



Desigualdad en condiciones de vida
Salud y Medio Ambiente
en los Estados Miembros del SICA:
Una perspectiva desde el
desarrollo humano

Desigualdad en condiciones de vida

Salud y Medio Ambiente

en los Estados Miembros del SICA:
Una perspectiva desde el
desarrollo humano

Contenido	Pág
<i>I. Presentación</i>	5
<i>II. Introducción</i>	6
<i>III. Situación Demográfica</i>	8
<i>IV. Condiciones macroeconómicas</i>	14
<i>V. Condiciones socioeconómicas</i>	20
<i>VI. Condiciones ambientales</i>	23
<i>VII. Financiamiento de la salud</i>	26
<i>VIII. Situación de Salud Pública</i>	30
<i>IX. Consideraciones finales</i>	37
<i>X. Anexos</i>	42

I. Presentación

Autor: Oscar Morales Barahona¹

El Protocolo de Tegucigalpa contempla entre sus objetivos: “Consolidar la democracia y fortalecer sus instituciones sobre la base de la existencia de Gobiernos electos por sufragio universal, libre y secreto, y del irrestricto respeto a los Derechos Humanos; impulsar un régimen amplio de libertad que asegure el desarrollo pleno y armonioso del individuo y la sociedad en su conjunto; lograr un sistema regional de bienestar y justicia económica y social para los pueblos centroamericanos; promover, en forma armónica y equilibrada, el desarrollo sostenido económico, social, cultural y político de los Estados miembros y de la región en su conjunto”². Por su parte, el Tratado de Integración Social establece la búsqueda del acceso universal a la salud en los Estados Miembros.

A nivel del sector salud, el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana junto a su Secretaría Ejecutiva (SE-COMISCA) ha dado pasos importantes en la elaboración de sus instrumentos políticoestratégicos y técnicos como son: la Política Regional de Salud del SICA 2015-2022, los Planes de Salud de Centroamérica y República Dominicana (2016-2020 y 2021-2025), la Agenda Regional de Salud (2019-2030) y otros documentos técnicos, que han permitido estructurar y construir el Pensamiento Regional en Salud, el cual se sustenta en pilares paradigmáticos como la Universalidad en el Derecho a la Salud, la intersectorialidad y la Determinación Social de la Salud que aspiran al logro de la equidad en salud de las poblaciones de los Estados miembros del SICA, lo cual presupone construir evidencia, análisis, estudios de carácter operativo y propuestas de política pública regional orientadas a visibilizar el estado de salud y sus vínculos con los procesos de desarrollo económico y social así como explicar las inequidades sanitarias vigentes entre y en los países de la región.

En tal sentido, este documento busca realizar una caracterización del Estado en materia de Desarrollo Humano de la población de los Estados miembros del SICA, haciendo una lectura crítica de las desigualdades existentes que se pueden recopilar y analizar gracias a una priorización de indicadores macroeconómicos, socioeconómicos, y ambientales de cada uno de los países que integran el SICA; pudiendo así establecer relaciones causales y de asociación-imbricación con las condiciones de salud de la población de la región.

¹Analista de Desigualdades en Salud de la Secretaría Ejecutiva del COMISCA.

²Salazar Grande, César Ernesto. “El Protocolo de Tegucigalpa: Tratado Marco del Sistema de la Integración Centroamericana”. Primera Edición, San Salvador, El Salvador 2014. Artículo 3. Páginas 74-75.

II. Introducción

Después del fin de los conflictos armados de la década de los ochenta del siglo veinte, el inicio de la instauración de los procesos democráticos, impulsados por los Acuerdos de Esquipulas I y II y el relanzamiento del proceso de integración regional amparado en el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) fueron elementos que suscitaron el inicio de un proceso de transformación de la realidad política e institucional en el nivel regional. No obstante, el avance en la construcción de institucionalidad democrática y de integración regional coincidió con la implementación unilateral del modelo de libre mercado y la profundización de la globalización en cada uno de los países. Por otra parte, a pesar de los avances en materia de desarrollo social, aún hay desafíos pendientes en materia de brechas socioeconómicas de desarrollo, así como en garantizar el acceso y cobertura universal a toda la población centroamericana a servicios de salud basados en la calidad y la calidez, en un entorno de desarrollo humano y calidad de vida para todos los habitantes.

Con el propósito de poner en perspectiva la situación de las condiciones de vida de la población de los Estados Miembros del SICA desde un abordaje cuantitativo y comparativo, se detalla el estado de Desarrollo Humano de los países del SICA en 2019 a partir de los resultados de los indicadores: Índice de Desarrollo Humano³ y el Índice de Desarrollo Humano ajustado a la desigualdad⁴ (IDH-D) del Informe Mundial de Desarrollo Humano de 2020, elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)⁵. Los resultados del IDH y el IDH-D ponen en relieve las disparidades existentes entre los Estados Miembros de la región y cómo éstas se profundizan si se incorpora tanto en la metodología de cálculo como en el análisis, las brechas de desigualdad existentes en cada una de las distribuciones en materia de esperanza de vida, la tasa de alfabetización de adultos, las tasas brutas de matriculación primaria, secundaria y terciaria así como el PIB per cápita ajustado a la paridad del poder adquisitivo a fin de garantizar la comparabilidad de los datos de los países en estudio.

A partir de los resultados del IDH para 2019, puede constatar la existencia de profundas asimetrías en las condiciones sanitarias, educativas y económicas que prevalecen entre los Estados Miembros del SICA. Al respecto, Panamá y Costa Rica encabezan el ranking de los Estados Miembros del SICA, ubicándose en la categoría de naciones de Desarrollo Humano Muy Alto⁶ al obtener posiciones en el ranking del IDH con valores de 57 y 62, respectivamente. Por su parte, República Dominicana y Belice

³ El Índice de Desarrollo Humano (IDH), es un índice compuesto desarrollado por el PNUD y que engloba tres dimensiones: 1) una vida larga y saludable, medida por la esperanza de vida al nacer; 2) Conocimientos, medidos por la tasa de alfabetización de adultos (con una ponderación de dos tercios) y la combinación de las tasas brutas de matriculación primaria, secundaria y terciaria (con una ponderación de un tercio); y un nivel de vida decoroso, medido por el PIB per cápita (PPA, dólares EE.UU.). Ver: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2020_overview_spanish.pdf.

⁴ El Índice (IDH-D), es un índice cuyo cálculo parte de la estimación del IDH, pero se descuenta el efecto de las desigualdades en la distribución en cada uno de los índices que integran las tres dimensiones básicas del IDH. Ver: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fhdr.undp.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fhdr2018_technical_notes.pdf&clen=303632&chunk=true

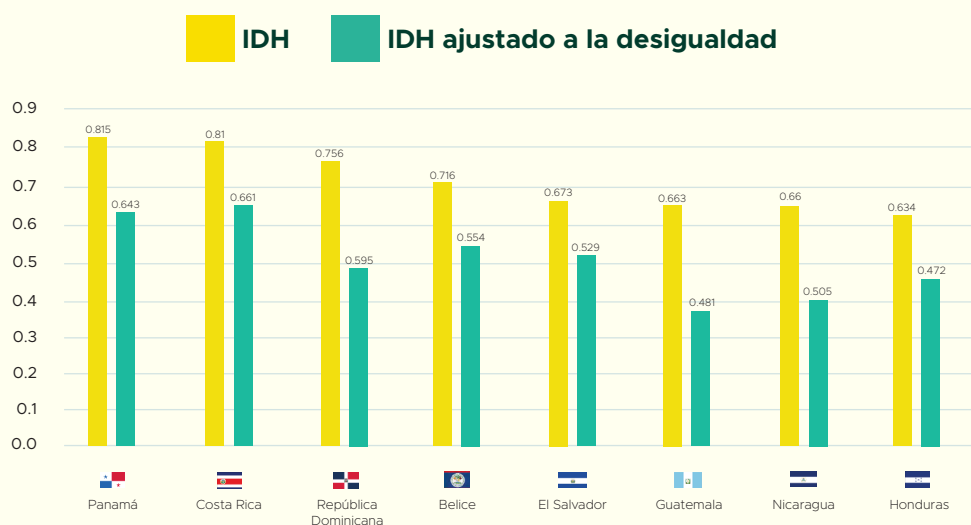
⁵ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre Desarrollo Humano 2020. La próxima frontera. El desarrollo humano y el Antropoceno. Nueva York, Estados Unidos 2020. Páginas 16-18.

⁶ En la categoría de IDH muy alto se encuentran los países cuyo índice va de 0.8 a 1.0; en el grupo de los países de IDH alto, se ubican las naciones cuyos valores oscilan de 0.7 a 0.799; en el grupo de países con IDH Medio son los que obtuvieron un índice que va de 0.6 a 0.699 y los países con IDH Bajo se clasifican los que obtuvieron índices comprendidos entre 0.01 a 0.599

reportaron IDH de 0.756 y 0.716, respectivamente; y ubicándose en las posiciones en el ranking de 88 y 110 respectivamente, pertenecientes al grupo de naciones clasificadas bajo la categoría de “Desarrollo Humano Alto”. Para el caso de El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Honduras, registraron valores en sus IDH de 0.673, 0.660, 0.663, 0.634, respectivamente; lo cual corresponde a posiciones dentro del ranking de: 124, 127, 128 y 132, respectivamente⁷. Dichos resultados develan las profundas disparidades sociales, económicas y demográficas entre los Estados Miembros del SICA, así como los esfuerzos diferenciados emprendidos por los Estados en materia de política pública para la búsqueda de la mejora en las condiciones de vida de la población centroamericana. Si bien es cierto, el gráfico siguiente muestra las disparidades en materia de Desarrollo Humano entre los Estados Miembros del SICA; los datos del IDH no permiten visibilizar las profundas desigualdades económicas y sociales al interior de cada uno de los países.

Gráfico No.1

Estado de Desarrollo Humano de los Estados Miembros del SICA, 2019



Fuente: Elaboración propia con base en Informe de Desarrollo Humano 2020, PNUD, Páginas 16-18

Dado que el IDH es un índice compuesto que promedia el comportamiento de las variables sanitarias, educativas y económicas que lo integran, no da cuenta de la dispersión en las distribuciones ni el nivel de desviación respecto al valor medio. Teniendo en consideración estos elementos estadísticos, así como la heterogeneidad en la composición de las estructuras de las variables sociales en América Latina y por tanto de las condiciones de vida, se vuelve relevante aplicar un factor de ajuste o corrección al IDH convencional, con el fin de ajustarlo a partir de la desigualdad contenida en las estructuras de cada una de las distribuciones de los índices simples que lo conforman.

⁷ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre Desarrollo Humano 2020. La próxima frontera. El desarrollo humano y el Antropoceno. Nueva York, Estados Unidos 2020. Páginas 16-18.

Cuadro No.1

Índices de Desarrollo Humano (IDH) e (IDH-D) ajustado por la Desigualdad en los Estados miembros del SICA, 2019

Estado:	Índice de Desarrollo Humano (IDH)		Índice de Desarrollo Humano (IDH-D) ajustado por la Desigualdad		
	Valor	Ranking	Valor	Pérdida porcentual en valor del IDH por desigualdad	Retroceso en el Ranking
 Panamá	0.815	57	0.643	21.1	-17
 Costa Rica	0.810	62	0.661	18.5	-11
 El Salvador	0.673	124	0.529	21.5	0
 Guatemala	0.663	127	0.481	27.5	- 3
 Nicaragua	0.660	128	0.505	23.5	0
 Honduras	0.634	132	0.472	25.6	-2
 República Dominicana	0.756	88	0.595	21.3	-8
 Belice	0.716	110	0.554	22.6	-5

Fuente: Elaboración propia con base en Informe de Desarrollo Humano 2020, PNUD, Páginas 16-18.

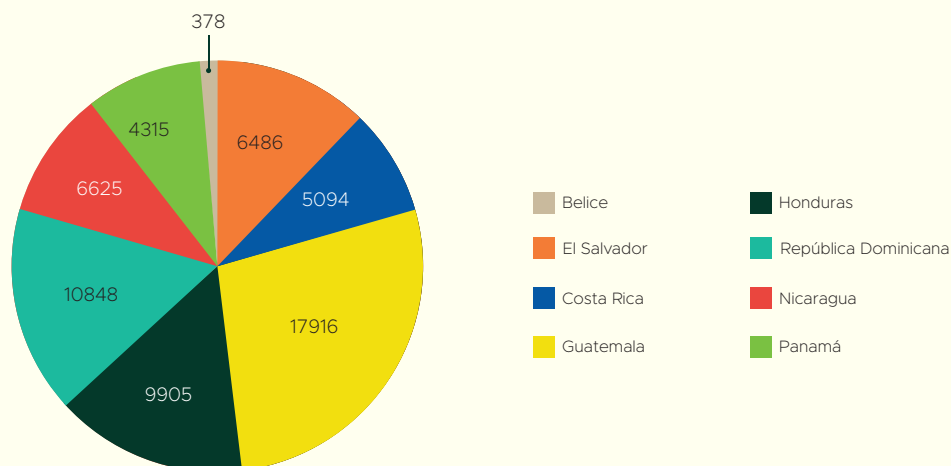
Al analizar el IDH ajustado por la Desigualdad se detalla que todos los Estados Miembros del SICA experimentan una caída en su nivel medio de desarrollo humano, al experimentar pérdidas en el valor porcentual del índice que van desde 18.5% hasta 27.5%. Esto significa que la prevalencia de brechas de desigualdades sociales, económicas, políticas y culturales son elementos que limitan el pleno goce de los derechos y el desarrollo de las capacidades humanas de segmentos importantes de la población de los Estados Miembros del SICA. Al incorporar el factor de corrección de la Desigualdad en el cálculo del IDH, Panamá y Costa Rica pasarían de tener un nivel de Desarrollo Humano muy alto a ser consideradas dentro del grupo de naciones con niveles de Desarrollo Medio. Por su parte, los demás países de la región caerían en la categoría de nivel de desarrollo humano bajo.

III. Situación Demográfica

La población centroamericana al 2020 ascendió a 57 millones 272 mil personas, no obstante, la distribución demográfica está concentrada principalmente en la parte norte del Istmo (Belice, Guatemala, El Salvador y Honduras) obteniendo una participación del 59% del total de los habitantes de los Estados miembros del SICA.

Gráfico No.2

Población total de los Estados Miembros del SICA, 2020, en miles de personas

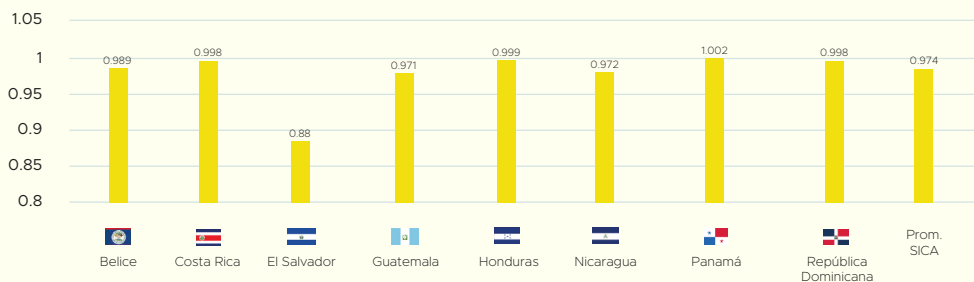


Fuente: Elaboración propia con base en información de CEPALSTAT.

