

**NACIONES UNIDAS  
COMISION ECONOMICA  
PARA AMERICA LATINA  
Y EL CARIBE - CEPAL**



Distr.  
LIMITADA

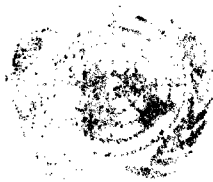
LC/MEX/L.342  
30 de octubre de 1997

ORIGINAL: ESPAÑOL



**GENERO, POBREZA Y SEGURIDAD SOCIAL EN CENTROAMERICA**

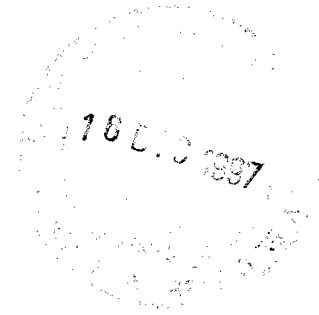
1954  
1955  
1956  
1957  
1958  
1959  
1960  
1961  
1962  
1963  
1964  
1965  
1966  
1967  
1968  
1969  
1970  
1971  
1972  
1973  
1974  
1975  
1976  
1977  
1978  
1979  
1980  
1981  
1982  
1983  
1984  
1985  
1986  
1987  
1988  
1989  
1990  
1991  
1992  
1993  
1994  
1995  
1996  
1997  
1998  
1999  
2000  
2001  
2002  
2003  
2004  
2005  
2006  
2007  
2008  
2009  
2010  
2011  
2012  
2013  
2014  
2015  
2016  
2017  
2018  
2019  
2020  
2021  
2022  
2023  
2024  
2025



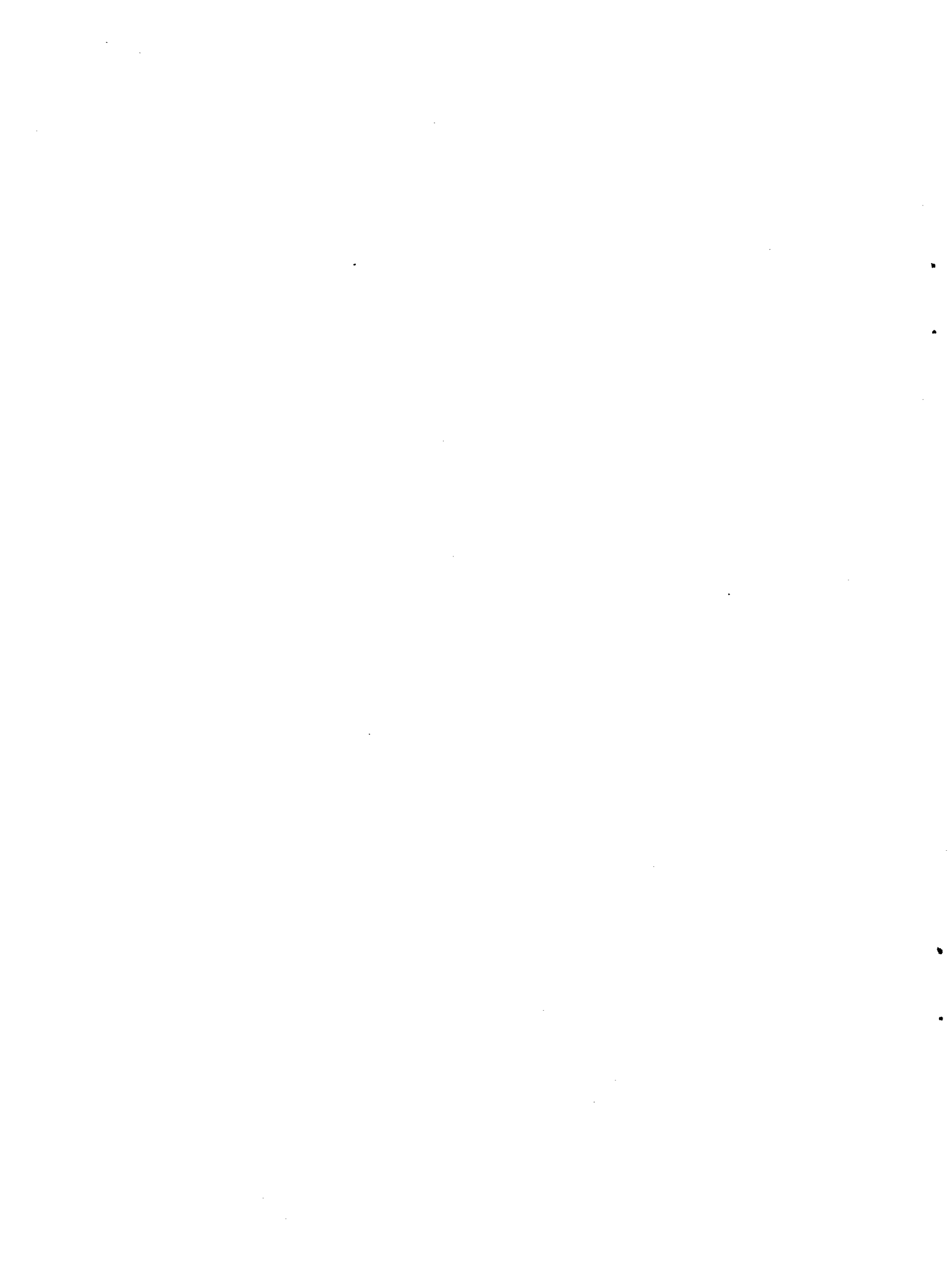
1954  
1955  
1956  
1957  
1958  
1959  
1960  
1961  
1962  
1963  
1964  
1965  
1966  
1967  
1968  
1969  
1970  
1971  
1972  
1973  
1974  
1975  
1976  
1977  
1978  
1979  
1980  
1981  
1982  
1983  
1984  
1985  
1986  
1987  
1988  
1989  
1990  
1991  
1992  
1993  
1994  
1995  
1996  
1997  
1998  
1999  
2000  
2001  
2002  
2003  
2004  
2005  
2006  
2007  
2008  
2009  
2010  
2011  
2012  
2013  
2014  
2015  
2016  
2017  
2018  
2019  
2020  
2021  
2022  
2023  
2024  
2025

1954 1955 1956 1957 1958 1959 1960 1961 1962 1963 1964 1965 1966 1967 1968 1969 1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979 1980 1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025

## INDICE



	<u>Página</u>
RESUMEN .....	1
I.    INTRODUCCION .....	3
II.   POBREZA Y GENERO EN CENTROAMERICA .....	5
1.  El impacto de la pobreza en las mujeres: un cuadro general .....	6
2.  Las tasas de participación femenina .....	7
3.  Las formas de inserción laboral de las mujeres .....	8
4.  Las disparidades de ingreso entre hombres y mujeres .....	9
III.  GENERO Y SEGURIDAD SOCIAL EN CENTROAMERICA .....	11
1.  Seguridad social, seguro social y género: Una primera aproximación en el caso centroamericano .....	11
2.  La mujer como beneficiaria de las instituciones de seguro social .....	13
3.  La salud en los programas asistenciales de bienestar social .....	22
IV.  PRINCIPALES AREAS DE ACCION HACIA LA EQUIDAD DE GENERO .....	27
1.  Areas de acción hacia la equidad de género en la generación de ingresos .....	27
2.  Algunas áreas de acción en las reformas de los sistemas de seguridad social .....	29
BIBLIOGRAFIA .....	31
<u>Anexo estadístico</u> .....	35



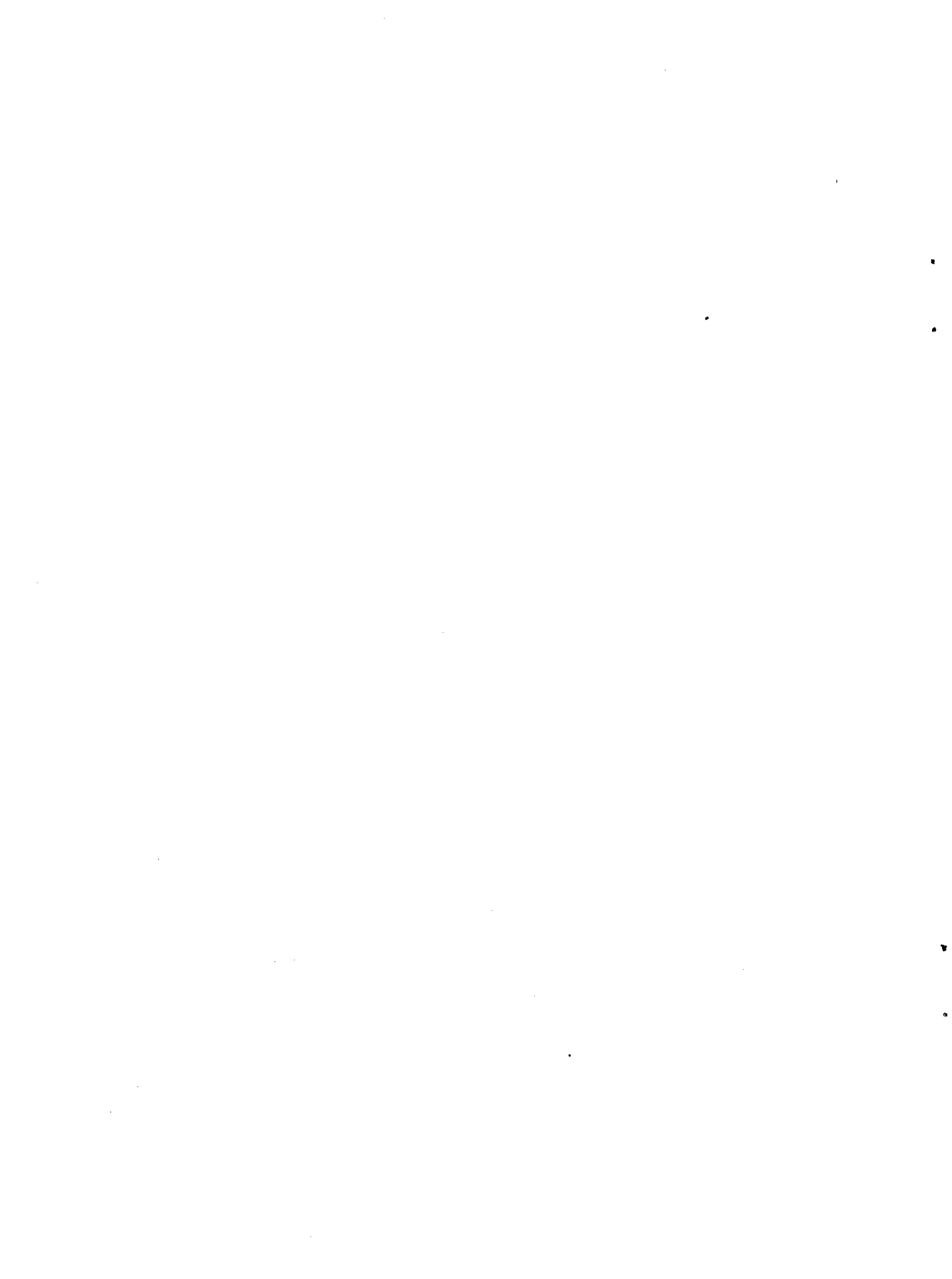
## RESUMEN

El propósito del presente estudio, circunscrito a los países centroamericanos, es examinar cómo la pobreza incide con mayor intensidad en las mujeres que en los hombres, y evaluar las acciones de los sistemas de seguridad social en términos de la corrección de esta brecha.

La desigual situación social de las mujeres, que restringe su acceso a los recursos productivos y a las oportunidades para mejorar las capacidades laborales, determina la mayor pobreza femenina. Una alta proporción de mujeres se insertan en ocupaciones de baja productividad y perciben ingresos —salariales y no salariales— bastante inferiores respecto de los varones. En países mayoritariamente pobres, como los centroamericanos —con la excepción de Costa Rica—, esta situación significa que alrededor de las tres cuartas partes de los hogares con jefatura femenina no alcance a cubrir sus necesidades elementales. La mayor proporción de mujeres entre las categorías ocupacionales de trabajadoras por cuenta propia, de empleadas domésticas y de trabajadoras familiares sin retribución, agudiza este problema.

Por su parte, los sistemas de seguridad social en Centroamérica muestran rasgos de inequidad más acusados que en otras regiones, por excluir de los programas integrales a sectores mayoritarios de la población (de nuevo, excepto Costa Rica). A estas inequidades se suman las diferencias adicionales en la atención de las necesidades de ambos sexos, en detrimento del femenino. En efecto, sólo el sector formal urbano —con baja presencia de mujeres— se beneficia de sistemas integrales de previsión que, pese a sus insuficiencias, son privativos de sus afiliados. Una parte de la población restante cuenta con la cobertura de programas "universales" de salud; otra parte, mucho menor, recurre a los de asignaciones familiares y de combate a la pobreza. Cabe subrayar que casi todos ellos privilegian la función reproductiva de la mujer, y en general se basan en una concepción tradicional sobre su papel en el hogar como dependiente económica. Por último, si bien es significativo el número de hombres y mujeres que quedan al margen de toda protección, la vulnerabilidad de éstas es mayor debido a las condiciones de subordinación que le impone su papel social.

Es preciso reformular el funcionamiento de los sistemas de seguridad social, incorporando una perspectiva de género que tome en consideración la desigual situación de hombres y mujeres a raíz de los papeles, normas y conductas social y culturalmente asignados. Es oportuno inducir estas transformaciones aprovechando las reformas en proceso de los sistemas de seguro social, que abarcan a los sectores más modernos y avanzados de la sociedad, y de los sistemas de salud, de mayor cobertura. Asimismo, se deberán examinar el alcance y los efectos de las políticas y programas gubernamentales en hombres y mujeres, de tal manera que se asegure un acceso igualitario de ambos sexos a los servicios y a los recursos productivos. Una mejor condición de las mujeres en la actividad económica entraña no sólo el libre acceso a ocupaciones de mayor productividad —con el desarrollo requerido de habilidades y servicios de apoyo—, sino también las retribuciones justas y equitativas.



## I. INTRODUCCION

La Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, creada en el seno del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC), cumple este año su quincuagésimo aniversario. En su esfera de acción se advierten avances alentadores: recomendaciones, convenciones y otros instrumentos han sido adoptados, sobre todo en los últimos años, para generar conciencia en la comunidad internacional y promover acciones que eliminen las diferencias de género. Sin embargo, en vísperas del siglo XXI persisten todavía múltiples formas discriminatorias en contra de la mujer; el reto es no sólo superarlas en el contexto de una economía globalizante, con sus sesgos y sus beneficios, sino también hacer que los adelantos lleguen a todas las mujeres.

Los derechos, preocupaciones y necesidades de las mujeres respecto de una mayor participación social y política han formado parte de la agenda de las sucesivas conferencias mundiales auspiciadas por las Naciones Unidas desde principios del decenio, <sup>1/</sup> y han sido retomados en la Plataforma de Acción adoptada en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995). Este documento constituye un compromiso para la acción de los gobiernos, principalmente, en las áreas identificadas como los mayores obstáculos para la igualdad entre hombres y mujeres.

Por su parte, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en su preocupación por lograr un desarrollo equitativo que tome en consideración las necesidades vitales del ser humano, ha procurado brindar una perspectiva latinoamericana y caribeña de los obstáculos que se oponen a este desarrollo.

Siguiendo esta orientación, la Sede Subregional de la CEPAL en México ha contribuido con sus aportes a estas acciones. La preocupación por una mejor integración de las mujeres al proceso de desarrollo la ha llevado necesariamente a tocar los temas de la especificidad de género en los mercados laborales de estos países, y es por eso que ha centrado su interés en la calidad de la inserción ocupacional de la mano de obra femenina. Un campo de investigación igualmente importante ha sido el de la educación y capacitación para el trabajo, en la convicción que la CEPAL comparte con otros organismos y gobiernos de que la inversión en capital humano es uno de los ejes centrales de la estrategia de superación de la pobreza.

