, mientras que el subsector privado únicamente ofrece el 4% de los servicios.

El sistema público en Panamá está integrado por el Ministerio de Salud Pública, la Caja Panameña de Seguro Social, el Instituto de Acueductos y Alcantarillados y la Dirección Metropolitana de Aseo. El subsector privado lo conforman organizaciones con y sin fines de lucro.

Fuente: Pereira et al, 1999.

RESSCA (agosto de 1995, San José) y el COMISCA (julio y noviembre de 1996, San Salvador). El Sistema de Integración Social elevó a consideración de los presidentes centroamericanos el PAISCA, que fue aprobado en la XVII Cumbre Presidencial, en diciembre de 1995, en San Pedro Sula, Honduras. El PAISCA está orientado a la concentración de esfuerzos en áreas prioritarias para todos los países del istmo. Los ministros de salud han acordado coordinar fechas para acciones contra el dengue y las enfermedades prevenibles por vacunación; asimismo, han establecido responsabilidades por país para el seguimiento y

*“El aporte de la educación para la actividad productiva debe entenderse en un sentido amplio, productivo en formación de actitudes, valores democráticos, de sujetos preparados en todo, no sólo desde el punto de vista económico”*

INVESTIGADOR Y ACADÉMICO,  
NICARAGUA

monitoreo de cada tema: Belice en seguridad alimentaria y nutricional; Costa Rica y Panamá en saneamiento ambiental y el sistema de información y comunicación; Guatemala en inmunizaciones; El Salvador en diarreas y cólera; Nicaragua en dengue y malaria; Honduras en VIH/SIDA. Las áreas prioritarias para movilización de recursos son: a) inmunizaciones; b) cólera y enfermedades diarreicas agudas; c) prevención y control de la deficiencia de micronutrientes; d) agua y saneamiento ambiental; e) prevención y control de enfermedades vectoriales; f) control y prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA; y g) sistema de información y comunicación en salud.

#### La oferta de servicios educativos

##### Más de 250,000 docentes en Centroamérica

En 1997 existían casi 62,000 mil instituciones de educación preescolar, primaria y secundaria (públicas y privadas) en la región, casi 3,000 más que el año anterior, en las cuales trabajaban más de 250,000 mil docentes. De este total, un 28.5% corresponde a instituciones preescolares, y en ellas labora un 9.1% de los docentes. Con la educación secundaria sucede lo contrario, ya que los colegios representan apenas un 9.1% de las instituciones, pero en ellos labora un 28% del total de docentes (Cuadro 6.19). El 26.5% de las escuelas primarias de Costa Rica, El Salvador, Nicaragua y Panamá son unidocentes y atienden, en conjunto, al 4.9% de los estudiantes de primaria.

#### RECUADRO 6.12

### Formación profesional del personal docente

El empirismo docente y las necesidades de formación y actualización de los maestros son aún un reto pendiente para Centroamérica. Al menos un 22% de los maestros en educación preescolar, primaria y secundaria no son titulados. El maestro y la maestra, aún cuando en las declaraciones internacionales son reconocidos como factores clave de la educación, en la práctica no son vistos así en todos los países centroamericanos. La concepción del maestro eficaz, instrumento de las reformas educativas, prevalece en los países, pero en general no se presenta un enfoque formativo alternativo. Ello explica que los esquemas teóricos y prácticos tradicionales de los maestros no se transformen a pesar de eventuales acciones de capacitación docente. En Costa Rica, El Salvador, Honduras y Panamá se han emprendido acciones, en fecha reciente, orientadas a incrementar de manera general los salarios de los educadores. En contraste, el salario de los maestros en Nicaragua es desproporcionadamente bajo. La mayoría de los países, con excepción de Nicaragua y Guatemala, disponen de planes especiales de previsión social y salud en favor de los maestros, lo que puede estar actuando a favor del mejoramiento del desempeño profesional y la calidad de la educación. Esta realidad afecta el éxito de la formación y actualización docentes.

Fuente: CECC, 1998.

#### CUADRO 6.19

### Centroamérica: instituciones educativas y docentes en educación preescolar, primaria y secundaria (pública y privada), por países. 1997

	Instituciones educativas				Docentes			
	Total	Preescolar	Primaria	Secundaria	Total	Preescolar	Primaria	Secundaria
Total	62,237	17,763	38,905	5,569	257,949	23,488	162,190	72,271
Belice								
Costa Rica	5,450	1,387	3,671	392	33,610	3,348	18,358	11,904
El Salvador	9,502	3,884	5,037	581	40,362	4,200	31,044	5,118
Guatemala	21,932	6,219	13,030	2,683	74,648	7,380	44,894	22,374
Honduras <sup>a/</sup>	11,162	1,746	8,572	844	48,838	2,825	31,838	14,175
Nicaragua	9,823	3,443	5,729	651	31,065	3,672	21,020	6,373
Panamá	4,368	1,084	2,866	418	29,426	2,063	15,036	12,327

a/ Los datos corresponden a 1995.

Fuente: Elaboración propia a partir de CECC, 1998.

El sector público provee la primaria, el privado la secundaria

El sector público es el más importante en la prestación de los servicios educativos de la región, pues representó el 81.8% de la matrícula de 1996. No obstante, por niveles educativos hay diferencias, ya que en educación secundaria la cobertura del sector público se reduce significativamente, hasta un 62%. La preescolar pública representa un 75.5% de la matrícula total respectiva, y la primaria pública un 88% (Cuadro 6.20).

En esos mismos niveles educativos también hay diferencias por países. Costa Rica es el país con el sector público más importante en términos de matrícula, pues atiende a ocho de cada diez estudiantes de los niveles considerados. Guatemala tiene la menor cobertura pública, 74%, resultado que se ve influenciado por la baja participación del sector público en secundaria, pues solamente atiende a uno de cada tres estudiantes (Cuadro 6.20).

El 3.4% del PIB regional se destina a educación pública

El gasto público en educación, que incluye todos los niveles educativos en los que participa el Estado, según estimaciones a partir de cifras de la CEPAL, entre 1994 y 1995 alcanzó la suma de 1,246.8 millones de US\$ de 1987, cifra que representa el 3.4% del PIB regional y el 12.4% de los presupuestos públicos totales (Cuadro 6.21).