Por su parte, al incluir en el análisis la razón de Sexo en los Estados Miembros del SICA, se puede corroborar que en el nivel regional hay más mujeres que hombres (0.974, que equivale a que hay una relación de 974 hombres por cada 1000 mujeres). En todos los países del SICA (a excepción de Panamá), se evidencia dicho patrón de comportamiento, pero se profundiza la mayor participación de mujeres respecto a hombres en El Salvador, al obtener una razón de género de 0.88, evidenciando que hay 880 hombres por cada 1000 mujeres, por lo que existe un mayor predominio de población femenina respecto a la masculina, lo cual entre otros aspectos, se explica por patrones demográficos históricos así como la mayor exposición de hombres a homicidios en los últimos 40 años, lo cual repercute a su vez en una menor esperanza de vida; lo cual no minimiza la importancia que tienen los feminicidios, aspecto que se analizará posteriormente. Comportamiento opuesto al mostrado por todos los demás Estados Miembros del SICA obtuvo Panamá, ya que reportó una razón de género de 1.002, implicando que en dicho Estado se cuenta con 1,002 hombres por cada 1,000 mujeres, predominando levemente la población masculina respecto a la femenina para el 2020.

Gráfico No.3

Razón de Sexo, 2020



Fuente: Elaboración propia con base en información de CEPALSTAT.

Análisis de las estructuras demográficas para los años 2020 y 2060

Para el desarrollo de este apartado, se tomará en consideración elementos metodológicos y categorías conceptuales relativas al análisis demográfico. La presentación de los datos demográficos partirá para cada uno de los Estados Miembros del SICA, de la presentación resumida de las estructuras de población para el año 2020 y las proyecciones realizadas por el Centro Latinoamericano de Estudios Demográficos (CELADE) y compilados por CEPALSTAT de 2060; el abordaje se centrará en analizar los grupos de edad con mayor peso porcentual y colocando especial interés en la participación de los rangos de edad de 0-14 años y el grupo de edad de 65 años y más, con el objetivo de evidenciar si se han gestado procesos de transición demográfica y determinar qué países al año 2060 no se beneficiarán del bono demográfico, desagregados por sexo.

Al observar la estructura de la población segregada por sexo y grupos etarios, es posible observar (ver Anexo No.1):

- Para Belice, en 2020, el grupo etario que concentra más población es el correspondiente a 15-34 años, tanto para hombres como mujeres (37.15 y 37.2%, respectivamente). Al agregar toda la población en edad de trabajar, 15 a los 64 años, puede percibirse que 65.1 % de los hombres y 69.5% de las mujeres en 2020, se encuentran edad demográficamente apta para trabajar, lo cual denota que Belice está en una etapa que debiera de maximizar las condiciones óptimas en materia educativa, de salud pública y de empleo para que hombres y mujeres puedan tener una participación activa y plena en el proceso productivo y de desarrollo de su país. Cabe señalar que la población de 0 a 14 años, obtuvo participaciones porcentuales de 29.8% para los hombres y 28.6% para las mujeres. Sin embargo, la población de 65 años y más, sólo representaban el 5.1% para los hombres y 4.9% para las mujeres.

En el año 2060, el grupo etario de 0 a 14 años caerá en alrededor de más de 10 puntos porcentuales en su participación dentro de la estructura demográfica, tanto para hombres (alcanzando un 18.4%) como mujeres (obteniendo un peso de 18.3%), lo cual revela que dicha población experimentará una notable caída en la natalidad entre 2046 a 2060. Asimismo, se observa una menor participación de la población de 15 a 34 años respecto a 2020 tanto para hombres y mujeres, al contabilizar una menor participación de alrededor 10 % respecto al total de la población. Por otro lado, es destacable que, en 2060, se estará experimentando además un proceso de envejecimiento de la población, ya que los grupos etarios de 65 años y más tanto para hombres como mujeres contabilizarán tasas de participación de 15.3% y 18.3%, respectivamente; lo cual en conjunto valida la tendencia que para 2060, se estará suscitando la consolidación de un proceso de transición demográfica en el cual la población de 0-14 años reduce su peso relativo y la población mayor de 65 años incrementará en términos porcentuales lo cual, expresa la advenimiento de un proceso paulatino de envejecimiento de la población.

- Para Costa Rica, en 2020, el grupo etario que posee más población es el de 15-34 años, tanto para hombres como mujeres (32.3%). Al adicionar toda la población en edad de trabajar, 15 a los 64 años, puede percibirse que 69.1% de los hombres y mujeres en 2020, se encuentran en edad demográficamente apta para trabajar, lo cual permite concluir que la población independiente excede a la población dependiente (0-14 años y personas de 65 años y más). Por su parte, la población de 0 a 14 años, obtuvo participaciones porcentuales de 21.3% para los hombres y mujeres. Sin embargo, la población de 65 años y más, sólo representaban el 9.5% para los hombres y mujeres.

No obstante, para 2060 se observará una transformación en la estructura poblacional de Costa Rica. El grupo etario de 0 a 14 años caerá aproximadamente 10 puntos porcentuales en su participación dentro de la estructura demográfica, tanto para hombres (obteniendo un 14.0%) como mujeres (reportando un peso de 13.2%). Asimismo, se observa una menor participación de la población de 15 a 34 años respecto a 2020 tanto para hombres y mujeres, al contabilizar una menor participación de alrededor 10% respecto al total de la población. Además, en 2060, se acentuará el envejecimiento de la población respecto a otros Estados Miembros del SICA, ya que los grupos etarios de 65 años y más tanto para hombres como mujeres serán los de mayor peso porcentual dentro de las estructuras demográficas de mujeres y hombres, al obtener participaciones de 30.3% y 27.4%, respectivamente; lo cual hará que Costa Rica sea la nación que en 2060 estará experimentando los cambios más drásticos en su estructura de población, un incremento de la población dependiente (particularmente de la tercera edad) y por tanto el agotamiento del bono demográfico experimentado en las primeras décadas del siglo XXI.

- Para El Salvador, en 2020, el grupo etario que posee más población es el de 15-34 años, tanto para hombres (36.1%) como mujeres (34.2%). Al adicionar toda la población en edad de trabajar, de 15 a los 64 años, puede percibirse que 63.3% de los hombres y 66.0% de las mujeres en 2020, se encuentran en edad demográficamente apta para trabajar, lo cual permite sostener que la población independiente excede a la población dependiente (0-14 años y personas de 65 años y más). Además, la población de 0 a 14 años, obtuvo participaciones porcentuales de 29.0% para los hombres y 24.4% para las mujeres. Sin embargo, la población de 65 años y más, sólo representaban el 7.7% para los hombres y 9.5% para las mujeres.

Para 2060 se observarán cambios en ciertos patrones demográficos de El Salvador. En el caso de las mujeres, el grupo etario con mayor participación será, cuyas edades igualen o excedan los 65 años (24.4%). Para los hombres, el grupo etario de mayor participación seguirá siendo (al igual que en 2020) las personas con edades que van de los 15 a los 34 años (25.2%). Además, el grupo etario de 0 a 14 años caerá en más de 10 puntos porcentuales en su participación dentro de la estructura demográfica respecto a 2020, tanto para hombres (obteniendo una participación de 17.5%) como mujeres (reportando un peso de 14.8%).

- Para Guatemala, en 2020, el grupo etario que posee más población es el de 15-34 años, tanto para hombres (38.3%) como mujeres (36.7%), seguido de la población de 0 a 14 años con participaciones de 34.6% para hombres y 32.1% para mujeres, lo cual denota las altas tasas de natalidad experimentadas en los últimos 15 años. Al sumar toda la población en edad de trabajar, 15 a los 64 años, puede observarse que 60.9% de los hombres y 62.3% de las mujeres en 2020, se encuentran en edad demográficamente apta para trabajar, lo cual permite sostener que la población independiente excede a la población dependiente (0-14 años y personas de 65 años y más). Por su parte, la población de 65 años y más, sólo representaban el 4.5% para los hombres y 5.5% para las mujeres.

Para 2060 se observarán escasos cambios en el comportamiento demográfico de Guatemala. El grupo etario con mayor peso dentro de la composición de la población fue nuevamente de 15 a 34 años (28.6% para los hombres y 27.2% para las mujeres).

Habrá una disminución de 10 puntos en el peso de la población de 0 a 14 años (20.7% para los hombres y 19.5% para las mujeres). Asimismo, habrá un incremento en 10 puntos porcentuales de la población cuya edad es mayor de 65 años, alcanzando niveles de participación de 16.2% para las mujeres y 13.5% para los hombres.

- Para Honduras, en 2020, el grupo etario que posee más población es el de 15-34 años, tanto para hombres (38.2%) como mujeres (37.1%), seguido de la población de 0 a 14 años con participaciones de 29.9% para las mujeres y 31.3% para los hombres, lo cual evidencia la persistencia de altas tasas de natalidad experimentadas en los últimos 15 años. Al sumar toda la población en edad de trabajar, de 15 a los 64 años, puede observarse que 64.3% de los hombres y 64.6% de las mujeres en 2020, se encuentran en edades demográficamente aptas para trabajar, lo cual permite aseverar que la población independiente excede a la población dependiente (0-14 años y personas de 65 años y más). Por otro lado, la población de 65 años y más, sólo representaban el 4.5% para los hombres y 5.5% para las mujeres. Para 2060 se observarán cambios en el comportamiento demográfico de Honduras. El grupo etario con mayor peso dentro de la composición de la población será nuevamente de 15 a 34 años (26.7% para los hombres y 25.7% para las mujeres), lo cual significa una disminución respecto a los valores obtenidos en 2020. Habrá una disminución en el peso de la población de 0 a 14 años (18.2% para los hombres y 17.4% para las mujeres) en 2060 respecto a 2020. Asimismo, habrá un incremento en más de 10 puntos porcentuales de la población cuya edad es mayor de 65 años, alcanzando niveles de participación de 18.4% para las mujeres y 15.9% para los hombres.
- Para Nicaragua, en 2020, el grupo etario que posee más población es el de 15-34 años, tanto para hombres (36.2%) como mujeres (33.9%). Al adicionar toda la población en edad de trabajar, 15 a los 64 años, puede percibirse que 64.5% de los hombres y 65.2% de las mujeres en 2020, se encuentran en edades demográficamente aptas para trabajar, lo cual permite sostener que la población independiente excede a la población dependiente (0-14 años y personas de 65 años y más). Además, la población de 0 a 14 años, obtuvo participaciones porcentuales relativamente altas de 30.7% para los hombres y 28.3% para las mujeres. No obstante, la población de 65 años y más, sólo representaban el 4.9% para los hombres y 6.4% para las mujeres.

Para 2060 se observarán cambios en el comportamiento demográfico de Nicaragua. En el caso de las mujeres y los hombres, el grupo etario con mayor participación será aquel con edades comprendidas entre 15 a 34 años. Destaca que, tanto para mujeres como hombres, el grupo etario de 0 a 14 años reducir  su participación al obtener valores de 16.9 % para las mujeres y 18.2% para los hombres, resultado que es inferior a la participación obtenida en 2020. Por otro lado, resalta que 65 años y más obtendrá un alza en el peso relativo de la población, al grado que contabilizó niveles de 21.4% para mujeres y 17.3% para hombres.

- Para Panamá, en 2020, el grupo etario que cuenta con más población es el de 15-34 años, tanto para hombres (31.6%) como mujeres (31.1%). Al agrupar toda la población en edad de trabajar, de 15 a los 64 años, puede constatarse que 65.0% de los hombres y mujeres en 2020, se encuentran en edad demográficamente apta para trabajar, lo cual evidencia que la población independiente excede a la población dependiente (0-14 años y personas de 65 años y más). Por su parte, la población de 0 a 14 años, obtuvo participaciones porcentuales de 27% para los hombres y 25.9% mujeres. Sin embargo, la población de 65 años y más, sólo representaban el 7.9% para los hombres y 9.2% para las mujeres.

Sin embargo, para 2060 se observarán cambios en la dinámica demográfica de Panamá. El grupo etario de 0 a 14 años caerá aproximadamente 10 puntos porcentuales en su participación dentro de la estructura demográfica, tanto para hombres (obteniendo un 18.7%) como mujeres (repor-tando un peso de 17.7%). Asimismo, se observa una menor participación de la población de 15 a 34 años respecto a 2020 tanto para hombres y mujeres, al obtener valores de 26.0% y 24.9%, respectivamente. Además, en 2060, se acentuará el envejecimiento de la población femenina y masculina mayor de 65 años, al obtener un peso relativo de 21.7% y 19.2%, superior a los niveles contabilizados en 2020 (9.2% y 7.9%, respectivamente).

- Para República Dominicana, en 2020, el grupo etario que posee más población es el de 15-34 años, tanto para hombres (33.8%) como para mujeres (33.2%). Al adicionar toda la población en edad de trabajar, 15 a los 64 años, puede observarse que 64.9% del total de hombres y 64.1% de la totalidad de mujeres en 2020 se encuentran en edad demográficamente apta para trabajar, lo cual revela que la población independiente excede a la población dependiente (0-14 años y personas de 65 años y más). Por su parte, la población de 0 a 14 años, obtuvo participaciones porcentuales de 28% para los hombres y 26.9% para las mujeres. Sin embargo, la población de 65 años y más, sólo representaban el 7% para los hombres y 8% para las mujeres.

Por su parte, para 2060, el grupo etario con mayor peso en la estructura demográfica seguirá siendo el que va de los 15 a los 34 años, obteniendo niveles de 26% para los hombres y 24.4% para las mujeres, resultados que son menores a los obtenidos en 2020. Por su parte, el grupo etario de 0 a 14 años caerá aproximadamente 10 puntos porcentuales en su participación dentro de la estructura demográfica, tanto para las mujeres como los hombres. Además, en 2060, las personas con edades de 65 años y más tendrán mayor peso dentro del total de la población, al contabiliza niveles de 21.4% para las mujeres y 17.9% para los hombres.