En este mismo sentido se pretende abordar en estas páginas otro ángulo de la misma problemática: el de la pobreza y la seguridad social. La situación de pobreza es una experiencia diferente para los hombres que para las mujeres. El impacto de la pobreza en la población femenina tiene que ver, en gran parte, con las condiciones de subordinación y desigualdad a la que está sujeta por efecto de la división de papeles entre hombres y mujeres, social y culturalmente establecida. Así, la incidencia de la pobreza sobre las mujeres se relaciona con su "irregular" participación en el mercado de trabajo, generalmente en ocupaciones de baja productividad y mal remuneradas. A

---

<sup>1/</sup> Estas conferencias han sido las de medio ambiente y desarrollo (Río de Janeiro, 1992), de derechos humanos (Viena, 1993), de población y desarrollo (El Cairo, 1994), y de desarrollo social y pobreza (Copenhague, 1995).

esto se suma —siguiendo la regla general de la que no escapan las sociedades más avanzadas— el que el trabajo de las mujeres recibe un pago inferior al de los varones. Como resultado de estas desigualdades, a las mujeres les cuesta más salir de la pobreza, en especial cuando son jefas de hogar. En la primera parte de este documento se pretende ilustrar los distintos determinantes que convergen en esta situación de pobreza femenina.

Con la excepción de Costa Rica, sólo una parte menor de la población centroamericana está amparada por los sistemas de seguro social, que por definición son excluyentes. La mayoría depende del alcance y la eficiencia de los sistemas públicos de salud, o en ciertos casos de organizaciones humanitarias. Así, se estima de una manera muy gruesa que alrededor de un tercio de esta región se halla al margen de los sistemas públicos de salud y de cualquier red de protección que no sean las relaciones ancestrales de solidaridad familiar o comunal, sobre una base completamente informal.

Las mujeres tropiezan con mayores dificultades que los hombres para acceder a los beneficios del seguro social, en parte por su baja tasa de participación y en parte por no poder insertarse fácilmente en actividades formales, que son las que por ley deben adscribirse a estos sistemas. Con todo, se reconocen algunos elementos redistributivos internos de los sistemas de seguro social que las favorecen, como el derecho de una pensión mínima, superior a la que les correspondería por sus bajos ingresos y cotizaciones, y los beneficios que reciben, como dependientes, las esposas y las viudas, principalmente. Resulta significativo que sea considerablemente más elevado el número de viudas pensionadas que el de trabajadoras jubiladas. Existen, desde luego, indicadores que podrían interpretarse de un mayor bienestar de las mujeres, como la más elevada esperanza de vida al nacer, o las legislaciones del seguro social que favorecen a las viudas —y no a los viudos— en términos de pensiones. Pero detrás de ellos se esconden otras fuerzas que operan en sentido contrario y que tienden a ahondar y prolongar las condiciones de pobreza de las mujeres, que los sistemas de seguridad social no logran compensar. En apariencia, el telón de fondo de esta situación sería en gran medida cultural, en el sentido de que la concepción de los sistemas de salud y de seguridad social parte de la base de la función reproductora de la mujer y de su carácter dependiente económicamente. Las distintas manifestaciones que cobra esta situación se abordan en la segunda parte, donde se persigue hacer un balance de sus aspectos positivos y negativos.

Finalmente, sobre la base de las conclusiones recogidas a lo largo del estudio, se ofrece en la última parte una serie de posibles áreas de acción para cerrar la brecha de género de la pobreza, como objetivo de equidad legítimo y alcanzable. Las unas se dirigen a la preocupación plasmada en el Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y el Caribe, 1995-2001, 2/ por eliminar las desigualdades en el acceso al trabajo productivo y en las remuneraciones. Las otras, al redimensionamiento de los sistemas de seguridad social —que incluyen las reformas en proceso de los sistemas de seguro social— y de los programas contra la pobreza.

---

2/ Este Programa fue aprobado por los estados miembros de la CEPAL durante la Sexta Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y el Caribe, Mar del Plata, Argentina, septiembre de 1994.

## II. POBREZA Y GENERO EN CENTROAMERICA

En el ámbito latinoamericano y del Caribe, la subregión centroamericana destaca como una de las de más alta incidencia de la pobreza. Si el promedio latinoamericano de hogares bajo la línea de pobreza era de 39% en 1994, Honduras y Guatemala lo rebasan ampliamente, con 73 y 68%, en 1994 y 1986, respectivamente. Nicaragua, antes del desplome económico de los años ochenta y los primeros de los noventa, arrojaba 62% de hogares pobres; y El Salvador, según estimaciones nacionales recientes, habría reducido su índice a sólo 48%. (Véase el cuadro 1 en el anexo estadístico.) <sup>3/</sup>

En el hemisferio occidental, sólo Haití y las zonas rurales de Bolivia, sobre los que se disponen estimaciones de pobreza de otras fuentes, presentan cifras más críticas. <sup>4/</sup> En cambio, en el extremo opuesto, sobresale Costa Rica que, con 21% de hogares pobres, representa la excepción en Centroamérica, situación superada únicamente por Argentina y Uruguay.

Tanto las causas como la evolución de la pobreza en los países centroamericanos han sido ampliamente estudiadas. <sup>5/</sup> A los factores ancestrales de exclusión, sobre todo en las zonas rurales, se sumaron, en el decenio pasado, los efectos de los conflictos armados internos en tres naciones con sus consecuencias económicas y sociales a nivel regional, además de haber quedado trastocado el mapa demográfico de la región, con amplios contingentes de desplazados y refugiados, que pasaron a engrosar a los grupos vulnerables tradicionales: los niños, las mujeres, los ancianos, los minusválidos, los indígenas.

Por su parte, los efectos del agotamiento del modelo económico y de su gradual sustitución por otro orientado al mercado externo supuso la introducción de severos programas de ajuste estructural que afectaron mayormente a la población urbana, cuya pobreza e informalidad avanzaron con mayor intensidad en el decenio pasado.

---

<sup>3/</sup> Es importante remarcar que la información contenida en este cuadro, con la excepción de El Salvador y Nicaragua, es homogénea y, por lo mismo, comparable, en el sentido de que se siguió la metodología de las líneas de pobreza de la CEPAL a partir de las encuestas de hogares levantadas en los países. Se incluyeron las estimaciones de El Salvador y Nicaragua por ser pertinentes para un estudio sobre Centroamérica como éste, aun cuando no exista comparabilidad. En el caso de El Salvador, los resultados provienen de cálculos nacionales a partir de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, de 1995. En el caso de Nicaragua, de una estimación de la CEPAL de 1980, que posteriormente no pudo continuarse por falta de levantamiento de encuestas de hogares. En Nicaragua, tras una caída superior al 30% del PIB por habitante en los últimos 16 años, es previsible un porcentaje de hogares pobres e indigentes muy superior al indicado.

<sup>4/</sup> En efecto, el *Informe de Desarrollo Humano 1996* del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) consigna para Haití un 65% de pobreza de la población urbana y un 80% de la rural, y para Bolivia un 86% de la población rural, en ambos casos en 1990.

<sup>5/</sup> Véanse, entre muchas otras publicaciones nacionales y regionales, las elaboradas por la CEPAL (1983 y 1992).

La emigración hacia los Estados Unidos, en busca de mejores niveles de vida, se constituyó en la principal válvula de alivio de los mercados laborales, que en las pautas de reactivación económica del decenio de los noventa han encontrado rigideces para incorporar a una fuerza de trabajo de crecimiento aún sumamente dinámico. Por lo demás, pese a los refuerzos que han merecido las políticas de combate a la pobreza en los cinco países, las estructuras distributivas parecen haberse vuelto todavía más inequitativas, con una mayor concentración del ingreso en la cúspide, y la incidencia a la pobreza no parece haber cedido como se habría esperado.

### 1. El impacto de la pobreza en las mujeres: un cuadro general

Como se ha dicho, la situación de pobreza afecta de manera diferente a hombres y mujeres. Entre la población femenina se advierte una mayor incidencia de privaciones, dado que enfrenta por una parte la precariedad de los ingresos familiares y la falta de servicios sociales, y por otra las condiciones de subordinación que restringen el ejercicio de sus derechos y la toma de decisiones. Su posición en la sociedad la pone en desventaja en la actividad económica, donde tiene una menor tasa de participación, formas más desfavorables de inserción ocupacional, además de enormes disparidades de ingreso frente a la población masculina. Estas desventajas, que interactúan con la división desigual de los recursos y responsabilidades dentro del hogar, pesan más sobre las mujeres pobres y principalmente sobre aquellas que son jefas de familia.

Aun cuando la pobreza de las mujeres no se restringe a los hogares con jefatura femenina, ni todos los hogares con jefatura femenina son pobres, en este apartado se persigue darles una atención especial. Esto es así porque su número ha ido en expansión —particularmente en los países que tuvieron conflictos armados—, y también debido a su elevada incidencia entre la población de escasos recursos.

Cifras oficiales indican que la proporción de hogares con jefatura femenina en Costa Rica, Guatemala y Honduras oscila entre 22 y 25%, y que en éstos se presentan con mayor frecuencia las situaciones de indigencia. (Véase el cuadro 2.)

Si bien es cierto que las estadísticas nacionales registran un creciente número de mujeres como jefas de hogar, existe un consenso bastante generalizado de que las cifras oficiales no reflejan la realidad. Esto tiene que ver tanto con una limitada definición del concepto "jefe de hogar" como con una concepción profundamente arraigada en las sociedades centroamericanas acerca del patriarcado familiar, que lentamente empieza a modificarse. Fenómenos como la migración femenina a las ciudades, la migración predominantemente masculina al extranjero, el incremento de madres solteras, así como la desintegración familiar y la viudez femenina causadas por los conflictos armados en Guatemala, El Salvador y Nicaragua, han expandido el número de mujeres que están al frente del cuidado y mantenimiento de una familia. Información parcial disponible apunta que en El Salvador la proporción de hogares con jefatura femenina asciende a 57% entre las familias desplazadas por la guerra, que al dejar sus lugares quedaron sin tierra y sin ningún tipo de recursos (Gutiérrez Castillo, 1996), mientras que en Guatemala el conflicto armado dejó aproximadamente 50,000 viudas, una gran proporción de ellas de origen rural, y la mayoría mujeres jóvenes con hijos (Fundación Arias, 1993).

Los hogares con jefatura femenina son más vulnerables a raíz de la precaria inserción laboral que a menudo afecta a las mujeres que encabezan la familia. Ellas enfrentan dificultades para combinar las responsabilidades domésticas y el trabajo extradoméstico para obtener ingresos, ya que muchas no cuentan con la preparación necesaria ni con servicios sociales que apoyen sus necesidades. Por tal motivo, es más frecuente que los hogares pobres con jefatura femenina perciban ingresos menores, como se observa en Costa Rica, donde el 19% de los hogares con jefatura masculina reunía ingresos por debajo de la línea de pobreza, en tanto que esa proporción se elevaba a 28% en los de jefatura femenina. Esta diferencia se acentúa en las áreas rurales. (Véase el cuadro 3.)

En general, la pobreza de las mujeres se relaciona con el tipo de empleo al que tienen acceso en un mercado de trabajo claramente segmentado en ocupaciones masculinas y femeninas. Esta limitación perjudica en mayor grado a las mujeres del área rural, donde el número de ocupaciones laborales es más reducido y se presentan niveles entre dos y tres veces más altos de analfabetismo. Además, no se reconoce la participación de las mujeres rurales en las actividades agrícolas ni su derecho a la propiedad de la tierra, todo lo cual las coloca en una situación de mayor desventaja entre los pobres del campo.

Las condiciones de pobreza son más dramáticas aun para las mujeres indígenas. La población indígena centroamericana asciende a más de siete millones de habitantes, quienes tradicionalmente han estado marginados de los más elementales servicios básicos. Sus tasas de fecundidad, analfabetismo, desnutrición y mortalidad infantil son más altas que las del resto de la población, y a ello se agrega el problema de la comunicación, ya que habitan en poblaciones dispersas y de difícil alcance. A todo esto habría que añadir que una significativa proporción de las mujeres indígenas sólo habla la lengua de su etnia.

## **2. Las tasas de participación femenina**

Desde hace cuatro decenios se ha mantenido la tendencia al incremento de la participación laboral de las mujeres centroamericanas. De manera particular han influido en su aumento en el último decenio factores como la expansión de la pobreza, los conflictos armados, y un mayor acceso femenino a la educación.

Las tasas de participación femenina en la actividad económica representan la mitad de la de los varones en las zonas urbanas (40 y 80%, aproximadamente), y esta proporción se mantiene en todos los grupos de edad de 15 a 49 años. (Véase el cuadro 4.) La mayor tasa de participación femenina (54%) ocurre en el rango de edad de 25-34 años; ello significa que las mujeres permanecen en el empleo aunque estén ejerciendo su función reproductiva, lo cual evidentemente les crea dificultades por la falta de servicios públicos que apoyen el cuidado de los hijos. Las mujeres con 13 y más años de escolaridad presentan tasas de participación que duplican las de las mujeres con escasa o nula educación. (Véase el cuadro 5.)

Las mujeres participan principalmente en el sector servicios, que absorbe alrededor del 70% de la mano de obra femenina, y en una situación intermedia —alrededor del 20%— en las labores fabriles de las industrias manufactureras, en especial las maquiladoras. (Véase el cuadro 6.) La población femenina representa el 75% del personal ocupado en estas empresas, la mayoría de las

cuales se dedica a la elaboración de prendas de vestir. Entre las trabajadoras predominan las mujeres jóvenes (entre 15 y 24 años) y solteras, aunque una proporción significativa de ellas tiene hijos (CEPAL, 1994a).

En principio, la tasa de participación económica de las mujeres rurales sería casi marginal pues representa alrededor de la tercera parte o menos de la tasa de participación masculina (véase de nuevo el cuadro 4). En realidad, se sabe que tienen una presencia mayor en la economía campesina. Ahora bien, las características propias de su trabajo hacen invisible su aporte, que no se capta con las actuales herramientas de registro estadístico.

Las formas particulares que adopta la inserción ocupacional de las mujeres rurales va desde el cuidado de la huerta y animales domésticos, la elaboración de artesanías y la comercialización de estos productos, hasta su participación en las labores de siembra y cosecha de la parcela familiar. También es frecuente que su trabajo quede oculto en las formas de subcontratación familiar que utilizan las grandes fincas.

Algunos estudios señalan que las mujeres suelen trabajar en la agricultura casi la misma cantidad de días al mes que los hombres, pero no se reconoce como trabajo ni se remunera, y por lo tanto aparece como no significativo. Las siguientes palabras de una mujer campesina ilustran este trabajo intenso: "...sembramos, limpiamos la tierra, los hombres van chapodeando y las mujeres recogiendo la basura y la quemando, los hombres van sembrando y las mujeres abonando, los hombres tapizando y las mujeres recogiendo y llevándolos a guardar (en la milpa)" (Fundación Arias 1992 y 1993).

De igual manera, la participación laboral de las mujeres de los hogares pobres urbanos no aparece en los registros estadísticos oficiales. Esto obedece a que numerosas mujeres pobres realizan trabajo extradoméstico, y por su falta de experiencia y preparación laboral, generalmente se ocupan en actividades que son una extensión de sus labores domésticas: lavado de ropa, venta de comida, elaboración de artesanías, costura y tejidos típicos. A pesar de que las mujeres invierten tiempo y esfuerzo en esas ocupaciones y con ello contribuyen en forma significativa al ingreso familiar, por lo regular no son reportadas como actividades productivas. En cierta medida este subregistro podría explicar la baja proporción de hogares pobres en los que ambos cónyuges trabajan. (Véase el cuadro 7.) Otras razones podrían relacionarse con las mayores dificultades que enfrentan las mujeres pobres para encontrar empleo, dada su poca o nula escolaridad y la mayor fecundidad relativa que exhiben.

### 3. Las formas de inserción laboral de las mujeres

La estructura segmentada del mercado de trabajo condiciona la inserción laboral de hombres y mujeres, y es la base de las desigualdades que se producen entre ocupaciones masculinas y femeninas, y en los ingresos que unos y otras perciben.

En las zonas urbanas, la inserción de la PEA femenina tiende a concentrarse en categorías laborales de muy baja productividad —e ingreso—, como el servicio doméstico, el trabajo por cuenta propia y tareas familiares no remuneradas. En Guatemala y Honduras absorben a alrededor

de la mitad de la PEA femenina. En cambio, en Costa Rica predominan las asalariadas, tanto del sector público como del privado, que gracias a sus niveles más altos de instrucción suelen acceder a una mejor situación. La PEA masculina en los tres países considerados también es mayoritariamente asalariada, y los microempresarios y trabajadores por cuenta propia obtienen mejores posiciones que sus equivalentes femeninos. Las profesionales y técnicas muestran una participación semejante a la masculina, lo que estaría reflejando la creciente incorporación de las mujeres a la educación superior —a menudo de mayor escolaridad que los hombres—, así como una mayor apertura a su contratación. A su vez, la mano de obra masculina con menor instrucción —no profesionales ni técnicos— recibe una mayor aceptación tanto en empresas grandes como pequeñas. Finalmente, los hombres aparecen como empleadores en mayor número que las mujeres, lo que se explica por los obstáculos a que se enfrentan las mujeres para acceder a esta categoría de ingresos más elevados. (Véanse los cuadros 8 y 9.)

