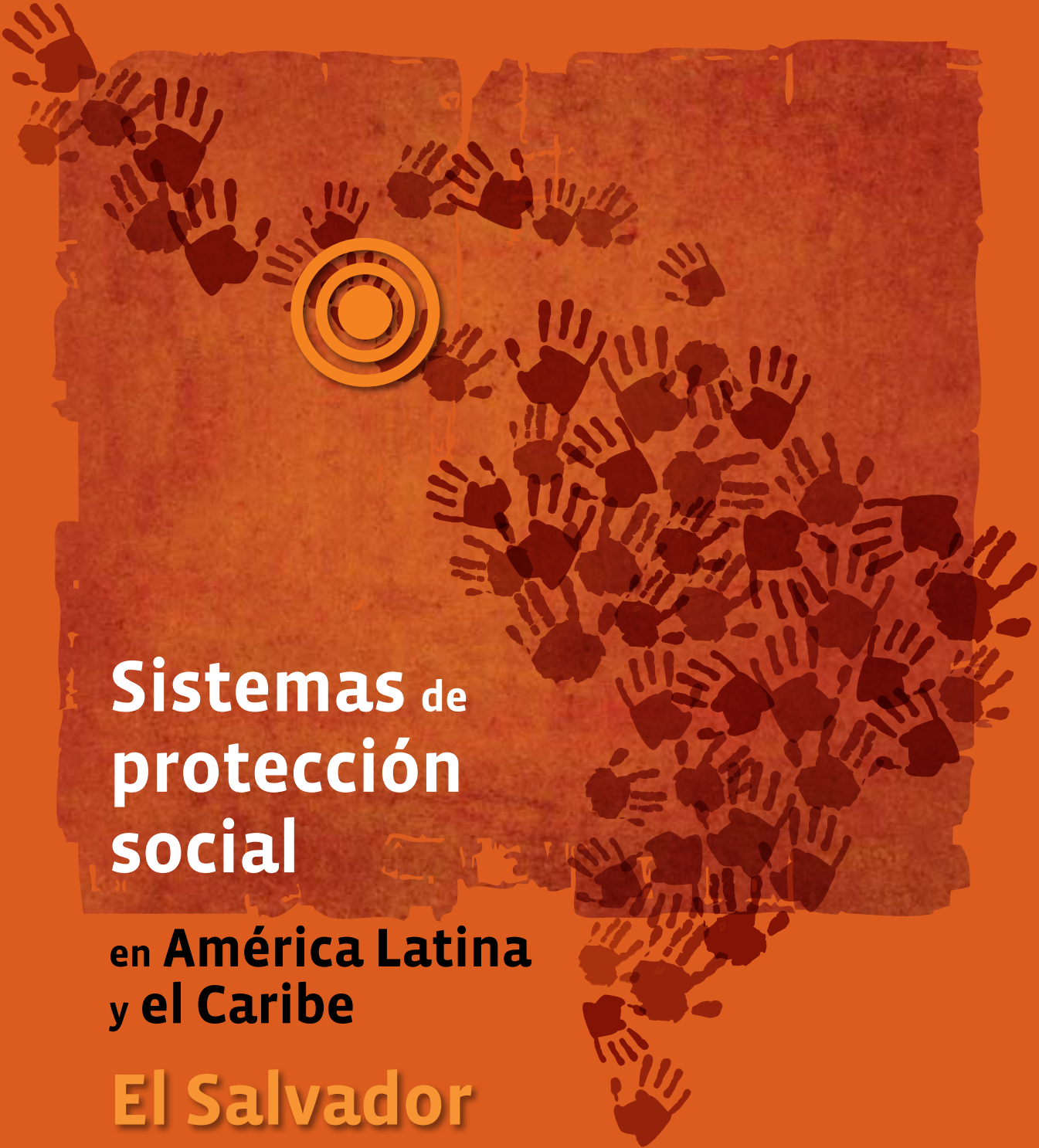


**Sistemas de protección social en América
Latina y el Caribe: El Salvador**

CEPAL-Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo
(Alemania)
2013

Revista Iberoamericana de Gobierno Local
Número 5, Granada, Noviembre, 2013
ISSN: 2173-8253



Sistemas de protección social

en **América Latina
y el Caribe**

El Salvador

Juliana Martínez Franzoni



NACIONES UNIDAS



Ministerio Federal de
Cooperación Económica
y Desarrollo

giz

Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: El Salvador

Juliana Martínez Franzoni



Este documento fue elaborado por Juliana Martínez Franzoni, consultora de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), y forma parte de la serie de estudios "Sistemas de Protección Social en América Latina y el Caribe", editados por Simone Cecchini, Oficial de Asuntos Sociales, y Claudia Robles, consultora de la misma división. La autora agradece la asistencia en la investigación por parte de Héctor Solano y Luis Ángel Oviedo. El documento contó también con el apoyo editorial de Luna Gámez y Daniela Huneeus, consultoras. Se agradecen los comentarios de Humberto Soto y Astrid Rojas.

El documento se enmarca en las actividades de los proyectos "Strengthening social protection" (ROA/149-7) y "Strengthening regional knowledge networks to promote the effective implementation of the United Nations development agenda and to assess progress" (ROA 161-7), financiados por la Cuenta de Naciones Unidas para el Desarrollo.

Para la impresión de este documento se ha contado con la contribución de la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH y el Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo de Alemania (BMZ), en el marco del proyecto "Pacto social para una protección social más inclusiva", del programa de cooperación CEPAL/BMZ-GIZ "Promoción del desarrollo bajo en carbono y de la cohesión social en América Latina y el Caribe" (GER/12/006).

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial formal, son de exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la organización.

Índice

Prólogo	52
I. Introducción: contexto histórico de las políticas de protección social	72
II. El Salvador: principales indicadores económicos y sociales	92
A. Desempeño de la economía y el mercado laboral	92
III. Pensiones contributivas en El Salvador	132
A. Perspectiva general del régimen de pensiones contributivas en El Salvador	132
1. Sistema Público de Pensiones (SPS)	132
2. El sistema de capitalización individual (SAP)	132
3. Bienestar Magisterial	142
4. Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada, IPSFA	142
B. Gasto social en seguridad social y financiamiento del sistema	152
C. Cobertura del sistema de seguridad social	162
IV. Protección social no contributiva en El Salvador	192
A. Programas de transferencias condicionadas en El Salvador	192
B. Financiamiento y cobertura de Comunidades Solidarias	202
V. El sector de salud en El Salvador	212
A. Perspectiva general del sistema de salud	212
B. Gasto social y financiamiento de la salud	222
C. Cobertura del sistema de salud	232
VI. El sector de la educación en El Salvador	252
A. Presentación general del sector educativo	252
B. Financiamiento y gasto social en educación	262
C. Cobertura del sector educativo	262
Bibliografía	292
Índice de cuadros	
Cuadro 1	Cobertura de la seguridad social según quintiles de ingreso, 2006
Cuadro 2	Tasas brutas de matriculación, según grupos etarios y quintiles de ingreso, 2007
	172
	28

Índice de gráficos

Gráfico 1	Evolución del salario mínimo real, el salario promedio anual real, crecimiento anual del empleo y del PIB, 1998-2010	10 ²
Gráfico 2	Desempleo, participación de la fuerza laboral y tasas de informalidad, 1998-2008	10 ²
Gráfico 3	Gasto público social per cápita, gasto público social relativo al PIB y gasto público total, 1998-2009	11 ²
Gráfico 4	Gasto público social por sectores, 1998-2009	11 ²
Gráfico 5	Evolución del monto de las pensiones, 2000-2006.....	14 ²
Gráfico 6	Evolución del gasto público en seguridad social per cápita (en dólares) y como porcentaje del PIB (1998-2009).....	15 ²
Gráfico 7	Gasto del régimen general de discapacidad, vejez y defunción (ISSS) como porcentaje del PIB, 1998-2008	15 ²
Gráfico 8	Población cubierta por el régimen de pensiones de discapacidad, vejez y defunción como porcentaje de la población económicamente activa 1998-2008	16 ²
Gráfico 9	Población económicamente activa (PEA) que cotiza a la seguridad social, 2003-2008	17 ²
Gráfico 10	Gasto público en salud per cápita, como porcentaje del PIB, como porcentaje del gasto público total y gasto privado en salud como porcentaje del PIB, 1998-2009	22 ²
Gráfico 11	Cobertura del seguro de salud, 2000-2008.....	23 ²
Gráfico 12	Población infantil vacunada de acuerdo a paquete de inmunización básico, 1998-2006	24 ²
Gráfico 13	Gasto público en educación per cápita (en dólares), como porcentaje del PIB y como porcentaje del gasto público total, 1998-2009	26 ²
Gráfico 14	Tasas netas de escolaridad, 1998-2007	27 ²
Gráfico 15	Tasas de asistencia escolar de la población de 0 a 24 años, 2003-2006	27 ²
Gráfico 16	Población que completó la educación primaria y secundaria, 2003-2006.....	28 ²

Prólogo

Simone Cecchini
Claudia Robles

Este informe forma parte de una serie de estudios de caso nacionales cuyo propósito es difundir el conocimiento sobre la situación actual de los sistemas de protección social en los países de América Latina y el Caribe, así como discutir los principales desafíos en este ámbito en términos de la realización de los derechos económicos y sociales de la población y el logro de los objetivos de desarrollo claves, tales como la superación de la pobreza y el hambre.

Considerando que, en el año 2011, 174 millones de latinoamericanos vivían en la pobreza —73 millones de los cuales en la pobreza extrema— y que la región sigue caracterizándose por una distribución del ingreso muy desigual (CEPAL, 2012), los estudios se centran especialmente en la inclusión de la población pobre y vulnerable a los sistemas de protección social, así como en el impacto distributivo de las políticas de protección social.

La protección social ha surgido en años recientes como un eje conceptual que pretende integrar una variedad de medidas orientadas a construir sociedades más justas e inclusivas, y a garantizar niveles mínimos de vida para todos. Si bien la protección social puede estar orientada a atender necesidades particulares de determinados grupos de población —como personas que viven en la pobreza o en la extrema pobreza y grupos en mayor vulnerabilidad como los pueblos indígenas—, debe estar disponible para el conjunto de la ciudadanía. En particular, la protección social se considera un mecanismo fundamental para contribuir a la plena realización de los derechos económicos y sociales de la población, reconocidos en una serie de instrumentos legales nacionales e internacionales, tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948 y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Estos instrumentos normativos reconocen los derechos a la seguridad social, el trabajo y la protección de niveles de vida adecuados para los individuos y las familias, así como el disfrute del mayor bienestar físico y mental y la educación.

La responsabilidad de garantizar estos derechos recae principalmente sobre el Estado, que debe jugar un papel primordial en la protección social —para que ésta sea interpretada como un derecho y no un privilegio—, en colaboración con tres otros grandes actores: las familias, el mercado y las organizaciones sociales y comunitarias. Con diferencias que responden a su historia y estadio de

desarrollo, varios países de América Latina y el Caribe han adoptado algunas de las medidas más innovadoras, entre los países en vías de desarrollo, para establecer estas garantías, mediante la implementación de diferentes tipos de transferencias —que incluyen los programas de transferencias condicionadas y las pensiones sociales— y la extensión de la protección en salud. Sin embargo, uno de los desafíos más serios que enfrentan los países de la región es integrar las distintas iniciativas en sistemas de protección social que aseguren la coordinación de varios programas, así como de las instituciones del Estado que están a cargo de su diseño, financiación, implementación, regulación, monitoreo y evaluación, a fin de lograr efectos positivos en las condiciones de vida de la población (Cecchini y Martínez, 2011).