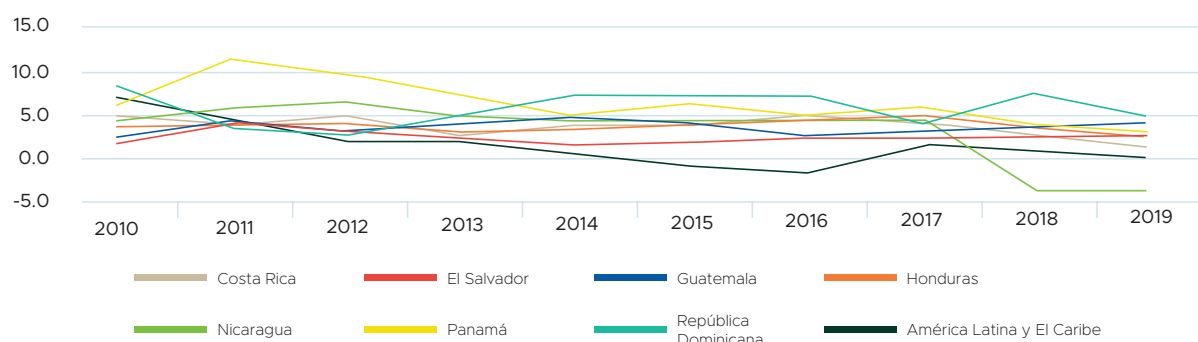
En consecuencia, las estrategias sociales, económicas, de salud y demás políticas públicas de desarrollo tendrán que diferenciarse de acuerdo a los escenarios demográficos que se perfilan para los diferentes agregados de países, según sus estructuras poblacionales y sus razones de dependencia previsibles. De manera particular, la transición demográfica que experimentarán países de la región -como Costa Rica y en menor medida los demás Estados Miembros del SICA a excepción de Guatemala- requerirá ajustar por una parte sus mercados de trabajo, en los cuales prevalezcan mayores niveles de formalidad (trabajo decente de acuerdo a la categorización de la Organización Internacional del Trabajo) y alinearlos con sistemas de protección social, previsionales y sistemas de salud que dimensionen por una parte el acceso y cobertura universal para toda la población así como la consideración del incremento progresivo de la población dependiente, particularmente los mayores de 65 años y más, lo cual demandará las previsiones en materia de finanzas públicas así como el desarrollo de iniciativas intersectoriales que dimensionen el progresivo envejecimiento de un porcentaje significativo de la población, por lo que requerirá garantizar recursos para la prevención y atención en salud así como para las dinámicas de los cuidados así como los cambios en los perfiles epidemiológicos y clínicos de las poblaciones en los Estados Miembros del SICA.

IV. Condiciones macroeconómicas

Posterior a la crisis económica y financiera mundial de 2008-2009, iniciada en Estados Unidos de América que impactó significativamente en los Estados Miembros del SICA, éstos experimentaron en los años siguientes tasas de crecimiento moderado del PIB en la mayor parte de naciones, a excepción de casos particulares como Panamá, nación que ha experimentado tasas de crecimiento económico significativas desde hace más de 10 años. El gráfico siguiente revela la trayectoria del crecimiento económico de los Estados Miembros del SICA desde 2010 hasta 2019. La economía mundial para fines de 2019 presentaba una tendencia leve hacia la desaceleración, lo cual no fue ajeno a las economías de los Estados Miembros del SICA, tal como se observa en el gráfico siguiente:

Gráfico No.4

Crecimiento Anual del Producto Interno Bruto (PIB)

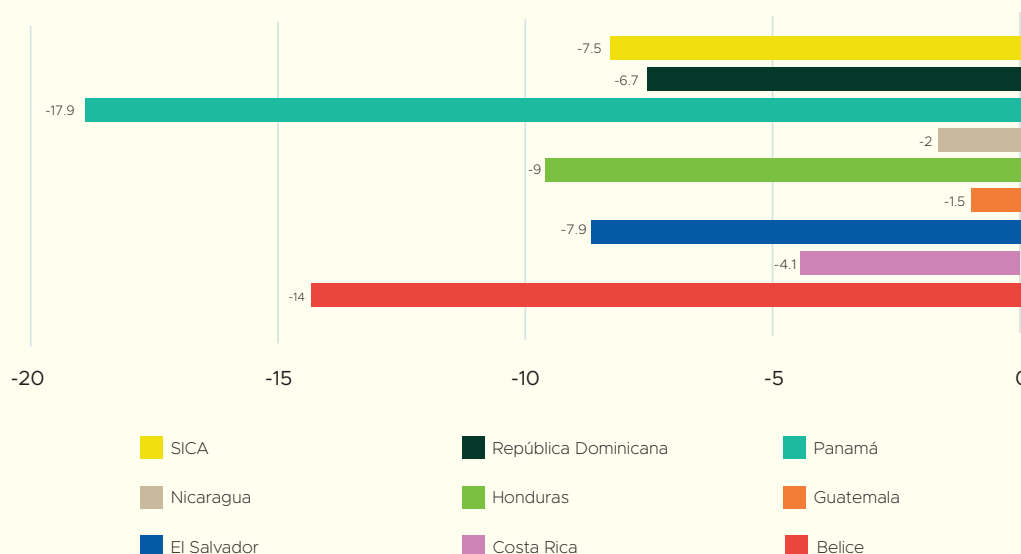


Fuente: Elaboración propia con base en información de CEPALSTAT

La crisis sistémica asociada a la COVID-19 - iniciada en el primer trimestre de 2020 y que persiste a la fecha- muestra que en términos de magnitud, profundidad e impactos económicos, sociales, sanitarios superará con creces los efectos de la crisis económica y financiera global de 2008 y 2009, llegando a convertirse en la segunda crisis más profunda del Capitalismo, después de la Gran Recesión de 1929-1933. La crisis asociada al COVID-19 ha provocado caídas en la actividad productiva que no se registraban desde la década de los ochenta del siglo pasado. El gráfico anterior pone en perspectiva la magnitud de la crisis económica para 2020, al reportar niveles de decrecimiento que oscilaron entre -1.5% y -17.9% así como una tasa promedio de caída en la producción regional de 7.9%.

Gráfico No.5

Tasas de Crecimiento del PIB, 2020, Estados Miembros del SICA



Fuente: Elaboración propia con base en información de la Secretaría Ejecutiva del Consejo Monetario Centroamericano y World Development Indicators del Banco Mundial para Belice. Recuperado el 1 de septiembre de 2021. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=BZ>

La crisis actual ha puesto en perspectiva la fragilidad del modelo de desarrollo a nivel mundial ya que como plantea (N. Lustig et al, 2021) en América Latina y El Caribe “las medidas diseñadas para contenerla agravan el impacto negativo producido en el nivel de vida de maneras que aún se están evaluando, dada la incertidumbre sobre la dinámica de la pandemia. Aunque todos los niveles de la sociedad se han visto afectados, la intensidad de la repercusión varía muchísimo entre los grupos sociales. La pandemia empobrece aún más a los pobres y exacerba la desigualdad. Los trabajadores del sector informal se ven gravemente afectados por las medidas de confinamiento. Los trabajadores poco cualificados no pueden trabajar desde casa. Los pobres y vulnerables son los más afectados porque sus condiciones de vida y oportunidades futuras se ven amenazadas por las perturbaciones económicas y otros efectos negativos de la pandemia. A medida que el virus se propagó desde los distritos más ricos donde llegó primero, fue extendiéndose en el seno de las poblaciones que viven en unas condiciones sanitarias peores y sufren múltiples desventajas, que se magnifican debido al confinamiento”⁸. Esta realidad no es ajena a la de los Estados Miembros del SICA, no solo por las medidas de contención de la circulación y la actividad económica, sino también por la limitada asignación presupuestaria asignada a la salud pública en la mayor parte de Estados Miembros del SICA y el desfinanciamiento de los sistemas públicos de salud para hacer frente a emergencias sanitarias, los precarios niveles de protección social, el bajo desarrollo de los mercados de trabajo lo cual limita la cobertura de la seguridad social, la insuficiencia de políticas universalistas en materia social, la carencia de empleo decente y la inseguridad alimentaria en la región.

⁸ Lustig Nora y Tomassi Mariano. El COVID-19 y la protección social de los grupos pobres y vulnerables en América Latina: un marco conceptual. Revista de la CEPAL No. 132, diciembre de 2020. Página 284.

Los impactos de la pandemia dan cuenta que “en América Latina y el Caribe incrementó sustantivamente la pobreza, estimando que alrededor de más de 22 millones de personas más que antes de la pandemia cayeron en condiciones de pobreza, ascendiendo a un total de 209 millones de pobres⁹. En el caso de los Estados Miembros del SICA, la CEPAL ha estimado que la cantidad de nuevos pobres durante la pandemia será de 2.8 millones de personas. Además de considerar el aumento de la pobreza bajo una perspectiva centrada en los ingresos, es importante dimensionar el carácter multicausal y multidimensional de cómo la crisis sanitaria y económica afecta las condiciones de vida de los hogares de los Estados Miembros del SICA; por lo que los impactos no sólo se asocian a menos ingresos monetarios, sino que se ven afectados los medios de vida y medios de subsistencia de los hogares que dependen de ingresos derivados de actividades informales y de subsistencia, o de la venta de bienes alimentarios en las urbes y ciudades secundarias, por lo cual puede verse afectada la situación de provisión de alimentos así como el suministro de servicios básicos como agua potable, energía eléctrica así como las condiciones de hacinamiento, lo cual puede afectar la salud mental y la salud sexual y reproductiva debido al confinamiento y al hacinamiento de las familias.

Las perspectivas de recuperación económica para los Estados Miembros del SICA están condicionadas por la reactivación del empleo y la inversión privada y pública, las cuales se proyecta dicho logro para 2023; lo cual estará asociado directamente con la capacidad de los sistemas de salud para hacer frente a la pandemia provocada por el SARS COV-2, tanto en materia de atención a las personas que adquieran el virus y sus variantes o mutaciones, los avances en el proceso de inmunización y el desarrollo de programas de promoción de la salud orientados a cambiar actitudes de la población. En tal sentido, no es de extrañar que la Secretaría General de la CEPAL Alicia Bárcenas y la Directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) hayan planteado en un informe conjunto difundido en julio de 2020, que “si no se controla la pandemia es imposible pensar en la reactivación económica”¹⁰.

La caída en la actividad económica a partir de marzo de 2020 ha provocado efectos adversos en la recaudación fiscal, limitando los márgenes de maniobra de los Estados para enfrentar las necesidades de la pandemia y la crisis social y económica; agravándose así el balance entre gastos e ingresos fiscales, profundizándose así el déficit fiscal. Estos desequilibrios han propiciado que los Estados contraten deuda pública para cumplir con los compromisos ordinarios de los Presupuestos, pero el crecimiento progresivo del endeudamiento y el pago de intereses de la deuda pública limitarán la capacidad de los Estados para la inversión en políticas inclusivas de Desarrollo Social, como es el caso del Gasto en salud pública.

Asimismo, cabe señalar que la fragilidad fiscal de buena parte de los Estados Miembros del SICA no se origina con la crisis asociada a la pandemia de la COVID-19, sino que es una debilidad estructural resultado de las reformas en política económica y fiscal derivadas de la implementación de las medidas orientadas a promover la liberalización comercial y financiera impulsadas a finales de las décadas de los ochenta y los noventa del siglo pasado así como a la baja participación de los gobiernos en la economía y a una estructura fiscal que históricamente ha concentrado la recaudación en los estratos medios y bajos de las áreas urbanas.

⁹ CEPAL, *Panorama Social de América Latina 2020*. Santiago de Chile, 2021. Páginas 13-1

¹⁰ CEPAL, Organización Panamericana de la Salud (OPS). “Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe”. Santiago de Chile, julio de 2020. Página 1

A continuación, se abordarán algunos factores de carácter macroeconómico que condicionan y limitan las posibilidades de expansión del Gasto en Desarrollo Social, y particularmente del Gasto en Salud Pública:

Carga tributaria

Las cargas tributarias¹¹ de los Estados Miembros del SICA son en promedio (16.4%) inferiores a la media de América Latina y El Caribe (22.9%), lo cual limita las posibilidades de los Estados para atender sus responsabilidades constitucionales en materia de desarrollo social. Los valores de las cargas tributarias en la región oscilan entre 8.4% y 32.4% respecto al PIB, lo cual evidencia no sólo brechas en términos de fiscalidad sino también en la concepción y alcance del Estado en su función redistributiva y de aspirar a la universalización en el acceso y cobertura a derechos económicos y sociales como la salud y la educación.

Cuadro No.2

Indicadores de carga tributaria de los Estados Miembros del SICA, 2019.

País	Carga tributaria 2019 (como % del PIB)
 Belice	32.4
 Costa Rica	13.5
 El Salvador	18.1
 Guatemala	10.5
 Honduras	17.6
 Nicaragua	17.5
 Panamá	8.4
 República Dominicana	13.3

Fuente: Elaboración propia con base en información en Indicadores de Desarrollo Mundial, Banco Mundial

Los crecientes requerimientos de recursos para enfrentar problemas estructurales como la inseguridad, el desempleo-subempleo, la marginación socioeconómica, los déficit sociales acumulados así como los impactos de la degradación ambiental y el cambio climático, la incidencia de enfermedades relacionadas a las carencias asociadas a la precariedad socioeconómica y la falta de acceso a servicios básicos, así como el advenimiento de enfermedades emergentes como el caso de la pandemia de la COVID-19, son elementos que generan más presiones por recursos y que han puesto en evidencia la vulnerabilidad y la incapacidad fiscal de los Estados para hacer frente a dichas problemáticas. Muestra de ello, es el desequilibrio entre gastos e ingresos del Sector Público, tal como se detalla a continuación, a partir del abordaje de los déficits fiscales:

Déficit fiscal

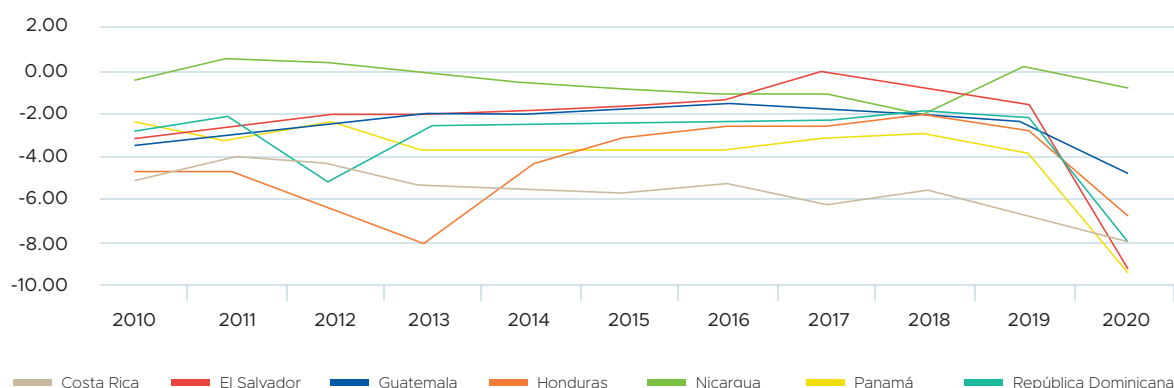
Al analizar la trayectoria del déficit fiscal en el período 2010-2020, es notable que todos los países de la región SICA experimentaron una brecha entre sus gastos respecto a sus ingresos fiscales, lo cual revela la compleja situación de las finanzas públicas a nivel de la región, en donde destaca la insuficiencia de recursos respecto a las necesidades que poseen los Estados, independientemente de las especificidades y particularidades que experimentan cada uno de los países.