En el área rural las mujeres participan principalmente como familiares no remuneradas, asalariadas temporales y a destajo en las grandes plantaciones de productos de exportación, y como servicio doméstico y trabajadoras por cuenta propia. Es muy reducido el número de mujeres que poseen tierras, y más bajo aún el de aquellas que son empleadoras. (Véase el cuadro 10.)

El trabajo asalariado libera de condiciones de pobreza a una considerable proporción de hombres y mujeres, aunque también es muy marcado el deterioro del salario, por lo que percibirlo no es una garantía para salir de la pobreza. En Honduras, alrededor de un tercio de las empleadas públicas vive en situación de pobreza, aunque esta proporción es sustancialmente menor que la del resto de las ocupaciones. Su mejor situación relativa obedece, en parte, a ser beneficiarias de las mejores prestaciones de los subsistemas estatales de seguridad social (empleados públicos, del magisterio, etc.). En el sector privado de Guatemala y Honduras, entre 30 y 65% de las trabajadoras urbanas empleadas en establecimientos de más de cinco personas viven en condiciones de pobreza, y la situación es más grave para las empleadas domésticas. En las zonas rurales se reproducen estos patrones con mayor intensidad. (Véase el cuadro 11.)

En particular, las trabajadoras por cuenta propia son las más afectadas por la pobreza, tanto por las exiguas remuneraciones como por la carencia de un respaldo social.

#### **4. Las disparidades de ingreso entre hombres y mujeres**

Una regla general que opera en todas las formas de inserción ocupacional es la brecha de ingresos entre hombres y mujeres que desempeñan los mismos trabajos y tienen igual educación y experiencia. Esta desigualdad, que también se observa en los países industrializados, persiste en la región latinoamericana y del Caribe, pese a que en muchos países se han promulgado leyes sobre la igualdad de remuneración.

La diferencia salarial entre hombres y mujeres en Costa Rica y Honduras oscila en alrededor del 75% en las zonas urbanas. La brecha, sin embargo, se ensancha al incluir a los perceptores de otros ingresos —distintos de los salarios— porque con frecuencia están al margen de las legislaciones correspondientes y sujetos a otras condiciones. (Véanse los cuadros 12 y 13.)

En el área rural, los salarios de las mujeres son hasta 50% menores que los de los hombres, además de que son más inestables dada la precariedad del empleo agrícola. En general, las mujeres son contratadas con interrupciones, sólo por unos meses al año (Fundación Arias, 1993).

En suma, las disparidades salariales derivan de una discriminación basada en aspectos de tipo cultural que combina varios factores, como la diferente valoración del trabajo masculino y femenino, la segregación ocupacional, así como la menor oportunidad que tienen las mujeres para capacitarse y ocupar puestos de mayor jerarquía (CEPAL, 1994b).

### III. GENERO Y SEGURIDAD SOCIAL EN CENTROAMERICA

#### 1. Seguridad social, seguro social y género: una primera aproximación en el caso centroamericano

Es importante acotar, como punto de partida, que "la *seguridad* social, en su sentido lato, está formada por una vasta gama de políticas y mecanismos de bienestar, previsión y asistencia social, dirigidos a la población en general, si bien con énfasis en la más necesitada". La seguridad social protege por lo general casi a la totalidad de la población contra todos los riesgos sociales; depende de una gran diversidad de recursos financieros (incluida la tributación general); otorga beneficios más uniformes y unifica los servicios en una organización que integra o coordina los diversos programas (incluida la asistencia pública). Por ende, forman parte de ella muchas de las políticas orientadas a atenuar las manifestaciones de la pobreza, dado su carácter básicamente asistencial (Mesa-Lago, 1986).

Una parte de la seguridad social —en muchos países minoritaria— son las prestaciones de las instituciones de *seguro* social, tanto médicas como económicas, de las que sólo se beneficia la población afiliada —tanto con un carácter obligatorio como marginalmente voluntario— contra el pago de una prima. De hecho, "el seguro social tiende a limitar su cobertura a la fuerza de trabajo asalariada y a algunos de sus dependientes; se financia con contribuciones de los asegurados y los empleadores (y a menudo también del Estado); otorga beneficios relacionados por lo menos en parte con tales aportaciones, y se organiza en programas diferentes (a veces separados), cada uno referente a un riesgo social (el bienestar social o la asistencia pública se organizan normalmente en programas separados)" (Mesa-Lago, 1986).

Esta distinción es particularmente pertinente en el caso centroamericano. Con la salvedad de Costa Rica, en donde la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) tiene una cobertura prácticamente universal en salud y de alrededor de la mitad de la PEA en pensiones, los cuatro países restantes de la región se caracterizan por tener sistemas de seguro social inmaduros, de creación tardía y de una cobertura sumamente baja en ambos tipos de prestaciones. Esta cobertura, como es bien sabido, se centra generalmente en los trabajadores urbanos del sector formal, y aun así insuficientemente, y se complementa en alguna medida con la de otros subsistemas restringidos a estamentos de mayor representatividad económica o política, que a menudo ofrecen mayores y mejores prestaciones: se trata básicamente de los empleados públicos —fuerzas armadas y magisterio— y los empleados bancarios (CEPAL, 1995).

La población no amparada por las instituciones de seguro social tiene que confiarse a los servicios básicos de salud y maternidad que ofrecen los ministerios y otras entidades públicas de sus países respectivos como parte de sus programas de orientación universal. Pero esta universalidad es sólo relativa, causa de la evidente insuficiencia de los recursos financieros que estos países destinan a la salud, además de las severas limitaciones de su capacidad organizativa y de la baja eficiencia consecuente. La inaccesibilidad de poblaciones rurales dispersas y aisladas y las resistencias de grupos étnicos a modelos de salud que consideran a menudo extraños, se cuentan también entre los obstáculos.

El sector privado lucrativo orienta sus servicios médicos a los sectores de ingresos medios y altos, generalmente urbanos, mientras que la multiplicidad de organizaciones humanitarias, entre ellas iglesias y organizaciones no gubernamentales (ONG) —internacionales o nacionales—, a veces con el apoyo de la cooperación externa, tiende a concentrarse en atender por lo menos las necesidades básicas de salud de la población pobre. Aun así, excluyendo nuevamente a Costa Rica, se estima que una tercera parte de la población centroamericana vive —y muere— por completo al margen de los sistemas de salud, constituyéndose en una de las manifestaciones más fehaciente de la profunda inequidad social vigente (CEPAL, 1994c).

En materia de prestaciones económicas —a falta de pensiones, un mínimo de subsistencia a la población de bajos recursos—, no existe siquiera un equivalente a la dotación primaria de salud en ninguno de estos cuatro países. Es en las redes de solidaridad familiar y comunal en donde descansa la mayoría de la población desprotegida ante contingencias tales como la enfermedad y la muerte. En Costa Rica destaca excepcionalmente el seguro no contributivo que administra la CCSS, apoyándose en recursos generales, que está destinado a cierto tipo de integrantes de los grupos en extrema pobreza —viudas de cierta edad sin ningún ingreso y niños con parálisis cerebral—, prestación mínima, por lo demás, que en la región latinoamericana sólo encuentra en Chile un paralelo, y en Cuba dentro de un esquema distinto. Los gobiernos centroamericanos intentan cubrir, en la medida de sus posibilidades y de su vocación social, las necesidades básicas de sobrevivencia de grupos vulnerables, mediante los distintos programas de subsidios que se centran en ayuda alimentaria, con énfasis en madres lactantes y escolares. En este campo la cooperación bilateral y multilateral tiene una significativa presencia. Sin embargo, las debilidades de estos programas saltan a la vista merced a los elevados índices que se siguen registrando de muertes de madres y de infantes por insuficiencias de atención en el parto, niños con bajo peso al nacer y, en general, de desnutrición y mortalidad infantiles.

A las inequidades de estos sistemas se suman las desigualdades de género que determinan las posibilidades y modalidades de acceso a las distintas prestaciones de la seguridad social. Las instituciones y programas de seguridad social han partido de un esquema tradicional que reproduce las diferencias de los papeles socialmente asignados a hombres y mujeres. Por ello, los programas relativos a la mujer, tanto para afiliados de las instituciones de seguro social como en general los programas de salud y maternidad, se centran en la función reproductiva de la mujer y la crianza de los niños.

La creciente incorporación de la mujer al proceso económico y la elevada proporción de mujeres jefas de hogar en Centroamérica han supuesto algunos cambios de actitud y de la naturaleza misma de las prestaciones. Las mujeres adscritas al sector formal, afiliadas al seguro social, gozan de las mismas prestaciones que los trabajadores varones, además de las relativas a la maternidad. <sup>6/</sup> Incluso parecen tener beneficios adicionales, como una jubilación más temprana que los hombres —y más larga, por su mayor longevidad—, aunque sobre una base contributiva

---

<sup>6/</sup> A diferencia de otros países, en Centroamérica las instituciones de seguridad social no proveen a las madres apoyos para descargar sus funciones de cuidado de los hijos, como las guarderías. Estas funciones, por lo demás, difícilmente las pueden compartir con los padres, quienes consideran a estas tareas como privativas de las mujeres.

mucho menor, por el efecto de sus percepciones más bajas y su mayor discontinuidad laboral, lo que redundaría en pensiones inferiores, normalmente limitadas por un mínimo establecido. Las esposas o compañeras —como dependientes— gozan en todos los países de pensión de viudez, lo que apenas recientemente empezó a ocurrir a la inversa —y muy parcialmente—, con los viudos.

Las mujeres que no están protegidas por las instituciones de seguro social ni como esposas o concubinas ni como trabajadoras —que, se reitera, son la mayoría— tropiezan con dificultades más grandes que los varones en el acceso a los programas de seguridad social.

Las causas principales de estos obstáculos se centran en las desigualdades de género que suscitan asimetrías —institucionalmente estructuradas— que a menudo se extienden, más allá del acceso, al control sobre los recursos vinculados a la salud. <sup>7/</sup> Otras razones que influyen son las relacionadas con la frecuente ignorancia —la incidencia del analfabetismo es mayor entre ellas—, distintas formas de autolimitación por razones culturales y barreras lingüísticas.

A continuación se presentan los rasgos más característicos de la situación de las mujeres cubiertas por las instituciones de seguro social —tanto afiliadas directamente como beneficiarias de los trabajadores varones afiliados—, y en un segundo término se abordarán los de los programas que atienden al resto de la población femenina.

## 2. La mujer como beneficiaria de las instituciones de seguro social

Los sistemas de seguro social que fueron conformándose en Centroamérica desde inicios del decenio de los cuarenta constituyen un mosaico bastante heterogéneo de madurez, cobertura y calidad y cantidad de prestaciones.

El espíritu que en general ha animado a los institutos de seguro social —en Centroamérica y en otras partes— es el de dar cumplimiento a los objetivos que la Organización Internacional del Trabajo (OIT) define como: "La protección que la sociedad provee a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, para evitar el padecimiento económico y social que de otra manera tendrían que enfrentar por la suspensión o disminución de sus salarios a causa de enfermedad, maternidad, o desempleo, accidentes de trabajo, invalidez, vejez y muerte" (OIT, 1984).

El esquema que siguieron, como prácticamente en todas partes, consistió en favorecer a la población asalariada urbana (de actividades fabriles emergentes y de servicios) y con un financiamiento a base de una contribución tripartita, a cargo de los propios trabajadores, los empleadores y el Estado.

---

<sup>7/</sup> Sobre este aspecto, se reconoce que "la contribución de las mujeres al desarrollo de la salud de sus familias y comunidades no goza de justo reconocimiento ni de apoyos sociales; y que las mujeres siguen constituyendo una exigua minoría en los niveles altos de decisión, autonomía, ingreso, prestigio y remuneración de este sector, pese a la composición mayoritaria y crecientemente femenina del sector salud" (Gómez, Elsa, 1994).

En sus grandes líneas el esquema de protección que ofrecen los institutos del seguro social es prácticamente similar en los cinco países centroamericanos, con sus diferencias relativas de cantidad y calidad de las prestaciones. Consisten básicamente de los siguientes programas:

- a) Enfermedad-maternidad, que incluye dos tipos de prestaciones:
  - i) Servicios médicos, quirúrgicos, farmacia y laboratorio, y
  - ii) Prestaciones económicas en caso de incapacidad por enfermedad o maternidad;
- b) Riesgos profesionales (en algunos países este programa forma parte del anterior mientras que en Costa Rica lo administra una institución distinta). Incluye también servicios médicos y pensión por incapacidad para continuar en el trabajo, y para sobrevivientes en caso de muerte del accidentado;
- c) Invalidez, vejez y muerte otorga pensiones por vejez y por invalidez de la persona asegurada y a los sobrevivientes del asegurado fallecido. También brinda protección a las personas pensionadas en el programa de enfermedad-maternidad.

Además de los institutos del seguro social, operan en los países diversos subsistemas de pensiones que protegen a sectores específicos de asalariados, como los empleados públicos y del magisterio —en donde existe una alta participación femenina—, y los de las fuerzas armadas, entre otros.

Como se ha mencionado, los institutos del seguro social en Centroamérica muestran diferencias importantes en cuanto a su grado de desarrollo. En El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua presentan características muy similares; entre otras, su creación tardía en el contexto regional y su baja cobertura. En el otro extremo, la Caja Costarricense de Seguro Social comparte rasgos de otros institutos que han alcanzado un alto grado de desarrollo en la región —y fuera de ella—, al haber ido ampliando gradualmente su cobertura a ciertos sectores informales urbanos, como el servicio doméstico, y a amplios sectores rurales (CEPAL, 1995, Mesa-Lago, 1992).

Así, en los países centroamericanos —con la excepción de Costa Rica—, la baja cobertura implica la exclusión de la mayoría de la población, con una alta correlación con los hogares por debajo de la línea de pobreza. La cobertura del seguro social en Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua es de las más exiguas de América Latina y el Caribe. (Véase el cuadro 14.)

Los excluidos provienen fundamentalmente de los grupos de población no asalariada inserta en ocupaciones en su mayoría informales, que son las de mayor crecimiento en la actualidad. Asimismo, la población excluida es la rural y sobre todo la indígena, ocupada en ramas tradicionales, que a consecuencia de un empobrecimiento secular padecen una situación de acumulados déficit en salud y nutrición.

Entre la población económicamente activa que no recibe protección de las instituciones del seguro social, se cuenta una importante proporción de la fuerza de trabajo femenina, que en Centroamérica ha mantenido un elevado crecimiento en los últimos decenios. Sin embargo, no ha habido una correspondencia entre el incremento de su participación en el trabajo remunerado y su

afiliación al seguro social por efecto de su inequitativa inserción en el mercado laboral, aun cuando también influye la más frecuente intermitencia de su vida económicamente activa. Como resultado, las mujeres tienen una presencia proporcionalmente mayor que los varones dentro de estos sectores excluidos, salvo en el de los trabajadores agrícolas.

En los últimos años, casi en todos los países se han creado condiciones para la afiliación voluntaria de los trabajadores independientes o por cuenta propia al seguro social; no obstante, la información disponible muestra que es muy baja esta afiliación, en buena medida por la imposibilidad de hacer frente a las primas requeridas.

#### **a) Las desigualdades de género: aspectos generales**

Existe una conciencia bastante extendida acerca de las grandes carencias y las inequidades que mantienen —o que ahondan— los sistemas del seguro social. Con todo, no se han destacado suficientemente las desigualdades de género que afectan a las mujeres dentro del sistema, que es necesario identificar para introducir propuestas de cambio en las reformas que actualmente se están llevando a cabo en los sistemas de seguro social.

Puede parecer que no existen tales desigualdades porque en teoría el sistema se ha encargado de proteger el bienestar de las mujeres, no sólo como trabajadora afiliada, sino también como esposa o concubina del trabajador asegurado. Esta protección abarca tanto lo concerniente a salud en general y a su función reproductiva, mediante el seguro de enfermedad-maternidad, como a su papel de esposa o compañera dependiente, a través del régimen de pensiones por accidente de trabajo, invalidez o muerte del trabajador afiliado.

En el programa de maternidad, las mujeres reciben atención médica hospitalaria, tanto las afiliadas como las cónyuges o compañeras del asegurado. Las primeras, además, gozan de una licencia de maternidad por un período aproximado de tres meses (cuatro meses en la Caja Costarricense del Seguro Social), y el pago de su salario durante ese tiempo en un porcentaje que varía del 50% en Costa Rica al 100% en Guatemala. En el caso del seguro de invalidez, vejez y muerte, las cónyuges o compañeras reciben una pensión por viudez que representa entre 40 y 60% de la pensión que recibía o habría recibido el asegurado. Las pensiones por viudez han registrado un predominio femenino: como se mencionó, hace unos pocos años que los viudos —inválidos o ancianos— comenzaron a ser acreedores a esta pensión.

