

Pisos de protección social en El Salvador: Avances y retos para la equidad de género

MARCELA ESCOBAR
OCTUBRE 2018

- El Piso de Protección Social es una herramienta de cambio fundamental, siempre y cuando incorpore el cuidado de las personas dependientes, así como estrategias de igualdad de oportunidades que favorezcan la inserción laboral de las mujeres, lo que a su vez posibilitaría mayor acceso de estas al Trabajo Decente.
- En 2017, la Tasa Global de Participación laboral en El Salvador correspondiente a las mujeres alcanzó un 46.3%, mientras que para los hombres fue casi el doble: 80.6%. Aunado a ello, la Población Económicamente Inactiva se caracteriza por ser mayoritariamente mujeres: 76.7%. De las cuales, las dos terceras parte se encuentran realizando labores domésticas (de cuidados no remunerados).
- Sólo una cuarta parte de la población salvadoreña tiene acceso a Seguridad Social (ISSS). De estas, sólo 4 de cada 10 cotizantes activas son mujeres. Solo una tercera parte de las personas pensionadas son mujeres. Además, el acceso a la seguridad social del 85% de beneficiarias mujeres está supeditado a la relación conyugal, que determina el acceso o no, al derecho a la seguridad social.
- Se evidencia un avance positivo hacia la cobertura universal en salud, lo que se desprende tanto de los avances legislativos como de la ampliación de la cobertura, no obstante, los retos del acceso real persisten. Aunado a lo anterior, los énfasis de las políticas nacionales de salud se aplican casi exclusivamente referidas al rol reproductivo de las mujeres.





Contenido

Introducción	5
Piso de protección social contra las desigualdades sociales de género	5
¿Qué es un piso de protección social (PPS)?.....	5
¿Pueden los PPS contribuir a la lucha contra las desigualdades de género?.....	6
¿Qué implica implementar el enfoque de género en la protección social?	9
Las responsabilidades de cuidado como determinante de la inserción laboral de las mujeres.	10
Análisis de la protección social en El Salvador desde una perspectiva de género	16
Régimen contributivo de protección social en El Salvador	16
Régimen no contributivo de la protección social en El Salvador.....	19
• Garantías de ingresos.....	19
• Los servicios básicos de salud.....	24
• Otros programas no contributivos	27
Conclusiones	29
Recomendaciones	29
Bibliografía	31





Introducción

La protección social se ha convertido en un componente estratégico en la agenda de políticas de los países en desarrollo. Los desafíos que buscan ser abordados por los marcos de protección social actualmente discutidos no son realmente innovadores. Sin embargo, puede decirse que se evidencia un cambio de enfoque. En el pasado, especialmente en el contexto de muchos países en desarrollo, los esquemas de protección social se introdujeron como una “red de seguridad” en períodos de mayor riesgo debido al rápido deterioro del nivel de vida de los hogares y las personas en (o cerca de) la línea de pobreza.

Estos casos de mayor riesgo y vulnerabilidad incluyen, por ejemplo, los efectos del deterioro ambiental y los desastres naturales, las alzas repentinas de los precios de los combustibles y los alimentos, las crisis financieras y económicas recurrentes y las consecuencias sociales y económicas perjudiciales de las políticas de ajuste estructural y los programas de austeridad.

Poco a poco, sin embargo, se hizo evidente que las intervenciones de la red de seguridad provisional habían impactado sólo a corto plazo y, con el tiempo, se demostró que tan pronto como fueron eliminados, los problemas subyacentes que se habían dirigido a las personas en situación vulnerable, en realidad no habían alterado su situación inicial. De manera similar, la reciente crisis global en los Estados Unidos a fines de 2007, destacó que los países con sistemas de protección social bien integrados estaban mejor preparados para responder y sobrellevar dicha crisis de forma más oportuna y efectiva.

De esta manera, ha habido una evolución desde su función de protección puntual más restringida: el enfoque de las políticas de protección social se ha desplazado ahora hacia el de la inversión en intervenciones de cobertura de población a gran escala integradas a más largo plazo.

Dado el renovado interés en la protección social, ejemplificado en la Iniciativa del Piso de Protección Social 2009 (OIT 2009), este documento se centra en la perspectiva de género con el fin de contribuir a los debates en curso sobre iniciativas de diálogo de protección social adaptadas localmente.

El documento está organizado en dos secciones principales. La primera parte ofrece una información general sobre el surgimiento de la protección social y sobre su vinculación a la política económica y social. La segunda parte pretende examinar las oportunidades que se presentan desde el punto de vista del empoderamiento de las mujeres y la promoción de la igualdad y equidad de género desde una política integral e integradora de la protección social, tanto en su vertiente contributiva como no contributiva, que se han implementado en los últimos años en el país.

Piso de protección social contra las desigualdades sociales de género

¿Qué es un piso de protección social (PPS)?

En abril de 2009, el Comité de Alto Nivel del Sistema de las Naciones Unidas (ONU) adoptó la *Iniciativa del Piso de Protección Social* como una de sus iniciativas conjuntas contra la crisis económica, con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) como principales organismos, contando con el apoyo de 19 agencias ONU y otros socios, como bancos de desarrollo, organizaciones bilaterales y Organizaciones No Gubernamentales (ONGs). El objetivo era que los países reforzaran sus estrategias de protección social, y que la comunidad internacional apoyara para que los países crearan un régimen básico de protección social (‘piso social’) y políticas relativas a la ampliación de la cobertura de seguridad social (OIT, 2012).

En concreto, el PPS pretende promover, en el ámbito nacional, estrategias que garanticen un mínimo de acceso a servicios y a la seguridad del ingreso para el conjunto de la población. Se plantea como un punto de partida sujeto a sucesivas ampliaciones tanto horizontales (a más personas), como verticales (contemplando más garantías), en el marco de las ramas de seguridad social contempladas en el Convenio 102 de la OIT sobre seguridad social¹.

Después de dos años de trabajo, en la 100ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo de

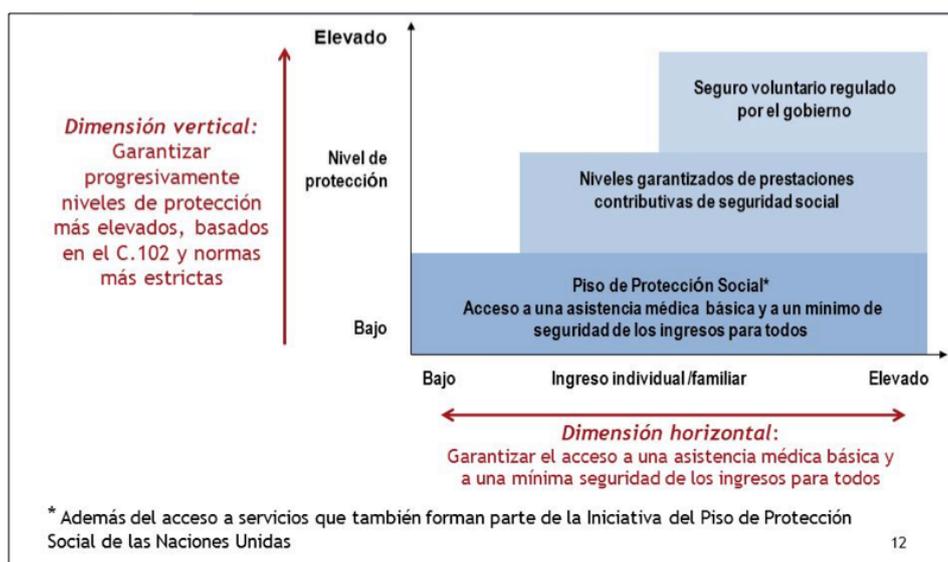
¹ Para ampliar sobre la normativa internacional y nacional, puede consultarse: Escobar (2017), Pisos de Protección Social en El Salvador: Conceptos y Legislación Nacional e Internacional. San Salvador. Documento Análisis No. 12/2017. Fundación Friedrich Ebert. Disponible en: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/fesamcentral/13748.pdf>



2011, se aprobó la *Recomendación 202 sobre pisos de protección social*², y se determinaron las “cuatro garantías básicas de seguridad social: niveles mínimos de seguridad del ingreso en la niñez, durante la vida activa y la vejez, así como el acceso a una atención médica esencial” como los componentes

pertenecientes al mandato de la OIT. Mediante los ingresos se busca promover el componente del estímulo a la “demanda”, que deben servir para fomentar el acceso a los servicios esenciales que constituyen el componente de “oferta”, en el enfoque holístico con que se plantea el piso de protección social (OIT, 2011).

Esquema 1. Estrategia bidimensional del OIT para extender la protección social



Fuente: OIT (2012)

¿Pueden los PPS contribuir a la lucha contra las desigualdades de género?

La propuesta de construcción e implementación de PPS se presenta como un elemento indispensable para contribuir a la integración social y la superación de las desigualdades sociales. En la concepción del PPS nacional, las desigualdades de género deben ser abordadas de manera integral y transversal.

Para que el PPS logre dicho objetivo, debe articularse desde el enfoque de derechos y sobre un diagnóstico integral y holístico de cuáles son las causas y factores estructurales de dichas desigualdades y exclusiones sociales, especialmente las derivadas de las relaciones de género. Esto permitirá que las medidas diseñadas y ejecutadas, superen los resultados limitados en términos de reducción de las desigualdades sociales.

Las brechas de género son resultado de relaciones sociales que dan lugar a desprotección (por el menor acceso a la protección social desde el mercado de trabajo), de vulnerabilidad (por la asunción casi exclusiva de las responsabilidades familiares) y de exclusión social (por el menor acceso a los recursos, la menor o inexistente participación en la toma de decisiones y en los espacios de poder) en que las mujeres se encuentran respecto a los hombres (OIT, 2015).

En ese sentido, el identificar las brechas de género a las que debería dar respuesta el piso de protección social, implica idear y crear los mecanismos para superar, por ejemplo, la asignación obligatoria de las tareas de cuidado a las mujeres, también estimar y tomar en cuenta los costos económicos y sociales de la reproducción y cuidado de las personas dependientes. En fin, plantearse la protección social como derecho humano universal, no sólo asociada a los aportes contributivos desde el mercado de trabajo o acceso a los programas no contributivos.

² Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:3065524



Las intervenciones pueden incluir diversos programas de protección social por edad y sensibles al género, como programas de desarrollo de la primera infancia, prestaciones por embarazo y maternidad, asignaciones familiares y servicios de cuidado a personas menores de edad y personas dependientes para los padres y las madres, servicios de salud materna e infantil (prenatal, postnatal y parto), apoyo alimentario, acceso a medicamentos para salvar vidas, seguro de salud y servicios de asistencia a la comunidad, agua y saneamiento, programas de mercado laboral activos y pasivos, pensiones sociales y de invalidez, educación para las necesidades especiales, etc. (OIT, 2012).

A raíz de lo anterior, al realizar la revisión y evaluación de las políticas y programas vigentes relacionados con la consecución de un piso de protección social, es necesario poner atención en *“los roles asignados a mujeres y hombres en el acceso a y gestión de dichos recursos, en qué medida se perpetúan o se cuestionan la desigualdades de género, y si entre los servicios esenciales se contempla la necesidad social de proveer cuidados a las personas cuidado-dependientes debido a su edad, incapacidad o estado de salud, desde la corresponsabilidad pública y social. Al abordar este asunto medular de la organización desigual de las*

sociedades, el piso de protección social contribuiría a cerrar una de las mayores brechas sociales: la de género” (OIT, 2015).

Este documento toma como marco metodológico, la propuesta para la definición de pisos nacionales de protección social con perspectiva de género que realizó OIT – El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD -ONUMUJERES) a través de la publicación *“Combatiendo la desigualdad desde lo básico. Piso de protección social y género”* (2012), para un conjunto de países suramericanos, cuyo énfasis son las garantías básicas de la seguridad social, pero con el enfoque holístico del piso de protección social tal como lo ha conceptualizado el Sistema de Naciones Unidas.

Este enfoque integra la salud materna e infantil, la protección económica básica para las mujeres en el embarazo, parto y postparto, y el cuidado de las personas dependientes y personas menores de edad, como elementos indispensables de la protección social y con el énfasis en el enfoque de derechos que debe vertebrar el piso de protección social, de forma que el acceso a sus beneficios responda a los derechos económicos, sociales y culturales que de forma individual debe tener garantizados toda la ciudadanía.

Tabla 1. La Iniciativa de Piso de Protección Social de las Naciones Unidas

<i>Servicios</i>	<i>Transferencias (seguridad básica del ingreso)</i>
Garantizar la disponibilidad, la continuidad y el acceso geográfico financiero a servicios esenciales como salud, educación, agua y saneamiento, alimentos y nutrición adecuada, vivienda, información sobre la vida y el ahorro de activos y otros servicios sociales.	Garantizar un conjunto básico de transferencias sociales esenciales, monetarias y en especie, con miras a brindar una mínima seguridad de ingreso y de sustento a las poblaciones en condiciones de pobreza y vulnerabilidad, y facilitar el acceso a los servicios esenciales. Incluye, junto a las transferencias e integradas con éstas, información, derechos, políticas para las hijas y los hijos, para las personas en grupos de edad activas con ingresos insuficientes y para las personas mayores.

Fuente: Iniciativa del Piso de Protección Social. OIT/OMS. Disponible en: http://www.icsw.org/images/docs/SPF/SPFI_Brochure_Jun10_ES.pdf

El piso de protección social, tal como lo plantea el Sistema de Naciones Unidas, integra por tanto dos dimensiones complementarias entre sí: la oferta de servicios esenciales que cubran necesidades sociales como educación, sanidad, vivienda, agua y saneamiento, alimentación, etc. y la provisión de

ingresos para favorecer *“un acceso efectivo a los bienes y servicios definidos a nivel nacional”* (OIT, 2012), es decir, transferencias que estimulen la demanda de tales servicios.

Y este fortalecimiento deberá contemplar dos dimensiones: **horizontal**, que consiste en la rápida



implementación de pisos nacionales de protección social que aseguren acceso a la atención médica esencial e ingresos suficientes; y *vertical*, que consiste en alcanzar mayores niveles de seguridad social. Dentro de los alcances de este documento, se incluye la dimensión de la garantía de ingresos y la salud.