¹¹ La carga tributaria se calcula dividiendo la recaudación tributaria de un país entre el Producto Interno Bruto a precios corrientes del año en cuestión

El déficit fiscal respecto al PIB tendió a profundizarse en 2020 producto de la crisis derivada de la pandemia, el cual en la mayor parte de naciones (a excepción de Nicaragua y Guatemala) superó el 6% del PIB, aspecto que de acuerdo con los estándares internacionales, adquiere un nivel crítico cuando supera el 5% del PIB. Esta situación pone en perspectiva la profundidad de la crisis y la complejidad que representó para los Estados Miembros del SICA, ya que pese al aumento en el nivel de endeudamiento público que permitió a los gobiernos disponer de más recursos para enfrentar las dificultades en materia económica, alimentaria y de salud pública, las erogaciones de recursos superaron a los ingresos y las distintas fuentes de financiamiento público.

Gráfico No.6

Déficit fiscal respecto al PIB, 2010-2020



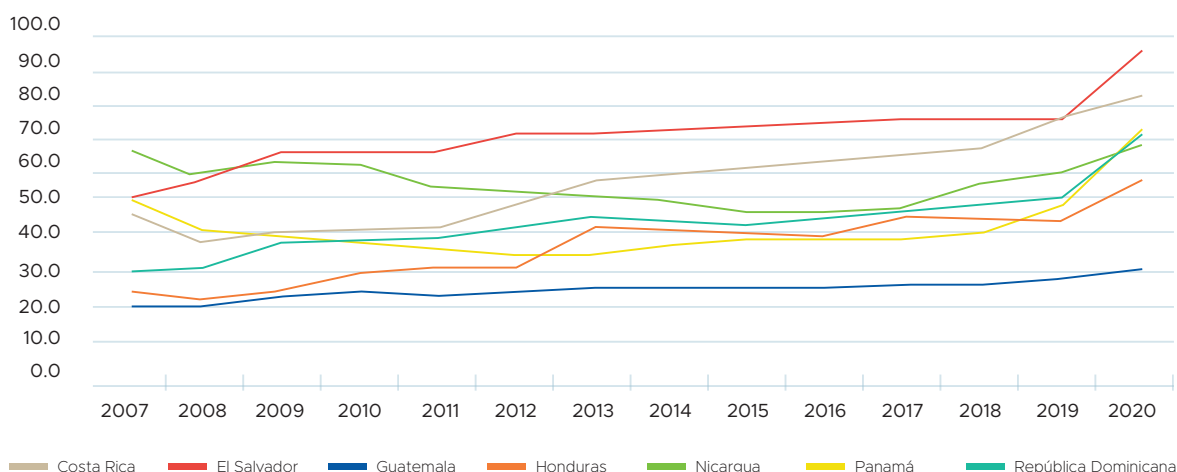
Fuente: Elaboración propia con base en información de la Secretaría Ejecutiva del Consejo Monetario Centroamericano.

Endeudamiento público

Por su parte, como resultante de la brecha entre gastos e ingresos de los Gobiernos Centrales, así como ante la falta de recursos fiscales endógenos, los Estados deben contraer deuda pública o soberana para cumplir con los compromisos ordinarios de los Presupuestos Generales de los Estados. El siguiente gráfico evidencia cómo desde 2007 a 2020, los Estados miembros del SICA a excepción de Guatemala, la participación de la deuda pública respecto al PIB describe una tendencia al alza. Además, resalta como todos los países contrajeron más endeudamiento público para hacer frente a la crisis económica, social y sanitaria global provocada por la pandemia de la COVID-19. La confluencia de la adquisición de más deuda y la contracción del Producto Interno Bruto de cada uno de los Estados provocó un aumento notable de la ratio que mide la participación de la Deuda Pública en relación al PIB. Resalta que de 2019 a 2020, el peso de la deuda pública respecto al PIB aumentó notablemente en Panamá (23.4%), República Dominicana (18.6%) y El Salvador (18.1%). Para el cierre de 2020, los países obtuvieron los siguientes niveles de endeudamiento público en relación al PIB: Guatemala (31.2%), Honduras (55%), Nicaragua (64.8%), República Dominicana (69.1%), Panamá (69.8%), Costa Rica (79.1%) y El Salvador (91.8%) siendo el país más endeudado del Sistema de Integración Centroamericano.

Gráfico No.7

Participación de la Deuda Pública respecto al PIB, porcentajes 2007-2020

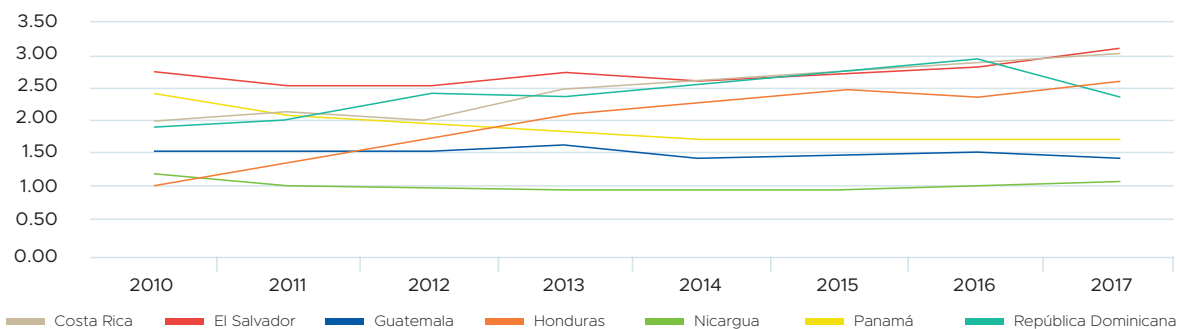


Fuente: Elaboración propia con base en información de la Secretaría Ejecutiva del Consejo Monetario Centroamericano.

Pago de intereses de la Deuda Pública

Gráfico No.8

Pago de intereses de la deuda respecto al PIB, 2010-2017. Porcentajes.



Fuente: Elaboración propia con base en información de CEPALSTAT

El endeudamiento público da lugar al pago de intereses, lo cual es una de las erogaciones de fondos más significativas que forma parte de la composición del Gasto Corriente de los Estados Miembros del SICA y representa un costo de oportunidad, en términos que son recursos que pudieran utilizarse alternativamente en el desarrollo social, como es educación, salud pública y vivienda. Cabe destacar que en algunos países en estudio, los recursos dedicados al pago de la deuda equiparan, o inclusive, exceden el Presupuesto General del Estado dedicado a Salud Pública.

El gráfico anterior revela que Costa Rica, El Salvador, Honduras y República Dominicana han experimentado un incremento en la participación del pago de intereses en concepto de Deuda en relación al PIB. Por el contrario, en naciones como Panamá, Honduras y Nicaragua, el peso del pago de intereses en relación al PIB ha sufrido una leve reducción en el período comprendido entre 2010-2017.

En conclusión, los espacios fiscales de los Estados miembros del SICA enfrentan restricciones crecientes debido a los déficit presupuestarios recurrentes así como la reorientación de recursos de los Presupuestos Generales de los Estados con el fin de atender la emergencia sanitaria, socioeconómica y sanitaria derivada de la COVID-19, lo cual ha requerido la contratación de deuda para poder hacer frente a las necesidades emergentes, complejizando a su vez los márgenes de maniobra y las posibilidades de obtención de recursos a futuro, debido al peso que ocupa el endeudamiento público así como el servicio de la deuda dentro de los Presupuestos Nacionales y las finanzas públicas. Este desequilibrio de las finanzas públicas tiene a su base una estructura fiscal que potencia las desigualdades sociales y económicas dado que muchos de los estratos socioeconómicos más favorecidos y las actividades más dinámicas de las estructuras productivas están exoneradas del pago de impuestos, lo cual es un faltante de recursos que limita las posibilidades de invertir en el desarrollo humano de la población de la mayor parte de los Estados Miembros del SICA.

V. Condiciones socioeconómicas

La precariedad socioeconómica y las brechas sociales son elementos que persisten en la mayor parte de los Estados Miembros de la Región. Las brechas de desigualdad social se manifiestan en diferentes aristas de las condiciones socioeconómicas de Centroamérica y República Dominicana.

A la hora de abordar las disparidades socioeconómicas en los mercados de trabajo, destaca que el desempleo abierto es uno de los indicadores más utilizados en América Latina. Al respecto, es posible percatarse de la existencia de inequidades en las oportunidades de empleo entre hombres y mujeres en los Estados Miembros del SICA. Muestra de ello, es que, en la tasa global de desempleo, prevalecen mayores niveles de desempleo femenino respecto al que experimentan los hombres en Costa Rica, Guatemala, Honduras, Panamá y República Dominicana. Lo anterior agudiza las condiciones de vida de las mujeres no sólo desde la perspectiva laboral sino también por el hecho que, al tener menos posibilidades de acceder a un empleo formal, tienen más restringido su acceso a seguridad social no sólo para ellas sino para sus dependientes, en caso sean jefas de hogar. Por otra parte, los datos de desempleo ponen en perspectiva otra evidencia de desigualdades en los mercados de trabajo en los Estados Miembros del SICA, lo cual a su vez coadyuva a la ampliación de fenómenos como el auge del sector informal, la marginación, la migración internacional y la inseguridad; ya que analizando la estructura del desempleo según grupos etarios, es posible identificar que en todos los países del SICA hay una mayor prevalencia de niveles de desempleo en las personas cuyas edades oscilan entre 15 a 24 años, lo cual revela la incapacidad estructural del modelo de desarrollo vigente de generar nuevas fuentes de trabajo para los segmentos demográficos que van anualmente incorporándose al mercado laboral. Asimismo, pone en relieve que, pese a tener una estructura poblacional favorable para aprovechar “el bono demográfico”, no se están gestando las condiciones de inversión productiva, ni transformaciones en la oferta de educación y salud que permitan contar con una población más productiva.

Cuadro No.3

Porcentaje de población en condiciones de Desempleo abierto, 2014 y 2016.

País		Total	15-24	25-34	35 a 44 años	45 años y más
 Costa Rica (2016)	Hombres	7.3	19.5	8.5	4.4	3.2
	Mujeres	9.4	20.7	12	7.7	4.3
 El Salvador (2016)	Hombres	7.3	15.9	7.0	5.3	4.1
	Mujeres	4.6	15.1	6.8	2.0	0.5
 Guatemala (2014)	Hombres	3.1	6.5	3.0	1.1	1.3
	Mujeres	3.3	7.6	3.7	1.5	0.9
 Honduras (2016)	Hombres	7.8	13.1	8.4	3.9	4.9
	Mujeres	8.5	18.8	10.3	5.4	1.7
 Nicaragua (2014)	Hombres	7.3	12.9	7.2	5.1	4.1
	Mujeres	6.9	15.9	8.8	4.3	1.6
 Panamá (2016)	Hombres	6.0	14.8	5.5	3.6	3.2
	Mujeres	9.6	23.1	11.3	7.2	3.5
 República Dominicana (2016)	Hombres	4.4	12.3	3.9	1.6	2.3
	Mujeres	9.8	25.9	11.7	6.4	2.9

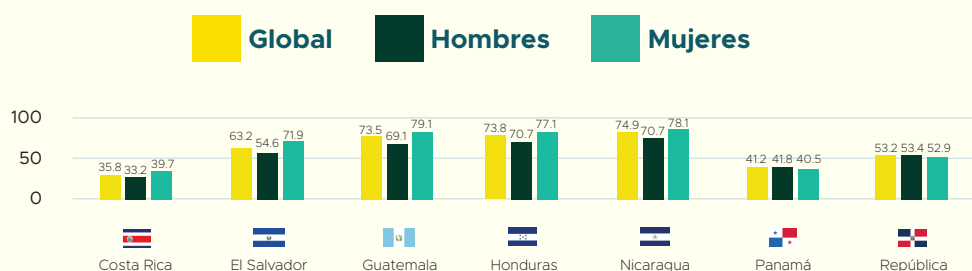
Fuente: Elaboración propia con base en información de CEPALSTAT.

Empleo informal en el sector urbano

El gráfico siguiente pone en perspectiva cómo, a excepción de Costa Rica (35.8%) y Panamá (41.2%), en la mayor parte de Estados Miembros del SICA, la principal fuente de empleo de la población que habita en el área urbana la obtiene en el sector informal. Lo anterior devela que en la región no hay generación sistemática de empleo decente que garantice seguridad social para el sector laboral no sólo en el presente sino de manera intertemporal, lo cual genera más complejidades para el sostenimiento del sistema previsional en el largo plazo; situación que se complejizará cuando se consolide el recambio en la estructura demográfica, en donde incrementa sustancialmente el peso de la población adulta dependiente, lo cual implicará que los Estados deberán canalizar más recursos para la atención de dicho segmento poblacional.

Gráfico No.9

Proporción de empleo informal en el Sector Urbano, 2016



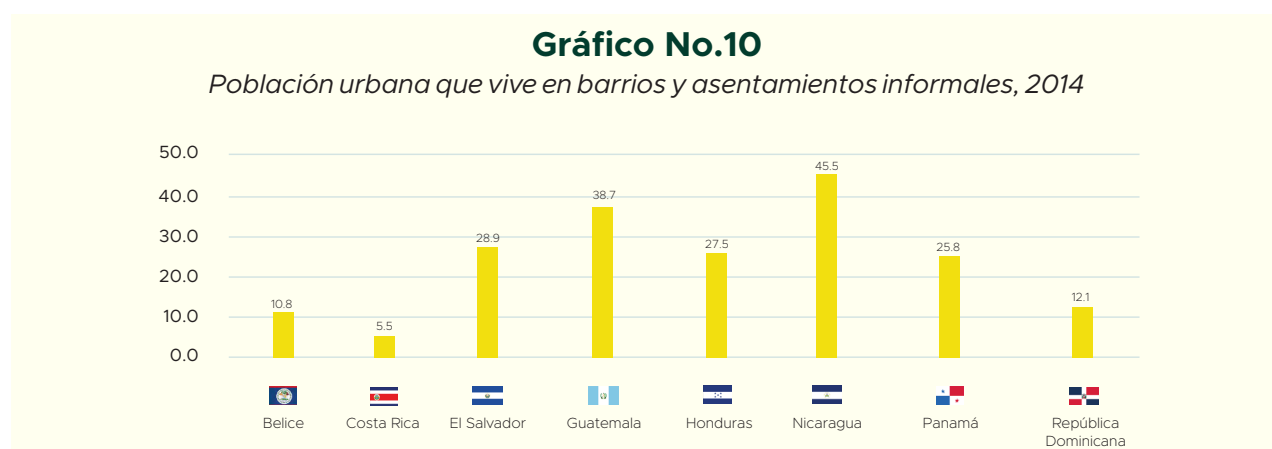
Nota: En el caso de Nicaragua, la información corresponde a 2012.