La protección social es parte central de la política social, pero presenta características distintivas en cuanto a los problemas sociales que atiende. Por lo tanto, no cubre todas las áreas de la política social, sino que es uno de sus componentes, junto con las políticas sectoriales —tales como la salud, la educación o la vivienda— y las políticas de promoción social —tales como la capacitación, la intermediación laboral, la promoción de nuevos emprendimientos, el financiamiento y la asistencia técnica para micro y pequeñas empresas—. Mientras que las políticas sectoriales se hacen cargo de la provisión de servicios sociales que buscan fortalecer el desarrollo humano, y las políticas de promoción se orientan al reforzamiento de capacidades que mejoran la generación autónoma de ingresos por parte de la población, la protección social busca asegurar un nivel básico de bienestar económico y social a todos los miembros de la sociedad. En particular, la protección social debiera garantizar un nivel de bienestar suficiente que posibilite sostener niveles de calidad de vida considerados básicos para el desarrollo de las personas; facilitar el acceso a los servicios sociales y fomentar el trabajo decente (Cecchini y Martínez, 2011).

En consecuencia, los estudios de caso nacionales caracterizan dos de los pilares de los sistemas de protección social: el pilar no contributivo (tradicionalmente conocido como “asistencia social”, y que puede incluir tanto medidas universales como focalizadas) y el contributivo (o “seguridad social”). Los estudios de caso discuten también las políticas de empleo y las políticas sectoriales de educación, salud y vivienda, dado que su comprensión es necesaria para analizar los desafíos de acceso que enfrenta la población en cada país.

Asimismo, los estudios de casos incluyen un breve panorama de las tendencias socio-económicas y de desarrollo, con un particular énfasis en la pobreza y la desigualdad. En relación con ello, queremos destacar que las estadísticas presentadas en los estudios de casos —sean relacionadas con la pobreza, la desigualdad, el empleo o el gasto social— no corresponden necesariamente a los datos oficiales validados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

I. Introducción: contexto histórico de las políticas de protección social en El Salvador¹

El Salvador es el país de Centroamérica que ha tenido la mayor continuidad en lo referido a las transformaciones económicas y sociales iniciadas en la década de los noventa. Comparativamente, es el país con las tasas más bajas de pobreza en la región, pero esta se extiende por todo el territorio afectando a las diversas zonas con diferente intensidad.

La emigración, especialmente hacia Estados Unidos, tiene profundos impactos sociales. Uno de ellos tiene relación con el tamaño de la población salvadoreña, la que ha disminuido, pues actualmente tiene un millón de personas menos a lo estimado para 2007; el otro impacto alude a las remesas, que tienen un enorme peso en la economía y las condiciones de vida de las familias.

El conflicto armado por el que atravesó el país entre 1980 y 1992 se originó en demandas de larga data por democratización política, justicia social y redistribución económica. Los bandos enfrentados eran, por un lado, militares, partidos y organizaciones de derecha, y por el otro la guerrilla izquierdista que originó el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN) y que contaba con el apoyo de las comunidades de base, organizaciones de iglesia, así como las universidades públicas y los intelectuales. Como consecuencia hubo más de 30.000 muertos y una fuerte represión de los campesinos y los pueblos indígenas (Sáenz de Tejada, 2005). La guerra también tuvo un fuerte impacto en el desarrollo social: una vez acabada, el país se encontraba en una situación de pobreza peor y presentaba una mayor desigualdad.

La paz fue sellada mediante los acuerdos de Paz de Chapultepec firmados en 1992. La Alianza Republicana Nacionalista (ARENA), partido de derecha, dirigió el país entre 1989 y 1999, período en el cual se consolidó un modelo de crecimiento económico basado en la economía transnacional y centrado en el sector financiero y promoción de la maquila textil, fuertemente subvencionado por el Estado.

No obstante, en las dos últimas décadas el crecimiento económico ha sido volátil. Durante la primera mitad de los años 1990, la economía creció a un ritmo constante con una tasa promedio de 6%. Después de ese período, el crecimiento promedio bajó a menos del 3%. Además, el crecimiento económico fue muy desigual entre los diferentes sectores económicos. Por ejemplo, el sector financiero experimentó el mayor crecimiento de todos los países de Centroamérica; pero el sector

¹ Esta sección se basa en Martínez Franzoni (2008).

agrícola, que absorbe más del 60% del empleo en las aéreas no metropolitanas de San Salvador, sólo creció una tasa promedio de 1,2% y en 2000 pasó a representar sólo el 13% del PIB, cuando treinta años antes llegaba al 25% (PNUD, 2001).

Antes de la guerra, las políticas sociales relativas a la seguridad social, la educación y la salud tenían una cobertura muy limitada, pues no estaban focalizadas a la gran mayoría de la población que vivía en situación de pobreza, sino más bien se orientaban a las clases medias. Cuando acabó la guerra, la política social se centró en otorgar asistencia social a los pobres. El FMLN, ya legalizado como partido político, consiguió influir en la definición de reformas educativas implementadas en el país y se opuso a varias iniciativas lanzadas por el ARENA que pretendían privatizar la salud y la educación. Aún así, el ARENA logró crear un sistema de capitalización individual administrado de forma privada que se inspiró en el modelo chileno. Sin embargo, este tipo de reformas no fueron fáciles de implementar en el sector de la salud debido a una fuerte oposición del FMLN y la sociedad civil.

Durante los años noventa se produjeron avances en áreas como la educación primaria, el control de enfermedades infectocontagiosas y la erradicación de la poliomielitis, el sarampión y el paludismo. En la última administración del ARENA conducida por el Presidente Saca (2005-2009), se implementó en el país el primer programa de transferencias monetarias condicionadas llamado Red Solidaria, que pronto se convertiría en el programa estrella del gobierno.

En 2009, el FMLN ganó las elecciones nacionales promoviendo un enfoque universal de la política social, que ha combinado medidas focalizadas con acciones orientadas a la clase media, en particular en las áreas de educación y salud. Estas medidas forman parte del sistema universal de protección social actualmente en construcción.

II. El Salvador: principales indicadores económicos y sociales

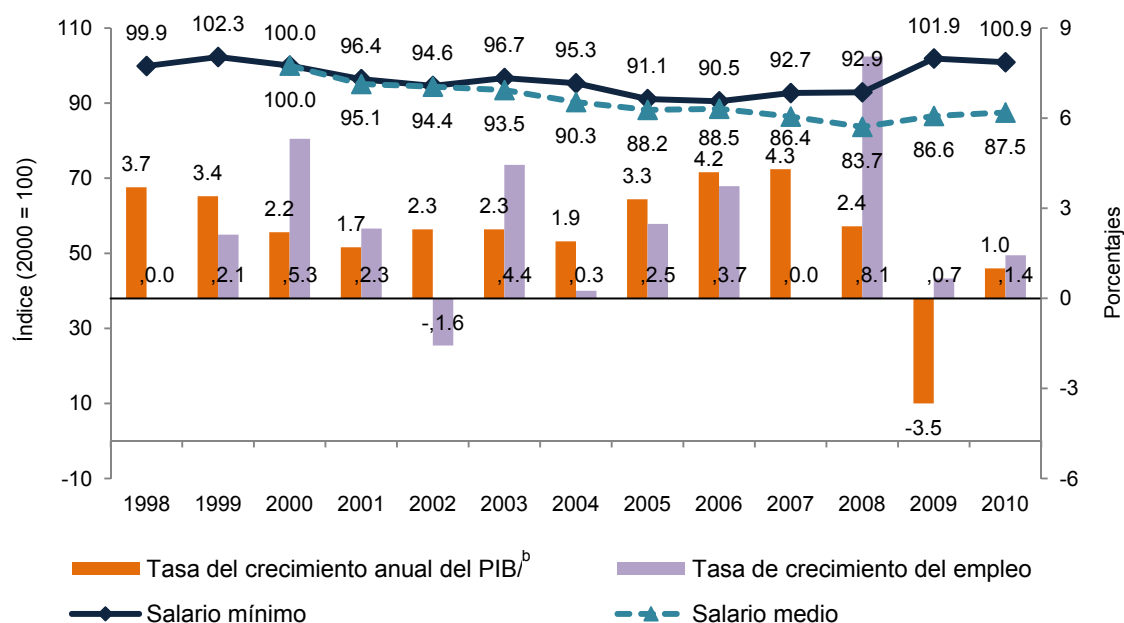
A. Desempeño de la economía y el mercado laboral

Los gráficos 1 y 2 presentan la evolución de la tendencia del crecimiento económico, mercado del trabajo y salarios en El Salvador. Durante la década pasada, el crecimiento económico promedio fue débil (2,7%) y muy volátil: en 2007 creció hasta un 4,3% del PIB para caer a un -3,5% en 2009 en el contexto de la crisis financiera mundial. La tasa de participación laboral ha disminuido moderadamente pasando del 56% en 1998 al 54% en 2008. En paralelo, el desempleo se mantuvo estable, alcanzando su tasa más alta en 1998 (7,3%) y su mínimo, en 2008 (5,9%). La informalidad ha permanecido alta, pues de un 55% al principio del período creció a un 60% en 2008. Si se considera que durante este período la emigración de la población económicamente activa fue una de las más altas del continente, los indicadores del mercado del trabajo son más preocupantes. Entre 1998 y 2010, el salario mínimo creció moderadamente. Si se considera el índice que toma el año 2000 como base, el salario mínimo real creció de 99,9 en 1998 a 100,9 en 2010, mientras que el salario anual real promedio disminuyó de 100 a 87,5 entre 2000 y 2010.

Según la Dirección General de Estadística y Censos de El Salvador, la canasta de consumo básica urbana en julio de 2009 correspondía a 166,87 dólares por familia, y en zonas rurales era de 102,03 dólares (DIGESTYC, 2009).

El gasto público social en El Salvador creció del 8% al 13% del PIB entre 1998 y 2009 y en términos fiscales ha sido más importante, ya que ha aumentado su representación el gasto público total desde un 31% a 39%. El gasto per cápita también aumentó de 191 dólares a 382 dólares (véase el gráfico 3).