La concepción de estos programas se basó no sólo en una visión de fomento al desarrollo fabril en las ciudades, sino que se tomó como base a familias de jefatura masculina en las que la mujer, dependiente económica, tenía preponderantemente un papel reproductor. La creciente participación de las mujeres en la vida económica activa en sociedades desarrolladas ha cambiado gradualmente este concepto. En Centroamérica, estos cambios se han producido con grandes retrasos, pues primeramente las prestaciones sociales se ofrecieron exclusivamente al asegurado, y dependiendo del país se fueron extendiendo a la esposa, pero no en prestaciones de salud sino sólo

en prestaciones de maternidad. Luego se generalizaron las prestaciones de salud. 8/ Incluso, también según el país, fueron incluyéndose a los menores de hasta una cierta edad —de dos a seis años—, mucho más temprana que en otros países, con la consecuente presión sobre los padres —particularmente sobre las madres— en caso de enfermedad.

Las mujeres tenían un papel menos activo en la economía cuando el sistema de seguridad social se empezó a instaurar en unos pocos países de América Latina en los años treinta. En particular, los convenios de la OIT que se ocupaban del trabajo de la mujer, hasta 1950 lo hacían con un enfoque fundamentalmente protector, por lo que es posible considerar que los programas del seguro social tuvieran también ese mismo enfoque. Por lo tanto, a raíz del incremento de la participación de la mujer en la fuerza laboral y como cotizante en el seguro social, comienzan a manifestarse concepciones que implícitamente cuestionan el enfoque tradicional de la seguridad social. Pero, en realidad, las diferencias en la inserción ocupacional y en los ingresos entre hombres y mujeres plantean una inequidad de base que las prestaciones económicas de los institutos de seguro no han logrado atenuar.

#### **b) El acceso de las mujeres al programa de enfermedad-maternidad**

La escasa cobertura de los institutos de seguro social —con la excepción de Costa Rica— determina las insuficientes prestaciones de enfermedad para la población afiliada y de maternidad para las esposas o compañeras y para las trabajadoras. Como esposas o compañeras, las mujeres están sujetas a la estabilidad de sus relaciones maritales y, desde luego, de la inserción de sus maridos o compañeros en empleos amparados por el seguro social. Como trabajadoras, la inequidad de género en la cobertura del seguro social deriva primeramente de su precaria inserción laboral, que significa ocupación subordinada, bajos salarios, nula capacitación y ausencia de prestaciones sociales.

No se cuenta con suficiente información desagregada por sexo que permita hacer comparaciones y examinar la situación de las mujeres como beneficiarias de las instituciones del seguro social; sin embargo, los pocos datos disponibles permiten apuntar que su afiliación es baja en relación con la de los hombres, pese al marcado incremento de la PEA femenina en los últimos decenios.

Un indicador aproximado del acceso desigual a la cobertura es la distribución por género de la población asalariada, que es la que mayoritariamente ampara el seguro social. Como se mencionó en la sección anterior, en países preponderantemente pobres, como Guatemala y Honduras, la proporción de la PEA asalariada femenina es menor que la masculina, aun considerando dentro de la primera el servicio doméstico (véase nuevamente el cuadro 8).

---

8/ En Guatemala (IGSS, 1960) este programa se reglamentó como "protección materno-infantil", y en El Salvador durante 25 años la esposa o compañera del asegurado sólo tuvo derecho a prestaciones médicas y en especie por maternidad, hasta que en 1980 se extendió la cobertura para que pudiera hacer uso de los servicios médicos por otras causas (ISSS, 1995). El Instituto Hondureño del Seguro Social en la actualidad sólo cubre a la esposa o compañera en caso de maternidad.

Además, la fuerza de trabajo femenina asalariada se concentra en ocupaciones carecen de protección laboral y sufren de un alto grado de inestabilidad. Por tal motivo, la afiliación de las mujeres al seguro social —cuando efectivamente ocurre— con frecuencia se da en forma discontinua e irregular, lo que afecta su bienestar no sólo por la suspensión de los servicios que ofrece la seguridad social, sino principalmente porque reduce sus posibilidades de alcanzar una pensión decorosa para su vejez, sobre todo en un sistema de capitalización individual.

Es probable que por la vulnerabilidad de estas condiciones de trabajo, las mujeres estén más expuestas al grave problema de evasión —ya sea por subdeclaración de cuotas o por escamoteo del registro de trabajadores—, que afecta a las instituciones del seguro social. En un estudio exploratorio, la Caja Costarricense de Seguro Social descubrió que los índices más elevados de evasión por subdeclaración de cuotas pertenecían a tres ramas de actividad que son a la vez las de mayor volumen de cotizaciones: servicios, comercio e industria manufacturera. Dentro de la rama industrial, uno de los principales evasores es el sector fabricación de prendas de vestir, excepto calzado, el cual, según los datos estadísticos de esa institución, emplea el mayor número de trabajadores en la industria manufacturera, 68% de los cuales son mujeres (Acuña y Angulo, 1996). Por otra parte, es conocido el hecho de que las trabajadoras de las maquiladoras se ven afectadas por la evasión por subregistro, ya que es práctica de algunas empresas no cubrir las cuotas al seguro al menos los primeros tres meses que se emplea a las obreras porque "están a prueba".

Desafortunadamente, no existe una vigilancia eficiente por parte de las instituciones del seguro social para enfrentar este problema, que además ha sido poco documentado, sobre todo en cuanto al número y tipo de trabajadores, hombres y mujeres, que afecta.

Otro factor que restringe el acceso de las mujeres a la cobertura del seguro social es su elevada participación en los sectores excluidos del sistema del seguro social —agrícola, cuenta propia y servicio doméstico—, que es donde se inserta la población más empobrecida. Casi en todos los países las mujeres son mayoría entre los trabajadores por cuenta propia, los domésticos y los no remunerados. Sobre todo los dos primeros han sido refugio del gran número de mujeres que migraron del campo a la ciudad en busca de mejores condiciones de vida, y de las que tuvieron que incorporarse al mercado laboral para incrementar los ingresos familiares, fuertemente disminuidos durante los años de crisis y de ajuste estructural.

Si bien en los últimos años la mayoría de los países ha tratado de incluir en la cobertura del seguro social a los trabajadores independientes y por cuenta propia mediante un régimen facultativo o voluntario, la afiliación de éstos es muy baja. En El Salvador sólo 4% de la PEA informal estaba cubierta en 1991, y en Costa Rica en 1995 la proporción alcanzaba 21% en el programa de enfermedad-maternidad, pero sólo 2.2% en el de pensiones. Estos bajos niveles de afiliación tienen que ver con las condiciones de subsistencia que caracterizan a la mayoría de los trabajadores independientes de los países centroamericanos, para quienes es muy difícil pagar una contribución entre dos y cuatro veces más alta que la aportada por los asalariados. (Mesa-Lago, 1992)

Por su parte, la mano de obra femenina ocupada en el trabajo doméstico, que representa entre 10 y 17% de la PEA femenina en los países centroamericanos, únicamente tiene cobertura en dos países: Costa Rica (desde 1973) y El Salvador (1989, sólo en el programa de pensiones). En Costa Rica, que es donde más se ha difundido su obligatoriedad, solamente representa 1% de la población

afiliada a la Caja de Seguro Social. En general, la cobertura del trabajo doméstico tiene pocas probabilidades de crecimiento debido a las características de las trabajadoras, una gran parte de las cuales son migrantes y cambian de empleador con frecuencia.

Finalmente, un aspecto significativo para las familias de los asegurados, y en particular para las mujeres, que siguen siendo las responsables principales del cuidado de los hijos, es la falta de cobertura de enfermedad de los hijos de seis años y más, tal y como ocurre en El Salvador, Guatemala y Honduras.

### **c) El programa de riesgos profesionales**

El programa de riesgos profesionales es uno de los de mayor obligatoriedad en el sistema del seguro social y protege, mediante servicios médico-hospitalarios y un esquema de pensiones, las consecuencias de accidentes de trabajo y enfermedades derivadas de la ocupación. La misma concepción de este programa hace que aparezca un sesgo de género más acentuado: se pone un mayor énfasis en los accidentes de trabajo, donde los hombres tienen una alta participación por el tipo de ocupaciones que desempeñan, y una menor preocupación por las enfermedades que se originan en el proceso de trabajo, lo cual se relaciona más con los riesgos derivados de las actividades laborales de las mujeres. Información del Instituto Hondureño del Seguro Social sobre la incidencia de accidentes de trabajo entre hombres y mujeres muestra que los primeros tienen una incidencia del 90%, es decir, que de cada 10 accidentes de trabajo las mujeres sólo se ven involucradas en uno.

No se registran los riesgos de trabajo propios de las mujeres. En la región centroamericana, el ejemplo más notable es el de las mujeres que trabajan en las maquiladoras, quienes son sometidas a largas e intensas jornadas de trabajo, en locales poco adecuados y bajo condiciones de explotación. Estas trabajadoras han desarrollado alergias y enfermedades respiratorias por el polvillo de los textiles y enfermedades como flebitis, infección renal, problemas de la columna y otras, ninguna de las cuales se registra como riesgos del trabajo. En Honduras se ha detectado un gran número de casos de trabajadoras de las maquilas que padecen de infecciones urinarias debido a las limitaciones impuestas para ausentarse momentáneamente de sus labores para poder alcanzar las elevadas cuotas de producción que les exigen cumplir.

En el área de seguridad e higiene del trabajo, en efecto, se da escasa atención a las condiciones de trabajo de las maquiladoras, a las que algunos países consienten cierta holgura en la aplicación de la legislación laboral, con tal de que se establezcan en su territorio y generen empleos.

### **d) Los regímenes de pensiones**

Es importante recordar que el contexto general en el que se desenvuelven los sistemas de pensiones en la región es el de una crisis financiera, que se ha traducido en la marcada caída real de las prestaciones, al grado de que éstas no garantizan a sus beneficiarios escapar de condiciones de pobreza. En otros países el envejecimiento de la población ha sido el factor principal de esta situación, pero en Centroamérica ha influido el enorme rezago de los aportes gubernamentales —la

"mora"—, en años de dificultades fiscales, así como en ciertos países los rezagos patronales e incluso las evasiones de los propios afiliados (CEPAL, 1995).

En todo caso, al igual de lo que ocurre con las otras prestaciones, en Centroamérica hay diferencias notables de un país a otro en los sistemas de pensiones, sobre todo en cuanto a monto de las prestaciones económicas, requisitos y población que cubren. La Caja Costarricense de Seguro Social ostenta la cobertura más amplia: 65.7% de la PEA asalariada, además de ser el único país en ofrecer un régimen no contributivo a grupos de población indigentes que, aunque modesto en sus alcances, representa un alivio. Sin embargo, en los demás países las deficiencias son notorias tanto por su bajo porcentaje de población cubierta (véase de nuevo el cuadro 14), como por la estrechez de las pensiones.

Tradicionalmente, la edad de retiro de los hombres (65 años) era mayor que la de las mujeres (60 años). Una de las áreas de reforma de los actuales sistemas de reparto ha sido precisamente la homologación entre ambas, además de su postergación en algunos países, como medidas actuariales para la preservación de los flujos de caja y de los niveles de reservas. En la actualidad esta edad se ha homologado a 65 años en Costa Rica y Guatemala y a 60 en Nicaragua. En cambio, en El Salvador y Honduras persiste la diferencia.

Se ha discutido extensamente la cuestión de una edad diferente para hombres y mujeres. Por un lado, se propugna la igualdad de trato entre hombres y mujeres también en este campo. Pero, por el otro, está presente la preocupación por compensar de alguna manera la doble jornada de las mujeres. Al respecto, en un estudio de la OIT se establece que: "en muchos países, las mujeres gozan del derecho a percibir prestaciones de vejez a una edad inferior a la de los varones. Esto no necesariamente constituye una ventaja puesto que, en los casos en que la cuantía de la pensión se fija en función de la duración del seguro, las mujeres son acreedoras a pensiones menos elevadas que los hombres, a no ser que se prevean en su provecho medidas correctivas, por ejemplo, en lo concerniente, según los sistemas, al coeficiente de acumulación o al número de años considerados como constitutivos de un período de seguro completo" (OIT, 1989). Además, tal y como se ha documentado en diversos estudios, el hecho de tener una vida más larga no significa que las mujeres gocen de un mayor bienestar, ya que están expuestas a una fuerte prevalencia de enfermedades crónicas no mortales (OMS/OPS, 1983).

El porcentaje del sueldo base que reciben los asegurados como pensión de vejez es semejante en todos los países (40%), y lo mismo puede decirse del número de cotizaciones exigibles a un trabajador o trabajadora para hacerse acreedor(a) a la pensión de vejez (aproximadamente 15 años de servicios).

En síntesis, la desigualdad de género en el régimen de pensiones se manifiesta de dos maneras:

i) Una menor proporción de mujeres que de varones tiene la oportunidad de cubrir el número de cuotas requerido para alcanzar la pensión de vejez, debido por una parte, a la mayor inestabilidad de los trabajos en los que se insertan y, por la otra, a la función simultánea que cumplen como responsables del hogar y la familia, la cual dificulta de diversas maneras su trayectoria laboral, y

ii) El monto de las pensiones que reciben las mujeres es menor que el de los hombres a consecuencia de que éstas se calculan en forma proporcional al ingreso del asegurado que, como se vio en la sección anterior, el de las mujeres es menor que el de los hombres.

En cuanto al primer aspecto, la única información por género disponible, que se refiere a Costa Rica, confirma que las mujeres que llegan a beneficiarse de una jubilación por vejez no representan más que 22% del número de hombres, tal como se infiere del cuadro 15. Esta tasa es marcadamente inferior a la participación femenina urbana dentro de la PEA ocupada (40%).

Sin embargo, un posible atenuante de esta situación es el "premio" que las dependientes de los jubilados reciben al morir éstos —la viudez—, como pago por sus labores tradicionales en el hogar y la crianza de los hijos. Resalta que en Costa Rica sea el triple el número de viudas pensionadas que el de jubiladas por su propio trabajo. También como dependientes se benefician más las mujeres que los hombres, al vivir más las madres que los padres ancianos, y al beneficiarse más las hermanas que los hermanos, que suelen insertarse más fácilmente en la vida activa. En todo caso, estos "atenuantes" son reflejo de la asignación cultural de papeles en función del sexo, y en su tratamiento en términos de la seguridad social.

En cuanto al monto de las percepciones, los regímenes de pensiones imperantes en Centroamérica —y en este caso de Costa Rica— han sido de reparto, que suponen ciertos elementos redistributivos entre afiliados, al garantizarse, por ejemplo, un monto mínimo de las pensiones. De esta forma, el diferencial entre las jubilaciones medias por vejez entre hombres y mujeres es solamente de 6%, en contra de las segundas, diferencial en realidad inferior al de sus ingresos. Esta situación indica que una proporción mayor de mujeres que de varones cotizaba en el seguro social sobre la base de ingresos cercanos al mínimo legal. <sup>9/</sup>

El otro factor que incide en que el monto medio de las pensiones femeninas en Costa Rica sea 25% inferior al de los hombres es la elevada proporción de dependientes: viudas, sobre todo, madres, hermanas, huérfanas, cuyas pensiones frisan en torno a la mitad de una jubilación normal, en el mejor de los casos. En Costa Rica es del orden de los 75 dólares y en otros países centroamericanos muy por debajo. Así, las pensiones no garantizan a sus beneficiarios poder de compra para adquirir la canasta básica ni, consecuentemente, escapar de condiciones de pobreza o bien de indigencia.

---

<sup>9/</sup> Un ejemplo de las disparidades en el ingreso de varones y mujeres, que se reflejan posteriormente en el monto de las pensiones, se puede observar entre los trabajadores del servicio doméstico que cotizan en el seguro de invalidez, vejez y muerte de la Caja Costarricense de Seguro Social. La masa cotizante, es decir, el total de los ingresos y salarios sobre los cuales se recaudan las contribuciones, en términos proporcionales es mayor para los hombres que para las mujeres, a pesar de que se trata de una ocupación donde las mujeres predominan. De esta manera, a las mujeres, que constituyen el 84% de este grupo de trabajadores, sólo les corresponde el 78% de la masa cotizante, mientras que a los varones, con una participación del 16%, se destina el 22% de esos ingresos. En todos los grupos de edad entre los 15 y los 64 años, los hombres perciben ingresos 50% más altos que los de las mujeres.