Partiendo del avance en estas dos dimensiones, de acuerdo con la Recomendación Núm. 202 de la OIT, a la hora de implementar estrategias para la extensión de la seguridad social, los países deben tener presentes determinados principios (véase recuadro 1).

Recuadro 1. Principios que aplicar por los Estados Miembros en el desarrollo de los pisos nacionales de protección social

- a) universalidad de la protección, basada en la solidaridad social;
- b) derecho a las prestaciones prescrito por la legislación nacional;
- c) adecuación y previsibilidad de las prestaciones;
- d) no discriminación, igualdad de género y capacidad de responder a las necesidades especiales;
- e) inclusión social, en particular de las personas que trabajan en la economía informal;
- f) respeto de los derechos y la dignidad de las personas cubiertas por las garantías de seguridad social;
- g) realización progresiva, inclusive a través del establecimiento de objetivos y plazos;
- h) solidaridad en la financiación, asociada a la búsqueda de un equilibrio óptimo entre las responsabilidades y los intereses de aquellos que financian y se benefician de los regímenes de seguridad social;
- i) consideración de la diversidad de métodos y enfoques, con inclusión de los mecanismos de financiación y los sistemas de prestaciones;
- j) gestión financiera y administración sanas, responsables y transparentes;
- k) sostenibilidad financiera, fiscal y económica, teniendo debidamente en cuenta la justicia social y la equidad;
- l) coherencia con las políticas sociales, económicas y de empleo;
- m) coherencia entre las instituciones encargadas de la prestación de servicios de protección social;
- n) servicios públicos de alta calidad que mejoren el desempeño de los sistemas de seguridad social;
- o) eficacia y accesibilidad de los procedimientos de reclamación y de recurso;
- p) seguimiento regular de la aplicación y evaluación periódica;
- q) pleno respeto de la negociación colectiva y de la libertad sindical para todos los trabajadores, y;
- r) participación tripartita con las organizaciones representativas de los empleadores y de los trabajadores, así como la celebración de consultas con otras organizaciones pertinentes y representativas de personas interesadas.

Fuente: (OIT, 2012)

Teniendo en cuenta que dentro de la Recomendación 202 de la OIT se establece que cualquier estrategia de expansión de seguridad social debe aplicarse tanto a personas que formen parte de la economía formal como informal, apoyando al mismo tiempo el crecimiento del empleo formal y la reducción de la informalidad, es fundamental garantizar que el diseño de los pisos de protección social se

haga de manera integrada entre el sector público y el privado de manera que se logre avanzar en la universalización de la protección social sin incrementar la informalidad laboral, por ejemplo, gravando excesivamente el trabajo formal con cargas previsionales tan altas, por el lado de la persona que cotiza como del lado patronal, que puedan ir en detrimento de la creación de empleo formal.



En definitiva, el piso de protección social es un mecanismo para la extensión de la cobertura de la protección social, siendo necesario que las **vertientes contributiva y no contributiva actúen de forma articulada**.

¿Qué implica implementar el enfoque de género en la protección social?

La perspectiva de género es “*un proceso mediante el cual se valoran las implicaciones para las mujeres y los hombres de cualquier acción planificada, incluyendo legislaciones, políticas o programas en todas las áreas y todos los niveles*”. Además, se constituye también en una **estrategia** “*para convertir las preocupaciones y experiencias de las mujeres y los hombres en una dimensión integral de diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, económicas y sociales, para que mujeres y hombres se beneficien igualmente y la desigualdad no se perpetúe*” (OIT, s.f).

Emplear este análisis de género en las políticas de protección social, implica analizar cómo tales sistemas se han sustentado tradicionalmente sobre la base de *concepciones patriarcales* como que los hombres eran sostén de la familia, que la participación de las mujeres se consideraba secundaria, la actividad económica y laboral femenina era considerada como complementaria a la del hombre, circunstancial o eventual, y el cuidado de las personas dependientes era una responsabilidad de las familias, y dentro de éstas de las mujeres, invisibilizando los requerimientos y necesidades tanto de las personas necesitadas de cuidado como de las personas cuidadoras, la necesaria corresponsabilidad social en la provisión de cuidados y la repercusión en la inserción de las mujeres en el trabajo remunerado, en su autonomía y en su desarrollo.

Es decir, que “*los modelos de protección no han sido neutros desde el punto de vista del género, sino que históricamente han tomado al varón, y secundariamente su familia, como sujeto central de protección, lo que implica la invisibilidad de la situación específica de las mujeres frente a los sistemas de protección social: la trayectoria laboral de las mujeres es más discontinua, tienen menos opciones a promociones laborales, sus carreras se ven interrumpidas por la crianza de los hijos e hijas, concentran periodos más cortos de cotización y lo hacen sobre salarios sensiblemente menores a los de los hombres*” (OIT, 2015). Con todas esas circunstancias, hasta un modelo de protección que pretendiera ser “neutro” en el derecho y la magnitud de las prestaciones, reproduciría estas desigualdades

trasladándolas a un modelo de protección social insuficiente para las mujeres.

En este sentido, el objetivo del PPS de ampliar la protección social básica a las personas actualmente excluidas del mismo y a la economía informal, confiere posibilidades de corregir algunas de las desigualdades de género. El enfoque basado en derechos es clave para garantizar el acceso de las mujeres en igualdad de condiciones a las prestaciones y la protección, aprovechar su capacidad productiva y capacitarlas mujeres para participar en el mercado de trabajo.

Es por eso que el PPS ofrece la oportunidad de revisar a fondo los sistemas de protección social básica de cualquier país y, por tanto, una nueva forma de abordar los problemas derivados de las desigualdades de género; muchos de los cuales son fruto de los desequilibrios de poder tradicionales que han caracterizado a las relaciones de género a lo largo de la historia.

Estas desigualdades y relaciones de género se expresan en la ausencia de ayudas públicas y privadas para hacer frente a las responsabilidades familiares, que implica que para un elevado número de mujeres, la economía informal sea la única que proporciona trabajos remunerados con la suficiente flexibilidad, autonomía y proximidad geográfica al hogar, para permitirles combinar una actividad remunerada con las obligaciones familiares no remuneradas (OIT-PNUD, 2009).

Por ello el PPS, en la medida que tiene como objetivo favorecer el acceso geográfico y financiero a servicios esenciales, es una herramienta de cambio fundamental, siempre y cuando entre esos servicios esenciales se incorpore el cuidado de las personas dependientes, infancia y personas de edad o con discapacidad, así como estrategias de igualdad de oportunidades que favorezcan la inserción laboral de las mujeres, lo que a su vez posibilitaría mayor acceso de estas al Trabajo Decente.

La desigualdad de género tiene, además de las repercusiones concretas en la menor protección social de las mujeres, una repercusión directa en pérdida de desarrollo humano, por lo que la potenciación de las mujeres y la superación de las barreras que impiden su incorporación al Trabajo Decente es indispensable para el desarrollo económico y social de los países (CEPAL, 2010).



La desigualdad en general y de género en particular tiene múltiples dimensiones. Varios instrumentos empíricos desarrollados en los últimos años permiten conocer simultáneamente varias de estas dimensiones. En El Salvador, estos instrumentos evidencian las brechas de género y la consecuente pérdida de desarrollo humano que los pisos de protección social deben contribuir a eliminar.

En la tabla 2, se observa el valor del Índice de Desigualdad de Género (IDG)³ y el índice de Desarrollo Humano (IDH)⁴ de mujeres y hombres para los años 2014 y 2015, el cual muestra que estas brechas, sobre todo en el ingreso, son realmente significativas, a tal punto que para ese período, el ingreso per cápita estimado para las mujeres, se redujo en un 2%, mientras que, para el caso de los hombres, éste habría aumentado en un 10.4% en el mismo período.

El Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe de la CEPAL (OIG) introduce

indicadores para valorar la autonomía económica de las mujeres, definida como “la capacidad de las mujeres de generar y disponer de ingresos y recursos propios a partir del acceso al trabajo remunerado en igualdad de condiciones que los hombres” (CEPAL - ONUMUJERES, 2018).

La implicación que la falta de autonomía económica tiene en términos de protección social es clave: sin autonomía, hay mayores niveles de pobreza individual, ya que quienes no perciben ingresos propios, con frecuencia tienen menor poder de decisión sobre el destino de los recursos del hogar, y menos posibilidades de reservar parte del dinero para gastos individuales y escasas posibilidades de enfrentar su manutención, especialmente si hay cambios en la conformación familiar de origen, como el caso de hogares monoparentales con jefas de hogar derivados de la violencia, migración o abandono.

Tabla 2. Indicadores de Desarrollo Humano por género en El Salvador, 2014 y 2015

Año	IDG ³		IDH ⁴		Esperanza de vida al nacer		Media de años de escolarización		Ingreso per cápita estimado (PPP)	
	Valor	Ranking mundial	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
2014	0.965	116	0.652	0.676	77.4	68.3	6.2	6.9	5,497	9,406
2015	0.958	117	0.663	0.691	77.7	68.6	6.2	6.9	5,386	10,385

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Informe de Desarrollo Humano 2015 y 2016

Para poder analizar la situación de la protección social en El Salvador, es necesario comprender previamente cómo las responsabilidades de cuidado, históricamente asignadas a las mujeres, determinan su inserción laboral y por tanto, las formas en que acceden a la protección social.

3 Índice de Desigualdad de Género: integra dimensiones diferentes: (1) salud reproductiva: coeficiente de mortalidad materna y tasa de fecundidad en adolescentes, (2) empoderamiento: diferencias entre hombres y mujeres en la representación parlamentaria y en los niveles de enseñanza secundaria y superior, y (3) mercado laboral: tasas de empleo, desempleo y subempleo, y muestra la pérdida en desarrollo humano debido a la desigualdad entre logros de mujeres y hombres en dichas dimensiones.

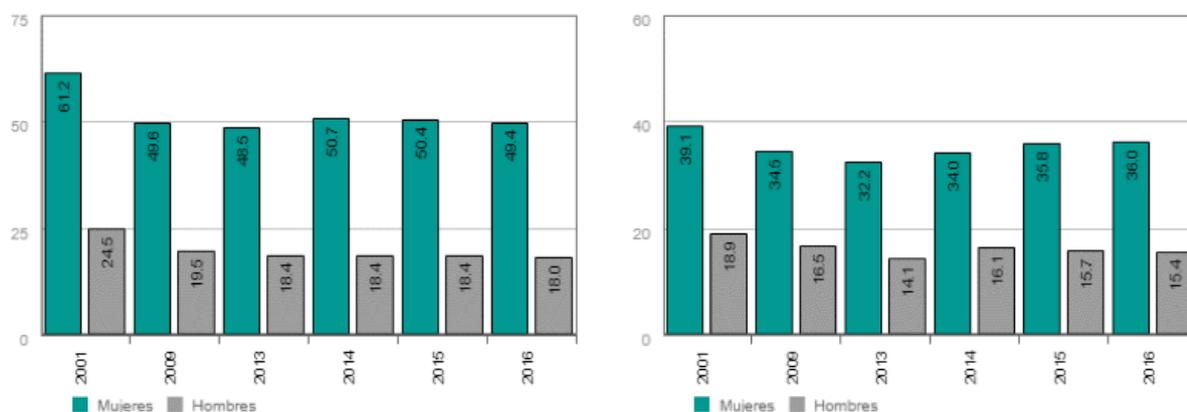
4 El Índice de Desarrollo Humano se construye integrando tres dimensiones: (1) salud: esperanza de vida al nacer; (2) educación: alfabetización y matrícula en educación primaria, secundaria y superior y (3) nivel de vida digno: renta per cápita.

Las responsabilidades de cuidado como determinante de la inserción laboral de las mujeres

Si se analiza la brecha de género en la recepción de ingresos propios por zona geográfica -urbana y rural- para El Salvador, se encuentran importantes disparidades entre mujeres y hombres en ambos ámbitos, sin embargo, las más pronunciadas se dan en la zona rural (gráfico 1a), donde, para 2016, cerca de la mitad (49.4%) de las mujeres no percibían ingresos propios, frente a un 18% de los hombres. La brecha es menor, sin embargo, es más del doble, en el caso de las mujeres que habitan en el área urbana (gráfico 1b), donde 36% de las mujeres manifestaron no percibir ingresos propios frente a un 15.4% de los hombres.



Gráfico 1. Población rural (a) y urbana (b) sin ingresos propios por sexo (En porcentajes)

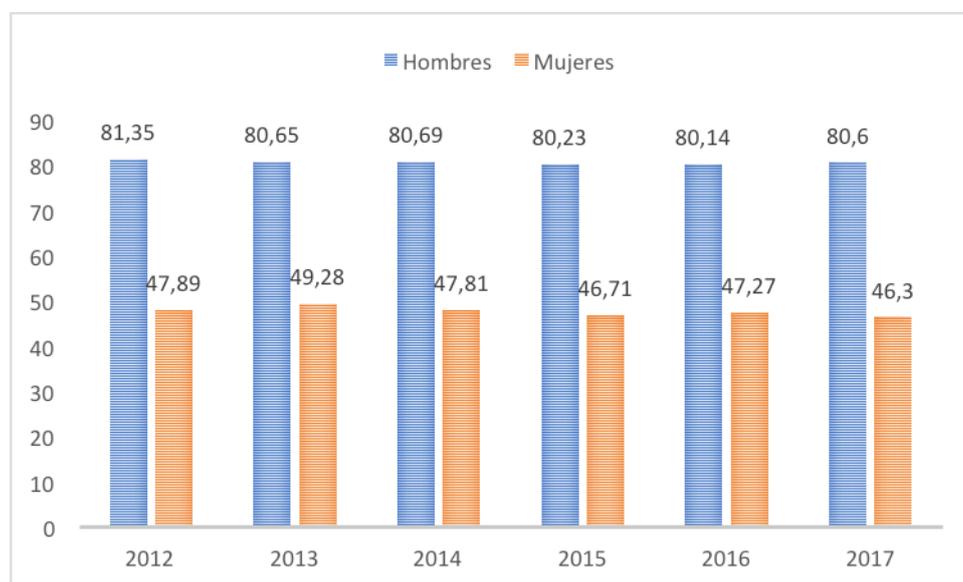


Fuente: (CEPAL - ONUMJERES, 2018)

En términos de la Población en Edad de Trabajar (PET)⁵, para 2017, el 54.4% eran mujeres y el 45.6% hombres. Sin embargo, al analizar la Tasa Global de Participación por sexo⁶ (gráfico 2), la

tasa correspondiente a los hombres es de 80.6%, mientras que la tasa de participación de las mujeres es cerca de la mitad (46.3%).