Entre 1994 y 1995, el gasto público per cápita regional en educación fue de US\$38.7 de

1987. Costa Rica es el país que más gasta en este rubro, situación que se refleja en la relación con el PIB, aunque no en la relación con el gasto público total (Costa Rica tiene un sector público más grande), ni en términos per cápita, caso este último en que Panamá muestra la cifra mayor. En el otro extremo se encuentran El Salvador y Guatemala, con menor gasto total y per cápita, así como respecto al PIB. Según la CEPAL

CUADRO 6.21

### Centroamérica: gasto público en educación total, per cápita y como porcentaje del PIB y del gasto público, por países. 1994-1995

	Gasto público en educación 1994-1995 <sup>a/</sup>		Como porcentaje de:	
	Total (millones de US\$ de 1987)	Per cápita (millones de US\$ de 1987)	PIB	Gasto público total
Total	1,246.8	38.7	3.4	12.4
Belice				
Costa Rica	345.5	100.9	5.4	11.5
El Salvador	91.1	15.8	1.6	7.4
Guatemala	148.7	14.0	1.6	15.8
Honduras	210.9	37.3	4.1	15.6
Nicaragua	150.9	36.6	4.5	20.7
Panamá	299.7	113.9	4.9	10.8

a/ Cifras promedio para 1994-1995, con excepción de Costa Rica, El Salvador y Panamá, que corresponden a 1994.

Fuente: Elaboración propia a partir de CEPAL, 1997b y CELADE, 1997.

CUADRO 6.20

### Centroamérica: porcentaje de matrícula pública en los primeros niveles educativos, por países. 1997

	Total	Preescolar	Primaria	Secundaria
Total	81.8	75.5	88.0	61.6
Belice				
Costa Rica	90.3	80.2	93.3	86.6
El Salvador	83.2	77.8	87.8	53.3
Guatemala	74.8	69.4	83.7	35.6
Honduras	84.8	78.9	93.9	51.3
Nicaragua	79.8	77.6	84.1	68.5
Panamá	87.2	75.7	90.5	83.8

Fuente: Elaboración propia a partir de CECC, 1998.

(1997a) entre los períodos 1990-1991 y 1994-1995, el gasto público per cápita en educación mostró un pequeño incremento a nivel regional, debido a aumentos en Costa Rica y Panamá que compensaron con creces las reducciones en los demás países.

#### La institucionalidad centroamericana en educación es todavía incipiente

Dos son los principales órganos regionales en materia de educativa: la Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana (CECC) y el Consejo Superior Universitario Centroamericano (CSUCA). La CECC fue creada en 1975 como Coordinación Educativa Centroamericana, y en 1982 se le incorporó la dimensión cultural. No obstante su antigüedad, es hasta mediados de los 90 que comienza a jugar un papel importante a nivel regional, especialmente en la organización de reuniones y seguimiento de decisiones. La autoridad máxima es la Reunión de Ministros de Educación y Cultura de los seis países miembros. También forman parte de la Coordinación la Secretaría General, las Comisiones Técnicas y la Comisiones Nacionales. Por su parte, el CSUCA fue creado en 1948, y es el más antiguo de los organismos regionales. Actualmente reúne trece

universidades públicas de los siete países. Su programa se basa en el Segundo Plan de Integración Regional de la Educación Superior (PIRESC II), que busca, por una parte, el fortalecimiento de la educación superior en Centroamérica y un apoyo al proceso de integración mediante las relaciones entre universidades y, por otra, contribuir al desarrollo regional en un sentido más amplio, mediante el establecimiento de una nueva relación entre las universidades y la sociedad centroamericana.

#### La oferta de servicios de capacitación laboral

La formación técnica, vocacional y profesional tiene un potencial dinamizador del desarrollo en cada una de las áreas que proveen recursos humanos capacitados a los sectores productivos. En la región, la formación de recursos humanos se realiza por medio de tres canales institucionales: a) colegios vocacionales en la educación media, b) los institutos de formación laboral y c) la formación de profesionales en las universidades y otros centros de educación superior, tales como el INCAE y el ICAP. Los dos primeros canales forman personas en oficios y especialidades técnicas; las universidades y los otros centros forman profesionales.

En la segunda mitad de los años 90 la formación técnica profesional en la región ha estado marcada por procesos de cambio, derivados de las reformas al sistema educativo en general ya reseñadas, que procuran adecuar la calificación técnica laboral tanto a las condiciones actuales de los respectivos países, como a los nuevos requerimientos que demanda la inserción internacional de las economías del istmo. En El Salvador, el Plan de Desarrollo Económico y Social 1994-1998 marca la pauta, al incorporar la formación técnica como una prioridad de la educación. En el caso de Guatemala la reforma más reciente se da en el marco de los acuerdos de paz.

El sector privado ha participado activamente en la formulación y revisión de propuestas de cambio curricular en la formación técnica en Honduras y Panamá. La oferta de capacitación laboral está concentrada en la educación media en los sistemas formales, en general como un complemento al bachillerato. Se ofrecen oportunidades educativas en temas secretariales y administrativos, en áreas de industria, comercio y agricultura. Recientemente se han ampliado las posibilidades de capacitación en turismo y hotelería.

*“Países sin universidades son países que no son competitivos, es más ni siquiera pueden ser interlocutores válidos. Se trata de ver la educación como una inversión estratégica, que no puede segmentarse y priorizar unos segmentos en detrimento de otros”*

CONSULTOR ORGANISMO INTERNACIONAL, NICARAGUA\*

*“Universidades en crisis, están totalmente desvinculadas del desarrollo nacional, politizadas, altos niveles de corrupción, clientelismo político”*

CONSULTOR ORGANISMO GREMIAL, HONDURAS

#### RECUADRO 6.13

### Los sistemas nacionales de educación muestran similitudes institucionales

Los sistemas nacionales de educación cuentan con la participación de los sectores público y privado. En el caso del sector público, los ministerios de educación de cada país actúan como responsables de la coordinación de las políticas a nivel de educación básica, así como ejecutores de las mismas, especialmente en los primeros niveles (preescolar, primaria y media).

Además de la educación básica, los sectores públicos intervienen en la educación superior universitaria y parauniversitaria, así como en la educación especial y de adultos dentro del sector formal, y en la formación o capacitación para el trabajo.

El sector privado participa en la prestación de cada uno de los servicios, con mayor o menor supervisión estatal en los diferentes países y según los diferentes niveles educativos.

Fuente: Arrión, 1999.

RECUADRO 6.14

Panorama de la oferta educativa universitaria en Centroamérica

Al finalizar la década de los 90, Centroamérica cuenta con más de 120 centros de educación superior, estando la mayoría de ellos (cerca del 80%) en el sector privado. Sin embargo, la mayor parte de la población atendida estudia en universidades públicas.