GRÁFICO 1
**EVOLUCIÓN DEL SALARIO MÍNIMO REAL^a, EL SALARIO PROMEDIO ANUAL REAL^a,
 CRECIMIENTO ANUAL DEL EMPLEO Y DEL PIB^b, 1998-2010**
(En valores del índice de salarios mínimos y medios y en porcentajes)

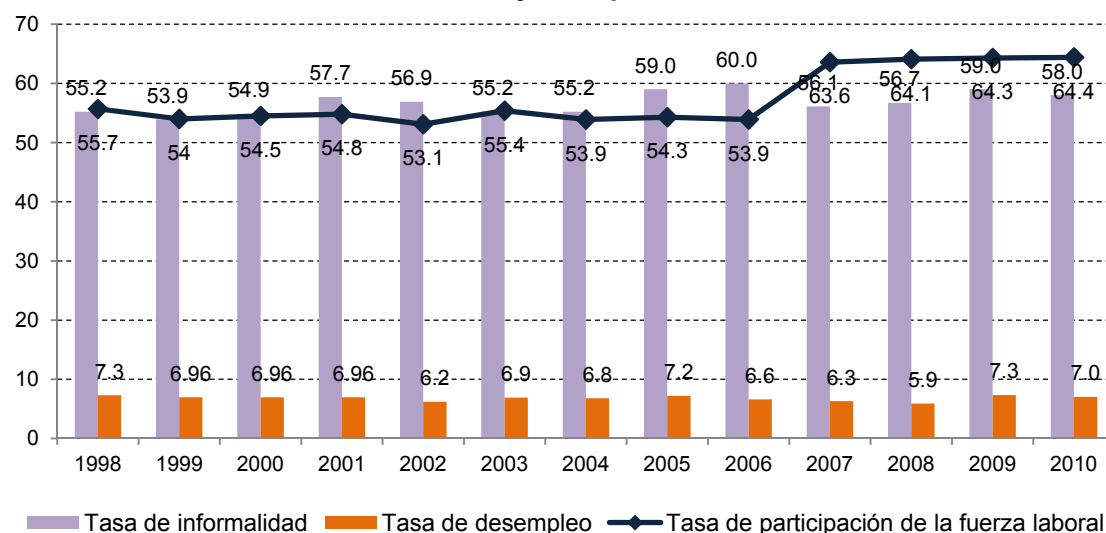


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2010, 2007), Consejo Monetario Centroamericano, Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC).

^a Índice anual medio, 2000 = 100.

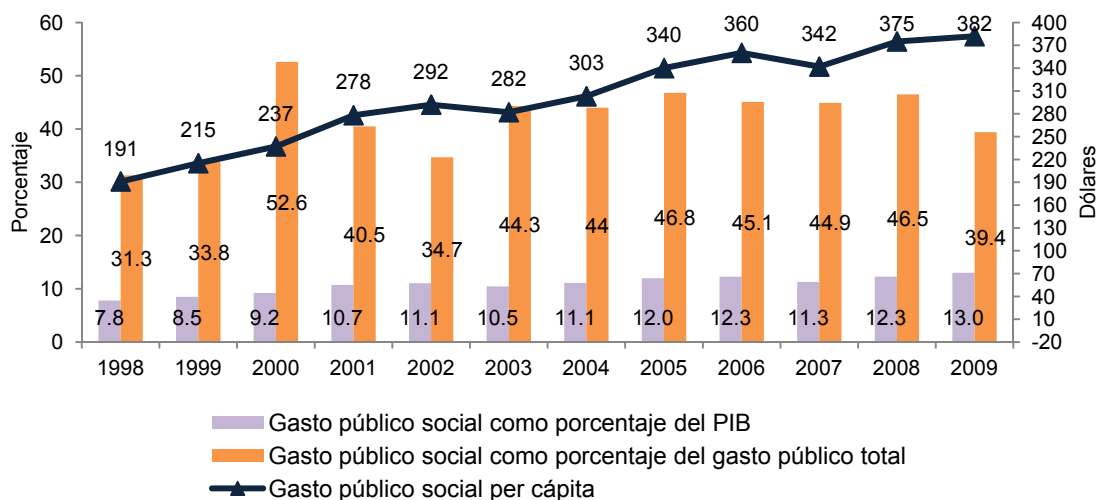
^b Basado en cifras oficiales expresados en dólares constantes de 2000. Los datos de 2010 son preliminares.

GRÁFICO 2
**DESEMPLEO, PARTICIPACIÓN DE LA FUERZA LABORAL
 Y TASAS DE INFORMALIDAD, 1998-2008**
(En porcentajes)



Fuente: Base de Datos Socioeconómicos para América Latina y El Caribe (SEDLAC), estado de la Región, y Organización Internacional del Trabajo (OIT).

GRÁFICO 3
GASTO PÚBLICO SOCIAL PER CÁPITA, GASTO PÚBLICO SOCIAL RELATIVO AL PIB
Y GASTO PÚBLICO TOTAL, 1998-2009^a
(En porcentaje y en dólares 2005)



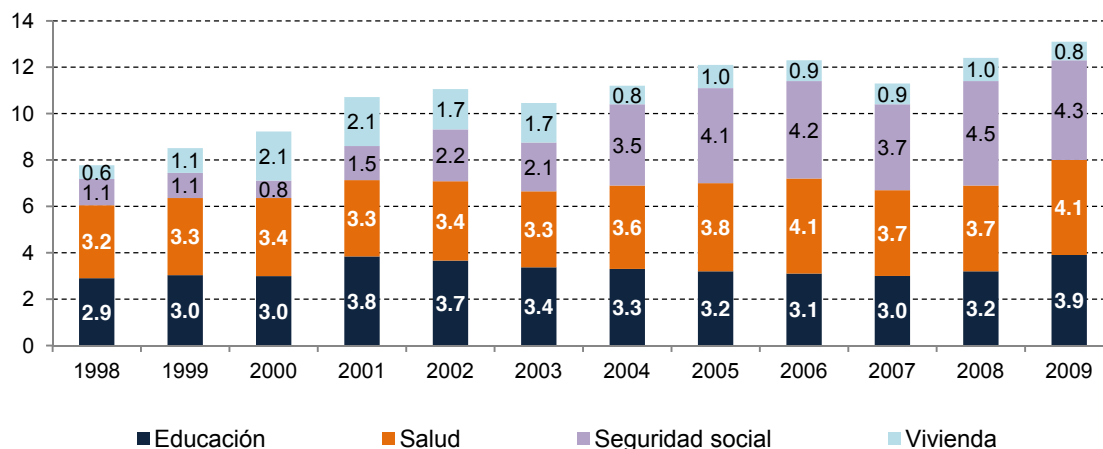
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

^a Hasta el año 2003, la serie estaba basada en información del gobierno general. A partir de 2004, los datos provienen del sector público no financiero.

Es probable que el crecimiento del gasto público influyera en la disminución de la pobreza y extrema pobreza en el país. Según datos de la CEPAL, la pobreza disminuyó del 54,2% en 1995 al 46,6% en 2010, en tanto la extrema pobreza bajó del 21,7% al 16,7% en el mismo período.

Entre 1998 y 2009, el gasto en seguridad social creció más que cualquier otro sector, aumentando del 1,1% al 4,3% del PIB. En consecuencia, la seguridad social representa hoy el sector más importante del gasto social, seguido por la salud y la educación. El gasto en vivienda es todavía muy marginal y sólo representó el 0,9% del PIB en 2009 (véase el gráfico 4).

GRÁFICO 4
GASTO PÚBLICO SOCIAL POR SECTORES, 1998-2009^a
(En porcentaje del PIB)



Fuente: Estadísticas del gasto social, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

^a En 2004 se introdujo un cambio metodológico, pues hasta esa fecha la serie se basa en información del gobierno central; a partir de entonces, los datos provienen del sector público no financiero.

III. Pensiones contributivas en El Salvador ²

Las pensiones contributivas en El Salvador combinan seguros públicos y privados de cobertura limitada. Una gran proporción de la población del país permanece sin protección y no existen seguros de desempleo. Las siguientes secciones presentan las principales características de este sistema.

A. Perspectiva general del régimen de pensiones contributivas en El Salvador

Las pensiones contributivas están organizadas bajo cuatro regímenes: dos que pertenecen al régimen general, uno de los cuales ya no existe (sistema de reparto), y dos más que están reservados para los profesores y el personal de las fuerzas armadas, quienes perciben mayores beneficios.

1. Sistema Público de Pensiones (SPS)

Fue creado en 1953 y era regulado por el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS). Consistía en un sistema de reparto que protegía en caso de vejez, discapacidad y defunción, y se financiaba mediante una contribución global del 14% de los salarios (Mesa-Lago, 2007). Actualmente, ya no hay acceso a este régimen y las personas afiliadas al sistema público sólo pueden cotizar en el sistema de capitalización individual.

Este régimen cubre a los antiguos miembros del ISSS y del Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos (INDEP) quienes, tras la promulgación de la Ley del Sistema de Ahorro para las Pensiones (SAP), decidieron permanecer en el sistema público entre 1996 y 1998 (véase la sección III.A.2).

2. El sistema de capitalización individual (SAP)

Este sistema fue creado en 1996 y está en plena vigencia desde 1998 (Velásquez, 2005). Cubre a todo tipo de trabajadores, es obligatorio para los trabajadores asalariados y voluntario para los independientes. El 98% de la población que contribuye a la seguridad social está afiliado a este sistema. La contribución global requerida está estipulada en el 13% de los salarios: los empleadores contribuyen con un 6,75% y los trabajadores asalariados, con el 6,25% restante. Por su parte, los

² La información para esta sección y la siguiente provienen de fuentes primarias y secundarias, incluyendo entrevistas.

trabajadores independientes contribuyen con el 13% total. Para administrar los aportes se crearon las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), las que son reguladas y fiscalizadas por la Superintendencia de Pensiones.

La principal prestación de este régimen es la pensión de vejez a través de la Cuenta Individual de Ahorro para Pensiones (CIAP). También existe la opción de incluir un Seguro de Invalidez y Supervivencia. Quienes hayan contribuido al menos por 25 años, hayan agotado sus reservas en la CIAP y no tengan otras fuentes de ingreso, pueden optar por una pensión mínima (Mesa-Lago, 2007). Las personas que hayan contribuido el mismo período y tengan pensiones cuyo monto sea insuficiente para cubrir las necesidades básicas, podrán acceder a una pensión de bienestar mínima. Dados los actuales niveles de cotización de la población en El Salvador, se estima que la gran mayoría de los afiliados requerirá este tipo de beneficio.

Los trabajadores afiliados al SPS que decidieron pasar al nuevo sistema reciben un bono de reconocimiento llamado certificado de traspaso. El monto total de este bono es calculado y pagado al momento del retiro (Mesa-Lago, 2007).

3. Bienestar Magisterial

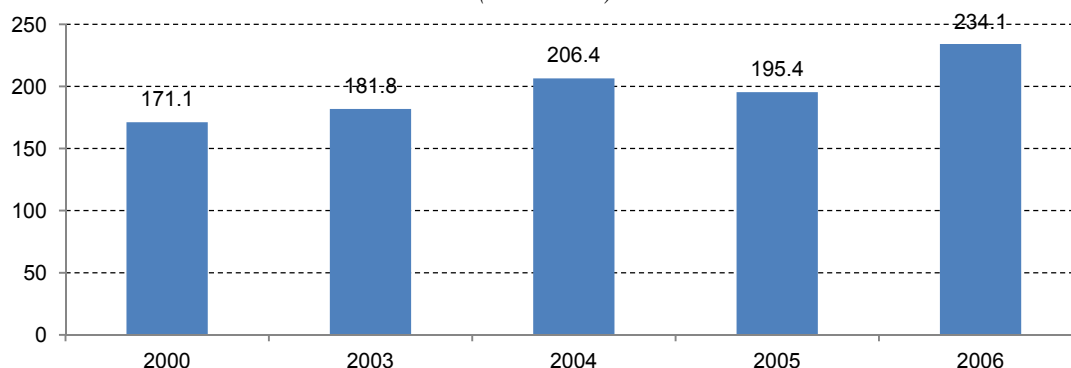
El Bienestar Magisterial fue creado en 1969 para brindar seguridad social al personal del Ministerio de Educación. La legislación más reciente se aprobó en 2007 (decreto No. 483) y establece un seguro obligatorio para los profesores de escuelas públicas y privadas así como del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos. Ofrece una pensión de vejez además de seguros de riesgo y discapacidad. Esta última es administrada por fondos de pensiones privados quienes, según lo establecido en la ley de creación del SAP, tienen la facultad de determinar en qué casos procede dicha pensión. La cotización global de este fondo está establecida en el 10,5% de los salarios, un 7,5% del cual es aportado por el Ministerio de Educación y el 3,5% restante es pagado directamente por los docentes (Asamblea Legislativa, 2007, Artículo 54), más una contribución mensual de un dólar (Argueta, 2007).

4. Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada, IPSFA

Fue creado en 1981 (Decreto N° 500) por la Junta Revolucionaria de Gobierno e incluye pensión por discapacidad, vejez y retiro, un fondo de retiro, un seguro de vida individual y auxilio de entierro (IPSFA, 2001).

El gráfico 5 muestra la evolución del valor promedio del monto de las pensiones en el país. Cabe destacar que a partir de 2006 se incrementó fuertemente alcanzando el nivel del salario promedio en el país.

GRÁFICO 5
EVOLUCIÓN DEL MONTO DE LAS PENSIONES, 2000-2006
(En dólares)

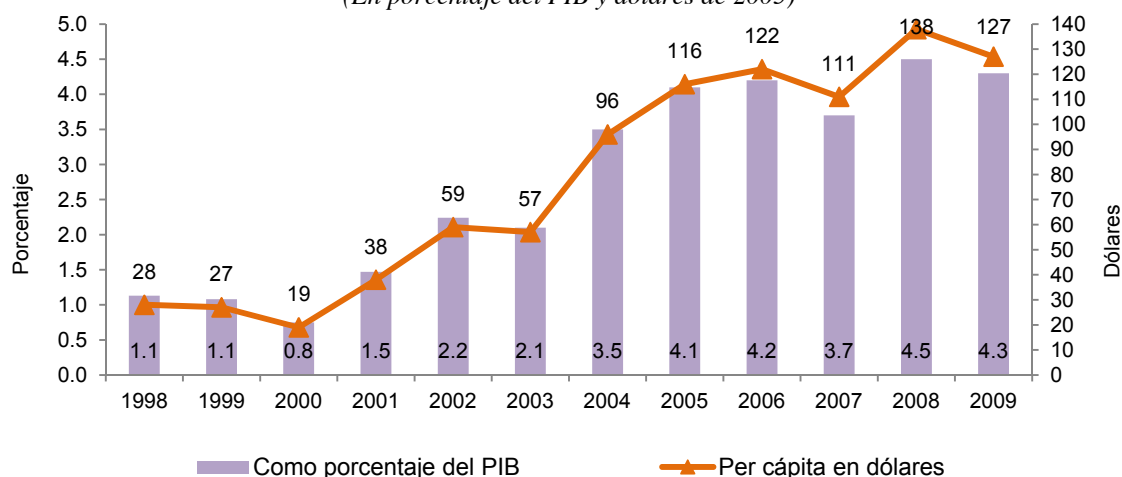


Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos y Encuesta de hogares (DYGESTIC).

B. Gasto social en seguridad social y financiamiento del sistema

El gasto social en seguridad social en El Salvador incluye gasto en pensiones (de discapacidad, vejez y defunción) y salud (enfermedad y maternidad). Según datos de la CEPAL, el gasto público en seguridad social per cápita como porcentaje del PIB ha sido volátil, aunque creció considerablemente entre 1998 y 2009. De hecho, el gasto per cápita aumentó de 28 dólares a 127 dólares (en dólares de 2005) (véase el gráfico 6).

GRÁFICO 6
EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SEGURIDAD SOCIAL PER CÁPITA (EN DÓLARES)
Y COMO PORCENTAJE DEL PIB (1998-2009)^{a, b}
(En porcentaje del PIB y dólares de 2005)



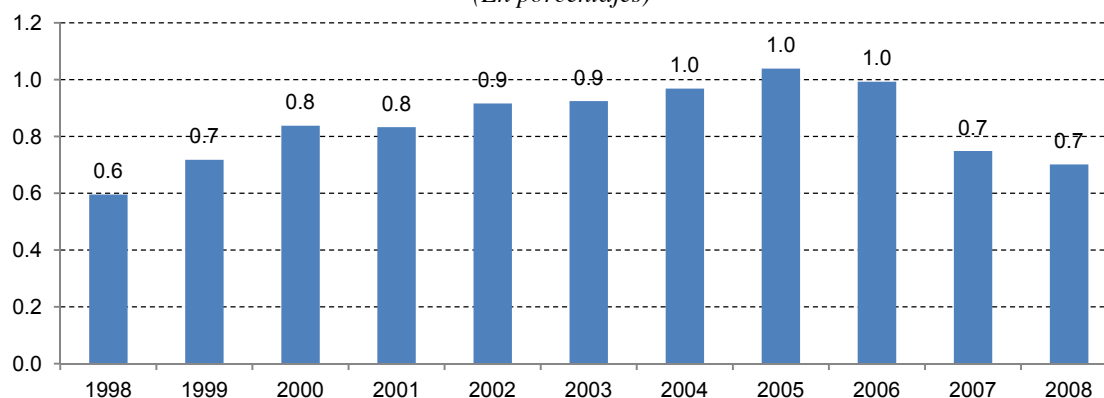
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

^a Incluye información sobre empleo y políticas de asistencia social no contributivas.

^b Hasta 2003, las series se basaban en información del gobierno general. A partir de 2004, los datos provienen del sector público no financiero.

El gasto destinado al régimen general de discapacidad, vejez y defunción gestionado por el ISSS alcanzó su máximo en 2005, cuando representó el 1,0% del PIB, aunque disminuyó en los años siguientes (véase el gráfico 7).

GRÁFICO 7
GASTO DEL RÉGIMEN GENERAL DE DISCAPACIDAD, VEJEZ Y DEFUNCIÓN
(ISSS) COMO PORCENTAJE DEL PIB, 1998-2008
(En porcentajes)



Fuente: Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS).

La protección social contributiva depende casi totalmente de las contribuciones individuales, aunque el sistema de reparto está financiado por reservas estatales (Mesa-Lago, 2007).

El sistema administrado por el IPFSA, se financia mediante cotizaciones variables según sea el caso:

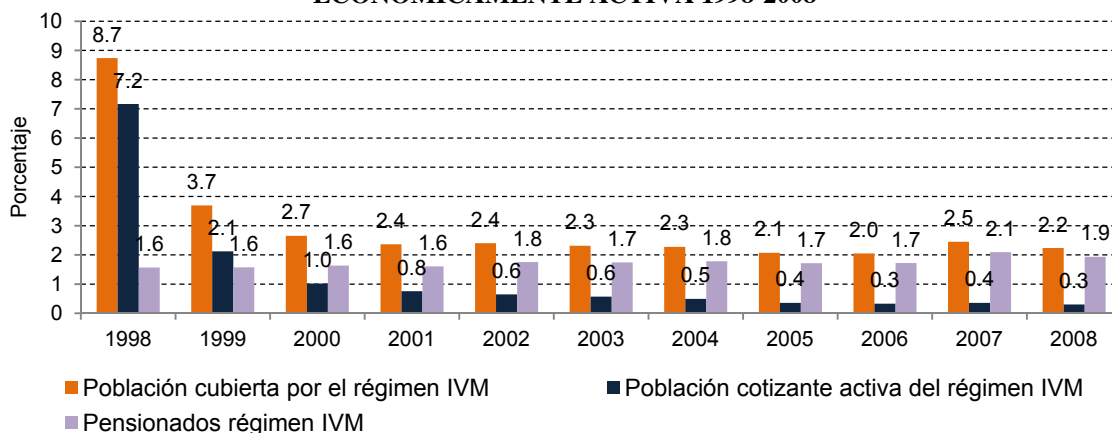
- i) Pensión por discapacidad, vejez y defunción: prima media gradual que requiere una contribución global equivalente al 8% del salario del trabajador (4% cotizado por el afiliado y 4%, por el Estado).
- ii) Fondo de retiro: prima media general que requiere una contribución global de 6% sobre el salario o pensión del trabajador, según sea el caso (3% cotizado por el afiliado y 3%, por el Estado).
- iii) Seguro de vida individual: sistema de reparto que requiere contribución global del 4% del salario o pensión del trabajador (2,5% cotizado por el afiliado y 1,5%, del Estado).
- iv) Auxilio de entierro: financiado mediante un presupuesto regular definido por el Ministerio de Defensa (IPSFA, 2001).

C. Cobertura del sistema de seguridad social

En 2008, sólo el 19% de la población ocupada cotizaba a la seguridad social en El Salvador (Carrera, Castro y Sojo, 2009) y el 14,5% de la población mayor de 65 años tenía acceso a una pensión (Mesa-Lago, 2007). Según estimaciones elaboradas para este documento, el 87% de la población de 65 años o más carece de una pensión. Si bien los regímenes especiales tienen mayor cobertura que los generales, de los 36.000 maestros del país, en 2003 sólo el 70% tenía acceso a la seguridad social.

El gráfico 8 muestra las tres principales tendencias seguidas por la cobertura de la seguridad social en El Salvador. En primer lugar, entre 1998 y 1999, la cobertura del régimen de discapacidad, vejez y defunción cayó fuertemente a raíz de la entrada en vigencia del régimen de capitalización individual y de la masiva migración a este nuevo sistema por parte de la mayoría de los miembros del antiguo régimen. En segundo lugar, el gráfico muestra una persistente brecha entre la población cubierta y la población que cotiza activamente al régimen de invalidez, vejez y muerte (IVM). Este problema también existe en el régimen de capitalización individual, que tiene una baja densidad de cotizaciones. Por último, cabe indicar que la población beneficiaria del régimen de pensiones se ha mantenido estable a través de los años.

GRÁFICO 8
POBLACIÓN CUBIERTA POR EL RÉGIMEN DE PENSIONES DE DISCAPACIDAD, VEJEZ Y DEFUNCIÓN COMO PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA 1998-2008

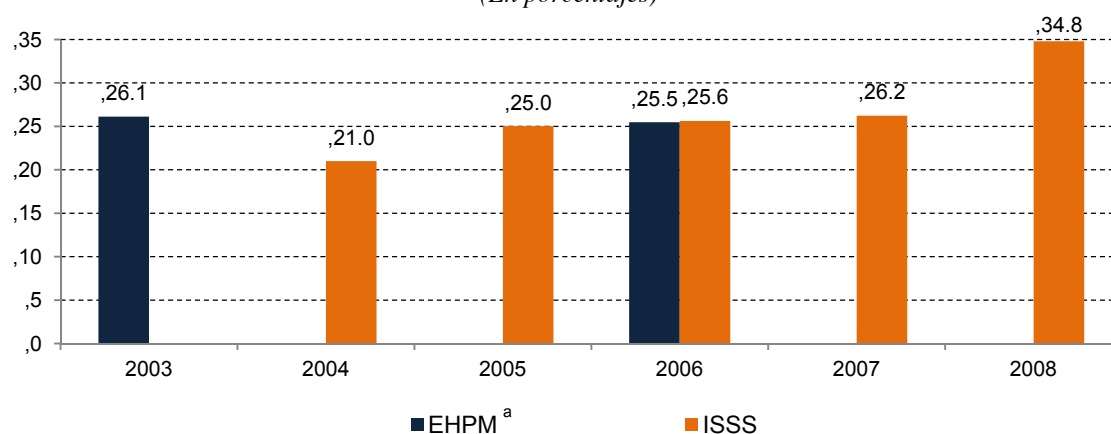


Fuente: Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS).