Gráfico 2. Tasa Global de participación laboral por sexo, 2012-2017



Fuente: DIGESTYC (2018)

5 En El Salvador la Población en Edad de Trabajar está definida a partir de los 16 años, edad que se determina de acuerdo a la situación particular de trabajo de cada país.

6 La tasa global de participación es un indicador que cuantifica el tamaño relativo de la fuerza de trabajo; este es definido

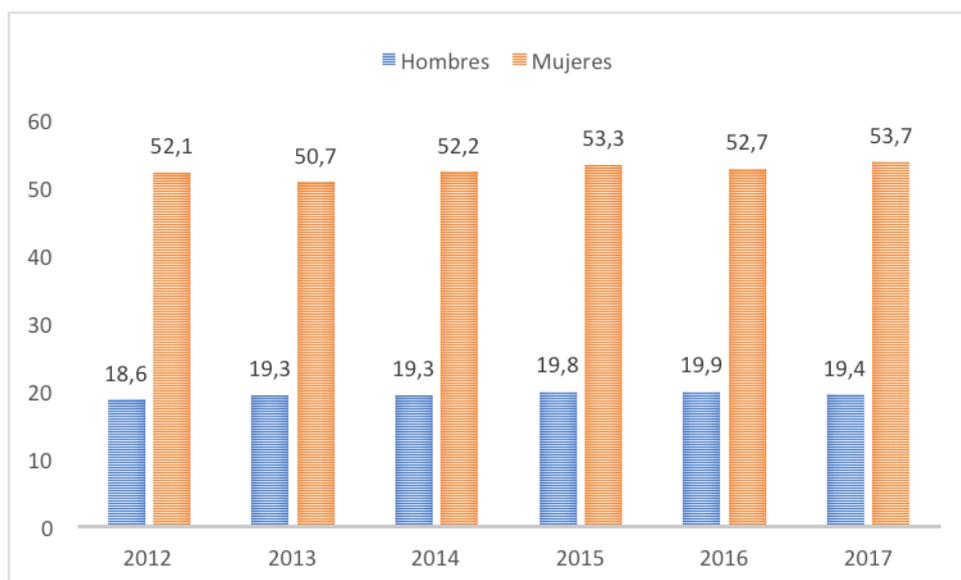
como la relación porcentual entre el número de personas que componen la fuerza de trabajo o Población Económicamente Activa y el número de personas que integran la PET.



Como contraparte, el gráfico 3 muestra que, en condición de inactividad⁷, para 2017, se estima a nivel nacional un 38.1%, observándose mayor incidencia en el área rural (40.4%) que en la urbana (36.7%). El detalle por sexo revela que esta

situación es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, registrando tasas de inactividad del 53.7% y 19.4% respectivamente (DIGESTYC, 2018).

Gráfico 3. Tasa de inactividad laboral, 2012-2017



Fuente: DIGESTYC (2018)

Si se ahonda en esta caracterización, y se avanza un peldaño más para analizar la conformación de la Población Económicamente Activa⁸ (PEA): para 2017, estaba constituida por 2.9 millones de personas. De este total, el 59.3% es representado por los hombres y sólo el 40.7% por las mujeres. De nuevo, las dos terceras partes de esta PEA se sitúa en el ámbito urbano, dejando sólo una tercera parte para el área rural, que explica también lo expuesto en el gráfico 1. La población ocupada⁹ también se encuentra distribuida de manera similar entre sexos (58.5% hombres y 41.5% mujeres).

7 Teóricamente, la población económicamente inactiva se refiere a la población que siendo parte de la población en edad de trabajar (PET), no está trabajando ni buscando activamente un trabajo: quehaceres domésticos, estudiantes, jubilados y jubiladas, incapacidad, privados de libertad, entre otros.

8 La Población Económicamente Activa que es definida como la parte de la PET que realiza alguna actividad económica u ofrece su fuerza de trabajo al mercado laboral.

9 Las personas ocupadas se definen como la población económicamente activa que tiene un trabajo del cual obtiene una remuneración o ganancia, o trabajan sin pago en dinero en un establecimiento de tipo familiar.

En el caso de las mujeres ocupadas, los 3 grupos ocupacionales más representativos son como trabajadoras de los servicios o vendedoras de comercio y mercados (44.7%), trabajadoras no calificadas (22.7%) y oficiales, operario o artesanos (10.3%). Por su parte, los hombres se encuentran ocupados como trabajadores no calificados (28.4%), trabajadores de los servicios o vendedores de comercio y mercados (17.9%) y oficiales, operario o artesanos (16.7%) y agricultores, agropecuarios y pesqueros (12.8%).

En términos de las principales actividades económicas en las que se desempeñan las mujeres, el 45.4% de las mujeres se ubican en “Comercio, hoteles y restaurantes”, en “Industria Manufacturera” se ubica el 17.5% y, en tercer lugar, con 10.9% se ubican en “hogares con servicio doméstico” (DIGESTYC, 2018).

Esta segregación tiene varios análisis desde el punto de vista de la productividad, los salarios y la protección social: en general las ramas que



concentran de forma mayoritaria a hombres (lo que viene llamándose sectores masculinizados), suelen tener más peso en la economía nacional e internacional, mayores grados de protección social y salarios más altos que los sectores que concentran de forma general a las mujeres.

Efectivamente, este panorama conlleva una *penalización salarial* que, junto a los mecanismos de discriminación salarial, directa e indirecta, determinan niveles salariales inferiores a los de los hombres. Esta brecha salarial incide directamente en menores bases de cotización para el acceso al

aseguramiento y a las prestaciones en dinero, sean por maternidad o asociadas a la vejez, invalidez o muerte (OIT, 2015).

Dentro de estas ramas económicas, la escala salarial presenta serias desventajas para las mujeres también. Por ejemplo, el salario promedio del servicio doméstico asciende a US\$138.41; en el sector de comercio, el salario promedio ronda los US\$250.30 y la industria US\$246.77. De hecho, en la mayor parte de las actividades económicas, las mujeres perciben menores ingresos que los hombres (tabla 3).

Tabla 3. El Salvador: Salario promedio mensual (US Dólares) de los ocupados, por sexo, según rama de actividad económica (EHPM – 2017)

Rama de actividad económica	Total	Hombre	Mujer
Total	306.66	330.05	276.60
Hogares con servicios domésticos	146.47	220.73	138.41
Agricultura, ganadería, caza y silvicultura	169.25	169.69	164.69
Pesca	228.49	229.16	188.29
Construcción	281.74	280.64	324.35
Comercio, hoteles y restaurantes	287.28	340.83	250.30
Industrias manufactureras	299.05	341.89	246.77
Servicios comunales sociales y de salud	343.53	388.73	314.63
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	360.82	359.47	375.52
Explotación de minas y canteras	390.79	395.55	303.33
Suministro de electricidad, gas y agua	418.72	447.16	321.60
Intermediación financiera, inmobiliarias	420.55	411.48	440.13
Administración pública y defensa	512.27	497.27	552.10
Enseñanza	603.67	633.56	587.61
Actividades de organizaciones y órganos extraterritoriales	972.85	1069.28	851.92

Nota: Se excluyen los trabajadores familiares no remunerados

Fuente: DIGESTYC, 2018

La mayoría de las mujeres que carecen de ingresos propios, que conforman estadísticamente la población “inactiva”, tiene como actividad principales los quehaceres domésticos y las labores de cuidado en sus hogares. Este hecho revela que la pobreza de las mujeres se origina en un factor estructural: la **división sexual del trabajo**. Ellas dedican parte importante de su tiempo a la realización de tareas por las cuales no perciben remuneración y que condicionan su participación en el mercado de trabajo (CEPAL, 2011).

En términos absolutos, la Población Económicamente Inactiva en El Salvador, asciende

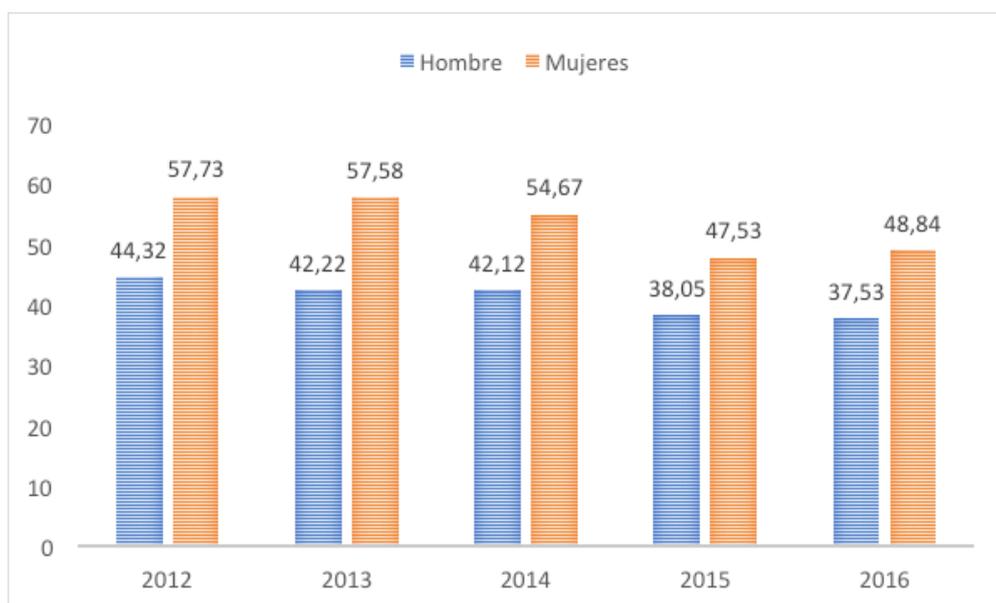
a 1,819,742 personas y se caracteriza por ser mayoritariamente mujeres (76.7%). De las mujeres que están fuera de la fuerza laboral, el 69.5% no buscó empleo debido a los quehaceres domésticos, el 13.7% debido a que estudia, el 9.3% debido a que no puede trabajar ya sea porque es una persona con discapacidad o por la avanzada edad. En cuanto a los hombres fuera de la fuerza laboral los principales motivos son debido a que estudia (40.6%), no puede trabajar ya sea porque es una persona con discapacidad o por la avanzada edad (23.8%), jubilado o pensionado (13.2%), por enfermedad o accidente 9.7%.



La exclusión del mercado laboral de las mujeres provoca que se inserten en el sector informal¹⁰ de la economía. Como lo muestra el gráfico 4, los niveles de participación de mujeres en el sector informal representan más de la mitad del total en los últimos años. La concentración de las mujeres en esta categoría del mercado laboral es muy significativa. Para el año 2016, 48.8% de las

mujeres se encontraban en dicha situación laboral frente a un 37.5% de los hombres. Generalmente, una proporción importante de mujeres que se contabilizan como ocupadas en las estadísticas, son mujeres de zonas rurales que se desempeñan en unidades productivas familiares, sin ingresos propios ni derechos ni protección social.

Gráfico 4. Población ocupada en el sector informal por sexo 2012-2016 (porcentaje)



Fuente: DIGESTYC (2018)

Como se mencionó anteriormente, las labores de cuidado que recaen fundamentalmente en las mujeres están asociadas a interrupciones en la trayectoria laboral, tanto por la crianza de los hijos e hijas, como por la atención de familiares dependientes y por las tareas domésticas para el cuidado del hogar. “Durante estos periodos las mujeres suelen quedar desprotegidas, tanto por la pérdida de salario como por la ausencia de protecciones ante, por ejemplo, el desempleo o la ausencia de licencias para cuidar a personas cercanas. Esta discontinuidad a su vez se refleja en una densidad de aportes menor que la masculina, que con frecuencia disminuye e incluso imposibilita del todo el acceso a las prestaciones de maternidad, enfermedad y otras, así como el acceso a la futura pensión de jubilación o invalidez” (OIT, 2015).

10 Proporción de la población ocupada que trabaja por cuenta propia o como trabajadores familiares auxiliares con respecto al empleo total.

Estas dificultades de compaginar el trabajo remunerado y el no remunerado dieron lugar a varias normas internacionales de la OIT con la intención de lograr la igualdad, entre las que destaca el Convenio 156 sobre responsabilidades familiares¹¹, el cual El Salvador ratificó en octubre de 2000 y el Convenio 183 de protección de la maternidad (no ratificado por el país), que integra medidas de protección a la salud, al empleo y para la corresponsabilidad en el momento del parto y primeros meses de vida.

Ahora bien, los instrumentos legales e institucionales concretos que El Salvador ha promovido hasta ahora se reducen a algunas medidas como la extensión de los días de licencia por maternidad y paternidad,

11 El convenio 156 recomienda medidas en la organización del trabajo, permisos y licencias, servicios públicos y privados de atención a menores y personas adultas dependientes, que posibiliten que las personas puedan atender los requerimientos de ambas esferas sin sufrir por ello discriminación.



un mandato de la Sala de Constitucional sobre salas cunas, entre otros, que aún no facilitan, en la práctica, la corresponsabilidad pública y social, y la implicación equitativa de mujeres y hombres, ni se

han legislado medidas relativas a la adaptación de la organización del trabajo que permitan una mayor implicación social en los cuidados y la atención a personas cuidado-dependientes (tabla 4).