Estas desigualdades reflejan la situación inequitativa de las mujeres en el mercado laboral y en el núcleo familiar. Si bien entre los afiliados de los institutos de seguridad social existen algunos elementos compensatorios —los grupos de mayores ingresos suelen hacer transferencias implícitas a los de menores percepciones—, persiste una brecha de género originada por la concepción misma de la naturaleza de las prestaciones y por las posibilidades de acceso a ellas. Esta brecha se hace aún más evidente al considerar a la población —y dentro de ella a las mujeres— sin derechos de afiliación y que está al margen de esta protección, por mínima y defectuosa que sea.

**e) El sesgo de género en las actuales reformas al régimen de pensiones**

En la amplia discusión acerca de las ventajas e inconvenientes de las reformas a los actuales regímenes de reparto y su sustitución por cuentas de capitalización individual, se estima que son dos los factores que podrían afectar adversamente en mayor grado a las mujeres. El primero estriba nuevamente en el carácter excluyente del seguro social y el segundo en el sesgo de los cálculos actuariales en contra de las mujeres.

Con las reformas subsiste la menor probabilidad de que la población pobre, y en particular las mujeres, puedan acceder a una pensión que les asegure una vejez decorosa. Como se ha reiterado, una parte mayoritaria y creciente de la mano de obra femenina se encuentra en el sector informal, fundamentalmente en el sector por cuenta propia, por lo que quedarían excluidos como lo están en el sistema de reparto. Existen mínimas posibilidades de cotizar voluntariamente dentro del nuevo esquema que algunos de los países adopten, pues las mujeres no disponen de recursos para dedicar a la prevención de su vejez. En todo caso, podría ser más frecuente la previsión de la salud. En un gran número de casos, los magros ingresos sólo les permiten vivir al día (en Nicaragua, más del 80% de las mujeres gana menos de una canasta básica), por lo que el ahorro para la vejez no figura entre sus prioridades. Las condiciones de pobreza permanente les impide tener una cultura de prevención, como parecen indicar las cifras de los trabajadores por cuenta propia afiliados a la Caja Costarricense de Seguro Social, que muestran que las mujeres tienen una participación de 26% en el seguro de enfermedad-maternidad, mientras que en el de vejez y muerte sólo llega a 1%.

Por su parte, en el sistema de capitalización individual el monto de las prestaciones está más directamente relacionado que en el de reparto —que tiene un mayor componente solidario— con el período de cotización y con los ingresos. Ambos son menores en el caso de las mujeres tanto por sus mayores interrupciones en la vida activa, como por las remuneraciones inferiores. Además, en cuanto a los cálculos actuariales de los esquemas de ahorro individual para el financiamiento de sistemas de jubilaciones y pensiones, parece existir un sesgo que perjudica a las mujeres.

En efecto, los esquemas que se proponen en el nuevo sistema de ahorro individualizado —las rentas vitalicias y los retiros programados— no son neutros con respecto al género debido a que en la fórmula base de estos esquemas compite la tasa de interés con la esperanza de vida que, como se sabe, es diferente para hombres y mujeres. Al mantenerse una fórmula única para dos situaciones diferentes, la mayor esperanza de vida de las mujeres provocaría que aun en igualdad de circunstancias salariales con los hombres, ellas recibirían una pensión 20% menor (Bonilla, 1996).

### 3. La salud en los programas asistenciales de bienestar social

Para la amplia población que no tiene acceso a los sistemas de seguro social, la seguridad social, en su sentido lato, abarca una serie de programas entre los que destaca la atención primaria a la salud, si bien también complementada frecuentemente con apoyos nutricionales y educativos. Las estrategias de combate a la pobreza se han agregado a los programas ya existentes, reforzándolos para grupos focalizados de beneficiarios.

#### a) Los programas gubernamentales de salud

En cada país centroamericano el ministerio de salud es el principal responsable de atender la salud de la población. Sin embargo, en Costa Rica han quedado a su cargo únicamente las acciones preventivas, ya que las curativas corresponden a la Caja de Seguro Social, dentro de un sistema único de salud y seguridad social que cubre a toda la población.

Participan además en esta tarea otras instituciones gubernamentales que realizan acciones relacionadas con la salud, ya sea en programas especializados materno-infantiles, de salud reproductiva, de salud familiar, o bien de focalización a grupos vulnerables en extrema pobreza. Las acciones desplegadas arrojan resultados insuficientes, a la luz de los principales indicadores disponibles referidos a la población en su conjunto así como a las mujeres —las madres, en particular— y los infantes.

Salvo en Costa Rica, los recursos que los otros países centroamericanos asignan al sector salud son muy bajos, pues no alcanzan el 5% del PIB recomendado por la OMS. La inversión en salud por habitante es sólo de 8 dólares en El Salvador, 14 en Guatemala y 26 en Honduras, mientras que en Costa Rica es de 154, lo que explica buena parte de sus mejores niveles de salud. Limitaciones administrativas y burocráticas se suman como obstáculos al funcionamiento de los sistemas de salud más eficientes que ahora se persiguen mediante una serie de reformas (CEPAL, 1994c).

Los servicios de salud, además, se imparten principalmente en las localidades urbanas, donde se concentran las instalaciones y los médicos. Una primera inequidad que se observa es precisamente la urbano-rural y, más allá de ésta, la que afecta a las distintas regiones de un mismo país. En los últimos años, en algunos países se han hecho intentos de descentralización y desconcentración de los servicios mediante el modelo de los sistemas locales de salud (SILOS), en los que se ofrecen servicios básicos, y se les ha dado una orientación más bien de tipo preventivo.

La inaccesibilidad física y cultural de ciertas regiones apartadas determina diferencias enormes en los indicadores básicos de salud entre ellas y la ciudad capital, que pueden elevarse, por ejemplo, a 18 años en la esperanza de vida al nacer. En las zonas rurales, los escasos servicios de salud son muy deficientes; los puestos de salud no cuentan con una infraestructura adecuada ni con medicamentos, y en muchos casos no existe personal de planta, por lo que la consulta médica se ofrece sólo en forma esporádica. La gente del campo no tiene más opción que atender sus problemas de salud con tratamientos caseros y medicina tradicional, hierbas medicinales, etc., o recibir asistencia de curanderos y comadronas que existen en todas las comunidades.

En el problema anterior incide también la gran dispersión poblacional que predomina en algunos países (en Guatemala existen cerca de 20,000 comunidades con menos de 2,000 habitantes, a las que no llegan los servicios de salud) y con una importante diversidad étnica (Honduras y principalmente Guatemala), que requiere otros enfoques de atención a la salud. Las comunidades indígenas son muy apegadas a sus conocimientos tradicionales para atender las enfermedades, por lo que formulan reticencias a otros métodos de curación, sobre todo si los sienten como una imposición.

Además de la enormes desigualdades en el acceso al sistema de salud, la cobertura de los programas es reducida. La población necesitada rebasa la capacidad del ministerio de salud para proveer la mínima atención, y se estima en más de 12 millones de personas la población sin acceso permanente a servicios básicos de salud y bienestar (CEPAL, 1994c).

La falta de una estrategia que integre las acciones del sector y evite la duplicidad de esfuerzos, y la marcada orientación del gasto hacia la atención hospitalaria en desmedro de la salud preventiva, son también causas del deficiente funcionamiento de los sistemas de salud, que se traduce en que Guatemala, El Salvador, Nicaragua y Honduras compartan una situación caracterizada por elevados niveles de desnutrición y de mortalidad infantil y una alta incidencia de las enfermedades prevenibles. <sup>10/</sup>

En cuanto responsables de la salud de la familia, las mujeres deben compensar con sus cuidados la falta de servicios médicos oportunos y eficientes, e incluso, en localidades carentes de agua y saneamiento, asumir la responsabilidad de procurarlas para toda la familia con esfuerzos a veces extraordinarios. Como usuarias de los servicios de salud sufren, al igual que los varones, la falta de servicios adecuados.

La primera impresión que dejan los indicadores de esperanza de vida al nacer y de mortalidad infantil sería que las mujeres están más favorecidas que los hombres por lo que hace a la salud. Por una parte, viven más: por encima de 4 años, como promedio mundial, tanto en países avanzados como en desarrollo. Por la otra, mueren mucho menos niñas que niños en los primeros años de vida. (Véase el cuadro 16.) Sin embargo, el mayor número de años de vida no indica que las mujeres tengan menos problemas de salud y una mejor calidad de vida. Como señala un estudio de la Organización Mundial de la Salud, "... la mujer, a cualquier edad, tiende a experimentar menores tasas de mortalidad que el hombre, pero está sujeta a una mayor morbilidad que el varón; esta mayor morbilidad se expresa en una incidencia más alta de trastornos agudos, en una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no mortales, y en niveles más elevados de discapacidad en el corto y en el largo plazo." (OPS/OMS 1993).

El mismo estudio también indica que se han identificado diferencias empíricas entre hombres y mujeres en cuanto a la forma de percibir la enfermedad y la necesidad de atención. Los factores

---

<sup>10/</sup> En Guatemala el problema de la desnutrición aguda afecta al 18% de la población y al 34% de los niños, mientras que en Honduras la desnutrición en menores de 5 años es del 53% (1991). La tasa de mortalidad infantil en los países mencionados oscila entre 50 y 62 por 1,000 nacidos vivos (3 y 5 veces más alta que la de Costa Rica).

culturales en los que se basan estas diferencias tienen un peso importante, sobre todo en las sociedades centroamericanas, donde las tradiciones y creencias están muy arraigadas e influyen profundamente en las formas de dar respuesta a las necesidades de salud. Así, por ejemplo, en la actitud de las mujeres pobres de no buscar o postergar la atención para su propia salud, y en cambio sí ocuparse de la salud de la familia, está implícito el reconocimiento y legitimidad que la sociedad otorga a su función de atender a los demás. Si cuidan de su propia salud, las mujeres sienten que están fallando en su obligación porque tienen que dejar a los niños, los quehaceres domésticos, utilizar tiempo y desviar recursos para ellas mismas. En el largo plazo, esto redundará en problemas de salud más complejos o en padecimientos crónicos que las mujeres pobres sufren y aceptan con fatalidad como parte de su destino.

Sucede asimismo que las mujeres no atienden su salud porque no tienen autonomía para decidir sobre los recursos del hogar, ni para acudir a la práctica médica, y menos aún si hay que movilizarse para recibir atención fuera de la comunidad. La mayoría de las veces el acceso a la atención de su salud depende de la voluntad del cónyuge.

También se reconoce que las mujeres padecen una carga mayor de problemas de salud prevenibles que la que afecta a los hombres, lo cual se debe, en gran parte, a la concentración de los servicios de salud en los problemas relacionados con la función reproductiva femenina. Estos servicios, sin embargo, no son suficientes ni adecuados para cubrir las necesidades y la demanda de las mujeres en edad de procrear.

Si bien la tendencia es al descenso de la fecundidad desde hace tres decenios, la tasa global de fecundidad aún se mantiene alta en El Salvador (3.6%), Guatemala (4.9%), Honduras (4.3%) y Nicaragua (3.9%) (CEPAL, 1997). En estos países la cobertura de los servicios anticonceptivos es limitada y la mayor parte de las mujeres no tiene poder de decisión sobre la regulación de su fecundidad por efecto del machismo prevaleciente. A fines de los ochenta, entre 53 y 77% de las mujeres en edad fértil de los países mencionados no utilizaban ningún método anticonceptivo (Gómez, 1994). Sobre todo en el área rural las mujeres tienen numerosos embarazos (en Guatemala alrededor de 6.2 promedio en el área rural), a veces sin intervalos, lo cual les produce desgaste físico y mayores niveles de anemia. La anemia es un problema que afecta a gran porcentaje de la población de mujeres adolescentes, embarazadas y en lactancia; en El Salvador, las cifras indican que aproximadamente 43% de las embarazadas padecen algún grado de anemia.

En estas condiciones, la atención prenatal sólo cubre un tercio de las mujeres embarazadas en El Salvador y Guatemala, y la atención profesional del parto es menor de 50% en todos los países, salvo en Costa Rica que llega a 96%. Las mujeres del área rural están en desventaja porque no hay servicios adecuados para el control prenatal y ellas tampoco lo acostumbran, aunque así se evitarían muchas muertes maternas.

Por último, los servicios médicos no están organizados para dar a las mujeres una atención integral de su salud. Se ha prestado mínima atención a otros aspectos de salud preventiva de las mujeres que están causando serios problemas en su bienestar, como el cáncer y el SIDA. En cuanto al primero —en particular del cuello uterino—, es un problema de salud pública mayor que es curable si se diagnostica en fases tempranas. Las mujeres más pobres son las que generalmente requieren de tratamientos para formas avanzadas, porque han tenido menos acceso a los servicios

de detección temprana, por falta de conciencia, por su costo y por la insuficiente infraestructura. Las enfermedades de transmisión sexual tienen una connotación social negativa, por lo que las mujeres prefieren automedicarse antes que demandar atención y tratamiento médico. En el caso del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), de creciente expansión —especialmente en Honduras—, mujeres y hombres padecen la falta de instituciones y tratamiento adecuado, por lo que son atendidos en la familia, donde la mujer es la responsable tradicional de cuidar a los enfermos.

#### **b) El sesgo materno-infantil de los programas públicos**

Las mujeres, junto con los niños y otros grupos considerados vulnerables, han sido objeto de atención prioritaria en las políticas de salud impulsadas por los gobiernos en el marco del combate a la pobreza y, últimamente, para contrarrestar los efectos negativos de los programas de estabilización y ajuste.

Se trata principalmente de políticas y programas de corte asistencial orientados a apoyar a las mujeres en su papel materno. Así, los programas de atención materno-infantil, generalmente a cargo de los ministerios de salud, apuntan a mejorar el nivel de salud y nutrición de la madre y el niño menor. A raíz de las elevadas tasas de desnutrición infantil, que en varios países tiene incidencia en la muerte de menores de cinco años, el énfasis se ha puesto en los programas de lactancia materna, nutrición y desarrollo integral del niño y desayunos escolares.

En algunos países se han creado programas más amplios, como el de Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (DESAF) y el Programa de Asignación Familiar (PRAF). El DESAF, que depende del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de Costa Rica, en coordinación con el Ministerio de Salud, ha implementado programas de atención primaria, nutrición y desarrollo integral del niño, y con el Instituto Mixto de Ayuda Social, programas encaminados a fortalecer la capacidad económica y social de las mujeres pobres jefas de hogar. El PRAF, que depende de la Presidencia de la República de Honduras, realiza transferencias de ingresos a las familias más pobres: en coordinación con el Ministerio de Educación, otorga el bono mujer jefa de familia, cuyo objetivo es aumentar la capacidad de consumo de alimentos de los niños en edad escolar; en coordinación con el Ministerio de Salud, el bono materno-infantil, que se propone mejorar la alimentación de las mujeres y niños menores de cinco años desnutridos o con riesgo de desnutrición; y el bono tercera edad apoya la satisfacción de las necesidades básicas de las mujeres y los hombres mayores de 60 años de edad. El PRAF también promueve un proyecto de formación ocupacional para las mujeres pobres. En El Salvador, tal vez con menores recursos y proyección que los anteriores, el Programa de Atención Materno-infantil (PROSAMI) tiene como objetivo general mejorar el nivel de salud de la madre y el niño mediante el desarrollo de acciones de prevención y recuperación.

En algunos países también se desarrolla el programa Centros de Cuidado Infantil, administrados por las propias madres, el cual además de ser un mecanismo de apoyo para las madres que trabajan fuera del hogar, se presenta como una forma de vigilar y fortalecer el aspecto nutricional y desarrollo de los niños menores de 7 años.

La mayoría de los programas mencionados se presentan con un enfoque familiar o con un énfasis marcado en el binomio madre-hijo, no tienen amplia cobertura, muchos carecen de una evaluación de su impacto y otros son sumamente vulnerables a los cambios de gobierno.

La mayor incorporación de la mujer al mercado de trabajo hace más evidentes los requerimientos de apoyos institucionales —de los que los sistemas de seguridad social adolecen— para la atención y cuidado de los hijos. Las redes familiares de apoyo son aún la opción más viable frente a la escasez de la oferta institucional. En Costa Rica, por ejemplo, donde existen más facilidades de este tipo, sólo una de cada tres mujeres declara contar con alguna ayuda que, en tres de cada cinco casos, proviene de la abuela materna. Entre los escasos recursos institucionales para el cuidado de niños y niñas destacan en este mismo país los Centros de Atención y Nutrición (CEN) y los Centros Infantiles de Nutrición y Atención Integral (CINAI).