El porcentaje de la población económicamente activa (PEA) que contribuye al sistema de seguridad social aumentó de 21,0% en 2004 a 26,2% en 2007 (véase el gráfico 9). En 2008 llegó al 35%; sin embargo este aumento llama la atención si se considera que ese año comenzó la crisis económica internacional que tuvo un fuerte impacto en el empleo formal. Por lo tanto, la cifra de 2008 podría deberse a errores de medición más que a un aumento efectivo.

Hay que considerar también que, dada la alta tasa de informalidad del mercado laboral en el país, la población que cotiza a la seguridad social no permanece estable en el tiempo. La densidad de cotizaciones es baja y, por lo tanto, hay pocas posibilidades de que todos los contribuyentes alcancen el número de cotizaciones requeridas para acceder a una pensión contributiva a futuro.

GRÁFICO 9
POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA (PEA) QUE COTIZA
A LA SEGURIDAD SOCIAL, 2003-2008
(En porcentajes)



Fuente: Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS) y Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC).

^a Datos provenientes de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples.

Según datos de la Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC) y encuestas de hogares, el porcentaje de la población adulta que recibe una pensión en El Salvador es muy bajo (13% en 2006) y disminuyó entre 2000 y 2006 del 14% al 13%. En el país aún no existe un régimen de pensiones no contributivo, pero se está implementando una versión piloto de una pensión universal básica (véase la sección IV.B). La supervivencia de los adultos mayores depende principalmente de sus redes de apoyo familiar.

El cuadro 1 muestra la distribución de la cobertura en seguridad social según los quintiles de ingreso. Indica claramente el alto grado de estratificación social en el acceso a las prestaciones de seguridad social. En el quintil de mayores ingresos, más de la mitad de la población contribuye a la seguridad social y un tercio de la población adulta tiene acceso a una pensión. Entre las personas que pertenecen al quintil de menores ingresos, menos del 10% de la población contribuye a la seguridad social y menos del 5% tiene acceso a una pensión.

CUADRO 1
COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL SEGÚN QUINTILES DE INGRESO, 2006
(En porcentajes)

	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5	Media
Población con aseguramiento formal	6,8	13,8	22,6	32,4	48,4	22,0
Cotizantes al ISSS en total de la PEA	9,0	16,2	25,2	31,0	45,3	25,5
Población de 65 años y más con pensión	2,6	2,6	10,4	18,0	32,3	13,1

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM), 2006.

IV. Protección social no contributiva en El Salvador

A. Programas de transferencias condicionadas en El Salvador

El principal programa no contributivo en El Salvador es Comunidades Solidarias Rurales, que comenzó en 2005 bajo el nombre de Red Solidaria. Desde su origen ha mantenido una estructura que incluye: i) transferencias monetarias para fomentar la formación de capital humano; ii) la mejora de la infraestructura local; y iii) la generación de ingresos y desarrollo productivo a través de programas de capacitación y de micro-créditos, con un fuerte enfoque en la seguridad alimentaria. Con la creación de Comunidades Solidarias, el programa sumó un nuevo componente que consiste en un refuerzo de las municipalidades y comunidades locales para mejorar la gestión local y sus impactos (CEPAL, 2012b).

Durante la administración del Presidente Saca, el programa se desarrolló bajo la tutela de la Coordinación Nacional del Área Social de la Presidencia (Gobierno de El Salvador, 2005). Esta unidad estaba a cargo de promover la coordinación intersectorial y establecer las prioridades presupuestales para los ministerios que participaban en el programa; la gestión y ejecución del programa eran responsabilidad del Fondo de Inversión Social para el Desarrollo (FISDL). Bajo la administración del Presidente Funes, el marco institucional es similar, aunque el programa pasó a ser dirigido por la Secretaría Técnica de la Presidencia de la República y forma parte del nuevo Sistema de Protección Social Universal.

La selección de beneficiarios de la antigua Red Solidaria se basaba en el mapa de la pobreza diseñado por la Facultad Latino Americana de Ciencias Sociales (FLACSO) en coordinación con el FISDL. En junio de 2009, el sistema de beneficiarios registraba 43.450 familias. Con el objetivo de definir los principales municipios beneficiarios del programa, se creó un mapa de la pobreza basado en la Encuesta de Hogares con Propósitos Múltiples. Este análisis identifica cuatro categorías de municipios según niveles de extrema pobreza a partir de dos variables: la proporción de alumnos de primer grado con retraso de crecimiento extremo y la incidencia de pobreza de ingresos (porcentaje de población viviendo bajo la línea de pobreza extrema). Las cuatro categorías de municipios identificados fueron: a) 32 municipios con población en situación de extrema pobreza severa; b) 68 municipios con población viviendo en un alto nivel de pobreza; c) 82 municipios con poblaciones en condiciones moderadas de extrema pobreza, y d) 80 municipios con población en condiciones bajas de extrema pobreza (Feitosa de Britto, 2008).

En la versión rural del programa que empezó en 2005, se seleccionaron 100 municipios pertenecientes a las dos primeras categorías. La versión urbana del programa, creada en junio de 2009, prioriza a 412 asentamientos urbanos en situación de precariedad en 25 municipios. Los destinatarios de las transferencias pueden variar entre la versión urbana y rural del programa, e incluye, entre otros, a niños menores de 5 y los que tienen entre 6 y 15 años, así como mujeres embarazadas o lactantes.

Las transferencias monetarias son entregadas a las madres; en zonas rurales corresponden entre el 15% y el 18% del salario mínimo rural y el objetivo es estimular la demanda de servicios de salud, nutrición y educación básica. El programa ofrece dos tipos de transferencias. Por un lado, el bono de salud, que sólo está disponible para Comunidades Solidarias Rurales, que consiste en una transferencia plana de 20 dólares entregada dos veces al mes para niños y niñas menores de cinco años y mujeres embarazadas y lactantes. La transferencia está condicionada al cumplimiento de las vacunaciones, asistencia a los controles prenatales y de peso y altura. Por otro lado, el bono de educación es válido para las Comunidades Solidarias Rurales y Urbanas y consiste en una transferencia plana en zonas rurales, y una transferencia condicionada por la asistencia escolar y el género del destinatario en zonas urbanas. La transferencia se entrega dos veces al mes a las familias con niños y niñas entre 6 y 15 años y está condicionada por la matrícula y la asistencia escolar³. En las zonas urbanas, el bono de educación también incluye una asignación para el transporte y una asignación mensual de ahorro para niños, niñas y jóvenes matriculados entre el séptimo grado y el final de la escuela secundaria (CEPAL, 2012b).

En las zonas urbanas, Comunidades Solidarias tiene como propósito expandir la red social de salud, nutrición y servicios educativos. Busca universalizar la cobertura hasta el sexto grado para niños y niñas entre 5 y 14 años y, aumentar la cobertura básica de los servicios de salud en el país a través de unidades móviles, así como expandir la infraestructura básica de agua, electricidad y carreteras.

Además de estas transferencias, en 2008 se añadió al programa la Pensión Básica Universal destinada a personas de 70 años y más que vivan en condiciones de extrema pobreza. Una versión piloto de este programa se está implementando en los 100 municipios rurales priorizados por Comunidades Solidarias. La pensión puede ser complementada por otros regímenes de pensiones y también se combina con el Programa de Atención Integral a la Persona Adulta Mayor que ofrece cuidados de salud para personas mayores que viven en situación de pobreza (ibíd.).

B. Financiamiento y cobertura de Comunidades Solidarias

El costo anual estimado de Comunidades Solidarias asciende a 50 millones de dólares y el financiamiento del programa proviene de las siguientes fuentes:

- i) El presupuesto nacional, que asigna cerca de 4 millones de dólares para invertir en 32 municipios de pobreza extrema severa.
- ii) Préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y del Banco Mundial que financiaron la expansión de infraestructura.
- iii) Donantes externos: La Unión Europea había desembolsado 44,4 millones de dólares hasta 2009 (7,6 millones en 2006; 8,4 millones en 2007; 14,4 millones en 2008 y 12 millones en 2009).

El programa otorga cobertura a 24.106 familias, un equivalente al 55,5% de las personas identificadas como pobres por el mapa de pobreza, quienes reciben bonos de salud y educación (Martínez Franzoni y Voorend, 2010).

³ En 2008, como resultado de la crisis económica y financiera, Comunidades Solidarias incrementó el monto del bono de educación de 15 a 30 dólares (CEPAL, 2012b).

V. El sector de salud en El Salvador

En El Salvador, la salud pública y la seguridad social se combinan con servicios de salud públicos, privados y comunitarios, dando lugar a un sistema muy estratificado.

A. Perspectiva general del sistema de salud

El sistema de salud está organizado en tres sistemas: salud pública, seguro social y servicios privados. Estos últimos consisten principalmente en gastos de bolsillo dado que el aseguramiento privado es ínfimo y reservado a los sectores más pudientes. Las prestaciones que ofrece cada sistema están altamente estratificadas: la seguridad social ofrece servicios de mejor calidad que los del sistema público de salud.

El Ministerio de Salud (MINSAL) es responsable de monitorear el desempeño de todas las instituciones de salud y de la seguridad social públicas y brinda servicios de salud a nivel local mediante los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI). Los SIBASI ofrecen acceso universal aunque, en la práctica, atienden particularmente a las personas en condiciones de pobreza y no aseguradas, quienes representan en 83% de la población nacional y constituyen su foco de atención (Argueta, 2007).

Los SIBASI, además de brindar servicios de atención médica, también coordinan las prestaciones de los centros de atención de salud en las zonas rurales y urbanas. No existe un paquete universal básico de salud y los servicios incluidos son fundamentalmente de atención primaria (ibíd.), incluyendo la atención a niños y niñas menores de 11 años, mujeres en edad fértil, adolescentes, adultos, personas mayores y personas con enfermedades contagiosas.

En las zonas geográficas con población vulnerable y que carecen de servicios, se implementó el Fondo de Salud (FOSALUD). El FOSALUD tiene el propósito de mejorar la gestión de los programas de salud y extender la cobertura de los servicios y la atención en caso de emergencias médicas (Asamblea Legislativa, 2004). Entre las medidas que serán implementadas por la administración del nuevo gobierno, destaca la atención a las condiciones laborales del personal médico, que no es parte de la planilla del Estado, y el mejoramiento de la coordinación de los componentes del sistema (Diario CoLatino, 2009).

Los servicios brindados por el MINSAL coexisten con instituciones que dependen de la seguridad social: el ISSS, el Bienestar Magisterial (véase la sección III.A) y la Sanidad Militar. El acceso a estas instituciones, que atienden a trabajadores activos y a quienes ya se han pensionado, está

determinado por las cotizaciones realizadas durante su vida laboral y, en algunos casos, se entrega a los dependientes de las personas aseguradas. Los beneficios entregados por cada institución difieren y son mejores en el caso del Bienestar Magisterial y la Sanidad Militar.