Existe una clara concentración de oportunidades educativas en las capitales de la región. Aunque con una oferta educativa más limitada, todos los países tienen universidades, tanto públicas como privadas, con algunos centros regionales de enseñanza. Guatemala es la excepción: las cinco universidades se encuentran en la ciudad capital.

La región tiene el orgullo de contar con centros de enseñanza superior que funcionan desde hace más de cien años: la Universidad de San Carlos de Guatemala (1676), la Universidad de El Salvador (1841) y la Universidad Autónoma Nacional de Nicaragua (1812).

A final de los años 30 se inició un proceso de fundación de universidades en toda Centroamérica. El sector público universitario tuvo presencia en todos los países cuatro décadas más tarde. La aparición de la alternativa privada en la educación superior arrancó a mediados de los 70, pero encontró su momento de despegue a partir del año 1982, hecho que coincidió con el inicio de los problemas de

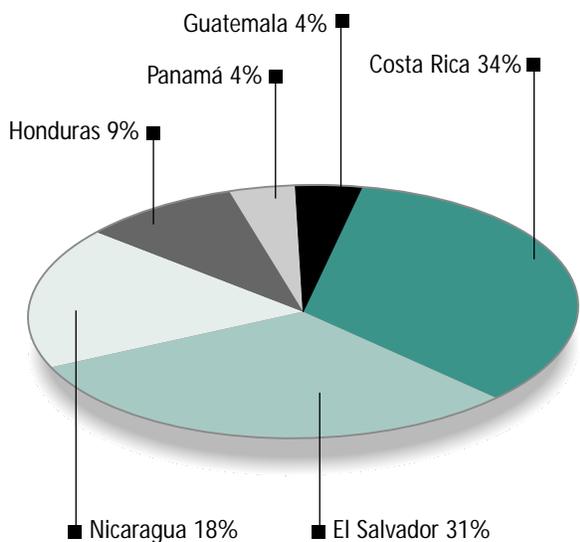
financiamiento público de la educación, dada la precaria situación de las economías del istmo. Durante toda la década de los 80, la oferta educativa, en cuanto a número de centros de enseñanza, se amplió grandemente, fenómeno que se presenta con mayor fuerza en Costa Rica y El Salvador.

En la región existen además centros internacionales de educación superior, con especialización, principalmente, en temas agrícolas y tropicales:

- ▶ Centro Agronómico Tropical de Enseñanza e Investigación (CATIE), Costa Rica
- ▶ Escuela de Agricultura para la Región del Trópico Húmedo (EARTH), Costa Rica
- ▶ Escuela Agrícola Panamericana (El Zamorano), Honduras
- ▶ Instituto Centroamericano de Administración de Empresas (INCAE), Nicaragua-Costa Rica
- ▶ Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP), Costa Rica

GRAFICO 6.1

Centroamérica: universidades por país. 1998



Fuente: Elaboración propia con datos de UNESCO y oficinas del PNUD en Centroamérica.

Sobre los grados académicos a los que se puede acceder, en todos los países se otorga el título de bachillerato o licenciatura (de cuatro a cinco años de estudio), así como el grado de maestría (uno o dos años adicionales). La posibilidad del grado superior de doctorado se ofrece en todos los países; sin embargo, al excluir los posgrados en el área de ciencias médicas, sólo Costa Rica y Guatemala presentan opciones.

En cuanto a la organización del sistema de enseñanza superior, dos países tienen órganos de coordinación independientes del Ministerio de Educación Pública: Nicaragua (Consejo Nacional de Universidades y Asociación Nicaragüense de Instituciones de Educación Superior) y Costa Rica (Consejo Nacional de Rectores, Oficina de Planificación de la Educación Superior y Consejo Nacional de Enseñanza Superior Universitaria Privada). A nivel regional, El Consejo Superior de Universidades de Centroamérica (CSUCA) es el organismo de coordinación de las universidades públicas. No existe un organismo similar para el caso de las universidades privadas.

---

*“Si nos queremos integrar en materia de educación formal, las políticas van a tomar mucho tiempo en aprobarse y tener algún impacto, pero en capacitación, rápidamente podríamos tener torneros o electricistas centroamericanos. No solo sería homologar requisitos, sino oportunidades de trabajo”*

EMPRESARIO, GUATEMALA\*

---



---

*“Ciertamente es que la educación abarca todos los niveles, desde la básica hasta la superior, pero en términos de una agenda se necesita fortalecer la educación baja y media versus la superior, porque es favorecer a las mayorías”*

FUNCIONARIO PÚBLICO,  
NICARAGUA

---

Además existen en la región instituciones especializadas en formación técnica, que pueden o no ser parte del sistema educativo formal. Este es el caso del Instituto Nacional Tecnológico (INATEC), en Nicaragua, y el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), en Costa Rica. En Nicaragua existen más de treinta centros de formación técnica, con una oferta de veintidós especialidades. En Costa Rica, la reciente instalación de empresas de alta tecnología ha impuesto el reto de mejorar la calidad y cantidad de especialidades técnicas ofrecidas, especialmente en las áreas de informática, electrónica y mecánica de precisión.

### Nuevas oportunidades de movilidad social

#### Reformas institucionales

Durante la década de los 90, todos los países centroamericanos iniciaron procesos de reforma institucional de sus sistemas de educación y salud. Estos procesos revelan una voluntad política por ampliar y mejorar los servicios que las instituciones públicas brindan a la población, y por crear nuevas condiciones de cooperación con las entidades privadas.

#### La reforma de los sistemas de salud

En prácticamente todas las naciones de Centroamérica existen procesos de reforma o modernización de los sectores de salud, que dieron inicio entre los años 1991 y 1996. En Costa Rica, sin embargo, las primeras etapas de estas reformas comenzaron desde la década de los 70. Los principales protagonistas de estos procesos son los ministerios de salud y los institutos de seguridad social. Los planes o acciones de reforma se están financiando en todos los casos con fondos propios y los provenientes de la cooperación externa, principalmente del Banco Mundial (BM), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La participación de las poblaciones ha sido escasa, pese a declaraciones en contrario, pues han sido meras receptoras de información, excepción hecha de experiencias piloto en las cuales la participación social se ha incorporado como parte de la estrategia.