Fuente: Elaboración propia con base en información de CEPALSTAT.

No obstante, resalta el hecho que el predominio de la empleabilidad informal a nivel urbano tiene una incidencia mayor en la población femenina, destacando los casos de El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Costa Rica. Por el contrario, sólo en Panamá y República Dominicana, los hombres están más expuestos al empleo en el sector informal respecto a las mujeres.

Asentamientos informales

Un indicador de la precariedad en las condiciones de vida en las áreas urbanas de los Estados Miembros del SICA, puede observarse a partir de la existencia de asentamientos informales, en los cuales la población habita en terrenos en los que no cuentan documentación legal como tenedores o propietarios, se ubican en zonas de riesgo como en quebradas o zonas propensas a derrumbes durante la época lluviosa. Asimismo, son asentamientos caracterizados por el hacinamiento, así como la falta de acceso a servicios básicos, como agua potable, saneamiento; lo cual eleva las condiciones de vulnerabilidad y exposición a enfermedades respiratorias, gastrointestinales y cutáneas de dichas poblaciones. A nivel urbano, en los Estados Miembros del SICA puede advertirse un comportamiento diferenciado, al analizar a Costa Rica, Belice y República Dominicana, Estados que obtuvieron porcentajes de población habitando en asentamientos informales con niveles de 5.5%, 10.8% y 12.1%, respectivamente. Por su parte, los Estados de Panamá, Honduras, El Salvador, Guatemala y Nicaragua reportaron tasas de 25.8%, 27.5%, 28.9%, 38.7% y 45.5%, respectivamente.



Fuente: Elaboración propia con base en información de CEPALSTAT.

VI. Condiciones ambientales

La degradación ambiental resultado de la falta de planificación, ordenamiento en el uso del territorio y la implementación de modelos económicos caracterizados por no realizar un uso sustentable de los recursos naturales y de los medios de vida ha impactado negativamente en las condiciones de vida de las poblaciones que habitan en condiciones de marginación socioeconómica y de vulnerabilidad, lo cual en la práctica repercute adversamente en el bienestar y por tanto en la salud de dichos segmentos sociodemográficos. La variabilidad climática asociada a los efectos del Cambio Climático, ha dado lugar que los Estados Miembros del SICA estén expuestos a mayores niveles de vulnerabilidad debido a la ocurrencia de eventos hidrometeorológicos extremos, alzas en la temperatura ambiente, lo cual aunado con la degradación ambiental y la precariedad en las condiciones de vida de las poblaciones más pobres, se desarrollen padecimientos y enfermedades sensibles a las afectaciones del ambiente y a la variabilidad climática, como son las enfermedades respiratorias, gastrointestinales, proliferación de vectores y enfermedades de la piel.

Por otra parte, en el marco del cumplimiento y seguimiento al Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes, así como otros instrumentos internacionales que forman parte de diferentes Convenciones Marco de las Naciones Unidas contra el Cambio Climático, es posible observar una reducción significativa (2013-2015) por parte de los Estados Miembros del SICA del consumo de partículas que dañan la Capa de Ozono.

Cuadro No.4

Consumo de Sustancias que dañan la Capa de Ozono (en toneladas), 2005-2018.

País	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
 Belice	9.6	3.9	3.2	1.8	2.5	3.1	1.9	2.6	2.4	2.4	2.3	2.2	2.0	1.9
 Costa Rica	364.4	317.2	281.8	237.0	211.5	180.9	127.9	106.3	12.6	12.7	11.0	10.9	10.1	8.8
 El Salvador	138.7	84.9	51.4	25.4	11.9	11.5	9.6	9.3	8.1	8.5	5.8	6.4	6.4	4.3
 Guatemala	586.9	355.8	302.9	184.4	249.3	256.2	221.0	148.5	249.8	229.8	4.5	5.6	3.4	4.3
 Honduras	448.2	391.5	305.1	216.2	153.9	161.6	109.4	80.9	14.6	12.2	10.9	13.4	10.8	9.4
 Nicaragua	39.4	28.5	6.5	3.9	8.6	7.5	5.4	11.9	3.6	5.4	5.7	4.9	4.2	1.0
 Panamá	113.3	64.8	43.5	40.2	25.0	24.6	23.9	32.8	21.4	19.2	17.5	18.4	16.5	16.3
 República Dominicana	262.1	232.8	74.4	53.9	76.8	54.7	50.6	40.9	34.8	36.9	43.4	42.2	44.4	33.1
América Latina y el Caribe	14497.9	11690.2	7019.2	5938.0	6046.7	5789.3	4832.8	5168.5	3857.7	3303.5	2654.4	2222.0	1999.1	1685.0

Fuente: Elaboración propia con base en información de CEPALSTAT.

Por otra parte, en el marco del Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), cabe señalar que el ODS 6 establece “Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos”. Al respecto establece metas e indicadores relativos a la disponibilidad, acceso y calidad del recurso hídrico para el consumo humano, así como condiciones de saneamiento en los hogares que permitan disponer con inocuidad y sin atender contra la salud familiar y pública de sus excretas, desechos sólidos y aguas residuales.

El siguiente cuadro es aporta cuantitativamente a la medición del indicador que contribuye a la consecución de la Meta 6.1 “De aquí a 2030, lograr el acceso universal y equitativo al agua potable a un precio asequible para todos”.

Cuadro No.5

*Proporción de la población que utiliza fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable,
2005-2015*

Años	Belice	Costa rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	República Dominicana
2005	91.1	96.2	86.0	87.3	84.5	81.9	91.4	86.5
2006	92.3	96.4	86.9	88.0	85.2	82.5	91.7	86.4
2007	93.5	96.6	87.7	88.7	85.9	83.1	92.1	86.3
2008	94.7	96.8	88.5	89.4	86.6	83.7	92.4	86.2
2009	96.0	97.0	89.3	90.0	87.3	84.3	92.8	86.0
2010	97.2	97.2	90.1	90.7	88.0	85.0	93.1	85.9
2011	98.5	97.3	90.9	91.4	88.7	85.6	93.4	85.7
2012	99.3	97.5	91.6	92.0	89.3	86.2	93.7	85.4
2013	99.5	97.6	92.4	92.7	90.0	86.8	94.1	85.2
2014	99.5	97.7	93.1	92.7	90.6	86.9	94.4	85.0
2015	99.5	97.8	93.8	92.8	91.2	87.0	94.7	84.7

Fuente: Elaboración propia con base en información de CEPALSTAT

Los resultados expuestos en el cuadro anterior demuestran el avance alcanzado en los últimos años de ampliar la cobertura de agua potable para la población en los Estados Miembros del SICA, ya que para el año 2015 la cobertura de utilización de fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable osciló entre 87.0% y 99.5%. Pese a estos notables avances, aún persisten brechas de cobertura en las zonas rurales o en comunidades marginales, en donde los hogares deben buscar mecanismos “de mercado o privados” para acceder al vital líquido, pero a costos superiores que muchas veces exceden al que se paga a nivel domiciliario en las zonas urbanas. Otro elemento que es importante destacar es que, en la región, no existe una armonización en la normativa, muestra de ello que no todos los países tienen contemplado en su normativa el acceso al agua como derecho humano.

Por otra parte, la gobernanza e institucionalidad que gestiona el recurso hídrico es heterogéneo en cada uno de los Estados Miembros del SICA, ya que existen particularidades en cada uno ellos.

El cuadro siguiente pone en perspectiva la evolución entre 2005 a 2015 del porcentaje de personas que utilizan instalaciones de saneamiento mejoradas, lo cual es un elemento que evita la proliferación de vectores, contaminación del aire y los mantos friáticos en los asentamientos humanos, lo cual disminuye la ocurrencia de padecimientos gastrointestinales, respiratorios, enfermedades en la piel y otros padecimientos asociados a la reproducción de vectores como leptospirosis, entre otros.

Al revisar los datos de los Estados Miembros para los años 2005, 2010 y 2015, es destacable que en el nivel nacional ha prevalecido una mejora en las condiciones de saneamiento ya que se registraron niveles que van de 67.9% (Nicaragua) y Costa Rica que reportó un valor porcentual de 94.5.

Cuadro No.6

Proporción de la población que utiliza instalaciones de saneamiento mejoradas, por nivel: nacional, urbana y rural: 2005, 2010 y 2015

	Años	Belice	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	República Dominicana
2005	Total	86.0	92.8	66.8	58.1	70.5	59.6	69.6	79.9
	Urbana	88.8	94.8	78.4	75.0	80.4	70.8	80.5	84.6
	Rural	83.5	88.9	48.3	43.0	61.1	45.4	50.5	70.0
2010	Total	89.2	93.9	71.0	61.6	77.4	64.7	72.3	82.1
	Urbana	92.6	95.1	80.4	76.6	83.9	74.3	82.0	85.4
	Rural	86.5	91.0	54.2	46.9	70.3	51.8	54.2	72.9
2015	Total	90.5	94.5	75.0	63.9	82.6	67.9	75.0	84.0
	Urbana	93.5	95.2	82.4	77.5	86.7	76.5	83.5	86.2
	Rural	88.2	92.3	60.0	49.3	77.7	55.7	58.0	75.7

Fuente: Elaboración propia con base en información de CEPALSTAT

Pese a los avances alcanzados en los años en estudio, el cuadro anterior evidencia que existen disparidades notables en las condiciones de vida, específicamente en las condiciones de saneamiento de los hogares, entre las viviendas de las áreas urbanas y las rurales en todos los Estados Miembros del SICA, lo cual pone en perspectiva la mayor vulnerabilidad en términos ambientales, de infraestructura y por tanto de mayor exposición a afectaciones en la salud de la población que reside en las zonas rurales. Muestra de ello que la proporción de la población con instalaciones de saneamiento mejoradas a nivel rural oscilaron con valores de 49.3% en Guatemala a 92.3% en Costa Rica, resultados contrastantes con los de las áreas urbanas.

VII. Financiamiento de la salud

Esta sección esboza las principales características que definen la financiación de la Salud Pública en los Estados Miembros del SICA; por lo que, para tal fin, se presentarán los resultados estadísticos de una serie de indicadores utilizados internacionalmente que arrojarán insumos para comprender de mejor manera la situación de la Salud Pública de los países que conforman el SICA. A continuación, se hará una exposición del comportamiento del Gasto Público de Salud per cápita, Gasto Público de Salud como porcentaje del Producto Interno Bruto, Participación porcentual del Gasto Público de Salud dentro de la Ejecución Presupuestaria) así como el Gasto de Bolsillo en cada uno de los Estados Miembros del SICA.

Gasto Público en Salud

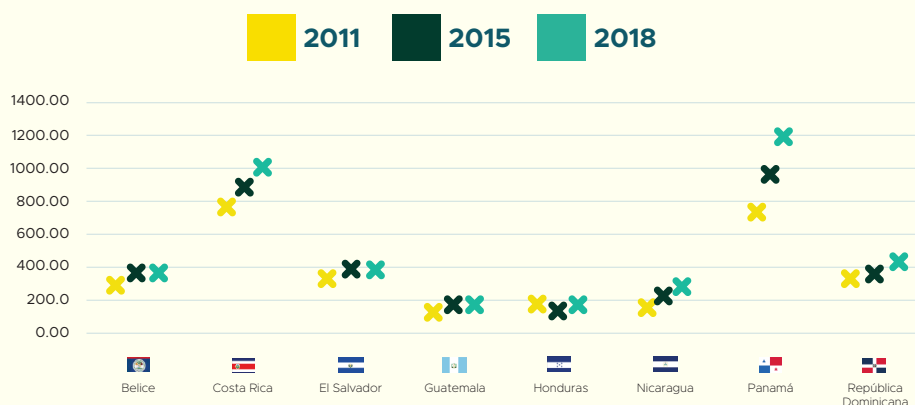
El gráfico siguiente presenta la evolución del Gasto Público de Salud Per cápita ajustado con fines de garantizar su comparabilidad bajo la metodología de la Paridad del Poder de Compra o Adquisitivo (PPA)¹². Este indicador muestra cuánto invierte cada Estado Miembro en Salud Pública por habitante en los años 2011, 2015 y 2018. Al respecto, se detalla que todos los países a excepción de Honduras han experimentado un crecimiento del Gasto Público en Salud por persona. A su vez, resalta cómo en los casos de Panamá, Costa Rica, Nicaragua y República Dominicana se vislumbra un crecimiento sostenido del Gasto Público Per cápita a través del tiempo, lo cual es destacable dado que la región registró tasas positivas de crecimiento demográfico, por lo cual la demanda de recursos y servicios de salud por parte de la población es creciente.

Por otra parte, se evidencia que existe una dinámica heterogénea en los niveles de Gasto Público en Salud por habitante en los Estados Miembros del SICA, ya que contrasta cómo en 2018, Panamá contabilizó un nivel de 1,186.47 dólares de Gasto Público en Salud, Costa Rica reportó un valor de 967.57 dólares lo cual difiere de los resultados obtenidos por el resto de países de la región, particularmente destacan Guatemala (173.91) y Honduras (145.84), visibilizándose así las brechas no sólo económicas sino también históricas acumuladas en materia de priorización de la orientación y el direccionamiento del Gasto Público.

¹² La Paridad del Poder Adquisitivo (PPA) viene del inglés, Purchasing Power Parity (PPP) y compara el nivel de vida entre distintos países, atendiendo al Producto Interno Bruto per cápita en términos del costo de vida en cada país. A diferencia de otros indicadores, este elimina las distorsiones generadas por los distintos niveles de precios existentes entre los países comparados. Es posible decir, que la PPA ayuda a responder a la pregunta de cuánto dinero sería necesario para comprar los mismos bienes y servicios en dos países diferentes.

Gráfico No.11

Gasto público en salud Per Cápita en dólares (USD), con paridad del poder adquisitivo (PPA), 2011, 2015 Y 2018.

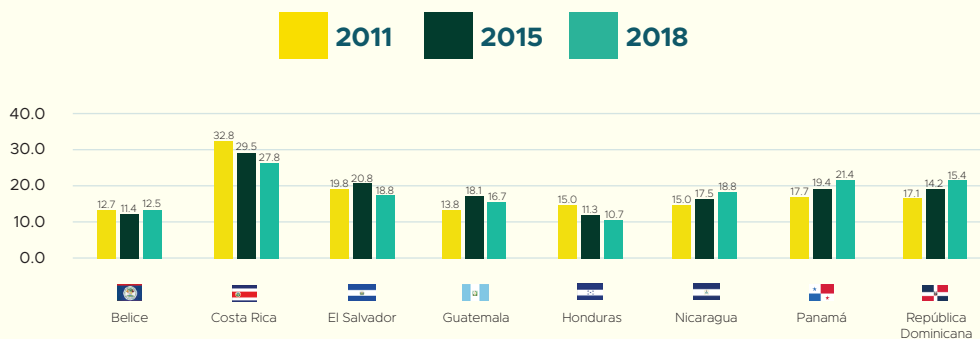


Fuente: Elaboración propia con base en información recopilada de los Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial. <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators> Recuperada el 25 de febrero de 2021.