A las prestaciones otorgadas por el ISSS tienen acceso las personas aseguradas, sus cónyuges, compañeros o viudas y sus hijos, así como los cesantes y pensionados por discapacidad. El ISSS ofrece servicios quirúrgicos, farmacéuticos, odontológicos, hospitalarios, laboratorio, prótesis y ortopedia (Asamblea Legislativa, 1953).

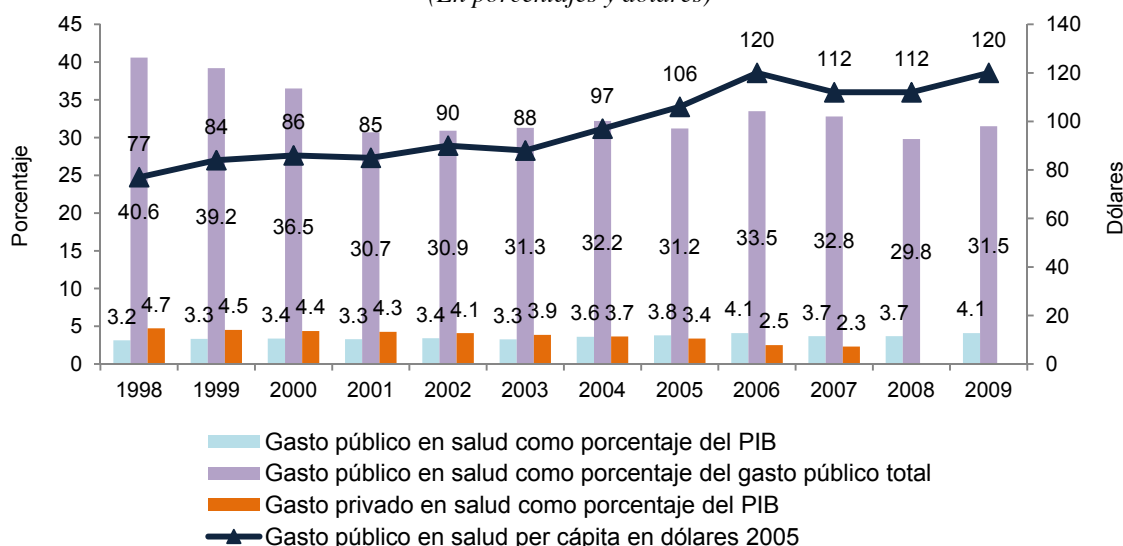
El Bienestar Magisterial ofrece atención a cónyuges y compañeros, hijos dependientes y solteros menores de 21 años. En el primer nivel de atención médica opera a través de médicos de familia en áreas de maternidad, medicina preventiva, enfermedad y emergencias, promoción de salud, visitas domiciliarias y referencias. El nivel secundario incluye convenios con clínicas privadas y hospitales (Holst, 2003).

Dado que el sector de salud no tiene mecanismos formales de coordinación institucional, una misma persona puede tener acceso a más de un sistema. La mayoría de la población está cubierta por el MINSAL.

B. Gasto social y financiamiento de la salud

Entre 1998 y 2006, el gasto público per cápita en salud pasó de 77 dólares a 120 dólares (en dólares constantes de 2005), lo que coincidió con la creación de FOSALUD, y disminuyó entre 2007 y 2008 para recuperar un crecimiento estable en 2009. Una tendencia similar se produjo respecto al gasto público social como porcentaje del PIB y como porcentaje del gasto público total. Cabe mencionar que el gasto privado en salud como porcentaje del PIB disminuyó de un 4,7% en 1998 a un 2,3% en 2007 (véase el gráfico 10).

GRÁFICO 10
**GASTO PÚBLICO EN SALUD PER CÁPITA^a, COMO PORCENTAJE DEL PIB^a,
COMO PORCENTAJE DEL GASTO PÚBLICO TOTAL Y GASTO PRIVADO
EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB, 1998-2009**
(En porcentajes y dólares)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Organización Mundial de la Salud (OMS)

^a Hasta 2003, la serie se basaba en información proveniente del gobierno general. Desde 2004, los datos provienen del sector público no financiero.

El financiamiento público del sector salud corresponde a menos del 50% del total del gasto en salud del país (Carrera, Castro y Sojo, 2009). El nivel de atención primaria recibe la mayoría del gasto en salud pública con el 39% del presupuesto del Ministerio de Salud (MINSAL); en cambio, la seguridad social sólo recibe el 12% del presupuesto del ISSS. El MINSAL asigna el 34% de su presupuesto al segundo nivel de atención de salud y sólo el 18% al tercer nivel. Sin embargo, el ISSS invierte más en el tercer nivel (47%) que en el segundo nivel (41%). Si bien no existen estimaciones oficiales, el financiamiento externo tiene un peso muy importante en la financiación del nivel de atención primaria.

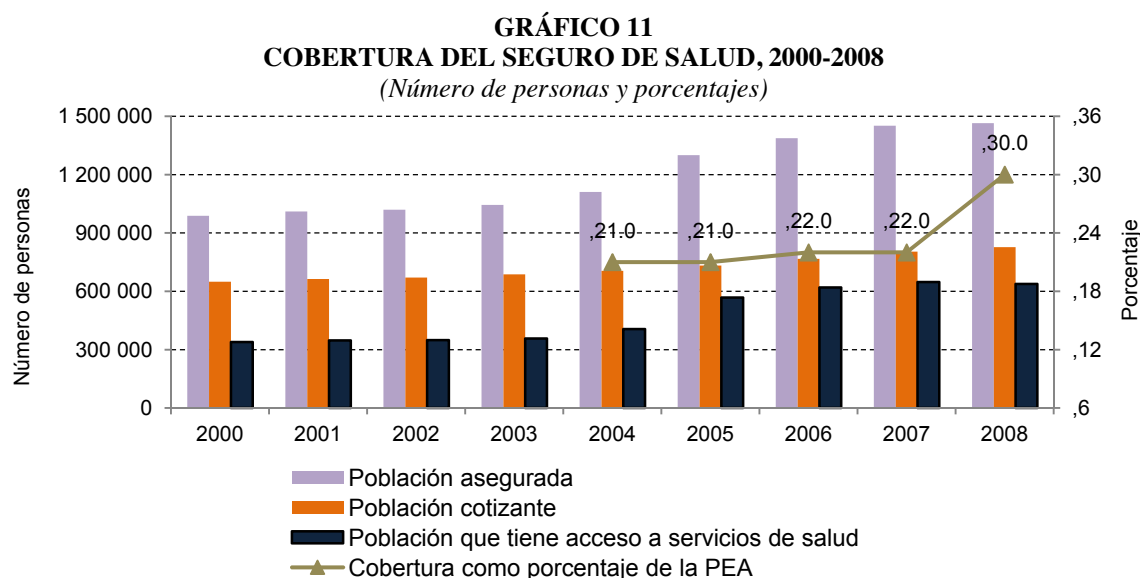
C. Cobertura del sistema de salud

Según los datos oficiales, en 2003 más del 80% de la población declaraba carecer de seguro médico, cifra que disminuyó ligeramente hasta un 78% en 2006. Las mujeres tienen un mayor acceso a estos seguros en comparación con los hombres (65% de las mujeres y 72% de los hombres declara carecer de seguro). Esta brecha puede explicarse por el hecho de que las mujeres tienen mayor acceso como dependientes del afiliado, especialmente en el ISSS: esta cifra llega a 7,3% en el caso de las mujeres y sólo al 1%, en los hombres. Sin embargo, el aseguramiento como cónyuge, compañero o hijo brinda acceso a un número muy limitado de prestaciones; en el caso de la esposa, se trata principalmente de prestaciones asociadas a la maternidad.

El MINSAL cubre el 40% de la población, equivalente a la mitad de la población que debería atender. El ISSS cubre el 21,1% de la población, incluyendo cotizantes, familiares y personas jubiladas; el Bienestar Magisterial cubre al 1,2%; y el IPFSA, al 0,6% de la población. Sólo el 0,2% de la población nacional tiene un seguro privado.

En 1999, el 12% de la población en condiciones de pobreza accedía a la salud privada (Martínez Franzoni, 2008). Uno de los objetivos de Comunidades Solidarias es mejorar la cobertura de los servicios de salud para la población en condición de vulnerabilidad. Sin embargo, las encuestas de hogares no han reportado ningún mejoramiento de la cobertura de salud en la población no asegurada (ibíd.).

El gráfico 11 presenta la evolución del seguro general de salud, tanto en términos absolutos como en porcentaje de la PEA. Al igual que en materia de pensiones, entre 2007 y 2008 la cobertura de aseguramiento aumentó significativamente, del 22% al 30% de la PEA.

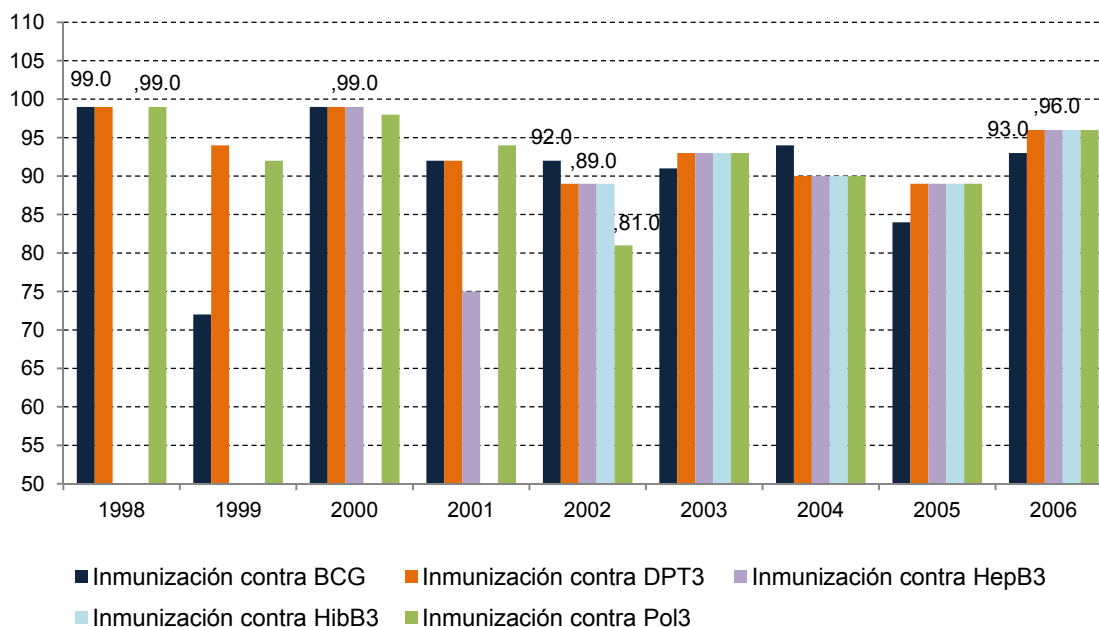


Fuente: Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS).

Según datos de la DIGESTYC y de encuestas de hogares, la proporción de partos asistidos en centros médicos disminuyó del 80% en 1998 al 78% en 2003.