Entre los objetivos y metas de las reformas de salud a menudo se observa la redefinición de las funciones de las instituciones (en todos los países se ha definido al ministerio de salud respectivo como ente rector del sector salud), los cambios en el marco legal, los incentivos a la

participación social (descentralización hacia comunidades y municipalidades), la utilización del sector privado en la prestación de servicios (incluidos organismos no gubernamentales), el desarrollo de la capacidad gerencial y la experimentación con nuevos modelos de gestión y de atención. Los componentes más frecuentes en los planes de reforma han estado dirigidos, por tanto, al desarrollo institucional, a la participación de la sociedad civil y el fortalecimiento financiero.

A inicios de 1999 los procesos de reforma están en ejecución (Cuadro 6.22). Se ha producido una abundante legislación para ajustar el marco legal y reestructurar las funciones de las principales instituciones del sector. Sin embargo, está pendiente una evaluación de la capacidad de estas reformas para resolver las brechas de equidad analizadas anteriormente. Lo que sí puede afirmarse es que no se ha producido un aumento significativo en los recursos que los países centroamericanos destinan a la atención de la salud de sus habitantes.

#### La reforma de los sistemas educativos

Al igual que en los sistemas de salud, durante la presente década en todos los países centroamericanos se ejecutan reformas al sistema de educación formal no superior. Estos cambios procuran mejorar la oferta educativa formal, mejorar la formación docente, cambiar el currículo y experimentar con nuevos modelos de administración de la educación.

Dos de las más importantes coincidencias en la reforma de la oferta educativa en Centroamérica son, por un lado, la revalorización de la llamada educación básica de nueve grados (que incluye la educación primaria de seis grados y el ciclo básico de tres años de nivel medio) y la educación preescolar, preprimaria o inicial; y por el otro, los cambios realizados en el nivel medio de varios países. En efecto, aunque el tramo llamado educación primaria persiste, el concepto de la educación básica de nueve grados se impone.

Dado el largo plazo de los tiempos de la educación escolar para ofrecer sus productos, no es posible valorar aún los resultados de los cambios ocurridos en la estructura de la oferta educativa de la región en el presente decenio.

Es en los maestros y maestras sobre quienes recae la responsabilidad de aplicar en el aula las medidas de reforma educativa. A la fecha, los maestros y maestras de la mayoría de los países aún no se manifiestan, ni son reconocidos de

CUADRO 6.22

### Centroamérica: principales elementos de las reformas en salud y su avance hacia 1998

	Belice	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
<b>Morfología sectorial</b>							
Articulación del sistema nacional de salud		E	Y	X	Y	E	X
Fortalecimiento rectoría ministerio de salud	Y	E	Y	X	Y	E	X
Impulso de sistemas locales de salud	E	E	X	X	E	E	X
Fortalecimiento de entidades subnacionales y descentralizadas	E		E	X	E	E	X
Cambios de la combinación pública-privada		E	X	X	X	E	X
Regulación de los mercados privados de salud; regulación de la seguridad social	Y	X	Y	Y	Y	X	X
<b>Gestión</b>							
Reestructuración de gestión hospitalaria	Y	E	E	X	Y	X	X
Promoción de cuasimercados	E	E				Y	X
Contratos de desempeño con prestadores públicos de servicios de salud	E	E	X	X		E	X
Incentivos y sanciones basados en desempeño individual e institucional	E	E	Y	Y		Y	X
Mejoramiento de gestión de recursos humanos	Y	E	X	E		Y	X
<b>Financiamiento</b>							
Uso de pagos por capitación		E	X	X		E	
Aumento solidaridad y equidad financiamiento		E	Y	Y	Y	Y	Y
<b>Equidad</b>							
Prestaciones básicas universales; unificación de prestaciones	Y	E	Y	Y	X	E	Y
Ampliación de cobertura mediante programas universales y focalizados	Y	E	X	Y	X	E	X

E = medida en ejecución.

X = medida en fase inicial de ejecución.

Y = medida enunciada, aún no ejecutada.

Fuente: Elaboración propia con base en Pereira et al, 1999; entrevistas y actualización de CEPAL, 1997a.

manera explícita, como actores clave de la reforma educativa. En la práctica son considerados beneficiarios y ejecutores de la reforma, no sujetos que contribuyen a su desarrollo. Ciertamente, en casi todos los países se emprenden acciones orientadas a la capacitación de docentes mediante cursos de actualización, formación pedagógica y profesionalización con cierto apoyo de las universidades. Sin embargo, no se han conformado planes sostenidos e integrales de formación permanente para los y las docentes. Tampoco es generalizada la participación de las organizaciones de maestros en el proceso de reforma.

La transformación curricular es la principal política desarrollada con vistas a mejorar la cali-

dad de la educación. Esta transformación, en varios países, se encuentra en la etapa final de realización, mientras que en los países con reformas más recientes, apenas se está iniciando. En algunos casos, la transformación comprende la mayoría de los subsistemas y niveles educativos, mientras que en otros únicamente está referida al nivel de la educación básica.

En todos los países se ha llevado a cabo un cambio curricular en educación primaria; únicamente en El Salvador y Panamá la transformación ha cubierto otros subsistemas. Estos cambios están inspirados en un enfoque constructivista e incluyen nuevas sensibilidades educativas. Incorporan una perspectiva más amplia en relación

CUADRO 6.23

### Centroamérica: principales elementos de las reformas en educación y su avance hacia 1998

	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
<b>Oferta educativa no superior formal</b>						
Incremento de cobertura: preescolar, primaria y secundaria	E	E	E	E	E	E
Reestructuración de niveles educativos		E	E	E	E	E
Establecimiento de vínculos con educación técnica		E	Y	Y	Y	E
Ampliación de la jornada escolar	E	E	Y	Y	Y	E
Acciones de fomento de equidad (en cuanto al acceso y la calidad)	E	E	E	E	E	E
Programas focalizados complementarios		E	E	E	E	E
<b>Formación docente</b>						
Incremento de docentes graduados y nivel de preparación	E	E	Y	X	E	X
Participación de docentes en la reforma		E	X	X	E	E
Programas de capacitación	E	E	Y	X	E	E
Aumento de remuneraciones	E	E	Y	E	Y	X
<b>Curriculum</b>						
Reformas al curriculum	E	E	Y	X	E	E
Educación bilingüe (combinación con lenguas indígenas)	E	E	E	X	X	E
Refuerzo en el aprendizaje de un segundo idioma (inglés)	E	E	Y	X	Y	E
Uso de informática con fines educativos en primaria y secundaria	E	E	Y	X	Y	E
Mejora de materiales de apoyo	E	E	X	X	E	E
<b>Administración de la educación</b>						
Incremento de la competencia de las unidades educativas	X	E	X	X	X	E
Delegación de la administración a entidades subnacionales		E	E	E	E	E
Promoción de la participación comunitaria en la reforma		E	E	E	E	E
Uso de sistemas de medición de calidad de la educación	E	E	X	X	X	E
Evaluación periódica de docentes	E	E	Y	Y	Y	E

E = medida en ejecución

X = medida en fase inicial de ejecución

Y = medida enunciada, aún no ejecutada

Fuente: Elaboración propia con base en Arrién, 1999 y actualización de CEPAL, 1997a.

con los procesos de aprendizaje del alumno y de facilitación del conocimiento por parte del profesor; promueven mayor vinculación con el contexto y nuevos temas educativos vinculados a los intereses nacionales y globales.