Tabla 4. Políticas y leyes recientes sobre cuidado en El Salvador

Licencias por necesidades familiares	Licencia por paternidad	Obligación de proveer servicios de cuidado en el lugar de trabajo
<p>En octubre 2015, se reformó el artículo 309 del código de trabajo que extendió de doce a dieciséis semanas de licencia, antes y después del parto; y además, el pago anticipado de una prestación equivalente al 75% del salario básico durante dicha licencia.</p> <p>La Asamblea Legislativa reformó en junio de 2018, el artículo 113 del Código de Trabajo para prohibir que las mujeres que trabajan para el sector público y privado sean despedidas durante un periodo de seis meses, después de haber regresado de licencia por maternidad.</p>	<p>En 2013, se otorgó una licencia por paternidad para los empleados públicos, de 3 días posteriores al nacimiento o adopción.</p>	<p>En noviembre de 2016, la Sala de lo Constitucional de la CSJ, ordenó que la Asamblea Legislativa haga cumplir la normativa que regule todo lo concerniente a la obligación de los patronos de instalar y mantener salas cunas y lugares de custodia para los hijos e hijas de las personas trabajadoras.</p> <p>A raíz de lo anterior, en junio de 2018, la Asamblea aprobó la Ley especial para la regulación e instalación de salas cunas, que busca regular las condiciones bajo las cuales los patronos implementarán, en beneficio de los trabajadores y trabajadoras, servicios de salas cunas y lugares de custodia para sus hijas e hijos.</p>

Fuentes: (Asamblea Legislativa, 2013), CSJ (2017), (Asamblea Legislativa, 2018)

La distribución desigual del trabajo doméstico y las responsabilidades familiares se puede observar a través de las encuestas del uso del tiempo, que reflejan el promedio de tiempo dedicado por mujeres y hombres al trabajo remunerado y al trabajo no remunerado. Como mostró la Encuesta realizada por DYGESTYC-UNFPA-ONUMUJERES (2010) existe una notable brecha en cuanto al tiempo destinado por unas y por otros a las tareas no remuneradas: las mujeres duplican el tiempo destinado al cuidado y al hogar: el tiempo promedio diario de las mujeres es de 5.35 horas y los hombres apenas 2.44 horas diarias.

La encuesta mostró que, del total de horas durante un día (24 horas), son las mujeres (tanto del área urbana como rural) quienes emplean más de 3 horas diarias (3.42 horas y 3.72 horas, respectivamente) para realizar el trabajo doméstico en el hogar; mientras que los hombres del área urbana emplean

menor tiempo (1.37 horas al día) en esta actividad. De las mujeres, se destaca el grupo de 60 años a más de edad, quienes emplean más de 4 horas para esta actividad.

Para realizar las tareas de cuidado de niños y niñas en el hogar, las mujeres del área rural invierten más de 2.35 horas al día para realizar esta actividad; esta misma situación se observa en las mujeres del área urbana (2.08 horas al día). Los hombres solo invierten un poco más de una hora en el área urbana (1.25 horas al día) y en el área rural (1.22 horas al día); es decir, las mujeres se involucran el doble del tiempo en el cuidado de niños y niñas del hogar, con respecto a los hombres (DIGESTYC-UNFPA-ONUMUJERES, 2010).

De especial relevancia, desde el punto de vista de los cuidados, reviste el colectivo de las trabajadoras domésticas remuneradas que representan



aproximadamente el 10% de la población femenina económicamente activa salvadoreña, de éstas el 91% no reciben prestaciones, su salario es un 45% más bajo que el del resto de la PEA y solamente un 4% es cotizante del seguro social¹², es decir, sus condiciones son en su mayoría de inestabilidad y precariedad (IDHUCA, 2015).

En resumen, la no consideración de los cuidados en los regímenes de bienestar universal y la falta de políticas de Estado al respecto, muestran la persistencia de las brechas y la discriminación contra las mujeres. Esto no sólo se manifiesta en la ausencia de servicios de cuidado universales, sino que está presente en la lógica en la que se construyen los servicios estatales “*que parten de la premisa de que en todos los hogares hay un hombre proveedor y una mujer que está permanentemente disponible para asumir las gestiones relacionadas con los servicios estatales. Esto se concreta por ejemplo en el funcionamiento de las consultas médicas, los horarios escolares y la atención de los servicios públicos. Así, aunque el peso del trabajo que recae sobre las mujeres se ve aliviado, el rol de las mujeres como proveedoras de trabajo no remunerado se mantiene*” (OIT, 2015).

Los cuidados, en definitiva, representan trabajo que, remunerado o no, determinan el acceso a la seguridad social de las mujeres. Por un lado, generalmente, son las mujeres de menores ingresos quienes más sufren los impactos de la sobrecarga de trabajo remunerado y no remunerado en tanto tienen menos condiciones económicas para derivar tareas de cuidado al ámbito mercantil, ya que usualmente carecen de las condiciones económicas para salirse del todo del mercado de trabajo, y sufren por lo tanto las más graves consecuencias en materia de precariedad laboral. Y por el otro, las mujeres que se dedican por entero a los cuidados, solo tienen acceso a la protección social por la vía de los servicios públicos y de los programas de política social que se implementen en la zona geográfica que habitan.

12 En el año 2010 se promulgó el Reglamento de “Creación y aplicación del régimen especial de salud y maternidad para las trabajadoras domésticas”, el cual deroga la letra “a” del artículo 2 del Reglamento de aplicación del ISSS. A partir de ahí, esta institución diseñó el Instructivo del régimen especial de salud y maternidad para los trabajadores del sector doméstico, el cual señala que la incorporación será gradual y voluntaria, iniciando en cuatro departamentos del país. Por otra parte, en el 2011, la OIT –con el impulso y presión de las trabajadoras domésticas organizadas a nivel internacional– firmó el Convenio 189 sobre trabajo decente para los trabajadores y trabajadoras domésticas; este convenio está a la fecha, aún ratificar por El Salvador.

Ante esta realidad, es impostergable el “*transformar los sistemas de protección social y las normas laborales, así como modificar las pautas patriarcales que incentivan una distribución desigual del trabajo entre mujeres y hombres. Ello se logra promoviendo servicios de cuidado universales, así como las regulaciones e incentivos estatales que establezcan una más equitativa redistribución del trabajo remunerado y no remunerado. En caso contrario, se estará generando un multiplicador de la desigualdad y de la pobreza que afectará principalmente el bienestar de las mujeres y niños de menores recursos*”. (CEPAL, 2018).

Análisis de la protección social en El Salvador desde una perspectiva de género

Régimen contributivo de protección social en El Salvador

Históricamente los seguros sociales se establecieron para beneficio de la población asalariada, es decir para aquellas personas que tuvieran un contrato con empresas del sector formal en el contexto de una relación de trabajo “tangibles” y “verificables”.

Ahora bien, “*los mercados laborales no han logrado convertirse en una puerta de acceso universal a la protección social*” (OIT, 2015), por lo que resulta que, cuando la protección social viene por la vía del mercado laboral, se ponen en evidencia dos problemas importantes, uno con efectos socioeconómicos y otro de género. Y es que, en el caso particular de las mujeres, las trayectorias laborales están marcadas por entradas y salidas del mercado de trabajo, muchas veces sin cobertura previsional, y por trabajos informales o mal remunerados. Este tipo de trabajos durante su vida económicamente activa hace que, a pesar de haber dedicado muchas horas al trabajo total (remunerado y no remunerado), obtienen bajas o nulas pensiones, de lo que se deriva que, la forma en que las mujeres suelen acceder al seguro social es en calidad de beneficiarias.

En la tabla 5 se muestra que la principal causa de exclusión de las mujeres de los sistemas de seguridad social es la no presencia en el trabajo remunerado, formal y con derechos.



Tabla 5. Resumen de indicadores de empleo a nivel nacional y por sexo, 2017

Ratio sobre la Población en Edad de Trabajar (PET)			Ratio sobre la Población Económicamente Activa (PEA) Ocupada		
72.6%	Mujeres	54.4%	93%	Mujeres	41.5%
	Hombres	45.6%		Hombres	58.5%
Tasa Global de Participación (TGP)			Tasa de Inactividad (TI)		
61.9%	Mujeres	46.3%	38.1%	Mujeres	53.7%
	Hombres	80.6%		Hombres	19.4%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de EHPM- DYGESTYC (2018)

Del mismo modo, para mayo de 2018, 841,156 personas cotizaban en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), que representa el 29% de la PEA del país. Asimismo, existían 166,934 personas pensionadas cotizantes al ISSS, que representa el 17% de las personas en edad de jubilación.

Ahora bien, aunque esto hace que el 75% de la población salvadoreña quede excluida de los sistemas de seguridad social, esta situación se presenta de forma desigual para hombres y mujeres. Al considerar toda la población en edad de trabajar, no solo a la que está efectivamente dentro de la población económicamente activa y ocupada, la brecha contributiva entre hombres y mujeres es significativa: sólo 4 de cada 10 en la PEA ocupada son mujeres.

Además, 739,736 personas se encontraban en calidad de beneficiarias (la mitad correspondientes a cónyuges y la otra mitad, a hijos e hijas menores de 12 años). Por lo tanto, sumando ambos (cotizantes y personas beneficiarias), el total de cobertura de seguridad social en El Salvador ascendía a 1,747,826 personas. De las cuales, el 51% son mujeres y el 49% son hombres. Según datos del ISSS (2018), el porcentaje de la población total cubierta era apenas una cuarta parte.

Estas diferencias tienen su origen en las relaciones de género basadas en el modelo patriarcal de familia: *“hombre proveedor junto al cual conviven una mujer cuidadora e hijos e hijas. El acceso a la protección social por parte de ellos sería directa, y por parte de ellas fundamentalmente indirecta, en tanto familiares económicamente dependientes, principalmente,*

de sus esposos o compañeros” (OIT, 2015). Esta dependencia coloca a las mujeres en situaciones de mayor riesgo de desprotección social. En tanto personas económicamente dependientes, mientras se mantiene la relación, las mujeres acceden a las prestaciones de salud, pero no a prestaciones monetarias.

La OIT (2012), determinó que, al reforzar la dependencia económica mientras dura la relación conyugal, cuando ésta cesa, las mujeres empobrecen por su acceso como dependientes económicas y no como titulares de derecho por su contribución al trabajo no remunerado y de cuidados. De esta manera pierden los beneficios que se derivan de los aportes de sus cónyuges. Además, la división sexual del trabajo, que promueve este modelo de familia, a su vez inhibe o dificulta a las mujeres el acceso al trabajo remunerado, formal y decente, en mucha mayor medida que a los hombres, y por lo tanto también a tener un acceso directo a la protección social.

Lo anterior queda evidenciado al examinar la conformación de las personas cotizantes y beneficiarias (cónyuges) al ISSS (tabla 6). Se observa que sólo 4 de cada 10 que son cotizantes activas son mujeres, el resto son hombres. De manera similar, sucede con las personas pensionadas. Solo una tercera parte son mujeres. Pero el acceso a la seguridad social en el ISSS, en calidad de beneficiarias, son predominantemente mujeres (en casi 85%), de nuevo, es la relación conyugal, la que determina el acceso o no, al derecho a la seguridad social.



Tabla 6. Total y porcentaje de acceso al ISSS por tipo de inscripción (2017)

SEXO	COTIZANTE		BENEFICIARIA/OS		PENSIONADA /O	
	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE
TOTAL	328276	461723	295583	53766	51862	91229
%	41.6%	58.4%	84.6%	15.4%	36.2%	63.8%

Fuente: Elaboración propia con base en datos administrativos del ISSS

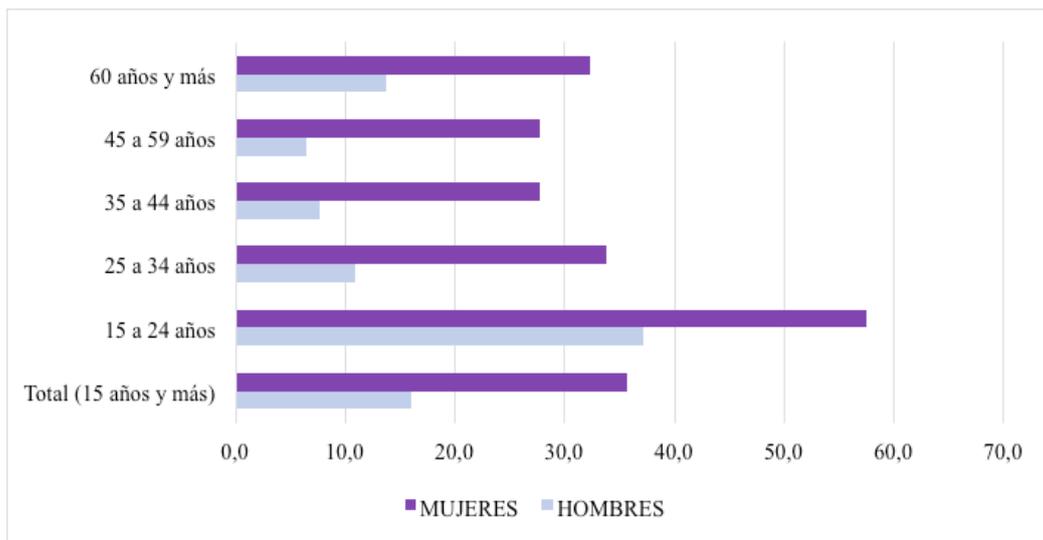
Comprender esta relación entre la pertenencia al mercado laboral formal y el acceso a la seguridad social, es particularmente relevante si se considera que entre 2005 y 2015, El Salvador apenas avanzó en términos de cobertura en seguridad social (ISSS) de un 27.1% a un 30.8% de la población económicamente activa. Además, de acuerdo con los últimos datos de la EHPM 2017, por cada 100 mujeres ocupadas (remunerada dentro de la PEA), solamente 36 estarían gozando de seguridad social.

En resumen, ello implica que un porcentaje importante de mujeres no cuentan con acceso a la seguridad social por la vía del mercado laboral formal. Esta situación, no sólo lleva a que desde el mercado se generen altos índices de desprotección social, sino visto de manera más amplia, los altos niveles de informalidad laboral, dificultan superar la pobreza y la desigualdad en el país.