Más del 90% de los niños y niñas de El Salvador han sido vacunados, aunque la cobertura de vacunas contra la polio, hepatitis B y tuberculosis (BCG) fluctuaron entre 1998 y 2006 (véase el gráfico 12).

GRÁFICO 12
POBLACIÓN INFANTIL VACUNADA DE ACUERDO A PAQUETE
DE INMUNIZACIÓN BÁSICO, 1998-2006
(En porcentajes)



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS).

VI. El sector de la educación en El Salvador

El sector educativo en El Salvador está compuesto por un sector público y un sector privado, financiados respectivamente por el presupuesto nacional y el gasto de bolsillo. En 2008, la tasa promedio de matrícula en el sector privado era del 14%: el 18% en educación primaria, el 11% en educación secundaria y el 28% en educación superior. La participación de la educación privada en el sistema educativo se ha mantenido estable a través de los años. En 1998, la tasa promedio de matrícula en este sector alcanzaba el 13%: el 17,5% en educación primaria, el 10% en educación secundaria y el 28% en educación superior.

A. Presentación general del sector educativo

La educación primaria está bajo la responsabilidad del Ministerio de Educación (MINED) y se organiza bajo un enfoque de descentralización y privatización promovido por la reforma educativa puesta en marcha tras los acuerdos de paz: el llamado Programa de Educación con la Participación de la Comunidad (EDUCO). Este programa consiste en un traslado de responsabilidades en materia educativa del sector público al privado —oficialmente, a las comunidades— a través de la transferencia de recursos públicos a las Asociaciones Comunales para la Educación (ACE) (Meza, Guzmán y de Varela, 2004).

En el caso de la población infantil que vive en situación de extrema pobreza, el programa Comunidades Solidarias quiere ampliar la cobertura de la educación pre-escolar y primaria en los 100 municipios priorizados para la intervención (véase la sección IV.A). Junto con las transferencias monetarias, el programa también considera acciones tales como programas de educación acelerada, alfabetización para jóvenes y adultos y programas de alimentación escolar.

Desde un punto de vista institucional, estas acciones forman parte de las Redes Solidarias Efectivas que buscan profundizar la descentralización administrativa por medio de la creación de redes asociativas entre los actores y los centros educativos en una misma comunidad, estableciendo un consejo directivo (Ministerio de Educación, 2004a).

En el caso de la educación secundaria, como parte de la política de descentralización y junto con las Asociaciones Comunales para la Educación (ACE), fueron creados los Consejos Directivos Escolares (CDE) y los Centros Educativos Católicos Escolares. Las ACE y los CDE administran el 41% del presupuesto del MINED (UNESCO-OEI, 2010). En el caso de la población en situación de pobreza, el programa EDUCAME (Ministerio de Educación, 2004b) trabaja con jóvenes que han

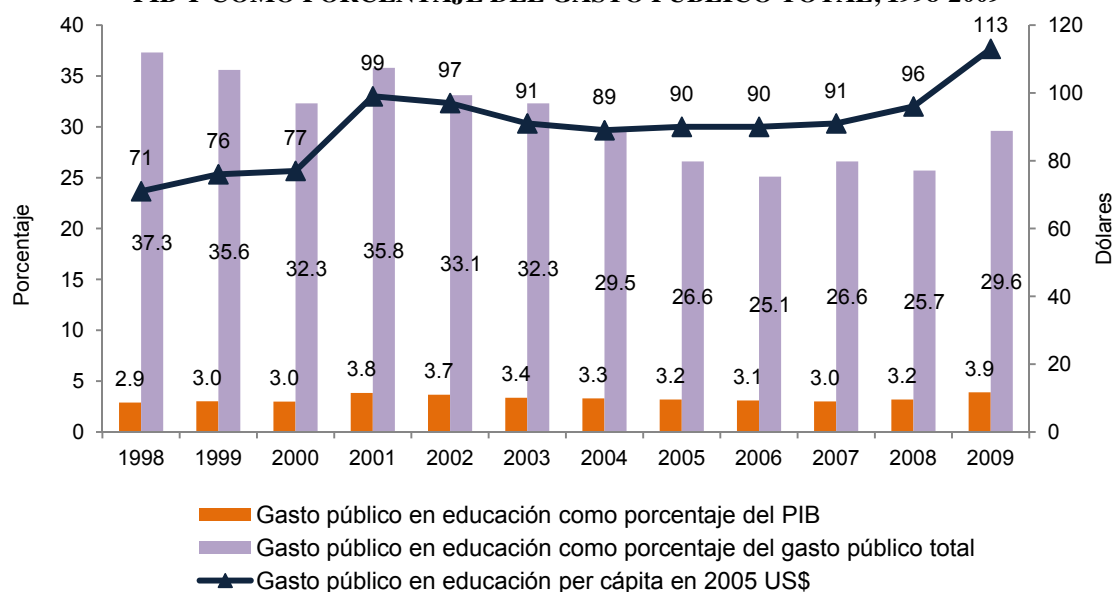
abandonado la escuela y cuya edad (de 15 a 30 años) supere la requerida para acceder a la educación secundaria. Este programa incluye acciones en programas de educación acelerada, educación semi-presencial y educación a distancia.

En el caso de la educación terciaria, existen 26 universidades (25 privadas y una pública), cinco institutos especializados (cuatro privados y uno público) y nueve institutos tecnológicos (cuatro privados y cinco públicos).

B. Financiamiento y gasto social en educación

El gasto en educación en 2009 representó casi un tercio del gasto público total en el país y el 3,9% del PIB. El gasto per cápita en educación ha variado entre 1998 y 2009, aunque aumentó a un ritmo constante desde 2006 y alcanzó los 113 dólares en 2009 (en dólares de 2005) (véase el gráfico 13).

GRÁFICO 13
GASTO PÚBLICO EN EDUCACIÓN PER CÁPITA (EN DÓLARES), COMO PORCENTAJE DEL PIB Y COMO PORCENTAJE DEL GASTO PÚBLICO TOTAL, 1998-2009^a



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Sistema de la Integración Centro Americana (SICA).

^a Hasta 2003, la serie se basaba en información proveniente del gobierno general. Desde 2004, los datos provienen del sector público no financiero.

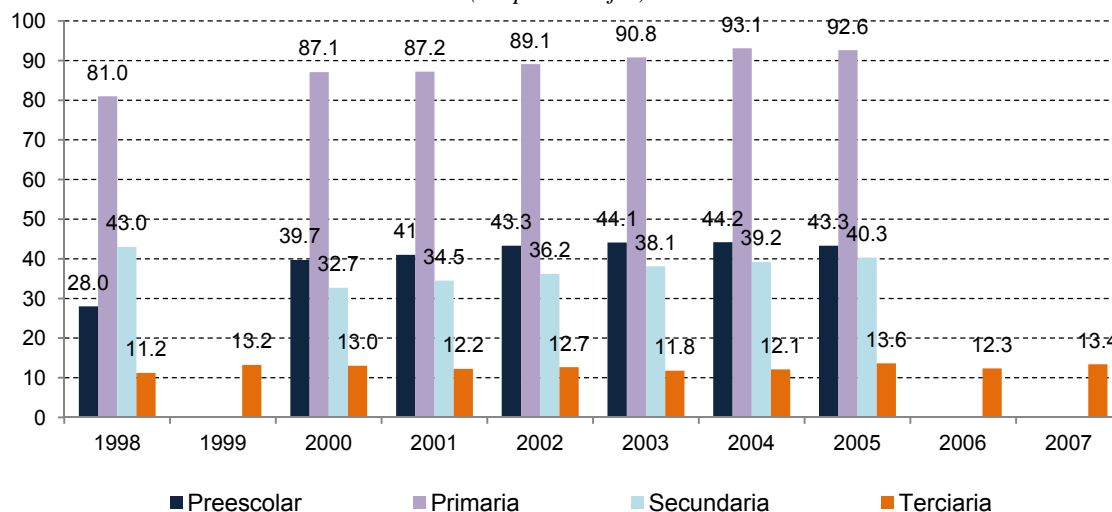
La principal fuente de financiación para el gasto en educación proviene del canje de la deuda (fondos GOES) y préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y del Banco Mundial (Canadian Association for Community Living, 2004). Según Cuéllar (2007), más del 90% del gasto en educación está financiado por el MINED y menos del 10% por préstamos del exterior.

C. Cobertura del sector educativo

Los servicios de educación primaria y secundaria son universales. En 2007, la tasa de matrícula en la educación primaria era del 92% y en la secundaria llegaba al 54%. La población entre 15 y 29 años que ha completado la educación primaria es del 75%; pero entre la población de 50 a 64 años esta proporción cae al 40% (PNUD, 2008).

La tasa neta de escolaridad aumentó en la educación preescolar y primaria entre 1998 y 2005; sin embargo, en el caso de la educación secundaria, las tasas netas de escolaridad disminuyeron de un 43% a un 40,3% durante el mismo período (véase el gráfico 14). El aumento más significativo se da en la educación preescolar de niños y niñas entre cinco y seis años: en 1998 fue del 28% y en 2005 llegó a 43,3%. En la educación primaria, esta tasa se incrementó de un 81% a un 92,6% en el mismo período. Las tasas netas de escolaridad en la educación superior también aumentaron pasando del 11,2% al 13,4% entre 1998 y 2007.

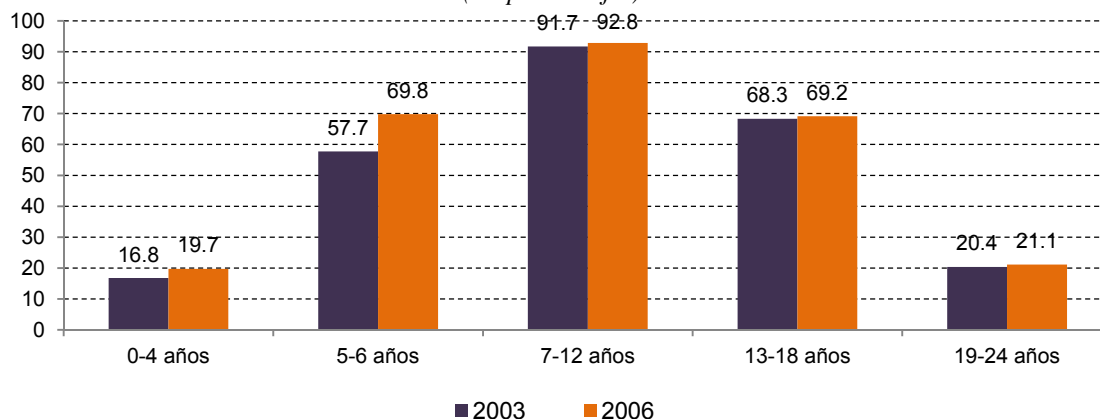
GRÁFICO 14
TASAS NETAS DE ESCOLARIDAD, 1998-2007
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y Sistema de la Integración Centro Americana (SICA).

Respecto a las tasas de asistencia, nueve de cada diez niños y niñas entre 7 y 12 años van a la escuela, y lo hacen siete de cada diez niños y niñas entre 13 y 18 años. Sin embargo, sólo asisten al sistema escolar dos de cada diez niños entre cero y cuatro años así como jóvenes entre 19 y 24 años (véase el gráfico 15).