El gráfico siguiente exhibe la evolución durante 2011, 2015 y 2018 de la participación del Gasto Público en Salud dentro del Gasto Total Gubernamental para cada uno de los Estados Miembros del SICA. Resaltan dos hallazgos para el análisis. En primer lugar, se muestra que al comparar 2011 a 2018, el peso porcentual del Gasto Público en Salud dentro del Gasto Total del Gobierno para Panamá, Nicaragua y Guatemala tendió a aumentar, lo cual denota una creciente importancia de la Salud Pública en la asignación y ejecución de fondos públicos. Por el contrario, Costa Rica, Honduras, El Salvador, República Dominicana y Belice registraron disminuciones en la participación del Gasto Público en Salud dentro del Gasto Total del Gobierno, al comparar 2018 con 2011, de 5.0%, 4.3%, 1.7%, 1.0%, y 0.2%, respectivamente.

Gráfico No.12

Participación del gasto público en salud dentro del gasto total del gobierno central en los estados miembros del SICA. 2011, 2015, 2018.
Porcentajes.

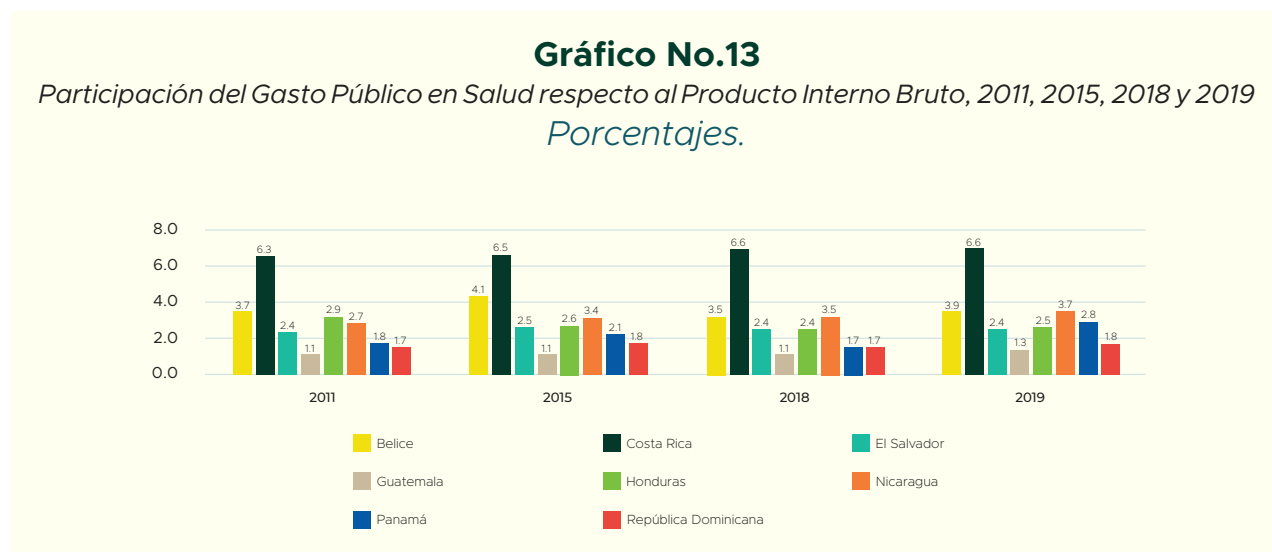


Fuente: Elaboración propia con base en información recopilada de los Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial. <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators> Recuperada el 25 de febrero de 2021.

En segundo lugar, se muestra que en 2018, Costa Rica y Panamá invirtieron más del 20% del Gasto Total Gubernamental en Salud Pública. En los casos, Nicaragua y El Salvador destinaron 18.8%, mientras que Guatemala dedica 16.7% del Gasto Total del Gobierno a Salud Pública. Sin embargo, República Dominicana, Belice y Honduras dedicaron 15.4%, 12.5% y 10.7% del Gasto Total a Salud Pública, respectivamente; resultados que son inferiores al promedio dedicado por la región SICA que equivale a 16.2% en 2018.

El análisis de la participación porcentual del Gasto Público en Salud respecto al producto Interno Bruto permite determinar la importancia relativa de la Salud Pública (sueldos y salarios de personal médico y administrativo, desarrollo de programas de prevención y atención, adquisición de medicamentos y equipo médico e inversión en infraestructura en salud pública) en relación a la producción de bienes y servicios generados en un país (Producto Interno Bruto), en un año. Al tomar en consideración la media del peso relativo del Gasto Público en Salud en relación al PIB durante los años 2011, 2015, 2018 y 2019, se obtuvieron los siguientes resultados: 2.8%, 3.0%, 2.9% y 3.1% respectivamente, denotando una leve tendencia al alza en la participación del Gasto en Salud Pública respecto al PIB en el nivel regional; sin embargo, dichos resultados son menores al valor promedio de dicha ratio para América Latina y El Caribe, que obtuvo un valor de 3.6% respecto al PIB.

El gráfico No.13 detalla el comportamiento del peso relativo del Gasto Público en Salud respecto al Producto Interno Bruto (PIB) de cada uno de los Estados Miembros del SICA en los años 2011, 2015, 2018 y 2019.



Fuente: Elaboración propia con base en información recopilada de Estadísticas de la CEPAL (CEPALSTAT) (2011, 2015, 2018), Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (ICEFI) (2019) y Finance Ministry of Belize (2011, 2015, 2018, 2019). Recuperado el 24 de febrero de 2021.

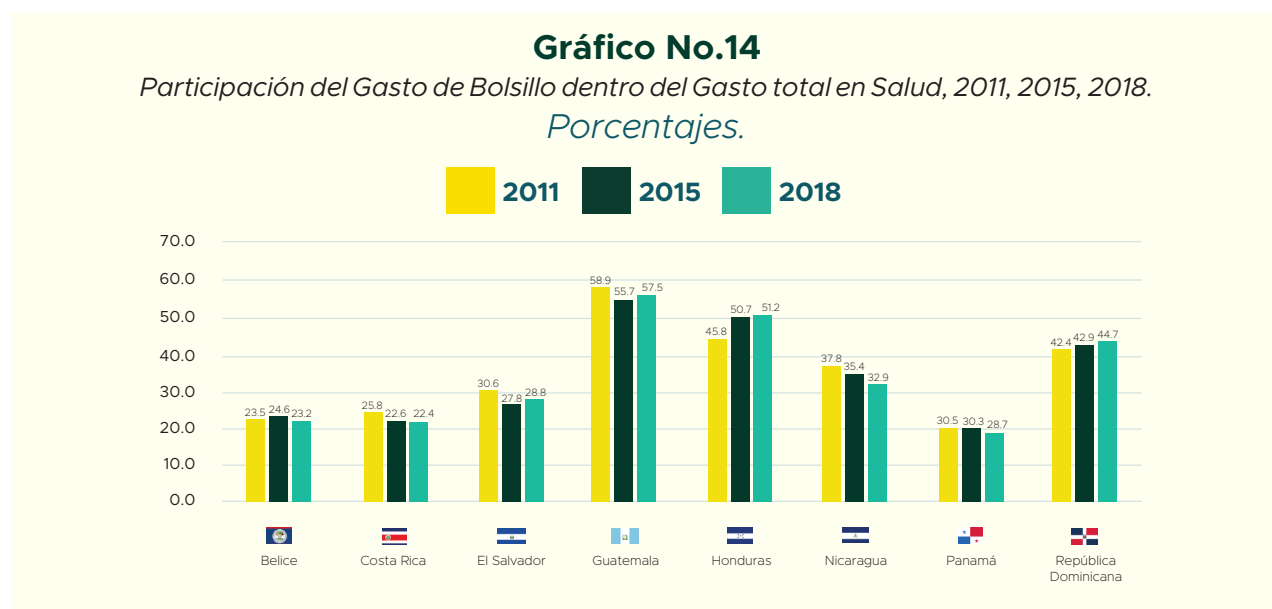
Al evaluar la tendencia en el comportamiento del peso relativo del Gasto Público en Salud respecto al PIB en los años 2011, 2015, 2018 y 2019, se concluye que Nicaragua y Panamá han aumentado entre 2011 a 2019 su participación en 1% respecto al PIB, cerrando Nicaragua con 3.7% y Panamá con 2.8% en 2019. En el caso de Costa Rica, alcanzó los mayores niveles de peso relativo de la Salud Pública respecto al PIB de la región SICA, ya que registró un valor porcentual de 6.3% en 2011 y cerró 2019 con 6.6%. Caso contrario fue Honduras, ya que cerró con valor de 2.5%, que cual es inferior en cuatro décimas porcentuales respecto a la razón alcanzada en 2011. Para el caso de

El Salvador y República Dominicana, en los años en estudio obtuvieron participaciones que oscilaron alrededor de 2.4% y 1.8% respectivamente, con respecto al Producto Interno Bruto.

Por tanto, la evolución del Gasto Público en Salud respecto al PIB en el período 2011-2019, devela significativas diferencias entre los Estados Miembros del SICA. Costa Rica realiza la inversión más importante en el rubro, alcanzando valores que exceden el 6% en relación al PIB. Tendencia opuesta, es la que presentan el resto de países de la región, cuyos valores oscilan entre 1.8% y 3.9% del PIB. Lo anterior, pone en perspectiva la necesidad de realizar un esfuerzo societal y un pacto fiscal en cada uno de los Estados Miembros del SICA, orientado a canalizar más recursos a la salud pública en aras a mejorar el estado de salud y, por ende, la calidad de vida de la población.

Gasto de Bolsillo

El Gasto de Bolsillo se define como el total de pagos directos provenientes de las personas en el momento que utilizan alguna prestación de salud¹³. El gráfico 4 describe la participación porcentual que ocupa el Gasto de Bolsillo dentro del Gasto Total en Salud para cada uno de los Estados Miembros del SICA en los años 2011, 2015 y 2018.



Fuente: Elaboración propia con base en información recopilada de los Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial. <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators> Recuperada el 25 de febrero de 2021.

¹³ Instituto de Políticas Públicas de Salud. Universidad de San Sebastián. Estadísticas e Indicadores. <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/estadisticas-e-indicadores/medicamentos/gasto-de-bolsillo-en-salud> Recuperado el 25 de febrero de 2021.

La mayor parte de Estados Miembros del SICA (excepto Honduras y República Dominicana), han experimentado reducciones modestas en la participación porcentual del Gasto de Bolsillo respecto al Gasto Total de Salud. De lo anterior puede inferirse que ha habido mejoras a fin de ampliar la cobertura y el acceso a la salud para la población, sin embargo aún prevalecen vacíos y brechas que cubrir como es el caso de la escasez de equipo médico y medicamentos en los hospitales públicos, lo cual induce a la población de acuerdo a sus ingresos y capacidad de compra, adquirir medicamentos o acudir donde proveedores de servicios médicos privados que muchas veces resultan onerosos para la economía familiar, especialmente hogares de bajos ingresos. Al respecto, destacan los resultados en 2018 de Guatemala, Honduras y República Dominicana con valores de 57.5%, 51.2% y 44.7%, respectivamente.

VIII. Situación de Salud Pública

La esperanza de vida al nacer se define como el promedio probabilístico que viviría un recién nacido de un país, si las características de mortalidad en el momento de su nacimiento se mantienen a lo largo de su vida. En el caso de las mujeres, la esperanza de vida en el período 2015-2020 osciló en los países del SICA, con valores que iban de 75.6 años (Guatemala) a 81.7 años para el caso de Costa Rica. En el caso de los hombres, la esperanza de vida presentó valores que van de los 67 años en el caso de El Salvador hasta 76.7 años para Costa Rica.

Cuadro No.7

Esperanza de vida al nacer, 2015-2020

País	2015-2020		
	Femenino	Masculino	Diferencia
 Belice	76.0	71.1	4.9
 Costa Rica	81.7	76.7	5.0
 El Salvador	76.3	67.0	9.3
 Guatemala	75.6	69.2	6.4
 Honduras	76.3	71.6	4.8
 Nicaragua	76.4	69.8	6.6
 Panamá	80.4	74.4	6.0
 República Dominicana	75.9	69.6	6.3

Fuente: Elaboración propia con base en información de CEPALSTAT, 2020.

Con base en las tendencias demográficas tanto históricas como a nivel de la data poblacional mundial, la esperanza de vida del hombre tiende a ser menor respecto a las mujeres; sin embargo, los órdenes de magnitud de ampliación de las brechas se deben a condiciones sanitarias, socioeconómicas de cada uno de los países. Por su parte, al analizar las brechas entre la esperanza de vida de mujeres y hombres para cada uno de los países, en 2015-2020, se evidencia que Honduras, Belice y Costa Rica son las naciones que mantienen las menores diferencias entre la esperanza de vida entre mujeres y hombres; mientras que El Salvador es el país en donde la brecha es más marcada, ya que las mujeres viven en promedio 9 años (76.3) más que los hombres (67), lo cual además de las condiciones de carácter biomédico, también está asociado a las altas tasas de homicidio que se registran en dicha nación.

El cuadro siguiente muestra el porcentaje del número de muertes de mujeres y hombres del respectivo grupo etario debido a enfermedades no transmisibles dividido entre el número de todas las muertes de mujeres y hombres correspondiente al grupo etario, con el propósito de determinar la participación que ocupan las enfermedades no transmisibles como causa de muerte del segmento poblacional y de género en estudio.

Cuadro No.8

Proporción de muertes por enfermedades no transmisibles y afecciones maternas por sexo y rangos de edad: 15 a 34 años y de 35 a 59 años, 2010,2015 y 2016 (en porcentaje del grupo etario de análisis

Países	Mujeres de 15 a 34 años			Hombres de 15 a 34 años		
	2010	2015	2016	2010	2015	2016
 Belice	36.2	30.5	28.7	16.3	15.7	15.8
 Costa Rica	63.2	62.7	63.2	27.7	31	31.5
 República Dominicana	32.5	42.4	44.3	16.2	22.7	23.5
 El Salvador	42.4	48.1	48	20.4	26.6	26.6
 Guatemala	39.4	43.5	42.1	22.5	23	21.6
 Honduras	25.7	30.8	31.9	17.8	20.2	20.9
 Nicaragua	43	48.7	48.9	29.3	32.9	33.1
 Panamá	39.7	45.4	45.1	19.7	20.1	21.7
Países	Mujeres de 35 a 39 años			Hombres de 35 a 39 años		
	2010	2015	2016	2010	2015	2016
 Belice	73.4	66.9	65.7	53.6	51.5	51.4
 Costa Rica	88.6	88	88	68.2	69.4	69.6
 República Dominicana	65.2	72.3	74.7	52.5	60.4	62.2
 El Salvador	79.2	82.2	81.7	58.8	62.8	62.9
 Guatemala	73.5	77.3	75.9	55.4	58.3	56
 Honduras	65	69.6	71	41.4	47.7	49.5
 Nicaragua	82.4	85.6	85.6	69.5	72.4	72.6
 Panamá	77.4	77.6	78.5	54.8	60.3	60.6

Fuente: Elaboración propia con base en Plataforma de Información en Salud para las Américas, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Tomado el 25 de marzo de 2021.