### c) **Los programas de salud de la sociedad civil**

Las organizaciones no gubernamentales —entre las que se encuentran las eclesiásticas— han desempeñado un papel importante en la salud, porque ante la insuficiencia de servicios médicos, han tratado de responder a las necesidades de salud de la población —y específicamente de las mujeres— de escasos recursos, mediante una variedad de programas, que van desde el uso de la medicina tradicional hasta la detección temprana del cáncer.

A diferencia de los programas públicos que enfocan su atención en el papel materno, una gran parte de los programas de las ONG tratan de atender la salud de las mujeres desde un enfoque integral, que toma en consideración no sólo las diferentes funciones y necesidades de las mujeres, sino también su posición en la sociedad y su relación con el medio ambiente. Las áreas en las que más se trabaja son: educación y capacitación en salud, prevención del embarazo precoz y enfermedades de transmisión sexual, atención materno-infantil, atención psicológica, saneamiento ambiental, alimentación alternativa y atención a mujeres víctimas de la violencia conyugal. Sin embargo, el impacto de sus actividades en la población femenina necesitada es reducido, y a veces intermitente por la falta de recursos, aunque una gran parte de ellas recibe financiamiento de diversas fuentes extranjeras.

Aun cuando en varios países existen redes de ONG que desarrollan actividades en el área de la salud, en general sus esfuerzos no se coordinan en aras de un mayor impacto, y muy pocas ONG mantienen una relación fluida con el ministerio de salud respectivo.

#### IV. PRINCIPALES AREAS DE ACCION HACIA LA EQUIDAD DE GENERO

Revertir las desigualdades de género entraña necesariamente una serie de tareas simultáneas en distintas áreas, muchas de ellas de muy larga maduración y otras de difícil implementación. En última instancia, pese a los avances que se han logrado en el proceso de integración de la mujer al desarrollo económico, social y político, subsisten enormes rezagos de inequidad en el acceso a los medios de producción y de generación de ingresos, por efecto de tradiciones ancestrales que siguen vigentes en la mentalidad colectiva de las sociedades y se reflejan en el quehacer diario.

En este estudio se distinguen dos grupos de acciones posibles: las que atañen directamente a la situación de menor ingreso y, consiguientemente, mayor pobreza de las mujeres, y las que se dirigen a convertir los sistemas de seguridad social por lo menos en un mecanismo compensatorio de esta situación.

##### 1. Areas de acción hacia la equidad de género en la generación de ingresos

En cuanto a lo primero, la educación constituye un campo estratégico para corregir la larga serie de actitudes que convergen en la discriminación de género. La educación en la familia y en la escuela ejerce una influencia determinante en revalorar los papeles masculino y femenino en el hogar, así como en el mundo estudiantil y laboral.

En la propuesta de la CEPAL de *Transformación productiva con equidad*, la inversión en capital humano —básicamente, su contenido en educación— constituye uno de los tres ejes centrales de esta estrategia de combate contra la pobreza, junto con la generación de empleo productivo y la diseminación e incorporación del progreso técnico y científico.

La desigualdad entre hombres y mujeres en las sociedades centroamericanas —como en otras— es un problema con profundas raíces en valores y prácticas culturales. Por ende, no debe descuidarse el papel de la educación para reorientar una socialización que promueve los estereotipos sexuales y obstaculiza la igualdad de hombres y mujeres en la sociedad.

En el contexto de estos países, las mujeres han debido asumir la jefatura del hogar por razones particulares, que van desde la paternidad irresponsable y la fragilidad del núcleo familiar, la migración interna y externa y hasta los efectos de la guerra en el decenio pasado. Esta jefatura la han desempeñado frecuentemente en condiciones de menor escolaridad y capacitación que los hombres. Este hecho es uno de los factores que inciden en su inserción en ocupaciones de más baja productividad, pero no es determinante. En rigor, en Costa Rica, por ejemplo, las mujeres llegan a tener mayor escolaridad que los varones en ciertos niveles sin que por ello se revierta su situación desventajosa en el mercado laboral.

En el ámbito familiar se impone la reconsideración de los valores y de los papeles masculinos y femeninos, así como el reparto equitativo de las cargas del hogar y del cuidado y la crianza de los

niños, transformación particularmente pertinente en el medio centroamericano donde es manifiesta la carencia de guarderías y de otras instituciones de apoyo a la mujer que trabaja. Las políticas que promueven la paternidad responsable y las relativas a la planificación familiar juegan un papel sumamente importante en este ámbito, tan susceptible de promoverse mediante campañas tanto oficiales como privadas, con el importante concurso de los medios de comunicación masiva.

La promoción del estudio y la capacitación para el trabajo entre las mujeres debería de considerarse en los mismos términos que se tratan los de los varones, desechando los oficios, carreras o profesiones "masculinas" o "femeninas" que desde el inicio confinan a las mujeres a la situación tantas veces descrita en estas páginas de inserción laboral desventajosa. Grandes avances se han llevado a cabo en este sentido en unos países más que en otros, con Costa Rica a la cabeza, donde las mujeres han accedido a posiciones importantes en medios científicos, técnicos y administrativos. Sin embargo, estos avances no han sido masivos en ninguno de ellos y no han llegado a permear los sectores urbanos populares —a veces ni los estratos medios— ni los rurales.

A fin de combatir la segmentación del mercado laboral que discrimina a las mujeres, es necesario incluirlas en los programas de capacitación diseñados para atender ocupaciones que exigen mayor calificación y sobre todo aquellas que demanda el nuevo desarrollo productivo. También se requiere una mayor coordinación entre universidades y empresas privadas para que éstas amplíen las oportunidades de trabajo a las jóvenes que han recibido una formación profesional. En este campo también hay avances en cuanto a las reformas de los institutos nacionales de formación profesional y a la creación de otros centros, con mayor vinculación con la empresa privada, enfocados a hacer frente a la tecnología del futuro y con un alcance regional. Pero estos avances no han incorporado las necesidades específicas de las mujeres en su concepción.

El paso de la educación formal o de la capacitación para el trabajo a la inserción efectiva en el mundo laboral constituye otra área que exige atención prioritaria, a raíz de los grandes cambios que están en proceso en los mercados laborales a nivel mundial, que suponen una mayor flexibilización de las relaciones laborales y una menor estabilidad y protección para el trabajador. Este proceso se acompaña de un cambio tecnológico que, por lo menos en el corto plazo, excluye mano de obra y que por lo mismo también ha hecho posible el deterioro de los salarios reales sobre todo en sectores tradicionales —sumamente acentuado en varios países— e incluso la pérdida de su significado de garantizar un mínimo vital a una familia. En estos términos, y dado el creciente desempleo y subempleo consecuentes, la competencia favorece la contratación a cualquier precio de sectores en situación de extrema necesidad y de baja representatividad política. Tal es, por ejemplo, el caso de muchas mujeres contratadas por empresas maquiladoras sin respeto por las legislaciones laborales, horarios, sueldos, etc.

La enorme brecha señalada de ingresos entre hombres y mujeres se da incluso en condiciones de mayor escolaridad y capacitación de las mujeres. En América Latina, las bajas percepciones medias de las mujeres están condicionadas por su inserción mayoritaria en ocupaciones de baja productividad. Sólo un porcentaje muy reducido de mujeres han logrado acceder a posiciones de mayor jerarquía e ingresos, y revertir esta situación ha necesitado enormes campañas de concientización e incluso cambio de políticas de contratación y promoción de entidades públicas y empresas privadas.

Sobre el aspecto del cuerpo normativo y legal que respalda la inserción equitativa de las mujeres en los mercados laborales, de hecho existen convenios internacionales suscritos por los países centroamericanos, además de las propias legislaciones laborales de cada uno. El problema, obviamente, es su falta de aplicación. Se requiere, en efecto, voluntad política para llevar a la práctica diaria las medidas establecidas en los convenios de la OIT que promueven la igualdad de oportunidades de empleo para hombres y mujeres, y particularmente la Convención 100, que establece la igualdad de remuneraciones.

Este aspecto parece difícil de abordar en la actualidad en la medida en que estas legislaciones y convenios se formularon en años en que los mercados laborales funcionaban de manera que se tendía a proteger la estabilidad y bienestar del trabajador, sobre todo de las actividades urbanas. Las reformas laborales que demandan los procesos actuales de flexibilización no se han instrumentado todavía en los países centroamericanos como en otros de la región y de fuera de ella. En todo caso, tanto los convenios internacionales como las legislaciones nacionales se ven más comprometidos que en el pasado por la presión que ejerce la globalización sobre el funcionamiento de estas economías. En este contexto, nuevamente la mano de obra femenina parece uno de los eslabones más débiles de la cadena, lo que demanda atención redoblada.

En fin, por lo que hace a los grupos marginados que no logran incorporarse al proceso de desarrollo, las políticas para enfrentar la pobreza, además de tener un enfoque de integración entre económicas y sociales, como lo ha venido proponiendo la CEPAL, deben incluir la dimensión de género. Guardando respeto por las costumbres de los grupos indígenas y otras minorías culturales, debe tenerse presente la diferencia de situaciones y necesidades entre hombres y mujeres en los distintos programas para que pueda darse una efectiva disminución de la pobreza y un desarrollo con mayor equidad.

## **2. Algunas áreas de acción en las reformas de los sistemas de seguridad social**

La globalización de la economía y los programas de ajuste y cambios de política económica subsecuentes han supuesto transformaciones igualmente profundas en las políticas sociales. La descentralización de la actividad y los recursos estatales y la mayor participación en la política social de los agentes distintos al Estado —sector privado lucrativo, sector humanitario y las comunidades mismas— constituyen parte de estos cambios, así como la mayor focalización y el retiro de subsidios generales.

Los sistemas de seguridad social, por lo menos en el caso centroamericano, han sido uno de los sectores objeto de mayores modificaciones, como parte de una corriente internacional de revisión que ha afectado tanto a países industrializados como en desarrollo. Más que las reformas a los sistemas de salud que forman parte de ellos, la atención se ha enfocado en la reforma a los sistemas de pensiones, tendiente a su privatización.

En cuanto a los sistemas de salud, debe proseguirse con la recuperación del gasto público en este sector en condiciones de reformas que persigan una mayor cobertura y eficiencia.

La descentralización resulta estratégica en este sentido. El modelo de los sistemas locales de salud (SILOS), en sus distintas variantes, ha probado sus ventajas para hacer llegar un mínimo de salud a regiones rurales marginadas. Formas cooperativas de gestión de clínicas y centros de salud se están multiplicando también en el área, en las que se ha confiado a las mujeres —y no al varón— desempeñar un papel central como promotoras voluntarias de salud a nivel comunitario.

Por lo demás, las políticas de salud deberán incluir el enfoque de género, de forma que permita contar con un mayor conocimiento de los aspectos diferenciados en relación con la situación y la provisión de salud de hombres y mujeres, y no sólo la necesaria atención perinatal. Este conocimiento permitiría elaborar perfiles de diagnóstico más precisos y definir y planificar mejor los programas y recursos para atender la salud, sobre todo de las poblaciones marginadas.

Entre éstas, en concreto se requiere promover y difundir los derechos humanos y particularmente entre las mujeres el derecho a la salud y a ser atendidas de una manera accesible, oportuna y adecuada. El crear conciencia en las mujeres de estos derechos no sólo contribuirá a mejorar la respuesta a sus necesidades de salud sino que también fortalecerá su ejercicio de la plena ciudadanía.

En cuanto a las prestaciones de la población afiliada a los sistemas de seguro social, es preciso introducir reformas estructurales que se adecuen a los cambios en los papeles masculinos o femeninos y tomen en consideración sus diferentes formas de participar en el mercado laboral. Se insiste en que la carencia de registros desagregados por sexo en el seguro social impide evaluar la participación diferenciada de varones y mujeres en los programas. Un conocimiento de estas diferencias contribuiría a mejorar la planificación de los recursos y su distribución más equitativa. Por ello es de la mayor utilidad el levantamiento de estadísticas por género.

Con relación a las reformas a los sistemas de pensiones, un primer aspecto que surge es su inequidad en el sentido de que sus acreedores son sólo una minoría, y con una baja proporción de mujeres dentro de ella.

Dado que la baja cobertura de la PEA femenina proviene de su mayor inserción en sectores desprotegidos, se requieren fórmulas de expandir la afiliación sobre la base de primas asequibles. El apoyo financiero gubernamental resulta justificable en este campo, sobre todo para extender la cobertura al creciente sector informal. Asimismo, deben compensarse las desventajas a que se enfrentan las mujeres en su vida laboral, tales como las mayores interrupciones en sus cotizaciones, en parte por la maternidad y la crianza de los hijos, y en parte por la naturaleza más discontinua de su trayectoria laboral, con menores ingresos, que hacen que sus pensiones sean inferiores a las de los hombres. Además, en las condiciones actuales se precisa la igualación entre hombres y mujeres de la edad de retiro, a fin de acumular mayores reservas, igualación que como se comentó se ha llevado a cabo en la mayoría de los países.

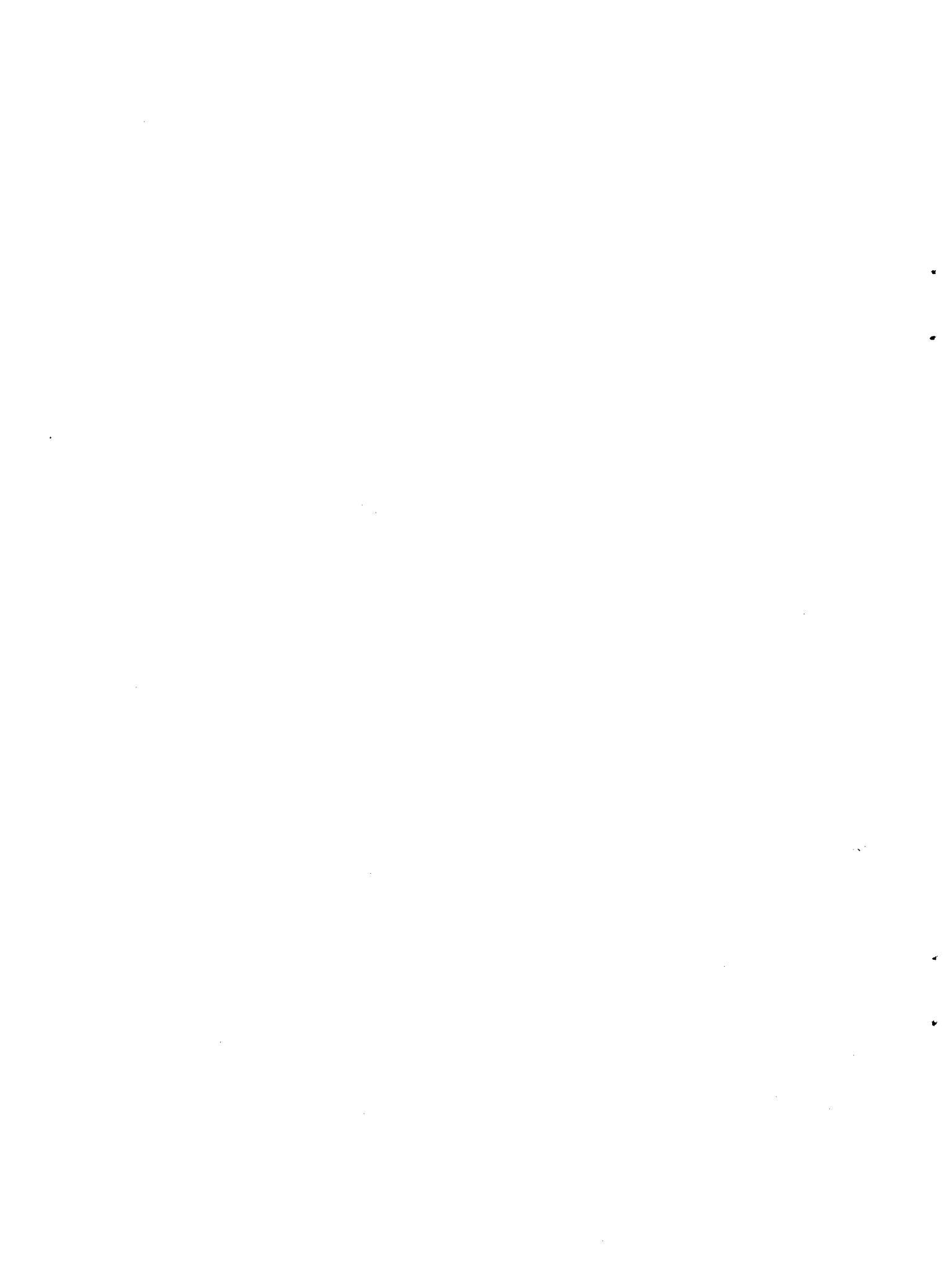
Cambios en este sentido, como los que se han ido adoptando en sociedades más avanzadas, suponen la aceptación tácita de la equidad de género en el hogar, tanto en las labores y responsabilidades compartidas en su seno, como contribuyentes del gasto familiar. En este aspecto se vuelve nuevamente a factores culturales profundamente arraigados en las conciencias que con frecuencia sólo los sectores más modernos de la sociedad logran vencer.