No obstante este gran esfuerzo por modernizar el currículum con base en las nuevas corrientes pedagógicas, aún no se logra concretar sus propósitos en la práctica pedagógica de los maestros en las aulas de clase. La falta de preparación docente y la carencia de recursos pedagógicos (libros, laboratorios, etc.) está dificultando su puesta en práctica.

El uso de tecnología en la aplicación del nuevo currículum es una preocupación compartida por todos los países, pero existen notables dife-

rencias en cuanto a su adquisición y el enfoque educativo en su utilización. El país más avanzado en esta materia es, por mucho, Costa Rica.

El principal cambio en materia de administración educativa es el impulso a la descentralización de los sistemas con el fin de desburocratizar la administración, propiciar mayor participación de los sectores involucrados en el proceso educativo y conceder mayor autonomía a los centros educativos. Este proceso tiene, en cada país, peculiaridades propias y aún está en proceso de ejecución. En la práctica, las políticas de descentralización se centran en el mejoramiento de los procesos administrativos, con relativo descuido del proceso de adecuación del currículum al nivel local y del mejoramiento de la calidad de la educación.

### Buenas prácticas en la búsqueda de una mayor equidad social

Esta última sección presenta siete buenas prácticas en la búsqueda de una mayor equidad social. Tres de ellas se relacionan con las oportunidades para una vida sana y duradera, y cuatro con las oportunidades de acceso a la educación. Como buenas prácticas que son, han logrado mejorar las condiciones de vida de algunas poblaciones centroamericanas, mostrando nuevos senderos para atacar históricas inequidades sociales. Por eso reseñarlas tiene una importancia regional, pues son ideas que pueden ser adaptadas a diversas condiciones locales. Lamentablemente no constituyen la norma en los programas institucionales ni podrán, por sí mismas, paliar las brechas de equidad analizadas.

### Nuevas oportunidades para una vida sana y duradera

Las tres experiencias reseñadas en esta sección amplían el acceso de comunidades pobres a los servicios de salud. En todos los casos, esos servicios buscan a las poblaciones en vez de esperarlas, y crean incentivos para la participación de las comunidades en la gestión de la salud.

► *La participación de los usuarios en la provisión de servicios de salud: COOPESALUD en Pavas, Costa Rica*

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) comenzó a experimentar en 1980 una de las crisis financieras más profundas desde su creación (1944), cuyo impacto en las finanzas de la institución fue dramático. Inevitablemente, la CCSS se vio sumergida en una serie de cambios que apuntaron a un cuestionamiento del modelo basado en la medicina curativa, que había venido desarrollando de manera exitosa hasta ese momento, y que era no sólo oneroso desde el punto de vista económico, sino también poco eficaz desde el punto de vista social. Los perfiles epidemiológicos que mostraba el país ya presentaban una morbilidad centrada en enfermedades crónicas y catastróficas (cáncer, problemas cardiovasculares, accidentes de tránsito), que obedecían a estilos de vida poco saludables y a condiciones sociales que generaban este tipo de enfermedades. Esto obligaba a impulsar un enfoque más centrado en la atención a la salud que en la atención a la enfermedad y, a la vez, más barato, dadas las presiones que ello implica-

ba para los costos de los servicios.

Este hecho condujo a que en la política de la seguridad social se planteara opciones organizacionales, funcionales y de salud pública que incorporaran una perspectiva integral de atención de la salud. Una de estas opciones fue la de promover formas cooperativas que asumieran, mediante la contratación de servicios, la administración de las clínicas u hospitales. Después de algunos intentos y múltiples obstáculos políticos, en 1986 se inauguró COOPESALUD, una cooperativa autogestionaria, y se formalizó un contrato con la CCSS y el Ministerio de Salud Pública para que ésta administrara la recientemente creada clínica del distrito de Pavas. Este contrato se planteó como una experiencia demostrativa de carácter piloto, con miras a crear un modelo que pudiera replicarse en otros centros de salud. La clínica de Pavas contribuyó a la discusión sobre la reforma del sector salud, al proponer una nueva perspectiva de la administración y gerencia de la salud pública en la CCSS. Se buscaba desarrollar una experiencia que articulara la atención médica con la atención primaria, dentro de un esquema en el cual la atención curativa, teóricamente, se visualizara dentro de un enfoque que no limita las causas de la enfermedad al ámbito biológico, sino que incorpora de una manera estructural, en los servicios de atención, la variable social.

De hecho, una de las principales contribuciones de esta experiencia, además del concepto de modelo cooperativo, fue la aplicación de las nociones de áreas de salud y de equipos básicos integrales de salud, que luego fueron retomados por la política de reforma del sector salud implantada a partir de los años 90. Posteriormente se fundaron otras cooperativas, entre las que destaca COOPESANA, que administra la clínica del cantón de Santa Ana, la cual, a diferencia de COOPESALUD, se basa en un enfoque cogestionario, que incorpora a la comunidad.

El modelo cooperativo coadyuvó a plantear una perspectiva de la política de reforma dirigida a articular los servicios preventivos del Ministerio de Salud Pública, con los servicios curativos que ofrecía la CCSS, un desafío que venía planteándose desde 1983 y que no había tenido mucho éxito. Además allanó el camino para plantear un enfoque intermedio de reforma de las políticas de salud, que se ubicara entre el modelo chileno, sustentado en la privatización y la municipalización de los servicios, y el tradicional modelo estatista que se ensayó en Costa Rica desde los 40, y que adquirió su máxima expresión en los

años 70, con la universalización de la seguridad social. Este enfoque se ha materializado últimamente con la noción de los compromisos de gestión, un tipo de contratación de servicios que se realiza no sólo con las entidades desconcentradas de la Caja, para las cuales la noción de compromiso tiene un carácter fundamentalmente ético y funcional, sino incluso con entidades privadas, como las cooperativas, y públicas, como la Universidad de Costa Rica, con las que dicho concepto establece obligaciones apegadas a la idea tradicional de contrato por servicios.