Las enfermedades no transmisibles incluyen cáncer, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, enfermedades digestivas, enfermedades de la piel, enfermedades musculoesqueléticas y anomalías congénitas. Al comparar los resultados de defunciones de mujeres y hombres para los rangos de edad de 15 a 34 años y de 35 a 59 años, es posible plantear que existe una sobre exposición a la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles por parte de las mujeres respecto a los hombres, lo cual implica que las condiciones de vida, el patrón y los hábitos alimentarios debido a elementos socioculturales, los bajos salarios y el limitado poder adquisitivo, el sedentarismo aunado con falta de espacios seguros y saludables que permitan la sana convivencia, el estrés laboral

debido a la creciente precarización de trabajo así como las carencias en el entorno familiar entre otros factores causales, están incidiendo a que haya una mayor propensión de las mujeres a fallecer por esta tipología de padecimientos.

Por su parte, la mortalidad infantil es un indicador que analiza la probabilidad de defunción de niños o niñas que fallecen antes de cumplir el primer año de vida dividido entre 1,000 nacidos vivos. El cuadro anterior, revela la tasa de mortalidad infantil más reciente reportado por los Estados Miembros del SICA a la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Al respecto, se evidencia la mejora en la reducción de la mortalidad infantil, lo que ha implicado la implementación de cambios en los modelos de atención y en la prestación de servicios de salud orientados a la atención neonatal y a los menores de un año, una ampliación del acceso a los servicios a la población y la gestión de cambios en las prácticas familiares y comunitarias orientadas al cuidado, salud y nutrición de los menores de un año. Pese a la reducción de la mortalidad infantil en los países, aún se identifican brechas significativas entre los Estados Miembros del SICA, dado que Costa Rica obtuvo tasas de mortalidad infantil de 8.4 por mil nacidos vivos; mientras que los demás países registraron tasas más altas, tal es el caso de República Dominicana, Honduras y Guatemala con valores de 22.8, 22.8 y 20 respectivamente.

Cuadro No.9

Tasa de mortalidad infantil en los Estados miembros del SICA, datos nacionales reportados a la OPS, 2017

País	Tasa de mortalidad infantil
	Año
 Belice (2018)	12.6
 Costa Rica (2018)	8.4
 El Salvador (2018)	9.2
 Guatemala (2017)	20.0
 Honduras (2016)	22.8
 Nicaragua (2018)	12.2
 Panamá (2017)	14.0
 República Dominicana	22.8

Fuente: Elaboración propia con base en Plataforma de Información en Salud para las Américas Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Tomado el 25 de marzo de 2021

Por su parte, la razón de mortalidad materna, revela las muertes maternas (debido a complicaciones durante el embarazo o el parto¹⁴, las cuales pudieran ser prevenibles o evitables) suscitadas en un año específico divididas por 100,000 nacidos vivos. El gráfico siguiente revela la evolución de la razón de mortalidad materna en los Estados Miembros del SICA en los años 2000, 2005, 2010, 2015 y 2017.

¹⁴ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), "la mortalidad materna ocurre principalmente por hemorragias graves (en su mayoría tras el parto); las infecciones (generalmente tras el parto); la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia); complicaciones en el parto; los abortos peligrosos; complicaciones debido a enfermedades como el paludismo o la infección por VIH en el embarazo. Fuente: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> Recuperado el 17 de noviembre de 2020.

Cuadro No.10

Razón de mortalidad materna, datos nacionales reportados a la OPS. Años: 2005, 2010, 2012, 2015 y 2016

País	Años				
	2005	2010	2012	2015	2016
 Belice	n.d.	55.3	41.8	107	83.2
 Costa Rica	36.3	21.1	30	27.8	28.6
 El Salvador	71.2	83.7	42	42.3	27.4
 Guatemala	148.8	n.d.	116	108	n.d.
 Honduras	n.d.	74.0	n.d.	n.d.	n.d.
 Nicaragua	86.5	n.d.	n.d.	42.8	37.8
 Panamá	66	60.3	64.9	52.7	49.2
 República Dominicana	136.2	125.9	108	98.8	90

Nota: n.d. significa No disponible.

Fuente: Elaboración propia con base en Plataforma de Información en Salud para las Américas, Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Tomado el 25 de marzo de 2021

La tabla anterior se sustenta en registros administrativos contabilizados por los Ministerios y Secretarías de Salud y transferidos a OPS/ OMS, evidencia que todos los Estados Miembros del SICA, a excepción de Belice, han descrito una tendencia a la baja en las razones de mortalidad materna en los años 2005, 2010, 2012, 2015 y 2016. Estos hallazgos son coincidentes con los resultados y valoraciones analíticas que destacan en el EREFA¹⁵.

El cuadro No. 10 permite observar que Costa Rica pasó de una razón de 36.3 en 2005 a 28.6 en 2016; El Salvador transitó de 71.2 en 2005 a 27.4 en 2017; Honduras registró una razón de 74 en 2010; Panamá pasó de un valor 66 en 2000 a 49.2 en 2016. Por su parte, Nicaragua pasó de una razón de 86.5 en 2005 a 37.8 en 2016; Guatemala registró una razón de 148.8 en 2005 mientras que en 2015 obtuvo una razón de 108. República Dominicana reportó una razón de 136.2 en 2005 y en 2016 obtuvo un nivel de 90 fallecimientos de madres por 100,000 nacidos vivos. Esta relativa mejora en los indicadores de mortalidad materna da cuenta que ha habido esfuerzos de parte de las autoridades sanitarias de acercar los servicios de salud a la población, particularmente en las zonas más aisladas y con dificultades de movilización de la población hacia centros de salud u hospitales. Las brigadas móviles, las visitas domiciliarias por parte del personal médico, promotores de salud y la coordinación con los liderazgos comunitarios permiten dar respuesta a situaciones de emergencia que puedan enfrentar las mujeres embarazadas. Otra acción en materia de atención a las embarazadas es el establecimiento de casas o salas de espera materna, para atender a todas aquellas embarazadas provenientes de municipios de difícil acceso y de condiciones de pobreza extrema.

Por otro lado, cabe destacar en este análisis que el embarazo adolescente es una realidad vigente en América Latina. Los Estados Miembros del SICA no están ajenos a dicha problemática, la cual es el resultado de una multiplicidad de factores, como es el abuso y violación sexual de menores de edad en los entornos familiar y comunitario, la marginación socioeconómica, la falta de educación sexual y reproductiva orientada a prevenir embarazos en la primera relación sexual. Todos estos

¹⁵ OPS, OMS, UNFPA, Secretaría ejecutiva del COMISCA. Estudio Regional de Equidad y Fecundidad Adolescente (EREFA) Centroamérica y República Dominicana, 2021. Página 18.

elementos en entornos sociales y económicos caracterizados de altos niveles de privación, marginalidad y exclusión propiciados por una profundización de la pobreza, las desigualdades y a una transmisión intergeneracional de las mismas, tal como se evidencia en el Estudio Regional de Equidad y Fecundidad Adolescente de Centroamérica y República Dominicana (2021)¹⁶. Cabe destacar que, para los Estados Miembros del SICA, el porcentaje de mujeres que son madres entre los 15 a los 19 años ronda entre el 11% y el 20% en el período 2010-2018, lo cual pone en perspectiva la vulnerabilidad de niñas y adolescentes en una etapa de su curso de vida en la cual deberían de facilitarse las condiciones para procurar su bienestar y pleno desarrollo. Sin embargo, tal como platea el EREFA (2021)¹⁷, “el embarazo en la adolescencia suele ser una de las expresiones más duras de la desigualdad. Asimismo, compromete el aprovechamiento del enorme talento y potencial productivo de las mujeres” ya que limita el pleno aprovechamiento de sus capacidades y les confina en un proceso dedicado al cuidado y a labores reproductivas, así como a una entrada forzosa a los mercados de trabajo, en condiciones de desigualdad y menor preparación respecto a hombres, así como a jóvenes que se encuentran en condiciones sociales y económicas más ventajosas.

Cuadro No.11

Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que son madres en los Estados miembros del SICA, 2000-2018

Estados Miembros del SICA	2000-2009	2010-2018
 República Dominicana	16.69	19.69
 Panamá	17.34	15.41
 Nicaragua (2000-2009)	19.9	n.d.
 Honduras	18.28	17.2
 Guatemala	15.45	13.12
 El Salvador (2000-2009)	15.39	n.d.
 Costa Rica	13.17	11.08
 Belice	15.56	11.66

Nota: N.d. significa no disponible

Fuente: Elaboración propia con base en CEPALSTAT, febrero de 2021.

El cuadro siguiente muestra el desenvolvimiento del número de feminicidios para los años comprendidos entre 2016 a 2019, en cada uno de los Estados Miembros del SICA. Destaca como en Guatemala, Honduras, El Salvador, República Dominicana y en menor cuantía Nicaragua, existe una tendencia de “rigidez” en términos de que no se advierten reducciones significativas en los niveles de feminicidios hasta 2018; sin embargo, para 2019, se muestra una leve reducción en el acumulado regional. A fin de evitar el auge de este flagelo, se requiere la importancia de realizar un proceso de resocialización y esfuerzos intersectoriales de promoción y educación en el respeto a los derechos de la mujer y promover espacios libres de violencia en los entornos familiar, escolar, laboral y comunitario.

¹⁶ OPS, OMS, UNFPA, Secretaría ejecutiva del COMISCA. Estudio Regional de Equidad y Fecundidad Adolescente (EREFA) Centroamérica y República Dominicana, 2021. Páginas 16-23.

¹⁷ OPS, OMS, UNFPA, Secretaría ejecutiva del COMISCA. Estudio Regional de Equidad y Fecundidad Adolescente (EREFA) Centroamérica y República Dominicana, 2021. Página 4

Cuadro No.12

Número de feminicidios en los Estados miembros del SICA, 2015-2019.

País	Años				
	2015	2016	2017	2018	2019
 Guatemala	601	573	594	570	400
 El Salvador	274	256	271	232	230
 Honduras	478	468	388	383	380
 Nicaragua	88	85	103	59	60
 Costa Rica	27	26	26	26	15
 Panamá	29	19	18	20	21
 República Dominicana	128	158	191	152	145
 Belize	9	15	11	19	17
Total región SICA	1634	1600	1602	1461	1268

Fuente: El Salvador: Dirección de Análisis e Información, Ministerio de Seguridad Pública. Estadísticas Homologadas. Costa Rica: Observatorio de violencia de género contra la Mujeres y acceso a la justicia. Belize: Crime Observatory. Panamá: Ministerio Público, Procuraduría General de la Nación. Nicaragua: Dirección de Información y Estadística Poder Judicial. Anuario de Violencia 2016, 2017, 2018. Honduras: Observatorio de Derechos Humanos de las Mujeres-Centro de Derechos de Mujeres. República Dominicana: Departamento de Investigación y Estadísticas del Ministerio de la Mujer.

Contexto de la COVID-19

A partir del reporte de los primeros casos de SARS-COV2 en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan en la República Popular de China, posteriormente la Organización Mundial de la Salud (OMS) la tipificó como emergencia de salud pública. Posteriormente el 11 de marzo de 2020, el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus la declaró como pandemia por su nivel de movilidad a escala planetaria. En la región SICA, los primeros casos se reportaron a finales de la primera quincena de marzo de 2020, pese a las medidas que restringieron la movilidad de personas por vía aérea y terrestre entre y al interior de los países. Al igual que en los demás países de América Latina y El Caribe, la región del SICA no ha estado ajena de las afectaciones de una profunda crisis económica, social y sanitaria, la cual de acuerdo con expertos podrá recuperarse y salir de sus efectos contractivos entre finales de 2022 y 2023, según evolucione el comportamiento de la pandemia y las iniciativas de recuperación del tejido económico y social, particularmente de los sectores de ingresos bajos y medios.

La COVID-19 se ha propagado en todos los países de la región y ha tenido un crecimiento importante en aquellos asentamientos urbanos de alta densidad poblacional, en los cuales hay condiciones de hacinamiento, carencia de servicios básicos, limitado servicio de agua potable y saturación en el transporte público particularmente en los sectores socioeconómicos más pobres, a la hora de desplazarse hacia los centros de trabajo.

Después de 18 meses de pandemia en la región SICA, de acuerdo a las cifras oficiales hay 2,360,322 de personas infectadas de la COVID-19 y 43,719 fallecidos, por lo que en promedio la tasa de letalidad es de 1.85%, implicando que, en promedio por cada 10,000 personas infectadas, se reporta un total de 185 fallecidos; sin embargo, sólo Costa Rica y Panamá poseen una tasa de letalidad inferior

a la media de los Estados Miembros del SICA. Por el contrario, Nicaragua (1.89%), Belice (2.09%), Guatemala (2.46%), Honduras (2.65%) y El Salvador (3.08%) exceden a la tasa media de letalidad de los Estados Miembros del SICA.

Cuadro No.13

*Casos acumulados, Fallecidos y Tasa de letalidad en los Estados Miembros del SICA,
Al 22 de septiembre de 2021.*

Estados miembros del SICA	Casos acumulados	Fallecidos	Tasa de letalidad %
 Belice	18,902	395	2.09
 Costa Rica	513,384	6,098	1.19
 El Salvador	102,024	3,138	3.08
 Guatemala	533,744	13,115	2.46
 Honduras	360,598	9,561	2.65
 Nicaragua	10,757	203	1.89
 Panamá	464,781	7,178	1.54
 República Dominicana	356,042	4,031	1.13

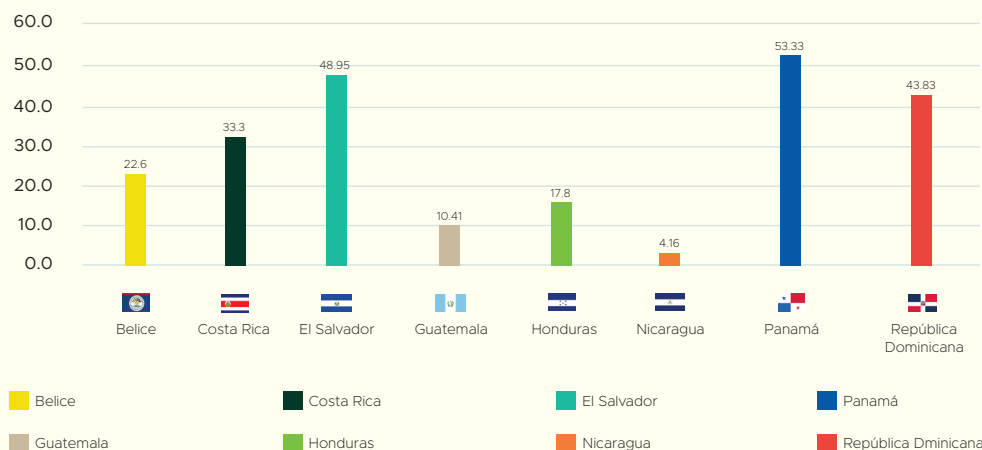
Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Recuperado el 22 de septiembre de 2021: <https://www.paho.org/en/documents/paho-daily-covid-19-update-22-september-2021>

El gráfico siguiente evidencia los avances diferenciados de los Estados Miembros del SICA en materia de inmunización de su población contra la COVID-19:

Gráfico No.15

*Aplicación de esquema completo de vacunas contra la COVID-19 por 100
habitantes, al 17 de septiembre de 2021*



Fuente: Elaboración propia con información estadística de la Organización Panamericana de la Salud.