## BIBLIOGRAFIA

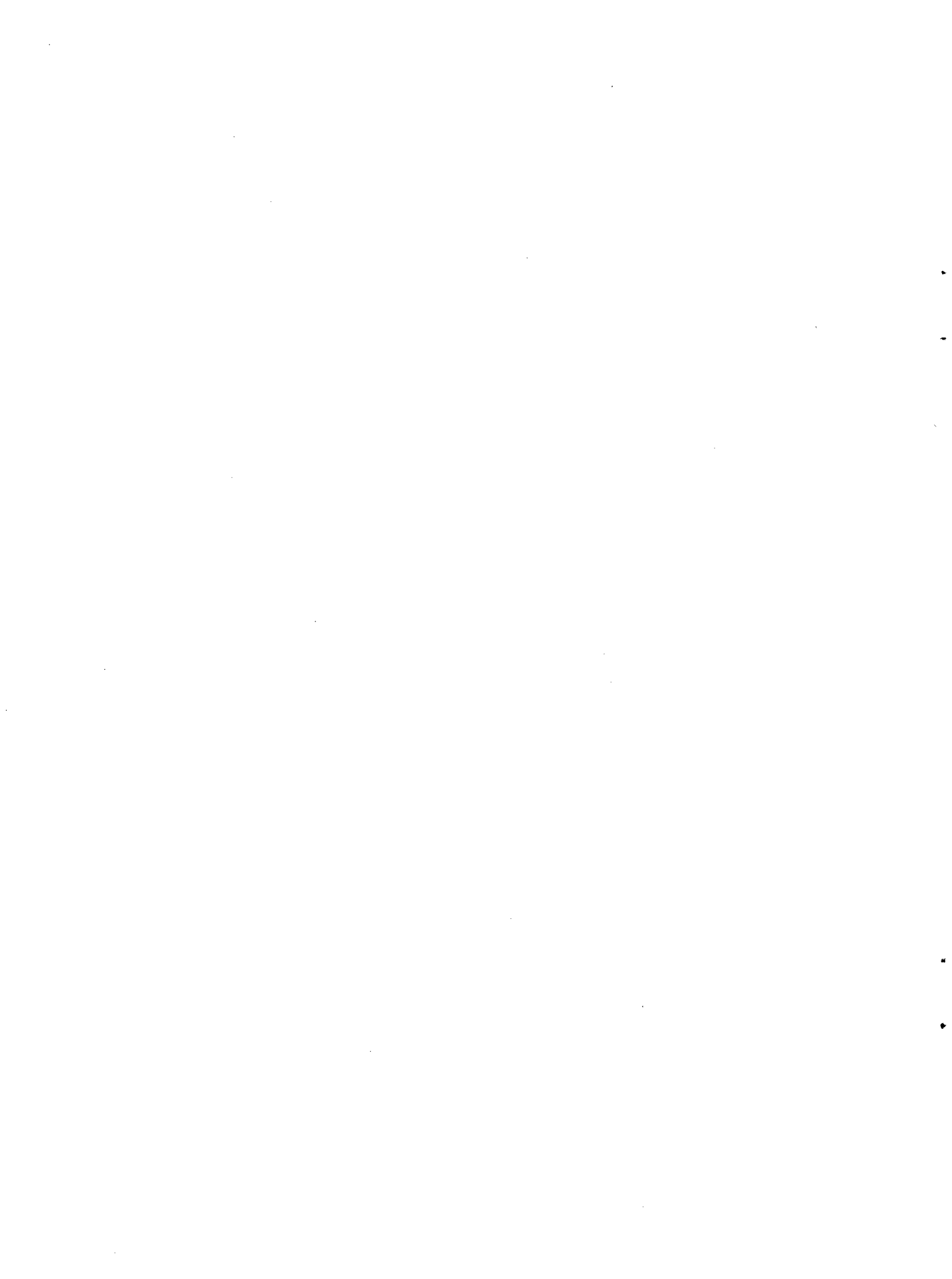
- Acuña, Alexandra y Sandra Angulo (1996), *Evasión por subdeclaración de cuotas obreras y patronales; estimaciones y análisis*, Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica, septiembre.
- Asociación de Mujeres Profesionales por la Democracia en el Desarrollo (1996), *Los derechos de las mujeres en Nicaragua, un análisis de género*, Managua, Nicaragua, septiembre.
- Bonilla García, Alejandro (1996), *Análisis técnico básico de los sistemas de jubilaciones y pensiones en América Latina*, OIT-ETM, San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense del Seguro Social (1995), *Reglamento del régimen no contributivo de pensiones por monto básico*, San José, Costa Rica, junio.
- (1995), *Reglamento invalidez, vejez y muerte*, San José, Costa Rica, abril.
- (1996), *Anuario Estadístico 1995*, San José, Costa Rica.
- (1995), *Estadística de patronos, trabajadores y salarios 1995*, San José, Costa Rica.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1983), *Satisfacción de las necesidades básicas en el Istmo Centroamericano (E/CEPAL/MEX/L.32)*, México, noviembre.
- (1992), *Bases para la transformación productiva y generación de ingresos de la población pobre de los países del Istmo Centroamericano (LC/MEX/G.3/Rev.2)*, México, enero.
- (1994a), *Centroamérica: El empleo femenino en la industria maquiladora de exportación (LC/MEX/R.501)*, México, diciembre.
- (1994b), *Las mujeres en América Latina y el Caribe en los años noventa: Elementos de diagnóstico y propuestas (LC/L.836 (CRM.6/4))*, Santiago de Chile, julio.
- (1994c), *Salud, equidad y capital humano en el Istmo Centroamericano (LC/MEX/L.243)*, México, enero.
- (1995), *Seguridad social y equidad en el Istmo Centroamericano (LC/MEX/L.268)*, México, junio.
- (1996), *Reflexiones sobre los indicadores del mercado de trabajo para el diseño de políticas con enfoque de género (LC/R.1639)*, Santiago de Chile, mayo.

- (1997), *Indicadores sociales básicos de la Subregión Norte de América Latina y el Caribe*, Edición del bienio 1996-1997 (LC/MEX/L.326), México, mayo.
- Dirección Nacional de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (DESAF) (1995), *Reestructuración del fondo de desarrollo social y asignaciones familiares*, San José, Costa Rica, marzo.
- FLACSO (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales) (1995), *Mujeres latinoamericanas en cifras*, tomo comparativo, Santiago de Chile.
- Fundación Arias para la Paz y el Progreso Humano (1992), *El acceso de la mujer a la tierra en El Salvador*, San José, Costa Rica.
- (1993), *El acceso de la mujer en la tierra en Guatemala*, San José, Costa Rica.
- Fundación Dr. Guillermo Manuel Ungo (FUNDAUNGO) (1994), *Diagnósticos sobre la seguridad social en El Salvador*, San Salvador, El Salvador, enero.
- Gómez, Elsa (1994), "La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: Viejos problemas y nuevos enfoques", *Serie Mujer y Desarrollo No. 17*, Santiago de Chile, abril.
- Gutiérrez Castillo, Maribel (1996), *La economía de El Salvador desde una perspectiva de género*, borrador, San Salvador, El Salvador, julio.
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) (1960), *Reglamento sobre protección materno-infantil*, 6a. edición, Guatemala.
- (1995), *Informe anual de labores*, Guatemala, 1995.
- Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos (s/f), *Ley del Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos y sus reformas incorporadas*, San Salvador, El Salvador, mayo.
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) (1995), *Estadísticas del ISSS 1994*, San Salvador, El Salvador.
- Levinas, Lena (1995), "Mujeres en el Universo de la pobreza: El caso brasileño, UNIFEM", *Cuánto cuesta la pobreza de las mujeres: Una perspectiva de América Latina y el Caribe*, México.
- Mesa-Lago, Carmelo (1986), "La crisis de la seguridad social y la atención a la salud: Experiencias y lecciones latinoamericanas", *Lecturas No. 58*, Fondo de Cultura Económica, México.
- (1992), *La equidad en los sistemas de seguridad social*, CEPAL (LC/R.1233), Santiago de Chile.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1984), *Introduction to Social Security*, Ginebra, Suiza.

- (1989), *La protección de la vejez por la seguridad social*, Conferencia Internacional del Trabajo, 76a. Reunión, Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (1993), *Género, Mujer y Salud en las Américas*, Washington, D. C.
- Pérez, Laura y Arlette Pichardo (1994), *Pobreza en el Istmo Centroamericano: Perspectiva de las mujeres*, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (1996), *Informe de Desarrollo Humano 1996*, Editorial Mundi-Prensa, México.
- Secretaría de Planificación, Coordinación y Presupuesto (1995), *Panorama femenino en Honduras*, SECPLAN/FNUAP, Tegucigalpa, junio.
- Uthoff, Andras y Raquel Szalachman (1991), *Sistema de pensiones en América Latina: Diagnóstico y alternativas de reforma*, CEPAL-PNUD, Proyecto Regional Políticas Financieras para el Desarrollo, Santiago de Chile.



**Anexo estadístico**



Cuadro 1

## AMERICA LATINA: MAGNITUD DE LA POBREZA E INDIGENCIA

(Porcentajes)

País	Año a/	Hogares bajo la línea de pobreza			Hogares bajo la línea de indigencia		
		Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural
América Latina	1994	39	34	55	17	12	33
Argentina	1986	13	12	17	4	3	6
Bolivia	1994	...	41	...	...	14	...
Brasil	1993	41	39	51	19	16	30
Chile	1994	24	24	26	7	6	8
Colombia	1994	47	41	57	25	16	38
Costa Rica	1994	21	18	23	8	6	10
El Salvador b/	1995	48	40	58	18	13	35
Guatemala	1986	68	54	75	43	28	53
Honduras	1994	73	70	76	49	41	55
México	1994	36	29	47	12	6	20
Nicaragua c/	1980	62	46	80	35	22	50
Panamá	1994	30	25	41	12	9	20
Paraguay	1992	...	36	...	...	13	...
Perú	1986	52	45	64	25	16	39
Uruguay	1986	15	14	23	3	3	8
Venezuela	1994	42	41	48	15	14	23

Fuente: CEPAL, *Panorama social de América Latina* (LC/G.1946-P), Santiago de Chile, 1996, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los países.

- a/ Último año con información disponible completa para zonas urbanas y rurales o, en su defecto, sólo para zonas urbanas.
- b/ Las estimaciones correspondientes a El Salvador resultan de metodologías nacionales distintas a las aplicadas por la CEPAL en los demás países, por lo que no son estrictamente comparables. Se incluyeron en este cuadro sólo con fines informativos.
- c/ Las estimaciones correspondientes a Nicaragua provienen de un ejercicio metodológico publicado por la CEPAL en 1983 en el marco del Proyecto "Satisfacción de las necesidades básicas de la población del Istmo Centroamericano". Véase CEPAL, *Satisfacción de las necesidades básicas de la población del Istmo Centroamericano*, (E/CEPAL/MEX/1983/L.32), 23 de noviembre de 1983. Esta metodología no corresponde a la aplicada en los demás países por lo que sus resultados no son estrictamente comparables. Se incluyeron en este cuadro sólo con fines informativos.

Cuadro 2

CENTROAMERICA: JEFATURA FEMENINA DE HOGAR EN  
ZONAS URBANAS

	Porcentajes de hogares encabezados por mujer en cada estrato de pobreza			
	Total	Indigentes	Pobres no indigentes	No pobres
Costa Rica (1994)	24	42	27	22
Guatemala (1989)	22	23	21	22
Honduras (1994)	25	28	25	21
	Distribución de los hogares encabezados por mujer según estratos de pobreza			
Costa Rica (1994)	100	10	14	76
Guatemala (1989)	100	24	24	52
Honduras (1994)	100	46	29	25

Fuente: CEPAL, *Panorama Social de América Latina* (LC/G.1946-P), Santiago de Chile, 1996, sobre la base de tabulaciones especiales de los países.

Cuadro 3

## CENTROAMERICA: MAGNITUD DE LA POBREZA E INDIGENCIA

(Porcentajes)

	Hogares bajo la línea de pobreza a/					Hogares bajo la línea de indigencia				
	Total país	Urbano			Rural	Total país	Urbano			Rural
		Total	Area metropolitana	Resto urbano			Total	Area metropolitana	Resto urbano	
Costa Rica (1994)										
Total hogares	21	18	16	21	23	8	6	4	7	10
Jefe hombre	19	16	15	19	21	6	4	3	6	8
Jefe mujer	28	24	21	27	34	14	10	7	13	20
Honduras (1994)										
Total hogares	73	70	...	...	76	49	41	...	...	55
Jefe hombre	72	68	...	...	76	48	39	...	...	55
Jefe mujer	76	75	...	...	78	49	46	...	...	53

Fuente: CEPAL, *Panorama social de América Latina* (LC/G.1946-P), Santiago de Chile, 1996, sobre la base de tabulaciones especiales de encuestas de hogares de los respectivos países.

a/ El concepto pobreza incluye a hogares bajo la línea de indigencia o en extrema pobreza.

Cuadro 4

## CENTROAMERICA: TASAS DE PARTICIPACION POR GRUPOS DE EDAD

(Porcentajes)

	Total		15-24 años		25-34 años		35-49 años		50 años y más	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Zonas urbanas										
Costa Rica (1994)	76	40	59	35	95	54	96	52	57	17
Guatemala (1989)	84	43	69	42	97	50	97	49	78	29
Honduras (1994)	80	43	64	35	93	54	96	51	74	31
Zonas rurales										
Costa Rica (1992)	85	28	81	33	97	32	96	32	62	11
Guatemala (1989)	93	19	89	18	99	19	99	22	87	17
Honduras (1992)	89	28	82	25	97	31	99	37	84	21

Fuente: CEPAL, *Panorama social de América Latina* (LC/G.1946-P), Santiago de Chile, 1996 y *Panorama social de América Latina* (LC/G.1886-P), Santiago de Chile, 1995, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares.

Cuadro 5

## CENTROAMERICA: TASAS DE PARTICIPACION POR AÑOS DE ESCOLARIDAD

(Porcentajes)

	Total		0-3 años		4-6 años		7-9 años		10-12 años		13 años y más	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Zonas urbanas												
Costa Rica (1994)	76	40	62	23	83	33	70	34	77	46	82	64
Guatemala (1989)	84	43	90	38	89	41	65	37	81	57	87	77
Honduras (1994)	80	43	81	37	88	45	59	29	82	50	79	63
Zonas rurales												
Costa Rica (1992)	85	28	74	15	92	28	77	32	86	41	84	70
Guatemala (1989)	93	19	95	17	92	23	71	24	76	57	88	66
Honduras (1992)	89	28	91	25	93	29	50	14	86	63	-	-

Fuente: CEPAL, *Panorama social de América Latina* (LC/G.1946-P), Santiago de Chile, 1996 y *Panorama social de América Latina* (LC/G.1886-P), Santiago de Chile, 1995, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares.

Cuadro 6

CENTROAMERICA: DISTRIBUCION DE LA MANO DE OBRA POR  
SEXO Y SECTOR ECONOMICO, 1994

(Porcentajes)

	Agropecuario		Industrial		Servicios	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Costa Rica	24	4	28	22	48	74
El Salvador	42	5	27	18	32	77
Guatemala	60	8	17	17	23	74
Honduras	66	8	15	34	19	58
Nicaragua	52	8	17	14	31	79

Fuente: Naciones Unidas, *Situación de la mujer en el mundo. Tendencias y estadísticas* (ST/ESA/STAT/SER.K/12), Nueva York, 1995.

Cuadro 7

CENTROAMERICA: CONTRIBUCION DE LAS CONYUGES AL  
INGRESO FAMILIAR, POR ESTRATO DE INGRESOS,  
EN ZONAS URBANAS

	Costa Rica (1992)	Guatemala (1989)	Honduras (1992)
<b>Porcentaje de hogares con jefe y cónyuge</b>			
Total	71	72	65
Pobres	65	75	64
<b>Porcentaje de hogares con jefe y cónyuge económicamente activos</b>			
Total	27	33	38
Pobres	11	21	28
<b>Ingreso de la cónyuge como porcentaje del ingreso del hogar</b>			
Total	35	28	30
Indigentes	24	29	24
Pobres no indigentes	35	29	32

Fuente: CEPAL, *Panorama Social de América Latina* (LC/G.1886-P), Santiago de Chile, 1995, sobre la base de tabulaciones especiales de los países.