Sumado a esto, la mayor expectativa de vida de las mujeres complejiza esta situación: las mujeres viven más tiempo y suelen tener menos ingresos que los hombres; estos ingresos además disminuyen significativamente con el transcurso de los años. En el caso salvadoreño, en 2017, las mujeres mayores de 55 años (en edad de jubilación) ascendieron a 622,009, que representan el 17.8% de un total de 3,491,473 mujeres. En cambio, los hombres mayores de 60 años ascendieron a 361,370, representando el 11.7% de un total de 3,090,387.

Un reto para el establecimiento de los PPS es precisamente las garantías para las personas adultas mayores que ya no están en edad de trabajar. En El Salvador, la cantidad de mujeres mayores de 60 años que no percibe ingresos propios en 2015, representaba en 32.3% versus un 13.7% de los hombres en ese mismo tramo de edad (gráfico 5).

Gráfico 5. Población sin ingresos propios por sexo y por tramos edad, 2015



Fuente: Elaboración propia con base en datos de CEPALSTAT



Y a todo esto debemos sumar que, en el caso de las mujeres de estratos sociales bajos, aun estando jubiladas, continúan haciendo labores de cuidado para facilitar que sus familiares en edad activa puedan acceder al mercado de trabajo, por lo que la necesidad de garantizar el cuidado para personas dependientes es una necesidad para las mujeres adultas mayores en tanto que cuidadoras, y en tanto que beneficiarias del cuidado.

En fin, al analizar la protección social contributiva en El Salvador, podemos decir que en dado que la seguridad social tiene una fuerte relación con el trabajo formal y éste a su vez con la forma en que en cada sociedad se atienden las demandas de trabajo no remunerado en general, y de cuidados en particular, es fundamental que la expansión de la protección social incorpore una perspectiva de género, o de lo contrario, aún si se avanza en términos de afiliación, se corre el riesgo de continuar reproduciendo desigualdades de género.

Régimen no contributivo de la protección social en El Salvador

Como se indicó al principio, la iniciativa del Piso de Protección Social de Naciones Unidas se enmarca en un concepto amplio de protección social, en el que se integran:

- A. Las cuatro garantías básicas de seguridad social: seguridad en los ingresos para niñas y niños, para personas adultas que carecen de ingresos o estos son insuficientes y para personas mayores o con discapacidad,
- B. Acceso a un paquete básico de atención a la salud.

Por tanto, el piso de protección social requiere: la combinación de garantías de seguridad social en el marco de las políticas públicas de protección; de políticas públicas sectoriales; y de las políticas sociales para la promoción social. Y por ello el marco de las políticas públicas y del sistema de protección social es indispensable para el éxito de las garantías básicas.

En este sentido, **la protección social no contributiva** consiste en *un conjunto de programas de transferencias y subsidios públicos que, en lugar de estar sujetos a aportes, están condicionados a la demostración de necesidad o a derechos de ciudadanía, y se financian mediante impuestos a los ingresos generales bajo el*

principio de la solidaridad. Entre estas prestaciones¹³ puede encontrarse atención médica, pensiones por vejez e incapacidad y asignaciones familiares (OIT, 2015).

No es el objetivo de este documento el ampliar sobre Sistema de Protección Social Universal (SPSU), en términos de su concepción, principios y programas específicos¹⁴, por lo tanto, acá nos centraremos en aquellos aspectos que nos indican cómo estos toman en cuenta a las mujeres, sus necesidades específicas, cómo atienden a las brechas y desigualdades frente a los hombres o, si las perpetúan.

• Garantías de ingresos

En términos de acceso a ingresos mínimos, se estaría ante tres principales poblaciones meta: personas en edad de trabajar remuneradamente, personas adultas mayores o con alguna discapacidad y niños y niñas.

En el caso de las **personas en edad activa y capacidad de trabajar remuneradamente**, se debería contar con transferencias monetarias (por derecho propio) combinadas con políticas activas de empleo que pongan especial atención a las dificultades de las mujeres de acceder al mercado de trabajo en igualdad de condiciones con los hombres, y con políticas de corresponsabilidad social para la provisión de cuidados.

Estas prestaciones deben incluir la protección de la maternidad mediante transferencias monetarias que aseguren ingresos básicos, independientemente del tipo de trabajo que realicen, asalariado o no, formal o informal. Además, hay que promover la corresponsabilidad paterna en el cuidado de hijas e hijos mediante el impulso a medidas contempladas en el Convenio 156 de la OIT como las licencias por paternidad o ingreso de protección a la maternidad en la economía informal dentro de la vertiente no contributiva.

¹³ Desde la perspectiva de género, estas prestaciones son importantes en un doble sentido. Primero, porque brindan cuidados, atención y recursos económicos a una parte importante de la población, en gran medida mujeres, debido a su mayor esperanza de vida y a su relación desventajosa con el mercado laboral. Segundo, porque estas personas sólo cuentan con el apoyo de sus familias mediante el trabajo no remunerado, casi exclusivamente femenino. Los seguros de salud y de vejez contribuyen a desmercantilizar y a desfamiliarizar el manejo de riesgos, aumentando grados de autonomía y aliviando así las múltiples tensiones familiares asociadas a la simultánea dependencia económica y de cuidados. (OIT, 2012)

¹⁴ Para ampliar sobre el tema se puede consultar: Escobar (2017)



En términos de **prestación por desempleo**, en El Salvador no existe una prestación fuera del régimen contributivo; la legislación nacional (Código del Trabajo), sólo reconoce una indemnización que sería pagada directamente por el empleador al finalizar los servicios.

Dentro de las garantías de ingresos, también se encuentran las **políticas activas del mercado de trabajo**, que consisten en “*intervenciones del Estado para aumentar la oferta de trabajo para evitar el desempleo, aumentar la empleabilidad y apuntalar la demanda de trabajo*” (OIT, 2011). La mejora de la oferta se promueve mediante programas de capacitación y promoción de la inserción laboral. El incremento de la demanda de trabajo se realiza mediante programas de generación directa de empleo asalariado temporal, a través de subsidios al empleo o al salario o de programas de promoción de emprendimientos productivos. La mejora del funcionamiento del mercado de trabajo a través de la prestación de servicios de información, orientación a la búsqueda de empleo e intermediación laboral.

En el caso salvadoreño, destaca el Programa de Empleo y Empleabilidad “Jóvenes con todo”¹⁵, el cual ha tenido entre 2016 y 2017, un total de 5,750 participantes, de las cuales el 60% son mujeres. Dicho programa se encuentra funcionando sólo en 4 sedes en las municipalidades de Soyapango, Mejicanos, San Miguel y Santa Ana (INJUVE, 2017). La inversión asignada para el año 2017 fue de US\$0.9 millones.

Es urgente que este Programa evalúe y revise los criterios de focalización, ya que la presencia de mujeres en algunos de estos programas viene dada por la focalización en hogares pobres o en territorios con alto índice de homicidios, sin que en realidad se haya integrado el objetivo de equidad de género que permite tener en cuenta las limitaciones específicas de las mujeres para acceder al mercado de trabajo. Tampoco se han realizado líneas de base ni evaluaciones del impacto de las políticas de empleo, que incorporen indicadores para identificar en un futuro, las trayectorias laborales futuras de hombres y mujeres.

15 El gobierno de El Salvador en el período 2014-2019 implementa el Programa de Empleabilidad y Empleo “Jóvenes con todo”, que consiste en una intervención del gobierno de El Salvador y algunos socios estratégicos para apoyar a la población joven en la superación de las dificultades y limitaciones que enfrenta en su inserción laboral y productiva, con prioridad en las juventudes que se encuentran en condición de pobreza y vulnerabilidad.

Además, el tránsito de la ocupación en la economía informal hacia el empleo con derechos y protección social, que es mencionado como un valor esperado del piso de protección social, se ve favorecido en muchas ocasiones en la medida que se acompaña del acceso al crédito. El Instituto Nacional de la Juventud (INJUVE), mediante un convenio con el Fondo Solidario para la Familia Microempresaria (FOSOFAMILIA) ha otorgado un total de 96 créditos, de los cuales el 62% han sido otorgados a hombres y sólo un 38% a mujeres, procedentes de 35 municipios de 9 departamentos (INJUVE, 2017).

Sería importante valorar el impacto diferenciado del acceso a dicho crédito, y en qué medida se acompaña de capacitación y formación que permita salir a las mujeres de las dificultades específicas que tienen en relación con los procesos de comercialización y acceso a los mercados.

En términos de **ingresos mínimos a la vejez y a las personas con discapacidad** que no puedan desarrollar actividad laboral, deben asegurar un nivel digno a hombres y mujeres de edad avanzada, pero compensando los desequilibrios entre ambos sexos derivados de la exclusión de las mujeres de los sistemas de protección social vinculados al mercado de trabajo, a través de transferencias monetarias, pero también de transferencias en especie expresadas en servicios públicos de salud y de cuidados ya que, como se mencionó anteriormente, las mujeres adultas mayores de estratos sociales bajos, suelen ser cuidadoras a lo largo de su ciclo de vida. De forma similar, en cuanto a las **prestaciones por discapacidad**, la pensión mensual es un porcentaje de los ingresos anteriores de la persona asegurada. Si el saldo de la cuenta individual es insuficiente para financiar la pensión mínima establecida por ley, se paga la pensión de invalidez mínima garantizada.

Es importante tomar en cuenta que una pensión no contributiva, como la Pensión Universal en El Salvador, no debe desincentivar la participación de las mujeres en el pilar contributivo y en la economía formal, ya que su monto -mucho menor- reemplaza los ingresos de las personas durante la vida activa. *Su función es garantizar un nivel básico de renta en forma sostenible desde el punto de vista fiscal y justa desde el punto de vista intergeneracional* (CEPAL, 2010).



Desde 2009 se implementa la Pensión Básica Universal, dirigida a personas adultas mayores de 70 años o más, residentes en el país y que comprueben la no recepción de otros ingresos o pensiones. La pensión asciende a US\$50.00 mensual (se entregan US\$100 bimensual), equivalente a la sexta parte del salario mínimo vigente para la industria. Para

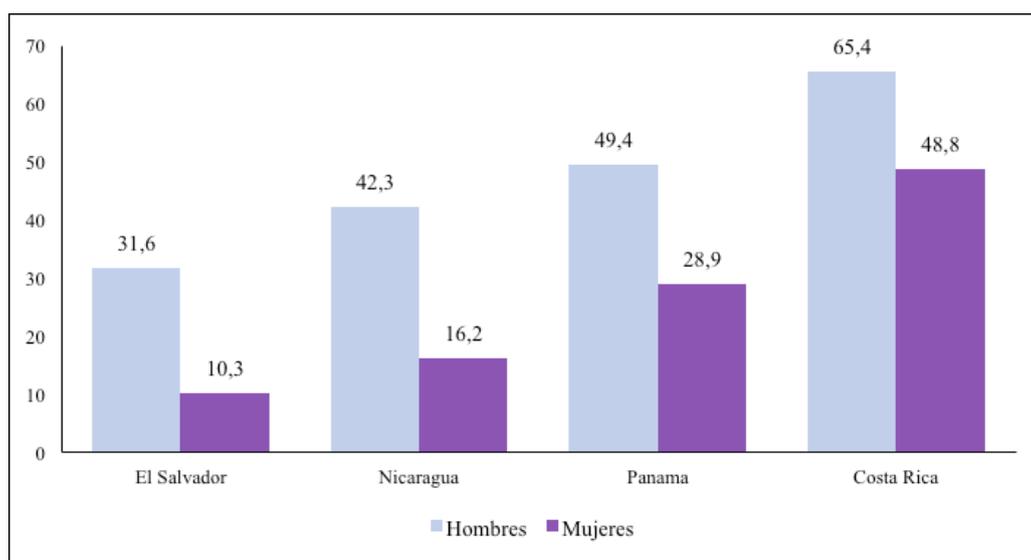
el año 2016, el número de personas beneficiarias era de 31,165 (de las cuales 58% son mujeres), que representa únicamente el 8.7% de las personas mayores de 70 años y el 2.2% de las mayores de 60 años. El costo de dicha pensión como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB), ascendió en 2015 al 0.1%.

Tabla 7. Cantidad de personas beneficiarias del programa Pensión Básica Universal, 2009-2016

2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Crecimiento (%)
6,487	8,019	13,500	25,511	28,200	32,200	32,200	31,165	380.4%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de SETEPLAN (2017)

Gráfico 6. Cobertura efectiva de personas adultas mayores: porcentaje de la población que supera la edad legal de jubilación y percibe una pensión de vejez (contributiva y no contributiva), por sexo, varios países de C.A



Fuente: Elaboración propia con base en datos de (OIT, 2018)

En resumen, las pensiones de vejez contempladas de forma conjunta en sus vertientes contributiva y no contributiva dan muestra del déficit de protección y de la desigualdad de género en países centroamericanos y de manera más grave, en El Salvador.

Al analizar **los ingresos mínimos a la niñez**, un punto de partida importante de este pilar es el que ofrecen las transferencias monetarias condicionadas (TCM). Estas transferencias integran ingresos básicos para la unidad familiar con menores y accesibilidad a servicios de salud y educación. En el caso salvadoreño, estas TMC forman parte del

Programa Comunidades Solidarias Rurales (CSR) y Comunidades Solidarias Urbanas (CSU)¹⁶.

CSR es un programa que se implementa en 100 municipios catalogados en Pobreza Extrema, Severa y Alta. En su eje de Capital Humano, CSR entrega 3 tipos de bonos a familias con niñas y niños menores a 5 años o mujeres que en el momento del censo estuvieran embarazadas o en edad escolar, que ascienden entre US\$30.00 y US\$40.00.

¹⁶ Para conocer más sobre su evolución y concepción en (Escobar, 2017)



El programa de CSU cuenta con un apoyo temporal al ingreso (PATI que luego migró a “Jóvenes con Todo”), por medio de un bono para educación, que funciona como incentivo para la matrícula y asistencia escolar hasta el tercer ciclo y el bachillerato.