Según los críticos del proceso, la inauguración de las cooperativas iba a crear una red de servicios privados que finalmente conduciría a la privatización del prestigioso sistema de seguridad social de Costa Rica. Ello, sin embargo, no ha ocurrido, aunque todavía no se puede llegar a conclusiones definitivas.

► *Salud y educación: el Programa de Escuelas Saludables en El Salvador*

En 1995 se inició en El Salvador el Programa de Escuelas Saludables, que brinda a los escolares atención médica y odontológica general, y que recientemente se amplió a las áreas de oftalmología, otorrinolaringología, dermatología y ortopedia. Aprovecha para ello la extensa red de escuelas primarias del país. A finales de 1998, este programa se había extendido a todos los municipios salvadoreños, cubriendo 3,500 escuelas y atendiendo a 600,000 niños. Este programa implica la coordinación del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) con la Secretaría Nacional de la Familia y el Ministerio de Educación. Paralelamente, el ISSS experimenta con nuevos modelos de gestión tendientes a aumentar la cobertura de sus servicios médicos. Cabe mencionar aquí las 31 clínicas comunales y las 131 clínicas de empresa que, como el Programa de Escuelas Saludables, llevan los servicios de salud a los centros donde las personas viven y trabajan, en vez de esperar que el paciente llegue al hospital.

► *Reforma del marco legal y aplicación a una localidad: el hospital de San Miguelito en Panamá*

San Miguelito, al igual que Pavas en San José de Costa Rica, es un área urbana de gran densidad, residencia principalmente de familias de bajos ingresos. En 1994 se inició un proceso de análisis institucional y de encuestas de usuarios que permitieron detectar la insatisfacción de la

comunidad con los servicios del hospital de la localidad. Como resultado, se generó una reforma sectorial liderada por el Ministerio de Salud y coordinada con la Caja del Seguro Social y se negoció con diferentes instituciones, gremios, sindicatos y federaciones de usuarios, principalmente en el área de San Miguelito y la región metropolitana.

La experiencia de San Miguelito ha implicado la adecuación del marco legal, a fin de reformar la prestación de los servicios públicos en relación con el derecho privado. Estas leyes han sido específicas para crear el CONSALUD, como ente financiador y comprador de servicios, y el Consejo de Gestión, como ente proveedor de servicios privados. Este es el modelo que se aplicó en el hospital de San Miguelito. El nuevo marco legal separa las funciones de provisión, financiamiento y compra de servicios médicos.

San Miguelito ha servido también como punto de referencia para la reestructuración del Ministerio de Salud. En la actualidad, los antiguos equipos distritales y de corregimiento de las regiones de salud se están convirtiendo en unidades estratégicas de gestión que gozan de mayor autonomía.

*Nuevas oportunidades para ampliar el acceso a la educación*

Las cuatro experiencias que se describen en este acápite atacan las desventajas educativas de los niños y niñas que viven en comunidades pobres de las áreas rurales en Centroamérica. Muestran cómo la combinación de esfuerzos de las instituciones públicas y de las comunidades pueden generar mayores capacidades locales para gestionar la educación y ampliar el acceso y la calidad de ésta.

► *Educando en áreas rurales dispersas: el Proyecto de Educación Básica en Panamá*

El Proyecto de Educación Básica en Panamá genera oportunidades de educación en comunidades pobres rurales, que por su dispersión geográfica, escasa población y grandes distancias respecto de centros urbanos, no pueden contar con otras alternativas de educación preescolar. Las acciones son múltiples: crear conciencia en los padres de familia y otros miembros del grupo familiar, para que contribuyan con el aprendizaje de los y las niñas, capacitar al personal del Ministerio de Educación, a los promotores y presidentes de comités de padres y madres de familia, administradores de los centros de educación

comunitaria de educación inicial. Para estas comunidades se han desarrollado tres iniciativas: el programa Madre a Madre, los Centros Familiares y Comunitarios de Educación Inicial (CEFACI) y los programas de radiofonía rural<sup>8</sup>.

El programa Madre a Madre nace como producto de la firma de un convenio de préstamo entre el Ministerio de Educación y el Banco Mundial, el 3 de abril de 1996, por 58 millones de balboas. Proporciona atención a las niñas y niños menores de seis años que no tienen acceso a un jardín de infancia. Madre a Madre trabaja en comunidades de las provincias de Coclé, Herrera, Veraguas y Chiriquí, pero está diseñado para beneficiar a las comunidades de los 185 corregimientos más pobres del país. La duración del programa es de cinco años, tiempo en que habrán de beneficiarse 300 madres animadoras, 4,500 madres de familia y 13,500 niños. El Programa empezó a funcionar en 1997 y para su atención fueron capacitados los presidentes de los COPAMACE (Comités de Padres y Madres Administradores de un CEFACI) y 112 promotores. En la actualidad participan 100 madres animadoras y 931 maestros.

En los CEFACI se orienta a padres y madres con hijos de 0 a 5 años de edad para que interactúen directamente con ellos en sus responsabilidades educativas. Un COPAMACE administra cada CEFACI y cuenta con personería jurídica. Además cada CEFACI tiene promotores, que son personas de la comunidad capacitadas por un equipo técnico del Ministerio de Educación. A finales de 1998 existían 200 CEFACI en las provincias de Panamá, Colón, Bocas del Toro, Chiriquí, Veraguas, Herrera, Coclé, San Blás, San Miguelito, Panamá Oeste, Panamá Este y Los Santos. Estos centros benefician una población de 5,000 niños y niñas.

Finalmente, una red de emisoras locales apoya las iniciativas de Madre a Madre y los CEFACI con programas radiofónicos. Se han elaborado cuarenta programas de radio, con una duración de siete minutos cada uno: tres minutos dedicados a los padres de familia, tres minutos dirigidos a los niños y un minuto dedicado a padres e hijos, resumiendo el programa y dejándoles una actividad para desarrollarla en familia.