Cuadro 8

CENTROAMERICA: DISTRIBUCION DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA OCUPADA,  
SEGUN INSERCIÓN LABORAL, EN ZONAS URBANAS

(Porcentajes)

	Total	Empleadores	Asalariados							Trabajadores por cuenta propia y familiares no remunerados	
			Total	Sector público	Sector privado					Total a/	No profesionales ni técnicos
					Total	Profesionales y técnicos	No profesionales ni técnicos				
							En establecimientos de más de 5 personas a/	En establecimientos de hasta 5 personas	Servicio doméstico		
Costa Rica (1994)											
Total	100.0	6.8	74.8	22.6	52.2	7.0	29.8	11.5	3.9	18.4	16.8
Hombres	100.0	8.3	72.6	21.1	51.5	7.1	32.1	12.0	0.3	19.1	17.1
Mujeres	100.0	4.1	78.4	25.1	53.3	6.8	25.8	10.5	10.2	17.5	16.3
Guatemala (1989)											
Total	100.0	2.6	63.8	14.7	49.2	7.6	20.3	14.3	7.0	33.6	32.7
Hombres	100.0	3.2	65.9	15.4	50.5	7.7	24.3	18.0	0.5	30.9	30.4
Mujeres	100.0	1.3	61.0	13.8	47.3	7.6	14.0	8.2	17.5	37.7	36.7
Honduras (1994)											
Total	100.0	4.1	65.1	11.3	53.8	6.8	30.4	11.1	5.5	30.8	29.5
Hombres	100.0	5.7	65.9	10.3	55.6	6.9	34.3	14.4	-	28.4	26.9
Mujeres	100.0	1.9	63.6	12.9	50.7	6.7	24.3	6.0	13.7	34.5	33.6

Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

a/ Incluye a los profesionales y técnicos.

Cuadro 9

CENTROAMERICA: INGRESOS MEDIOS DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA OCUPADA  
SEGUN INSERCIÓN LABORAL, EN ZONAS URBANAS

(Múltiplos de las respectivas líneas de pobreza por habitante)

	Total	Empleadores	Asalariados						Trabajadores por cuenta propia y familiares no remunerados		
			Sector privado								
			Total	Sector público	No profesionales ni técnicos					Tabla b/	No profesionales ni técnicos
					Total a/	Profesionales y técnicos	En establecimientos de más de 5 personas	En establecimientos de hasta 5 personas			
Costa Rica (1994)											
Total	5.7	10.8	5.5	7.9	4.5	8.2	4.4	3.6	4.4		
Hombres	6.4	11.8	6.1	8.4	5.2	9.4	4.8	3.9	5.3		
Mujeres	4.4	7.0	4.6	7.2	3.4	6.1	3.7	2.9	2.8		
Guatemala (1989)											
Total	3.5	18.1	3.1	4.8	2.5	3.1	3.2	1.7	3.2		
Hombres	4.0	19.0	3.3	5.0	2.8	3.7	3.3	1.8	3.9		
Mujeres	2.6	14.0	2.7	4.8	2.0	2.1	3.0	1.5	2.1		
Honduras (1994)											
Total	2.3	7.4	2.2	3.4	2.0	4.5	1.9	1.3	1.7		
Hombres	2.7	7.7	2.5	3.8	2.2	5.3	2.0	1.3	2.1		
Mujeres	1.6	5.2	1.8	2.9	1.5	3.4	1.7	1.1	1.2		

Fuente: CEPAL, elaborado sobre la base de tabulaciones especiales de encuestas de hogares de los respectivos países.

a/ Incluye empleo doméstico.

b/ Incluye a los trabajadores por cuenta propia, profesionales y técnicos.

Cuadro 10

**CENTROAMERICA: DISTRIBUCION DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE  
ACTIVA OCUPADA, SEGUN INSERCIÓN LABORAL,  
EN ZONAS RURALES**

(Porcentajes)

	Total	Empleadores	Asalariados				Trabajadores por cuenta propia y familiares no remunerados	
			Total	Sector público	Sector privado		Total a/	Agricultura
					Total	Servicio doméstico		
<b>Costa Rica (1994)</b>								
Total	100.0	6.9	68.6	9.9	58.7	...	24.5	11.3
Hombres	100.0	8.1	67.3	8.8	58.1	...	24.6	14.0
Mujeres	100.0	3.3	73.1	13.3	59.8	18.0	23.6	2.8
<b>Guatemala (1989)</b>								
Total	100.0	0.5	38.3	2.9	35.4	...	61.2	47.9
Hombres	100.0	0.6	38.4	3.0	37.2	...	61.0	54.3
Mujeres	100.0	0.4	37.3	2.8	34.5	8.7	62.3	17.0
<b>Honduras (1994)</b>								
Total	100.0	1.6	37.2	4.8	32.4	...	61.2	43.4
Hombres	100.0	1.9	35.7	3.1	32.6	...	62.4	54.5
Mujeres	100.0	1.0	41.4	10.4	31.0	9.6	57.6	6.1

Fuente: CEPAL, elaborado sobre la base de tabulaciones especiales de encuestas de hogares de los respectivos países.

a/ Incluye a los trabajadores por cuenta propia en la agricultura.

Cuadro 11

**CENTROAMERICA: INCIDENCIA DE LA POBREZA FEMENINA EN  
ALGUNAS CATEGORIAS DE OCUPACION a/**

(Porcentajes)

Categorías ocupacionales	Costa Rica (1994)		Guatemala (1989)		Honduras (1994)	
	Urbanas	Rurales	Urbanas	Rurales	Urbanas	Rurales
Total de la población económicamente activa femenina	21	27	53	79	74	81
Total ocupadas	10	13	35	62	62	64
Asalariadas públicas	3	5	...	...	35	31
Asalariadas del sector privado b/	7	5	31	66	65	52
En establecimientos de más de 5 personas	11	15	40	60	72	68
En establecimientos de hasta 5 personas	26	24	43	64	56	74
Empleadas domésticas	25	...	52	...	88	...
Trabajadoras por cuenta propia b/	17	...	37	...	79	...
Industria y construcción	...	34	...	80	...	79
Comercio y servicios						
Actividades agropecuarias						

Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

a/ Se refiere al porcentaje de ocupadas de cada categoría que reside en hogares con ingresos inferiores a la línea de pobreza.

b/ No profesionales ni técnicas.

Cuadro 12

**CENTROAMERICA: DISPARIDAD DE SALARIOS E INGRESOS  
POR SEXO Y EDAD, EN ZONAS URBANAS, 1994 a/**

País	Edad					
	Total	15-24	25-34	35-44	45-54	55 y más
Disparidad salarial						
Costa Rica	75	84	79	70	65	77
Honduras	73	82	80	82	67	32
Disparidad de ingresos						
Costa Rica	69	82	76	64	60	45
Honduras	63	80	72	69	47	43

**Fuente:** CEPAL, *Panorama Social de América Latina* (LC/G.1946-P), Santiago de Chile, 1996, sobre la base de tabulaciones especiales de los países.

a/ Salario o ingreso medio de las mujeres como porcentaje del de los hombres.

Cuadro 13

**CENTROAMERICA: DISPARIDAD DE INGRESOS POR SEXO Y AÑOS  
DE ESCOLARIDAD, EN ZONAS URBANAS, 1994 a/**

(Porcentajes)

País	Años de escolaridad					
	Total	0-3	4-6	7-9	10-12	13 y más
Disparidad salarial						
Costa Rica	75	61	63	68	67	75
Honduras	73	57	70	80	74	63
Disparidad de ingresos						
Costa Rica	69	61	55	58	64	70
Honduras	63	60	65	66	67	56

**Fuente:** CEPAL, *Panorama social de América Latina* (LC/G.1946-P), Santiago de Chile, 1996, sobre la base de tabulaciones especiales de los países.

a/ Ingreso medio de las mujeres como porcentaje del de los hombres.

Cuadro 14

CENTROAMERICA: POBLACION TOTAL Y POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA  
CUBIERTA POR LA SEGURIDAD SOCIAL, 1970-1995

(Porcentajes)

País	Población económicamente activa (PEA)				Población total		
	1970	1980	1985-1988	1990-1995	1980	1985-1988	1990-1995
Costa Rica	38.4	68.3	68.7	77.3	84.4 a/	83.1 a/	86.2 a/
El Salvador	9.6	19.7	19.4	22.6	8.8	11.0	14.2
Guatemala	27.0	33.1	27.1	29.0	15.2	13.1	16.4
Honduras	4.2	14.4	12.8	...	7.3	10.3 b/	13.0
Nicaragua	14.8	16.8	29.0	14.3	9.1	22.0	13.0

Fuente: CEPAL, *La brecha de la equidad: América Latina y la Cumbre Social* (LC/G.1954(CONF.86/3), cuadro V.15, elaborado por Carmelo Mesa-Lago, Santiago de Chile, sobre la base de cifras oficiales de los países.

a/ Incluye la atención asistencial a los indigentes; si se le suma la protección del Ministerio de Salud, la cobertura asciende al 100%.

Cuadro 15

COSTA RICA: PENSIONES POR VEJEZ, INVALIDEZ Y MUERTE, 1995

	Total pensiones		Hombres		Mujeres	
	Número	Monto medio (dólares)	Número	Monto medio (dólares)	Número	Monto medio (dólares)
Total	87,050	96	51,111	107	35,939	81
Vejez	30,302	136	24,745	137	5,557	129
Invalidez disminuida	2,506	79	2,172	79	334	78
Invalidez total	26,121	92	19,073	92	7,048	95
Viudez	16,911	75	149	77	16,762	75
Orfandad	9,735	31	4,868	31	4,867	32
Padres	1,158	65	70	62	1,088	65
Hermanos	34	65	34	57	283	66

Fuente: Caja Costarricense de Seguro Social, *Anuario Estadístico 1995*, Cuadro I-10.

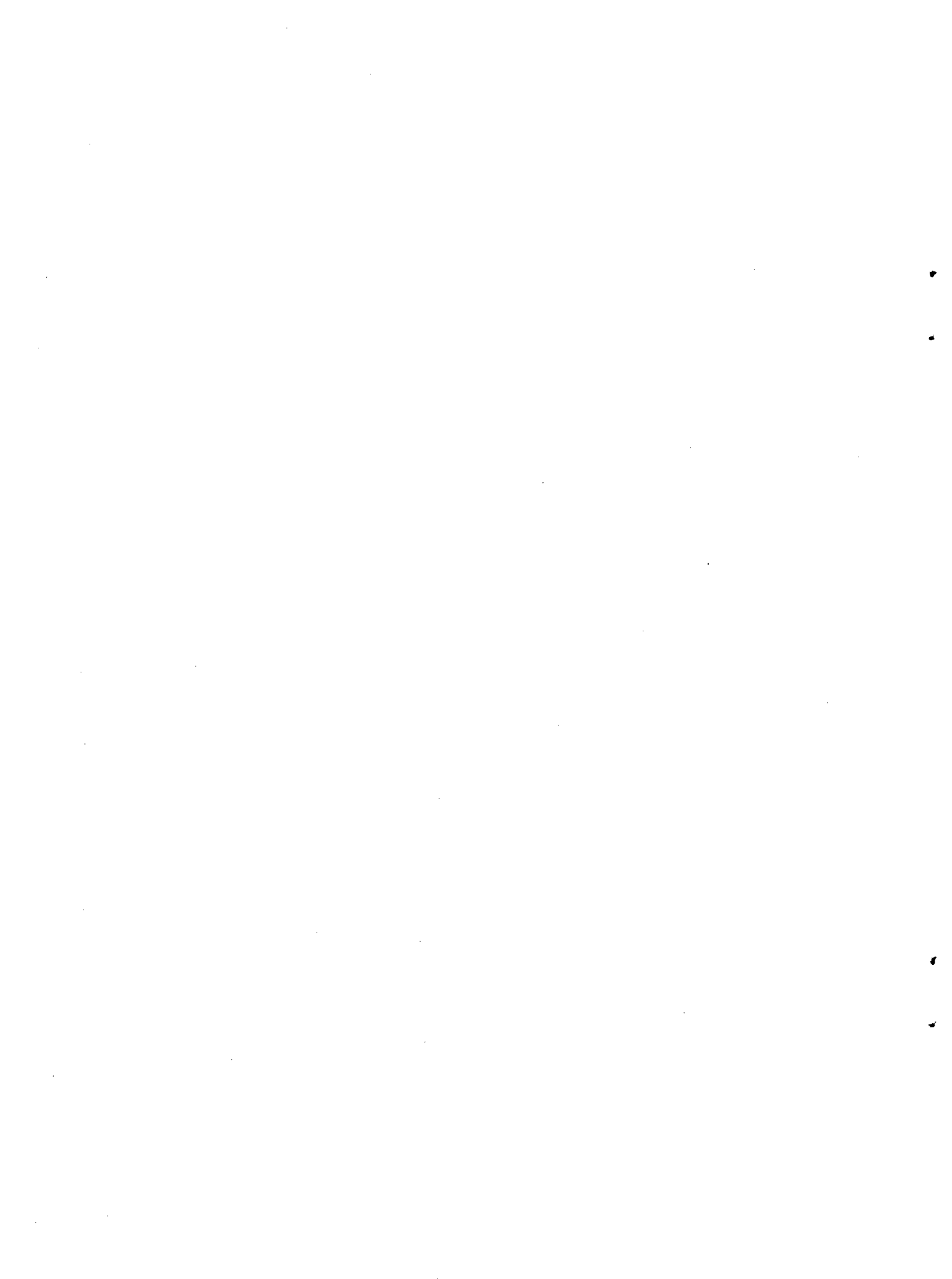
Cuadro 16

## PAISES CENTROAMERICANOS: INDICADORES VITALES RELATIVOS A LA MUJER

	Esperanza de vida al nacer (años)		Mortalidad de menores de cinco años (al millar)		Mortalidad debido a la maternidad (madres muertas por cada 100,000 nacidos vivos)	Partos atendidos por personal capacitado (porcentajes)
	Hombres	Mujeres	Niños	Niñas		
Total mundial	63.4	67.7	82	81	...	57
Regiones más desarrolladas a/	70.6	78.4	15	11	... b/	99
Regiones menos desarrolladas c/	62.1	65.2	90	90	... d/	53
América Latina y el Caribe	66.4	72.9	51	41	...	75
Costa Rica	74.5	79.2	18	14	60	97
El Salvador	66.5	72.5	61	48	300	87
Guatemala	64.7	69.8	80	72	200	35
Honduras	67.5	72.3	63	51	220	47
Nicaragua	65.8	70.6	73	60	160	61

Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Estado de la Población Mundial 1997*, sobre la base de cifras de la División de Población de las Naciones Unidas, de la OMS, del UNICEF y del propio FNUAP.

- a/ Se consideran regiones desarrolladas: Estados Unidos, Canadá, Europa, Japón, Australia y Nueva Zelandia.  
b/ La fuente no explicita un promedio pero sí datos nacionales, que oscilan entre 6 en Canadá y Noruega y 18 en Japón.  
c/ Se consideran regiones menos desarrolladas las no mencionadas en la nota a/.  
d/ Los datos nacionales de estos países llegan a 1,800 en Sierra Leona y 1,700 en Afganistán.



1. The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions and activities. It emphasizes that this is essential for ensuring transparency and accountability in the organization's operations.

2. The second part of the document outlines the various methods and tools used to collect and analyze data. It highlights the need for consistent and reliable data collection processes to support informed decision-making.

3. The third part of the document focuses on the role of technology in modern data management. It discusses how advanced software solutions can streamline data collection, storage, and analysis, thereby improving efficiency and accuracy.

4. The final part of the document provides a summary of the key findings and recommendations. It stresses the importance of ongoing monitoring and evaluation to ensure that the data management processes remain effective and up-to-date.

**Este documento fue elaborado por la Sede Subregional en México de  
la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).  
Masaryk No. 29, México, D.F., CP 11570,  
teléfono 250-15-55, fax 531-11-51  
Dirección en Internet [cepal.un.org.mx](http://cepal.un.org.mx)**

07/101:LMX  
\*\*\*\* ARCHIVO DE DOCUMENTOS (CARMEN VERA) \*\*\*\*  
BIBLIOTECA  
CEPAL

CLI