Estos bonos son de tres tipos:

- a) Bono por asistencia a clases: El monto mínimo es de US\$12.00 mensuales y este aumenta gradualmente hasta llegar a bachillerato.
- b) Bonos adicionales: estos se brindan a mujeres de 21 años para el incentivo de estudiar bachillerato, para el reingreso al sistema escolar a mujeres madres adolescentes que por esta razón habían abandonado sus estudios y que sean menores a 21 años, y para la población estudiantil con discapacidad.
- c) Bono especial para el fomento de finalización del bachillerato: se entrega un monto para incentivar a las y los estudiantes a terminar el bachillerato.

La tabla 8, muestra que, entre 2009 y 2016, los niños y las niñas beneficiarias de los bonos CSR han disminuido en un 42.6%, esto puede deberse a que, desde que empezó el programa, el universo sujeto de ayuda ha ido cambiando, “graduándose” del programa, ya sea porque han sobrepasado la edad, terminado la escuela o porque han migrado de municipio, entre otras razones.

Por su parte, los bonos CSU, registraron entre 2012 y 2016, 80 mil personas beneficiarias, principalmente jóvenes y mujeres jefas de hogar de 16 años en adelante, de los cuales un 71% fueron mujeres y un 38% jóvenes entre 16 y 24 años, provenientes de 33 municipios con alta concentración de pobreza urbana y 11 municipios que sufrieron los estragos de la tormenta Ida en el año 2009. La inversión social realizada alcanzó un total de USD\$ 62.95 millones. Desde este punto de vista, el PATI fue un programa que atendió, a través de acciones afirmativas, a las mujeres que por diversas razones habían abandonado sus estudios. Este programa aumentó en un 133% la cantidad de personas beneficiarias entre 2012 y 2016.

Según un estudio de impacto dirigido por el Fondo de Inversión Social para el Desarrollo (FISDL, 2017), el PATI habría logrado incrementar la participación laboral a corto y a mediano plazo (un año después de participar en el PATI) entre 6 y 9 puntos porcentuales. El estudio también refleja que la participación en el mercado laboral tiene un impacto mayor entre las mujeres, donde se ha logrado un aumento del 6 por ciento a corto plazo y entre 7 y 12% a mediano plazo.

Tabla 8. Cantidad de personas beneficiarias del programa Comunidades Solidarias Rurales (CSR) y Comunidades Solidarias Urbanas (CSU), 2009-2016

Programa	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Crecimiento (en %)
Bonos CSR	105,824	98,378	90,997	83,128	75,385	75,000	72,213	60,741	- 42.6%
Bonos CSU	-	-	-	2,691	5,188	5,753	6,734	6,276	133.2%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de SETEPLAN (2017)

El documento de evaluación del programa CSR y CSU, financiado por la Unión Europea (2014) literalmente expone:

“El programa tiene una clara orientación de género, manifestada en primer lugar en que las mujeres, madres de familia son las Titulares con quienes se firma el Convenio y a quienes se paga el bono. También son quienes deben cumplir las condicionalidades: asistir a las capacitaciones, y garantizar la asistencia de sus hijas e hijos a la

escuela y al servicio de Salud. La orientación del programa hacia las mujeres, tiene efectos de distinto orden. Por una parte, las visibiliza como actores sociales y económicos autónomas. Por otra parte, pone de manifiesto las desiguales relaciones de género, la violencia intrafamiliar y las relaciones de poder desiguales. El Programa, consecuentemente, trabaja para fortalecer los mecanismos de equidad de género. El empoderamiento de la mujer como titular del Convenio es positivo” (aunque no automático).



Y, a continuación, alerta:

“Sin embargo, existe el riesgo de que se refuerce el rol tradicional de la mujer vinculada a la responsabilidad en la salud y educación, cuando esta responsabilidad debiera ser compartida por ambos padres de familia. Prever mecanismos de corresponsabilidad de ambos padres manteniendo la preeminencia de la madre al momento del cobro de los recursos es todavía un desafío”.

En realidad, como señalan Marroquín y Moreno (2012), el papel de titular del convenio que se le adjudica a la mujer, acompañado de condiciones como asegurarse de la asistencia de los niños y niñas a la escuela y de los controles de salud, coloca a la mujer como un medio para lograr una mejora en la condición de las siguientes generaciones; pero la excluye como fin.

Lo anterior no solo no presenta avances en la disminución de desigualdades de género; sino, que presenta efectos contraproducentes, según las autoras. Al entregarle a la mujer la transferencia monetaria, sin capacitar a los jefes de hogar en materia de género, resulta en un enfrentamiento de los paradigmas y las relaciones de poder referentes al género existente en la sociedad. La mujer no se asume como persona capaz de tomar decisiones ni dentro ni fuera del hogar, por lo que, aunque la transferencia se le entregue a la mujer, en la mayoría de los casos, la administración sigue estando a cargo del hombre. A su vez, al enfrentarse a estos paradigmas, desencadena problemas al interior del núcleo familiar, que en muchos de los casos incluyen violencia física.

El debate en torno a si estos programas refuerzan negativamente o alternan positivamente las relaciones de género ha sido intenso y, aunque son pocas las referencias a este tipo de impactos, hay coincidencia en que no es del todo positiva¹⁷.

¹⁷ Las evaluaciones realizadas han mostrado que estos programas tienen efectos positivos en el acceso a la educación (Román, 2010), la disminución del trabajo infantil (Villatoro, 2007; Sauma, 2007) y en el acceso a los servicios de salud (Villatoro, 2007), si bien se señala que los recursos se deben orientar no solo a aumentar la demanda de servicios de salud, sino también a ampliar la oferta. La incidencia de los PTC en salud se puede fortalecer si los países cuentan con una atención de salud universal y de alta calidad (Cecchini S, Veras Soares F. 2015). No se han mostrado tan efectivos en la inserción al trabajo remunerado, puesto que en un primer momento no se incorporaron medidas específicas para ello, al considerar que mayores niveles de educación, salud y nutrición de los niños y las niñas de los hogares destinatarios, permitiría la ruptura generacional con la pobreza (CEPAL/OIT 2014). (Cita textual de OIT, 2015)

Diversos autores sostienen que los programas de transferencias monetarias condicionadas han sido uno de los pilares sobre los que se ha producido un mayor avance en la reducción de la pobreza y en la extensión de la protección social y contemplan al menos tres instrumentos: las transferencias monetarias (generalmente a las madres), la condicionalidad (generalmente relacionadas con hijos e hijas) y la contraprestación (generalmente esperada de las madres).

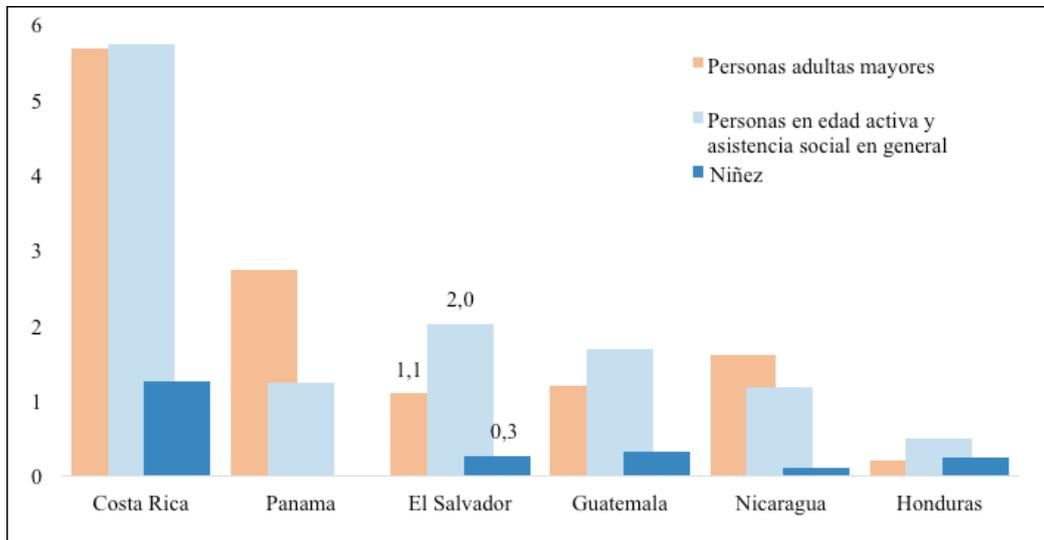
Por tanto, ante nuevas evaluaciones de impacto de la efectividad de los programas, más allá del tema de alivio de la pobreza, se debe profundizar en los efectos que el uso de estos instrumentos conlleva en términos de perpetuación (o no) de las desigualdades en la corresponsabilidad doméstica de las tareas.

Por ejemplo, el que la contraprestación se pida también a las mujeres parecería perder la oportunidad de que la política social incentive cambios en la organización del trabajo de cuidados a lo interno de las familias, aumentando la carga de trabajo femenina orientada al cuidado de los hijos y las hijas y aumentando las tensiones por el uso del tiempo. Esto sería importante además para promover cambios entre niñas y niños (OIT, 2012).

El gráfico 7 presenta la inversión social pública de los países de América Central para 2016 (sin contabilizar la inversión en salud) como porcentaje del PIB, desglosado por grupo de atención: personas mayores, niñez y personas en edad activa y asistencia social en general. En El Salvador, para todas estas poblaciones, ascendió a 3.4% del PIB; mientras que, el país vecino, Costa Rica, invirtió 12.7% del PIB en los mismos rubros. Las prioridades son claras.



Gráfico 7. Composición de la inversión pública en protección social en Centroamérica (excluida la salud), como porcentaje del PIB



Fuente: Elaboración propia con base en datos de OIT (2018)

• Los servicios básicos de salud

En términos generales, los sistemas de salud han coexistido de manera desarticulada: el subsistema público (estructurado generalmente en torno a los Ministerios de Salud); el subsistema de seguridad social (ISSS), y el subsistema privado que comprende tanto empresas con fines de lucro como sin fines de lucro.

El Ministerio de Salud (MINSAL) es el ente rector del país en esta materia y el mayor prestador de servicios de salud. Su organización interna y sus servicios e instalaciones están estructurados técnica y administrativamente en un nivel central, cinco regiones de salud y 17 sistemas básicos de salud integral. El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) es la segunda institución con mayor cantidad de instalaciones y cobertura poblacional; sus servicios de salud están estructurados en cuatro regiones. Las otras instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud (SNS) son el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), el Fondo Solidario para la Salud, el Comando de Sanidad Militar (COSAM) y la Dirección Nacional de Medicamentos.

El MINSAL es el responsable de la cobertura de 72.0% de los salvadoreños y salvadoreñas; el ISSS se ocupa de 25.1%; mientras que el

ISBM y el COSAM atienden 1.6% y 1.1%, respectivamente. En una década (2007-2017), el gasto total promedio per cápita en salud pasó de US\$208 a US\$291 (un incremento del 34%). Sin embargo, la segmentación se evidencia en la distribución no equitativa del gasto público per cápita en la salud: el MINSAL tiene un gasto per cápita de US\$136; el ISSS de US\$290; el COSAM de US\$356; y el ISBM de US\$631 (datos MINSAL, 2017, gráfico 8).

La composición del gasto nacional de salud entre el 2009 y el 2017 indicó que las instituciones públicas financiaron más de 60% del gasto nacional de salud, un tercio salía directamente del bolsillo de los hogares y menos de 7,0% provenía de las empresas de seguros privados. Asimismo, en el 2017, el gasto total en la salud en relación con el PIB fue de 7.6% (gasto público de 5.0% y gasto privado de 2.6%). El gasto de bolsillo constituyó 85,0% del gasto privado y 28,0% del gasto total en la salud, mientras que el gasto en planes prepagos de seguros en el 2017 significó 15,0% del gasto privado (Ministerio de Salud, 2018).

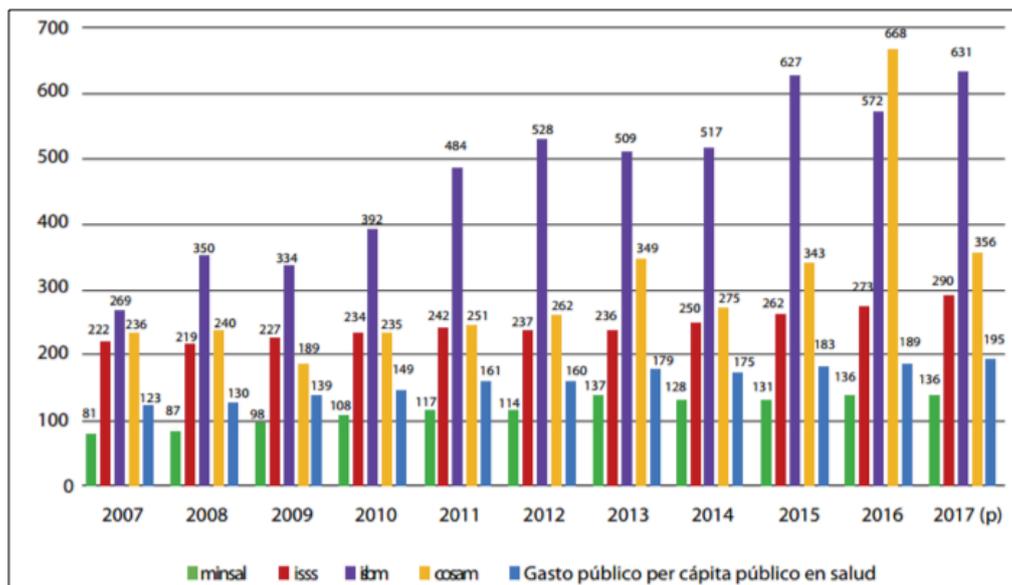
Según MINSAL (2018), en el año 2015 el total de la población cubierta por seguros públicos fue de 1,735,875 (26.9% de la población). En el caso del ISSS, en el 2015 la cobertura total era de 1,636,265, el total de cotizantes llegó a 796,626 personas (84.3% activas y 15.7% pensionadas), y



el total de beneficiarias fue de 693,076 personas. En el ISBM, la cobertura de personas aseguradas para ese mismo año fue de 98,296, con un total de

cotizantes de 42,046 y 56,250 beneficiarias (23% cónyuges y 77% hijos e hijas).