► *Atacando la repetición y la deserción escolar: el proyecto PAM-PALE en Nicaragua*

El objetivo general de PAM-PALE, del Ministerio de Educación de Nicaragua, es mejorar la calidad de la educación en los primeros grados de primaria, fortaleciendo al aprendizaje y

mejorando los indicadores de eficiencia de la educación, a partir de una nueva metodología para el aprendizaje de las matemáticas y la lengua escrita. La experiencia se constituye en fuente de insumos renovadores para la transformación curricular iniciada en 1993 para la educación primaria en Nicaragua.

El método utilizado es de tipo inductivo-analítico, en el cual se deja al niño y la niña en plena libertad para seguir sus procesos de construcción de conocimientos. El maestro facilita el aprendizaje, proporciona los andamiajes y promueve la interacción de los condiscípulos, los familiares y el entorno. La evaluación del proceso didáctico es cualitativa y permanente, dirigida a indagar, identificar y caracterizar las manifestaciones de los niños en el aprendizaje. Los tipos de evaluación aplicados son: evaluación diagnóstica o inicial y evaluación formativa o de proceso.

En 1992, el Ministerio de Educación seleccionó el primer grado de doce escuelas en cuatro municipios en los departamentos de Rivas, Matagalpa, Boaco y Managua, abarcando una población escolar de 905 alumnos. En 1993 se extendió el proyecto al segundo grado, incrementándose la población escolar cubierta a 2,337 alumnos y 65 docentes. En los años siguientes se ha extendido hasta el tercer grado de 23 escuelas en 15 municipios, con 129 docentes y 5,102 alumnos. Está pendiente una evaluación completa de PAM-PALE, que permita corregir algunas dificultades prácticas en su ejecución.

► *Descentralización, participación ciudadana y expansión de la cobertura escolar en el área rural: los casos de EDUCO (El Salvador) y PRONADE (Guatemala)*

Desde 1990 en El Salvador, con el programa EDUCO, y desde 1996 en Guatemala, con PRONADE, se ha desarrollado una estrategia para ampliar la cobertura de la matrícula en las áreas rurales mediante la descentralización de los servicios educativos y el desarrollo de capacidades en las comunidades rurales para que ellas mismas sean las gestoras de las escuelas. La clave de las EDUCO y del PRONADE reside en que en el proceso de su concepción se partió de la cultura organizacional local y no se impuso a las comunidades formas y maneras organizativas venidas de afuera.

El proceso seguido en las escuelas de EDUCO y PRONADE tiene cuatro fases. En la primera se selecciona la comunidad en donde estará ubicada la escuela o espacio educativo. Esta

fase la cumplen las instancias encargadas de los ministerios de educación. En la segunda fase se promociona el programa en la comunidad seleccionada y se conforma la ACE (Asociación Comunal para la Educación), en El Salvador, o el COEDUCA (Comité Educativo), en Guatemala. Se elige la junta directiva y se firma un convenio con el Ministerio de Educación, mediante el cual éste se compromete a trasladar los recursos financieros para el financiamiento de los docentes y de los servicios de apoyo, tales como ayuda alimentaria, valija didáctica y útiles escolares (materiales y libros de texto). En la tercera fase se selecciona al personal docente, se matricula a los y las niñas, se capacita a maestros y padres de familia y se acondicionan los locales (espacios educativos). Por último, con las clases, se inician transferencias mensuales de fondos a las ACE o COEDUCA y se activan la supervisión y el seguimiento.

La única diferencia entre EDUCO y PRONADE, nombres aparte, es el carácter de las instancias ejecutoras. En Guatemala corresponde a entidades privadas de la sociedad civil, las ISE, mientras que en El Salvador este proceso lo realiza directamente el Ministerio de Educación. No obstante, la tendencia es, en Guatemala, a que en el futuro el Ministerio de Educación sustituya a las ISE.

Tanto en El Salvador como en Guatemala la población beneficiaria es la misma, campesinos pobres. Dado que en El Salvador la experiencia se inició años antes que en Guatemala, es en este primer país donde pueden contabilizarse más y mejores resultados. EDUCO representa el 52.7% de la educación parvularia en El Salvador, el 21.1% del primer grado, el 13.4% del segundo grado y el 8.4% del tercer grado (promedio 1994-1998). Por su parte, PRONADE cubrió a 153,000 niños y niñas guatemaltecas en 1998.

► *Democratizar el acceso al uso de las herramientas tecnológicas: la Fundación Omar Dengo en Costa Rica*

La Fundación Omar Dengo (FOD) es una institución privada, sin fines de lucro, que fue creada en 1987 con el propósito de contribuir al desarrollo educativo, cultural, científico y tecnológico de Costa Rica. La Fundación asienta sus actividades sobre la base de recursos propios y aportes del Estado, y en una red de colaboradores nacionales e internacionales. A través de sus programas: Informática Educativa, Red de Telemática Educativa e Informática para Todos, la Fundación ha beneficiado a un millón de perso-

nas, entre niños y niñas, docentes y comunidades.

El Programa de Informática Educativa MEP-FOD (PIE-MEP-FOD) constituye una propuesta innovadora para la introducción de las computadoras en la educación. Opera desde 1988, comparte su ejecución con el Ministerio de Educación Pública y tiene presencia en los 81 cantones del país. En las zonas urbano-marginales y rurales, 383 escuelas públicas cuentan con laboratorios de informática educativa, 69 de ellas son escuelas unidocentes. El PIE beneficia anualmente a 225,000 niños y niñas de preescolar a sexto grado. Uno de cada dos escolares de escuelas públicas es beneficiario de este programa.

Esta iniciativa ha tenido impactos que trascienden el territorio nacional y entre los principales factores que inciden en el éxito alcanzado están: el papel del docente como eje fundamental del programa, el respaldo garantizado tanto en lo conceptual como en la investigación, la proyección hacia las comunidades, el énfasis en la creatividad y el desarrollo cognitivo y la preeminencia de lo educativo sobre lo tecnológico, la flexibilidad administrativa y la estabilidad en el flujo de recursos.

Por otro lado, la Red Telemática Educativa (RTE) es una iniciativa de telecomunicaciones para el mejoramiento e innovación del proceso educativo. Fue creada por la FOD en 1994 y da capacitación y apoyo a los docentes involucrados en el PIE. Mediante la RTE, estudiantes y docentes pueden navegar en Internet, crear páginas web, importar recursos tecnológicos (*software*, imágenes, otros), realizar teleconferencias y participar en foros nacionales e internacionales de discusión. Un novedoso proyecto dentro de la RTE es la producción de una revista electrónica, cuyo consejo editorial está compuesto por niños y niñas de 6 a 13 años.