GRÁFICO 15
TASAS DE ASISTENCIA ESCOLAR DE LA POBLACIÓN DE 0 A 24 AÑOS, 2003-2006
(En porcentajes)

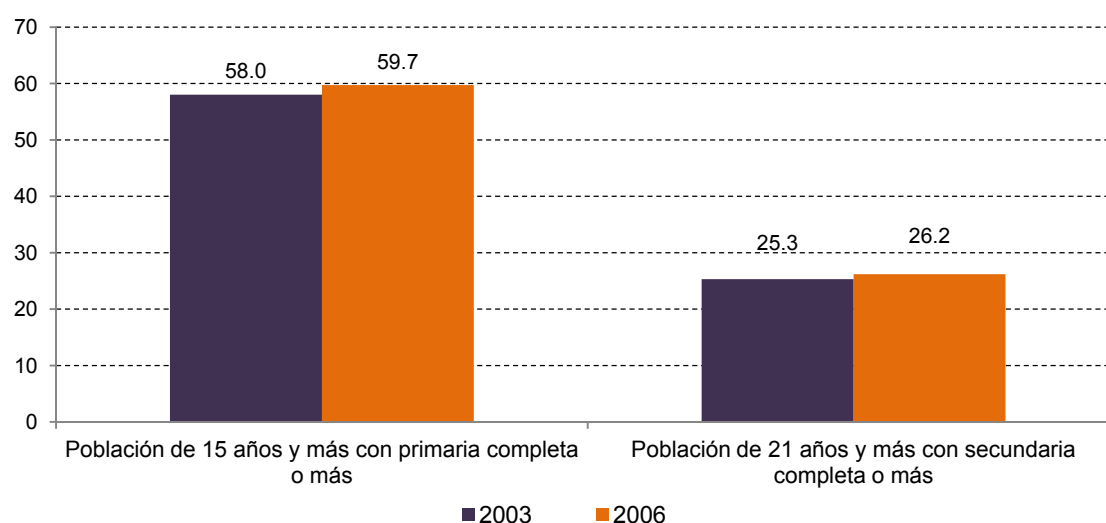


Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos (DYGESTIC) y Encuesta de Hogares con Propósitos Múltiples (EHPM).

En 2009, la Red Solidaria había incrementado en un 23% la cobertura de la educación preescolar; 6% en el primer ciclo y 9% en el segundo ciclo. El programa también había logrado alfabetizar a 22.941 jóvenes y adultos. Con relación a la ampliación de infraestructura escolar el MINED también exhibió avances. Entre 2005 y 2009, se crearon 40 Redes Escolares Efectivas y se transfirieron 962.756 dólares a 319 centros escolares como parte del presupuesto escolar integrado (FISDL, 2009).

Respecto a la evolución de las tasas de finalización de la educación, sólo se dispone de información para los años 2003 y 2006, uno anterior y otro posterior a la implementación del programa Red Solidaria. En este período, las tasas de finalización de educación aumentaron levemente: en la educación primaria pasó del 58% al 60% y en secundaria, del 25% al 26% (véase el gráfico 16).

GRÁFICO 16
POBLACIÓN QUE COMPLETÓ LA EDUCACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA, 2003-2006
(En porcentajes)



Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos (DYGESTIC), Encuesta de Hogares con Propósito Múltiple (EHPM).

Por último, hay que subrayar que la cobertura en educación es altamente estratificada entre los quintiles de ingresos (véase el cuadro 2).

CUADRO 2
TASAS BRUTAS DE MATRICULACIÓN, SEGÚN GRUPOS ETARIOS Y QUINTILES DE INGRESO, 2007

Grupo de edad	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5	Promedio
3-5 años	19	26	30	35	56	32
6-12 años	85	92	95	95	98	92
13-17 años	65	73	77	84	92	77
18-23 años	17	20	25	31	50	29

Fuente: Base de datos Socioeconómicos para América Latina y el Caribe (SEDLAC).

Entre las medidas propuestas por el nuevo gobierno a principios de 2010, se anunció la entrega de uniformes y útiles escolares a todos los estudiantes desde primer a tercer grado.

Bibliografía

- Argueta, N. (2007), “El acceso a la seguridad social en El Salvador en el siglo XXI. Caso: El Salvador”, Informe Fundación Ebert – América Central.
- Asamblea Legislativa de la República de El Salvador (2007), "Ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial" Ley No. 485 [en línea] http://www.mined.gob.sv/docentes/bienestar/descargas/ley_instituto_bienestar_0_%20magisterial.pdf.
- _____ (2004), Decreto 538 “Ley Especial para la constitución del Fondo Solidario para la Salud”.
- _____ (1953), “Ley del Seguro Social” Ley No. 1263 [en línea] <http://www.issv.gob.sv/000ley.asp#link02>.
- Canadian Association for Community Living (2004), "Diagnóstico situacional de la educación inclusiva en El Salvador" [en línea] www.inclusion-ia.org/espa/F1ol/Edu/InclusiveEducation_ElSalvador.doc. Consultado en octubre de 2009.
- Carrera, F., M. Castro y A. Sojo (2009), “Progresar hacia la equidad: sinopsis de algunos retos del financiamiento de la salud y las pensiones en Guatemala, Honduras y Nicaragua”, A. Sojo (ed.), *El financiamiento de la protección social en países pobres y desiguales*, CEPAL, Serie seminarios y conferencias No. 55, Santiago de Chile.
- Cecchini, S. y R. Martínez (2011), *Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos* (LC/G.2488-P), Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.11.II.G.23.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2012a), *Panorama social de América Latina 2011* (LC/G.2514-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.12.II.G.6.
- _____ (2012b), “Base de datos de los programas de protección social no-contributiva en América Latina y el Caribe” [en línea] <http://dds.cepal.org/bdptc/>.
- _____ (2010), *Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe 2010* (LC/G.2480-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de Venta S.11.II.G.2.
- _____ (2008), *Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe 2007* (LC/G.2355-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de Venta S.07.II.G.161.
- Cuéllar, H. (2007), *Evaluación del financiamiento público para la educación*, San Salvador, FUSADES/DEES.

- Diario CoLatino (10/6/2009), “Eliminan cuotas voluntarias en hospitales públicos” [en línea] <http://www.diariocolatino.com/es/20090610/nacionales/67776/Eliminan-cuotas-voluntarias-en-hospitales-p%C3%BAblicos.htm>. Consultado en agosto de 2012.
- DIGESTYC (Dirección General de Estadística y Censos) (2009), <http://www.digestyc.gob.sv>. Consultado en diciembre de 2009.
- Feitosa de Britto, T. (2008), “Los desafíos del programa de transferencias monetarias condicionadas en El Salvador, Red Solidaria”, Country Study, N° 9, Brasilia, Centro Internacional de Pobreza -Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- FISDL (Fondo de Inversión Social para el Desarrollo Local) (2009), [en línea] <http://fisdl.gob.sv>. Consultado en diciembre de 2009.
- Gobierno de El Salvador (2005), Programa social de atención a las familias en extrema pobreza de El Salvador (documento conceptual), San Salvador, Secretaría Técnica de la Presidencia (STP), Coordinación Nacional del Área Social.
- Holst, J. (2003), Evaluación del bienestar magisterial en El Salvador con la metodología Infosure, San Salvador, Proyecto Sectorial “Seguros sociales en salud en países en vías de desarrollo” - GTZ.
- IPSFA (Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada) (2001), Ley del Instituto Social de la Fuerza Armada (con sus reformas), San Salvador.
- Martínez Franzoni, J. (2008), *¿Arañando bienestar? Trabajo remunerado, política social y familias en América Central*, Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- Martínez Franzoni, J. y K. Voorend (2010), “Transferencias condicionadas, regímenes de bienestar e igualdad de género: ¿blancos, negros o grises?”, *Revista de Ciencias Sociales*, San José, Universidad de Costa Rica (UCR).
- Mesa-Lago, C. (2007), “Redes y retos de la seguridad social en El Salvador”, Informe sobre Desarrollo Humano, El Salvador, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Meza, D., J. Guzmán y L. de Varela (2004), “EDUCO: un programa de educación administrado por la comunidad en las zonas rurales de El Salvador”, *En breve*, No. 51 [en línea] <http://www.oei.es/quipu/salvador/Educo.pdf>.
- Ministerio de Educación (2004a), “Redes Escolares Efectivas: redes para mejorar la eficiencia y la calidad” [en línea] <http://www.mined.gob.sv/2021/ree/descargas/redes.pdf>.
- _____ (2004b), “EDUCAME: Educación media para todos” [en línea] <http://www.mined.gob.sv/2021/educame/descargas/educame.pdf>.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2008), “El empleo en uno de los pueblos más trabajadores del mundo”, Informe sobre desarrollo humano El Salvador 2007-2008, San Salvador, PNUD.
- _____ (2001), Informe de Desarrollo Humano de El Salvador, San Salvador, El Salvador, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Sáenz de Tejada, R. (2005), “Democracias de posguerra en Centroamérica: reflexiones sobre Guatemala, El Salvador y Nicaragua”, *Revista Centroamericana de Ciencias Sociales*, vol. II, N° 1, San José.
- UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) (2009), “El Salvador”, en UNESCO Institute of Statistics, [en línea] http://stats.uis.unesco.org/unesco/TableViewer/document.aspx?ReportId=121&IF_Language=eng&BR_Country=2220&BR_Region=40520. Consultado en agosto de 2012.
- UNESCO-OEI (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura-Organización de Estados Iberoamericanos) (2010), Datos mundiales de la educación, [en línea] http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/Publications/WDE/2010/pdf-versions/El_Salvador.pdf. Consultado en agosto de 2012.
- Velázquez, A. (2005), “El Salvador”, *El nuevo derecho de las pensiones en América Latina*, A. Ruezga (ed.), Ciudad de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas/Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

Este informe es parte de una serie de estudios de casos nacionales cuyo propósito es difundir el conocimiento sobre la situación actual de los sistemas de protección social en los países de América Latina y el Caribe, así como discutir sus principales desafíos en términos de la realización de los derechos económicos y sociales de la población y el logro de objetivos de desarrollo claves, tales como la superación de la pobreza y el hambre.

La protección social ha surgido en años recientes como un eje conceptual que busca integrar una variedad de acciones orientadas a construir sociedades más justas e inclusivas, y a garantizar niveles mínimos de vida para todos. En particular, la protección social es vista como un mecanismo fundamental para contribuir a la plena realización de los derechos económicos y sociales de la población –a la seguridad social, el trabajo, la protección de niveles de vida adecuados para los individuos y las familias, así como al disfrute del nivel más alto de bienestar físico y mental y a la educación.

Con diferencias que se deben a su historia y nivel de desarrollo, varios países de América Latina y el Caribe han adoptado medidas innovadoras para establecer estas garantías, mediante la implementación de diferentes tipos de transferencias –que incluyen los programas de transferencias condicionadas y las pensiones sociales– y la extensión de la protección en salud. Sin embargo, uno de los desafíos más importantes que enfrentan los países de la región es integrar las distintas iniciativas en sistemas de protección social que aseguren la coordinación de varios programas, así como de las instituciones del Estado que están a cargo de su diseño, financiación, implementación, regulación, monitoreo y evaluación, permitiendo lograr impactos positivos sobre las condiciones de vida de la población.



Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC)
www.cepal.org



dds.cepal.org/proteccionsocial