Gráfico 8. Gasto promedio per cápita por institución de salud, 2017
 (en US Dólares)



Fuente: (Ministerio de Salud, 2018)

En términos de la densidad de profesionales de la salud, en el 2015 era de 19,5 por 10000 habitantes (médicos_as, personal de enfermería y licenciados_as en salud materno-infantil). A pesar de no lograr la meta establecida de 25 profesionales por 10,000 habitantes, se ha avanzado en una distribución más equitativa del personal, sobre todo en los departamentos más vulnerables, en comparación con el año 2010. La densidad de profesionales en la zona rural fue de 1,6 por 10,000 habitantes en el 2010, lo cual aumentó a 4,4 por 10,000 en el 2015. No obstante, aún persisten brechas en la distribución porcentual urbano-rural del personal de la salud. A escala nacional solo 13,9% se encontraba ubicado en la zona rural (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2017).

Es un hecho que el **acceso a los servicios de salud** está condicionado por la existencia de éstos y la accesibilidad geográfica y financiera, y se puede medir a través de la cobertura. Desde el punto de vista del piso de protección social esta segmentación en los gastos es un dato muy relevante, puesto que indica que los programas no contributivos que pueden incorporarse o funcionan de hecho como

piso de protección social, tienen un menor peso que los programas contributivos vinculados al mercado de trabajo, donde las mujeres son minoría. El problema de fondo, por lo tanto, es el déficit de trabajo “formal” al que acceden las mujeres y, por tanto, menor gasto per cápita en salud.

Entre el 2010 y el 2014, la Reforma de Salud logró sentar las bases de un modelo basado en la atención primaria de salud y obtener avances en la salud pública, el acceso y la cobertura a una atención integral de salud, mediante la eliminación del pago en los sitios de atención pública y el acercamiento de los servicios a la población a través de los equipos comunitarios de salud familiar. Además, se dispuso la organización y la gestión de servicios en redes y el desarrollo de los recursos humanos para alcanzar un sistema de salud universal y equitativo. No obstante, persiste la segmentación y la fragmentación del sistema (OPS/OMS – EL SALVADOR, 2017)¹⁸.

¹⁸ A partir del 2014, se ha reorientado y profundizado en el proceso de reforma, con un claro enfoque de acceso y cobertura universal de salud e integración funcional del SNS. Todos los integrantes del SNS acordaron esto mediante una Hoja de Ruta, firmada en septiembre del 2015, para avanzar hacia estos objetivos. El desafío para asegurar una extensión de la salud



Específicamente, desde un enfoque inclusivo y de derechos, los servicios de salud deben incorporar las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres en relación con los diferentes perfiles de salud y perfiles epidemiológicos¹⁹. En particular se debe complementar la atención de la salud reproductiva

(donde actualmente destaca la centralidad de la salud materna, prenatal, postnatal y vinculada al nacimiento), con la promoción de la salud sexual y la planificación familiar, tanto entre mujeres como hombres, promoviendo la corresponsabilidad de ambos en la salud sexual y reproductiva.

Recuadro 2. Principales indicadores que atañen a la salud de las mujeres en El Salvador

Mortalidad materna

La mortalidad materna es un problema de salud pública y un reflejo del estado de salud de las mujeres en edad reproductiva. La razón de mortalidad materna en el 2017 fue de 42.3 muertes por 100,000 niñas y niños nacidos vivos y descendió 11.2 puntos con respecto a 2015. Sin embargo, para este mismo año, 19,0% de las muertes maternas ocurrió en la población de niñas y adolescentes.

Es importante resaltar que desde el año 1998, se penalizó el aborto en todas sus formas, criminalizando tanto a la mujer como al personal de salud que lo practique, lo que, desde la perspectiva de las organizaciones de defensa de los derechos de las mujeres a nivel nacional e internacional, constituye una grave violación al derecho a la salud y la vida de las mujeres, ya que, entre otras cosas, impide la práctica del aborto aún si la madre se encuentra en riesgo de muerte.

Atención prenatal y postnatal

Ha aumentado considerablemente el acceso de las mujeres de menores ingresos a la asistencia calificada durante el parto y la atención prenatal. Según el MINSAL, entre 2014 y 2016, se observó un incremento de 3% en el número de atenciones maternas. Asimismo, se apreció un ligero aumento del parto institucional de 99% a 99.6% en esos años. De igual forma, se incrementaron de 3 a 21 Hogares de Espera Materna. Así como la atención de parto por personal capacitado, que pasó de 66% (2009) a 99.1 % (2017).

Salud sexual y reproductiva

Se ha implementado la Política de salud sexual y reproductiva desde el 2012. En el MINSAL, el método más utilizado es la esterilización femenina (53%), seguido de inyectables (38%), pastillas y el Dispositivo Intrauterino (DIU) (4%). Los métodos menos utilizados son el condón y la esterilización masculina. Para 2017 se ha incrementado en 35% el número de esterilizaciones practicadas, en relación con el año 2016. Este método, es el más comúnmente utilizado, con lo cual se responsabiliza a la mujer principalmente de la función reproductiva y se incrementa la inequidad de género. Los datos con respecto al uso de algún método anticonceptivo (moderno o tradicional) mostró que 72% de las mujeres entre 15 y 49 años, casadas o en unión consensual, empleaba algún tipo de anticoncepción o sus parejas lo hacían (OPS-OMS, 2017).

Embarazo adolescente

En términos de embarazo adolescente, la inscripción prenatal de adolescentes entre 10 y 14 años, se redujo en un 46% entre 2015 y 2017. Mientras que, para el grupo de mujeres adolescentes en 15 y 19 años, se redujo en un 21%. La incidencia del embarazo en las adolescentes en el 2015 aumentó en la medida en que disminuía la instrucción formal hasta el analfabetismo, lo cual evidencia una vez más que la mayor carga de embarazos en la adolescencia se presenta entre las más desaventajadas socialmente (MINSAL, 2018).

De especial relevancia en la región es el embarazo en adolescentes, que constituye un indicador de la vulnerabilidad de las jóvenes que pierden oportunidades educativas, sacrifican su futuro laboral, y tienen más probabilidades de reproducir y caer en la pobreza. Un dato alarmante es que los suicidios son la segunda causa de muerte entre las mujeres de 10 a 19 años.

Tasa de fecundidad

En el año 2014, la tasa global de fecundidad de las mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años fue de 2 hijos por mujer. El porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años que tuvieron al menos un hijo nacido vivo antes de los 18 años fue de 18%.

Fuente: elaboración propia con base en bibliografía citada.

universal es fortalecer las funciones de rectoría y reformar el marco legal en el país, de manera tal que le asegure viabilidad y sustento jurídicos a la integración del SNS y a las reformas iniciadas en el 2009.

19 En el recuadro 2, se destacan los principales indicadores que atañen a la salud de las mujeres en El Salvador



En resumen, se evidencia que se está produciendo un avance positivo hacia la cobertura universal en salud, tal como se desprende tanto de los avances legislativos como de la ampliación de la cobertura, aunque los retos del acceso real persisten. No obstante, no se puede hacer una valoración de en qué medida está siendo equitativa desde el punto de vista del género, puesto que se dispone de muy pocos datos segregados por sexo. Esto constituye una barrera relacionada con la calidad de los servicios y con los roles de género y aspectos culturales, ya que no identifica necesidades de grupos particulares. Además, las políticas nacionales se aplican casi exclusivamente referidas al rol reproductivo de las mujeres.

- **Otros programas no contributivos**

Ciudad Mujer y Ciudad Mujer Joven

Ciudad Mujer es un programa impulsado por el Gobierno de El Salvador a través de la Secretaría de Inclusión Social que, a través de un enfoque de derechos, presta servicios especializados como: salud sexual y reproductiva, la atención integral a la violencia de género, el empoderamiento económico y la promoción de sus derechos. Además, cuenta con un área de atención infantil para que las hijas e hijos sean atendidos mientras sus madres reciben los diferentes servicios, entre los que se encuentran:

- Atenciones en salud
- Atenciones en violencia doméstica
- Atenciones en autonomía económica
- Atención infantil
- Brindan información sobre sus derechos
- Fortalecimiento en capacidades y habilidades en temas de alimentación y nutrición
- Implementación y/o seguimiento de huertos comunitarios
- Distribución y entrega de alimentos e insumos no alimentarios de proyectos regulares e intervenciones de emergencia.

Actualmente cuenta con seis sedes a lo largo del país distribuidas en: Colón, Usulután, Santa Ana, San Martín, San Miguel y Morazán, donde han sido atendidas cerca de 1.5 millones de mujeres, que han recibido 3.97 millones de servicios, desde el inicio de sus funciones en 2009.

Ciudad Mujer Joven, es un programa que se ejecuta en las sedes de Ciudad Mujer San Martín, Usulután, Santa Ana, Morazán, Colón y San Miguel; consiste en la integración de un conjunto de los diferentes

módulos²⁰ de atención del programa, adecuados para jóvenes y adolescentes promoviendo el empoderamiento y el conocimiento de sus derechos.

En 2016, se realizó un estudio de impacto por parte del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) antes de la apertura y durante los primeros meses de vida de los Centros Ciudad Mujer de San Martín, Santa Ana y Usulután. En total, 4,062 mujeres de entre 18 y 60 años fueron entrevistadas y 20 servicios de los que presta el programa fueron analizados.

Los resultados de la evaluación a corto plazo muestran que el modelo integral de servicios de Ciudad Mujer es una herramienta efectiva para la facilitación de servicios especializados a las mujeres, puesto que reduce las barreras para acceder a múltiples servicios. No obstante, uno de los aspectos que la evaluación detectó fue el poco uso de algunos servicios relacionados como la intermediación laboral, la formación laboral, el apoyo al emprendimiento empresarial y acceso al microcrédito.

Servicios públicos de cuidado a la niñez y adultos mayores

La relación entre los servicios de cuidado infantil y la protección social reviste varias aristas: por un lado, el contar con dichos servicios desde la corresponsabilidad de Estado-Empresa-Familia, permite a las mujeres insertarse de mejor manera en actividades remuneradas en el sector formal con acceso a la protección social contributiva. Por otra parte, el Estado debe garantizar estos servicios como parte de un piso de protección social dentro su vertiente no contributiva para asegurar el ingreso a la niñez desde una perspectiva de materialidad (servicios de cuidado tangibles) cada vez con mayores niveles de cobertura, calidad y calidez.

20 Estos módulos especiales para jóvenes son: Autonomía Económica, Salud Sexual y Reproductiva y Atención a la Violencia de Género de Ciudad Mujer. La Escuela de Capacitación Agrícola (ECA) facilita cursos para que las jóvenes y sus madres participen en dichos procesos de formación; el módulo de Atención a la Violencia de Género lleva a cabo procesos de prevención que incluye actividades lúdicas, deportivas y artísticas, con el fin de fomentar el respeto a sus derechos a una vida en igualdad y sin discriminación y violencia; el módulo de Salud Sexual y Reproductiva cuenta con una educadora en salud sexual y reproductiva, quien atiende a las jóvenes y realiza jornadas de sensibilización dado los elevados índices de embarazo precoz en el municipio de San Martín; a las mujeres trabajadoras en los mercados se les brinda servicios de atención médica y odontológica, a través de jornadas móviles con el apoyo del Ministerio de Salud.



En ese sentido, desde el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia (ISNA), se proveen servicios de educación y cuidado a la primera infancia, específicamente a través de Centros de Bienestar Infantil (CBI)²¹ y Centros de Desarrollo Infantil (CDI)²², de los cuales, en 2017,

funcionaban 15 CDI en la zona urbana y 217 CBI en la zona urbana y rural, dando cobertura a una población de 3,379 niñas y 2,958 niños, que representan el 1.12% y 1.26%, respectivamente, de la población total de niños y niñas entre 0 y 4 años.

Tabla 9. Población total de niños y niñas atendida a nivel nacional en CBI y CDI, 2017

Total a nivel nacional		CBI		CDI	
Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños
2,999	3,403	2,350	2,687	649	716
6,402		5,037		1,365	

Fuente: ISNA (2017)

Es evidente que las poblaciones dependientes (como niños y niñas y personas adultas mayores) no pueden auto proveerse de cuidados y atenciones para su bienestar, es necesario que existan espacios *ad hoc* para ello. Sin embargo, hay una brecha enorme que subsanar, sobre todo para la niñez más desprotegida y vulnerable de familias con menores ingresos, y más aún para las personas adultas mayores que carecen, hasta el día de hoy, de hogares públicos de cuidado diario, financiados por el Estado.

Durán (citada en Sojo, 2017) señala que los niños, los enfermos, las personas de edad, no pueden pagar a precio de mercado el trabajo de asistencia y precisan que alguien —el Estado por medio de los servicios públicos, los familiares, los amigos, los voluntarios u otro grupo social— satisfaga estas necesidades. Por otra parte, la mayor parte de las personas de ingresos medios y bajos, sobre todo las mujeres, deben proveerse su propio cuidado y el de su familia, porque su nivel de salarios, la cantidad de trabajo que venden al mercado y otros componentes culturales no les permite adquirirlo.

La deuda pública en torno a la población infantil incluye aspectos como la prevalencia de **trabajo infantil**. La Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, mostró que, en el año 2017, el número de niños, niñas y adolescentes, con edades entre 5 a 17 años, que se encontraban en situación de

trabajo infantil era de 130,157 equivalente a una tasa de incidencia de 8.4%. Esta población infantil trabajadora era mayoritariamente masculina 75.1%, tiene una edad entre los 14 y 17 años 69.9%, residen en el área rural 62.7%. Además, 4 de cada 10 niños, niñas y adolescentes en trabajo infantil no asisten a la escuela.

Además, un dato importante en términos de protección social a la niñez es la presencia de **niñas, niños y adolescentes (NNA) en situación de abandono**, en el 2017, según la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, muestran que el 36.1% de los NNA de 0 a 17 años de edad, vivían sin su madre y/o padre, es decir, casi 4 de cada 10. De quienes viven sin madre y/o padre, por razones de abandono, el 77.8% se debe al abandono del padre, el 8.0% al abandono de la madre y el 14.2% al abandono de ambos. Si se analizan las causas de migración y muerte, la mayor incidencia es en los padres, no así en las madres.