El Programa de Informática para Todos (PIT) nació en 1989 como una proyección de la FOD a las comunidades. A través de este programa se ha ampliado el acceso a la informática para numerosos grupos de habitantes, con el propósito de aumentar su productividad e incidir sobre su calidad de vida. Tres son sus principales áreas de actividad: cultura general informática, aplicaciones de la informática y paquetes informativos sobre servicios públicos de interés nacional.

Finalmente, con motivo de la celebración del décimo aniversario de la FOD, se creó el Centro de Innovación Educativa, que procura la llegada expedita de los nuevos planteamientos a las aulas de la comunidad nacional, mediante una serie

de servicios de extensión, asesoría y producción de recursos educativos.

En diez años de experiencia acumulada, y con más de un millón de personas beneficiadas, la Fundación Omar Dengo es una muestra clara de que una de las metas del desarrollo humano sostenible, democratizar el acceso al uso de la tecnología, es un camino posible de transitar.

### El desafío de la habilitación social

En la presente década, el desempeño de la región ante el desafío de la equidad social es insatisfactorio. Las reformas en los sistemas de salud y educación, así como las nuevas oportunidades sociales generadas por las buenas prácticas, no alcanzan para revertir las arraigadas desigualdades sociales (Kanbur y Lustig, 1999) ni la extendida pobreza. Esta situación es preocupante por razones tanto políticas, como económicas y éticas. La persistencia de profundas brechas de equidad puede afectar la estabilidad política democrática, pues reduce la capacidad de las poblaciones para participar en los asuntos públicos (Sen, 1992; O'Donnell y Altimir, 1998). Estas desigualdades también inciden sobre el potencial de crecimiento económico y reducen la capacidad regional para una inserción inteligente en la economía internacional (CEPAL, 1991; BID, 1993). Desde el punto de vista ético, si hoy ningún grupo social o político en Centroamérica justifica la desigualdad social en nombre de la es-

tabilidad política y la seguridad nacional, tampoco tiene razón para tolerarla. Ahora que las guerras civiles han sido superadas, Centroamérica no debe olvidar que las profundas brechas de equidad fueron una de las causas de sus recientes tragedias.

El desafío regional es, siguiendo a Sen, crear condiciones para que los y las centroamericanas tengan un mínimo de habilitación social, es decir, de capacidad de funcionamiento en la vida social, económica y política (Vargas y Gutiérrez, 1998). Se trata de establecer el "piso" en cuanto a la inversión social en las personas, de manera que todas tengan, al menos, una dotación básica de instrucción, destrezas, nutrición y oportunidades de vivir una vida sana. Esfuerzos regionales en esta materia pueden complementar las acciones y responsabilidades que tiene cada uno de los países. Por un lado, pareciera evidente que si todos ellos han puesto en marcha reformas en sus sistemas educativos y de salud, la coordinación regional de estos esfuerzos y el establecimiento de vigorosos medios de intercambio y cooperación técnica permitirían establecer agendas comunes y reforzar áreas débiles. Por otra parte, en diversos países centroamericanos se ha acumulado importantes conocimientos y experiencias en políticas y programas sociales que, pese a su fácil acceso, no han sido empleados por otros gobiernos y sociedades. En muchos campos, los buenos estándares están aquí mismo, no en lejanas regiones.

### Notas

1 Sin embargo, llama la atención que Panamá y Costa Rica, países que hasta ahora han mostrado una mejor situación de la salud respecto al resto de la región, sean precisamente los que muestran mayores tasas de desnutrición de este tipo. Esto podría sugerir una subestimación en los demás países.

2 Este dato no es comparable con el de la tasa neta de incorporación a primer grado, pues incluye la población cubierta por el Proyecto de Educación Básica en Panamá (véase sección "Buenas prácticas en la búsqueda de una mayor equidad social").

3 Esta situación es también coincidente, aunque en menor magnitud, a la destacada en el Panorama Laboral 1997 de la OIT para un grupo más amplio de países latinoamericanos y del Caribe: "(en la década de los 90) en el conjunto de países aumenta la informalización y alrededor del 85% de los nuevos empleos se concentra en actividades informales" (OIT, 1997).

4 Para cada uno de los países centroamericanos existen estimaciones de pobreza por este método. Su comparación presenta algunos problemas, no sólo de carácter temporal (diferentes años de estudio), sino también, principalmente, de tipo metodológico, relacionados con la medición de los ingresos familiares y la construcción de las canastas básicas de alimentos. Sin embargo, dado el interés primordial de aproximar la magnitud del fenómeno en la región, se hará caso omiso de esos problemas.

5 Nótese que no se dispone de información para los dos países más poblados de la región, El Salvador y Guatemala, que tienen una alta concentración de pobreza.

6 Las estimaciones de CEPAL (1997) en dólares de 1987 reflejan un gasto público per cápita promedio para la región de US\$37.8.

7 Hacia 1995. Se desconoce el dato para Belice. Tomado de OPS (1998).

8 Estas iniciativas son parte del Proyecto de Educación Básica en Panamá, cuyo objetivo es elevar y mejorar la calidad y equidad de la educación.

---

*"En la relación Estado y sociedad, el papel del Estado es el de regulador, no se debe meter en cosas que hace la población, solo poner las reglas del juego y enfocar sus esfuerzos en atender a la población pobre. Lo menos que podemos esperar es un mínimo de oportunidades para todos los centroamericanos"*

INVESTIGADOR Y ACADÉMICO,  
GUATEMALA

---



---

*"Lo peor de la pobreza es que mina las potencialidades de nuestras naciones"*

ALEJANDRO MARTÍNEZ-  
CUENCA, NICARAGUA

---

**Capítulo 6**  
**El desafío de la equidad social**

Coordinador e investigador del capítulo: Pablo Sauma (Costa Rica).

Investigadores de la sección sobre las reformas de los sistemas educativos (excepto Costa Rica): Juan Bautista Arrién, de PREAL-UCA (Nicaragua), con el apoyo de Miguel de Castilla y Rafael Lucio Gil.

Investigadores de la sección de la salud en Centroamérica y las reformas a los sistemas de salud: José Antonio Pereira, del ISSS (El Salvador), con el apoyo de Ligia Eugenia de Nieto y Edgar Martínez.

Recuadro de CEPAL sobre cambio tecnológico y pobreza es colaboración de CEPAL-subse de México.

Recuadro sobre educación superior elaborado por el equipo técnico del Informe.