Los desafíos que representa para el Estado atender a esta población doblemente vulnerable (por ser menores de edad y estar en situación de abandono), requiere de políticas y programas diseñados para facilitar un crecimiento y desarrollo integral para NNA.

En resumen, la vertiente no contributiva que se enmarca dentro del Sistema de Protección Social Universal, ha sido una respuesta decidida y reciente, ante la deuda histórica del Estado en términos de garantizar los derechos fundamentales de la población salvadoreña, y en particular, con las mujeres. Sin embargo, persisten retos importantes para ampliar su cobertura y calidad.

21 Están ubicados en zonas rurales y urbanas, atienden a una población de 30 niñas y niños entre las edades de 2 a 7 años, de lunes a viernes en horario de 4 horas, algunos centros trabajan ocho horas dependiendo de la dinámica de cada una de las comunidades.

22 Están ubicados en zonas urbanas, sus instalaciones tienen capacidad para brindar atención a una población entre 50 y 200 niñas y niños en edades de 6 meses hasta los 7 años; de lunes a viernes en horarios de 6:30. a 17:00 horas.



Conclusiones

Al examinar la cobertura en términos de protección social, tanto en su vertiente contributiva como no contributiva, se puede afirmar que existen altos índices de desprotección social de hombres y mujeres, y que, ante esta desprotección, se evidencia un alto grado de exclusión del trabajo formal remunerado y una elevada dependencia del trabajo no remunerado de las mujeres en la provisión de los cuidados a personas dependientes, como dos aristas de la misma problemática.

Sin duda, el acceso a la protección social es menor entre las mujeres, especialmente cuando la inversión social está asociada a la inserción laboral; y muchísimo menos o inexistente cuando el acceso es de carácter no contributivo. Y es que, la dificultad del acceso de las mujeres al mercado laboral disminuye a su vez, el acceso a la seguridad social por vía del empleo formal.

De tal forma que las mujeres tienen menor participación y ocupación y mayor informalidad; interrupciones de las vidas laborales; desigualdad salarial; menores cotizaciones; temporalidad y parcialidad de jornadas. El PPS por tanto, debe reconocer los aportes realizados en términos de reproducción de la economía y, a través de las pensiones no contributivas, pudiera enfrentarse la situación de exclusión de las mujeres en relación a la protección social.

Por otra parte, en términos de la cobertura de la salud universal presenta déficits en la cobertura de profesionales y en la accesibilidad de los servicios, no sólo geográfica, sino también económica ya que los gastos privados siguen siendo altos. Además, los paquetes básicos de salud que brinda el MINSAL no alcanzan a equipararse con las prestaciones contributivas (del ISSS o bienestar Magisterial), y salvo en lo específicamente relativo a la protección a la maternidad, aun se evidencia exclusión de algunos sectores de mujeres, sobre todo del área rural. Más aún, debe transitarse de un énfasis en el rol reproductivo de las mujeres hacia un abordaje más holístico e integral de la salud pública.

Recomendaciones

Un reto de la protección social en El Salvador, salvaguardando el tema de mayor asignación presupuestaria, es tener efectos redistributivos progresivos en términos de género (de los hombres

a las mujeres) y en términos de corresponsabilidad social en los cuidados (del Estado a las familias y en ellas, a las mujeres).

En ese sentido, es urgente incluir una perspectiva de género a la hora de diseñar estrategias para el incremento en el trabajo formal con miras a alcanzar una cobertura más amplia de los sistemas de seguridad social y mejorar los niveles de afiliación de las mujeres, lo que hace necesario encarar la creciente *feminización del trabajo informal* (que proporciona trabajo cada vez más a las mujeres vulnerables que son jefas de familia) y la feminización del creciente *trabajo de los cuidados*, que ha conllevado históricamente a que las mujeres hayan quedado excluidas en mayor medida de los sistemas de protección social por su menor presencia en el trabajo remunerado, formal y con derechos a la seguridad social y pensiones de vejez.

Asimismo, un reto impostergable es la mayor incorporación de los hombres a las tareas de cuidados desde el nacimiento, de manera que puedan ejercer su derecho y su responsabilidad de cuidar y atender a quien ha nacido, al hijo o la hija. De ahí la necesidad que los permisos de paternidad deban ampliarse de forma paulatina, pero decidida, y de que estos sean utilizados por los padres de manera responsable.

El sistema de Protección Social Universal como instrumento de planificación y de gestión, debería contar con estadísticas desagregadas actualizadas para desarrollar diagnósticos más detallados, así como poner en marcha estrategias públicas de corresponsabilidad social y familiar, con legislación e institucionalidad ad-hoc.

Según Perez-Fragoso (2016), se requiere que las estadísticas de uso del tiempo no sean información que sólo se pueda utilizar en sí misma, sino que se busca sean utilizadas y puedan relacionarse fácilmente con otra información económica y social. Es decir, que puedan retomarse para potenciar aquellos programas de educación, salud, cuidados en general, que reduzcan efectivamente el tiempo que las mujeres dedican a las tareas de cuidados y se inserte de manera creciente en empleos formales y mejor remunerados con acceso a seguridad social.

La implementación del PPS debería permitir reducir las brechas de género en el mercado laboral y en la protección social a partir de identificar adónde es



más urgente contar con transferencias y servicios (como los de salud reproductiva y materno-infantil así como de cuidados de la infancia y de otras personas cuidado-dependientes), para ello es fundamental la participación más activa de las mujeres en el diagnóstico y evaluación de los programas.

La OIT (2012) propone tres etapas:

- 1º. Establecer un acuerdo nacional entre diversos actores e instituciones que los pisos de protección social deben **contemplar la igualdad de género**, es decir, el que hombres y mujeres accedan a los recursos de forma equitativa.
- 2º. Contar con un **diagnóstico** que tenga en cuenta las relaciones de género, identificando dónde están mujeres y hombres, cómo están unas y otros, y los motivos y las prácticas sociales que hacen que estén de forma diferenciada en los distintos ámbitos de la vida. Es decir, un mapeo de las brechas de género en el acceso a protección social que se deben superar.
- 3º. **Planificar, implementar y evaluar políticas con enfoque de género** mediante las cuales se pueda atender las necesidades diferenciales de mujeres y hombres y corregir dichas brechas.

En suma, todas las instituciones y gobiernos (independientemente de la ideología), deben asumir que la actividad laboral remunerada, la protección social y el tiempo de cuidados y de atención a las necesidades de los hogares, son elementos que interactúan y deben tener similar relevancia para las políticas públicas, y de manera particular en los pisos de protección social.



Bibliografía

- Asamblea Legislativa. (2013). *Decreto 335*. San Salvador. Obtenido de <http://escuela.fgr.gob.sv/wp-content/uploads/Leyes/Leyes-2/DECRETO-335-LICENCIA-POR-PATERNIDA.pdf>
- Asamblea Legislativa. (2018). *Ley especial para la regulación e intalación de salas cunas para lo hijos de los trabajadores*. San Salvador. Obtenido de <https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/decretos/B5F66818-6C3A-4F74-9CC5-57ADE2745E7E.pdf>
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID). (2016). *Evaluación de impacto del Proyecto Ciudad Mujer en El Salvador*. División de Género y Diversidad. Obtenido de <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7945/Evaluacion-de-impacto-del-Proyecto-Ciudad-Mujer-en-El-Salvador.pdf>
- CEPAL - ONUMUJERES. (agosto de 2018). *Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe*. Obtenido de Autonomía Económica: <https://oig.cepal.org/es/autonomias/autonomia-economica>
- CEPAL. (2010). Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (Brasilia, 13 a 16 de julio de 2010). *¿Qué Estado para qué Igualdad?* Brasilia: División de Asuntos de Género de la CEPAL. Recuperado el Agosto de 2018, de https://www.cepal.org/publicaciones/xml/6/40116/Que_Estado_para_que_igualdad.pdf
- CEPAL. (2010). La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir. Brasilia: Naciones Unidas. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/13309/S2010986_es.pdf?sequence=1
- CEPAL. (2011). *El salto de la autonomía. De los márgenes al Centro*. Informe anual 2011, Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe, Santiago de Chile. Obtenido de <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3931/S2011102.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- CEPAL. (2018). La ineficiencia de la desigualdad. Santiago: Naciones Unidas. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43442/6/S1800059_es.pdf
- DIGESTYC. (2018). *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, 2017*. San Salvador .
- DIGESTYC-UNFPA-ONUMUJERES. (2010). *Principales Resultados de la Encuesta de Uso del Tiempo*. San Salvador. Obtenido de https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/encuesta_uso_tiempo.pdf
- Eduardo Pando, M. O. (2014). *Evaluación de medio término del programa Comunidades Solidarias en El Salvador (2009-2012)*. Sistema de Protección Social Universal, San Salvador. Obtenido de <http://www.sne.gob.sv/apps/evaluacion/Download2.aspx?id=28>
- Escobar, M. (2017). *Programas, Cobertura, Inversión Gubernamental y Sostenibilidad Financiera*. Documento Análisis , Fundación Friedrich Ebert, San Salvador. Obtenido de <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/fesamcentral/13764.pdf>
- IDHUCA. (2015). *Reconociendo el trabajo doméstico remunerado en El Salvador*. Antiguo Cuscatlán: UCA. Obtenido de http://www.uca.edu.sv/idhuca/wp-content/uploads/Reconociendo-el-trabajo-dom%C3%A9stico-remunerado-en-El-Salvador-wcms_430190.pdf
- Inconstitucionalidad, 8-2015/16-2015/89-2016 (10 de Noviembre de 2017). Obtenido de http://www.csj.gob.sv/Comunicaciones/2017/11_NOVIEMBRE/



COMUNICADOS/Inc.%208-2015.%20Salas%20%20cuna.pdf

- INJUVE. (2017). *Informe de Rendición de Cuentas 2014-2017*. San Salvador. Obtenido de <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/injuve/documents/192423/download>
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS). (2018). *Informe de Coyuntura del ISSS, al 30 de julio de 2018*. San Salvador.
- Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia - ISNA. (2017). *Prontuario Estadístico*. San Salvador. Obtenido de <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/isna/documents/211528/download>
- Marroquín, C. T., & Moreno, K. G. (Marzo de 2012). Trabajo de Graduación para optar por el grado de Licenciada en Economía. “*Aporte Crítico a las Políticas Antipobreza desde el Enfoque de Género. Análisis Programa Comunidades Solidarias Urbanas: Municipio de Guaymango, Departamento de Ahuachapán, El Salvador*”. Antiguo Cuscatlán, El Salvador: Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas” (UCA).
- Ministerio de Salud. (2018). *Informe de labores (2017-2018)*. San Salvador. Obtenido de <http://www.salud.gob.sv/download/informe-de-labores-2017-2018/>
- OIT. (2011). *Piso de Protección Social para una globalización equitativa e inclusiva. Informe del Grupo consultivo sobre el Piso de Protección Social*. Ginebra.
- OIT. (2012). *Combatiendo la desigualdad desde lo básico: piso de protección social e igualdad de género*. San José, Costa Rica: ONU Mujeres.
- OIT. (2012). *Seguridad social para todos: la estrategia de la Organización Internacional del Trabajo: establecimiento de pisos de protección social y de sistemas integrales de seguridad social*. Oficina Internacional del Trabajo, Departamento de Seguridad Social, Ginebra.
- OIT. (2015). *Protección social inclusiva y género: Promoción de los Pisos de Protección Social en la Región Andina*. Lima: ONU. Obtenido de http://ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_510745.pdf
- OIT. (2018). *Presente y futuro de la protección social en América Latina y el Caribe*. Lima: OIT / Oficina Regional para ALC. Obtenido de https://www.ilo.org/americas/publicaciones/WCMS_633654/lang--es/index.htm
- OIT. (s.f). *La perspectiva de género en salud y seguridad en el trabajo*. Hoja informativa, Equipo Técnico de Trabajo Decente de la OIT . Obtenido de http://www.saltra.una.ac.cr/images/SALTRA/Documentacion/Publicaciones_OIT/Anexo_OIT_1.pdf
- OIT-PNUD. (2009). *Trabajo y familia: Hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social*. Santiago de Chile. Obtenido de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_111376.pdf
- OPS/OMS – EL SALVADOR. (2017). *Estrategia de Cooperación 2017-2020*. San Salvador.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). *Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país*. Washington, D.C.: OPS.
- Perez-Fragoso, L. (2016). *¿Quién cuida en la ciudad? Oportunidades y propuestas para la Ciudad de México*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Sojo, A. (2017). *Protección social en América Latina: la desigualdad en el banquillo*. Libros de la CEPAL LC/PUB.2017/7-P, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago..

Autora

Marcela Escobar

Economista con maestría en planificación territorial y gestión ambiental de la Universitat de Barcelona. Formó parte en 2003 del programa Agentes de Cambio de la FES. Se ha desempeñado por más de 10 años en docencia universitaria e investigación para diversas organizaciones públicas e internacionales. Sus áreas de investigación incluyen políticas públicas, desarrollo económico territorial, ciudades inclusivas y protección social.

Impresión

© 2018 Friedrich-Ebert-Stiftung FES
(Fundación
Friedrich Ebert)

Dirección: Pasaje Bella Vista No. 426, entre
9ª.Calle Poniente y 9ª. Calle Poniente bis,
Colonia Escalón. San Salvador, El Salvador,
Centro América

Apartado Postal: 1419
Teléfonos: (503) 2263-4342 / 2263-4339 /
Fax: (503) 2263-4347
e-mail: elsalvador@fesamericacentral.org
www.fesamericacentral.org

Responsable: Julia Aguilar,
Coordinadora de Programas

La Fundación Friedrich Ebert (en alemán Friedrich Ebert Stiftung, FES) es una fundación política alemana que ofrece espacios de debate en más de 100 países del mundo y que tiene oficinas en todos los países de América Central. Su objetivo es fortalecer la democracia y la justicia social y, para estos efectos, coopera con actores políticos, sindicales y sociales de diversa índole en todo el mundo.

www.fesamericacentral.org