Recuperado de <https://www.paho.org/en/documents/paho-daily-covid-19-update-22-september-2021>

Este gráfico pone en evidencia las condiciones y esfuerzos diferenciados por parte de los Estados Miembros del SICA en garantizar la cobertura y el acceso universal de la población apta para vacunarse. El proceso de inmunización arrancó en diciembre de 2020 en Costa Rica y luego se expandió al resto de países, pero en ritmos heterogéneos, así como en volúmenes de lotes de vacunas. Hasta mediados de septiembre del corriente año, los Estados que han avanzado, alcanzando mayores niveles de cobertura son: Panamá (53.33%), El Salvador (48.95%); República Dominicana (43.84%) y Costa Rica (33.81%). Los avances logrados pueden explicarse debido a la capacidad de gestión política y financiera para lograr adquirir lotes en el mercado de vacunas; la capacidad fiscal o financiera del país, ya sea por la disponibilidad de recursos del país o porque esa nación dedica una parte importante del Presupuestos en Salud Pública como es el caso de Costa Rica que invierte más del 6% del PIB en dicho rubro; la organización y planificación operativa para acelerar la logística del proceso de vacunación. Sin embargo, estos elementos no son generalizables en todos los países ya que contrasta el caso de naciones como Nicaragua (4.16%), Guatemala (10.41%) y Honduras (17.8%).

Las brechas en materia de avances en la cobertura de vacunación de la población en los Estados Miembros del SICA, ponen en perspectiva la heterogeneidad de las condiciones de vida en la población del SICA, así como la importancia relativa que se le otorga en el proceso técnico-político de asignación de recursos gubernamentales a la Salud Pública.

Los avances a la fecha son importantes, pero con el nivel de vacunación logrado a la fecha ningún país ha alcanzado la inmunidad de rebaño o colectiva, la cual con base en los hallazgos de investigaciones del Royal College de Londres, la inmunidad de rebaño frente al COVID-19 se obtendría con la vacunación de más del 67% de la población.

El estado de diferenciación del nivel de vacunación entre los Estados Miembros del SICA pone en perspectiva la restricción de recursos que caracteriza a la mayor parte de los Estados miembros del SICA, los cuales no solo deben administrar los desequilibrios existentes en sus finanzas públicas debido a la crisis y la pandemia, sino también enfrentar los shocks provocados por el advenimiento de desastres naturales causados por el cambio climático, los cuales impactan las condiciones de vida de los países de la región y la infraestructura de los hogares, educativa, sanitaria de los Estados.

IX. Consideraciones finales

Las reformas estructurales de finales de los ochenta e inicios de los noventa que incidieron en el funcionamiento del Estado y del Mercado en el marco del modelo neoliberal o de libre mercado no provocaron cambios favorables en la calidad de vida de la población, particularmente la población rural, las mujeres, la población indígena y afrodescendiente. Después de la impronta de medidas de políticas públicas orientadas a reducir la participación del Estado en la esfera de los asuntos públicos; se gestaron procesos de incremento de marginación socioeconómica, pérdida de capacidades productivas en las zonas rurales, así como en la industria debido a la apertura comercial. Estos hechos dieron lugar a un incremento de la migración internacional en la mayor parte de países, así como el estallido de problemas de seguridad y profundización de la falta de acceso en los servicios de salud pública, debido a la falta de recursos, así como a una concepción de focalizar la atención gratuita en ciertos segmentos poblacionales y no bajo una perspectiva de gratuidad y universalidad.

A partir de los años 2000, ha habido un avance asimétrico en los Estados Miembros del SICA como a nivel latinoamericano, respecto a dotar mayor peso en los presupuestos del Estado y fortalecer el entramado institucional que fortalezca al desarrollo social. No es casual que, en América Latina, desde finales de los noventa e inicios de los 2000, el Gasto Público Social ha tendido a incrementarse (particularmente por alzas en las asignaciones presupuestarias al área de educación y en salud pública). Por su parte, el desarrollo social como preocupación en materia de política pública ha retornado a la agenda política internacional con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) pero sobre todo con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que enfatizan en la necesidad de abordajes intersectoriales y multidimensionales en torno a los problemas sociales, económicos y ambientales que enfrentan los países¹⁸, bajo una perspectiva de reducción de las inequidades, así como de garantía y universalización de derechos.

Pese a los avances en materia de visibilizar la importancia de impulsar políticas públicas que promuevan el desarrollo social; tal como se evidencia en este documento, aún hay brechas irresueltas en materia socioeconómica, como es el caso de generación de trabajo decente, la prevalencia de embarazo en niñas y adolescentes, particularmente en aquellos sectores socioeconómicos en mayores condiciones de exclusión; las limitantes que impiden garantizar acceso y cobertura universal a toda la población centroamericana a servicios de salud basados en la calidad y la calidez, bajo un enfoque de desarrollo humano para todos los habitantes. Las brechas de desigualdad impactan multidimensionalmente a la población de los Estados Miembros del SICA, pero también esta dinámica de disparidades socioeconómicas se puede constatar entre países, tal como se ha enfatizado en el presente estudio.

No es de extrañar, como la pandemia de la COVID-19 ha puesto en perspectiva problemas estructurales preexistentes **en los ámbitos de: salud pública** (la incidencia de enfermedades endémicas relacionadas a las carencias asociadas a la precariedad socioeconómica, la relevancia adquirida por las enfermedades crónicas no transmisibles así como el advenimiento de enfermedades emergentes como el caso de la SARS-COV-2), **macroeconomía** (contracción económica sólo superada por la crisis de los treinta del siglo XX, déficit fiscales y altos niveles de endeudamiento público) y **socioeconomía y ambiente** (precariedad en las condiciones de protección social, incremento de la pobreza multidimensional, falta de empleo decente y alza en la inseguridad alimentaria, la incidencia de enfermedades potenciadas por la falta de acceso a servicios básicos). Todo lo anterior, devela las fragilidades estructurales en materia de fiscalidad y financiamiento de la Salud Pública, lo cual no sólo pone en perspectiva la necesidad de un rediseño de las estructuras y capacidades fiscales de los Estados de la Región, sino también discernir respecto a ampliar y reestructurar las fuentes de financiación de la Salud Pública basada en una perspectiva de equidad fiscal y la optimización de la ejecución de recursos públicos en Salud Pública, desde una óptica amparada en la transparencia y la rendición de cuentas.

En este contexto de pandemia, el Gasto Público en Salud se ha elevado en la mayor parte de países, no sólo en términos monetarios, sino que, también expresado por habitante, así como su aporte dentro del Gasto Total Gubernamental y dentro del Producto Interno Bruto.

¹⁸ Principalmente los países clasificados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) de desarrollo humano medio y bajo.

Pese a las mejoras que se han documentado, cabe señalar que existen brechas significativas en las condiciones de Financiamiento de la Salud en países como Costa Rica y con respecto a los demás países de la región. Sin embargo, con la pandemia, la crisis sanitaria y socioeconómica experimentada a partir de marzo de 2020, puso al descubierto las fragilidades de la estructura de Financiamiento Público de la Salud de los Estados Miembros del SICA, ya que los recursos ordinarios asignados a Salud Pública en los Presupuestos Generales de los Estados de 2020, no contemplaban las implicaciones sanitarias que requeriría la pandemia, por lo cual buena parte de los recursos ordinarios se canalizaron a la atención de la pandemia (minimizando la atención de otros padecimientos) así como la búsqueda de financiamiento externo reembolsable y cooperación técnica y financiera no reembolsable que permitiera apalancar a los gobiernos para hacer frente a la pandemia.

Las economías de los Estados Miembros del SICA aún no han recuperado su nivel de actividad económica previo a la pandemia (2019), por lo que aún se experimentan problemas de baja recaudación fiscal, déficits presupuestarios, creciente endeudamiento público. Estos aspectos restringen la capacidad de respuesta de los Estados a los problemas estructurales en materia de desarrollo social, como es el caso de los Sistemas Públicos de Salud. Por tanto, se vuelve imperativo replantear y retomar desde los órganos y la institucionalidad del SICA, la necesidad de: a) el replanteamiento del modelo de desarrollo regional en el cual el sector salud juegue un papel trascendental en tanto derecho humano que aspire a su universalización ; b) un pacto societal y fiscal en el cual se priorice la financiación del desarrollo de la salud pública de la población de los Estados Miembros del SICA; c) articular esfuerzos en la institucionalidad regional para gestionar cooperación Sur-Sur, cooperación horizontal, así como cooperación técnica no reembolsable en materia de salud pública, particularmente en cuanto a la adquisición/donación de suministros, equipo médico, tecnologías sanitarias y el intercambio de experiencias en relación a la implementación de protocolos de atención de enfermedades; c) La implementación de un mecanismo permanente de articulación regional intersectorial entre la Institucionalidad del Subsistema Social del SICA y las instancias gubernamentales responsables de las áreas de desarrollo social con el propósito de posicionar en las agendas nacionales y regionales la importancia de la agenda social en el desarrollo de largo plazo de la región; d) establecer un proceso de coordinación técnica con la Comisión Centroamericana de Estadísticas y las Oficinas Nacionales de Estadísticas (ONE) a fin diseñar, establecer e implementar un mecanismo de seguimiento del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) ajustados por una parte a una perspectiva de análisis de desigualdades en el contexto de la pandemia de la COVID-19.

Por otra parte, a partir del análisis desarrollado a lo largo de este documento, es oportuno potenciar la plataforma de gestión del conocimiento y construcción de políticas y trabajo intersectorial que representa el Foro Intersectorial Regional para la Salud de Centroamérica y República Dominicana, el cual puede ampliar su alcance de acción en tanto que permita la articulación no sólo de instituciones especializadas en las temáticas a abordar en los ámbitos multilaterales, regionales y nacionales, sino que también en el nivel local. El Foro intersectorial puede desempeñar un papel clave para el intercambio de experiencias y buenas prácticas desde los territorios y puede además contribuir a sentar las bases para el trabajo operativo, en temáticas que han sobresalido en este esfuerzo analítico, tales como: 1) Protección social-mercados de trabajo y salud; 2) Economía del cuidado y salud; 3) agua, saneamiento y salud; 4) ingreso básico, vulnerabilidad y salud; 5) Sistemas alimentarios sustentables, seguridad alimentaria y alimentación saludable; 5) fiscalidad y salud como derecho universal.

La pandemia y la crisis socioeconómica que enfrenta América latina y el Caribe no es ajena a los Estados Miembros del SICA. Organismos como la CEPAL, advierten que no habrá una plena recuperación de la actividad económica y el empleo en los países de la región si no se reduce significativamente las afectaciones sanitarias derivadas del SARS-COV2. Las condiciones financieras y las capacidades humanas y técnicas de los Ministerios de Salud se ven rebasadas por las demandas de recursos asociadas a los costos de atención y prevención de la COVID-19 así como por la atención de los padecimientos ordinarios que deben atenderse en las instancias encargadas de proveer los servicios de salud pública. En tal sentido, es oportuno plantear que el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) y su Secretaría Ejecutiva potencien el desarrollo de esfuerzos regionales que permitan proveer a la región de cooperación no reembolsable provenientes de socios y cooperantes, así como de los Estados observadores del SICA, con el propósito de complementar los esfuerzos nacionales que los países continúan emprendiendo para la atención y prevención de la COVID-19. Asimismo, dada la restricción fiscal y financiera que enfrentan los Estados Miembros del SICA debido a la crisis económica provocada por la pandemia, se insta a considerar estrategias de contención de costos como es el caso de la adquisición de vacunas contra la COVID-19 y demás insumos médicos y tecnológicos relacionados al tratamiento y la prevención de la COVID-19; dado que, tal como se ha evidenciado en este documento, no todos los países cuentan con las mismas capacidades para adquirir vacunas contra la COVID-19, por lo que la el mecanismo de Negociación Conjunta COMISCA® se vuelve en un instrumento de utilidad para buscar garantizar la cobertura y el acceso a vacunas contra COVID-19, medicamentos, dispositivos médicos y otros bienes de interés sanitario para la atención en salud de la población de Centroamérica y República Dominicana.

Bibliografía

- CEPAL, Panorama Social de América Latina 2020. Santiago de Chile, 2021.
- CEPAL, Organización Panamericana de la Salud (OPS). “Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe”. Santiago de Chile, julio de 2020.
- Lustig Nora y Tomassi Mariano. El COVID-19 y la protección social de los grupos pobres y vulnerables en América Latina: un marco conceptual. Revista de la CEPAL No. 132, diciembre de 2020
- OPS, OMS, UNFPA, Secretaría ejecutiva del COMISCA. Estudio Regional de Equidad y Fecundidad Adolescente (EREFA) Centroamérica y República Dominicana, 2021.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre Desarrollo Humano 2020. La próxima frontera. El desarrollo humano y el Antropoceno. Nueva York, Estados Unidos 2020.
- PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2019 Más allá del ingreso, más allá de los promedios, más allá del presente: Desigualdades del desarrollo humano en el siglo XXI, Nueva York, 2019.
- Salazar Grande, César Ernesto. “El Protocolo de Tegucigalpa: Tratado Marco del Sistema de la Integración Centroamericana”. Primera Edición 2014, San Salvador, El Salvador.
- SE-COMISCA. Política Regional del SICA, 2015-2022. Centroamérica, Primera Edición, 2014.
- SE-COMISCA. Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana, 2016-2020, 2016.
- SE-COMISCA. Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana, 2021-2025, 2021.
- SE-COMISCA. Determinación Social de la Salud, Documento Borrador 2020.

Sitios Web consultados

- http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2020_overview_spanish.pdf
- <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?locations=BZ><https://unstats.un.org/>
- <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- <https://www.who.int>
- <https://cepalstat-prod.cepal.org/>
- <http://www.secmca.org/simafir.htm>
- <https://www.paho.org/en/documents/paho-daily-covid-19-update-22-september-202>

X. ANEXOS

Anexo No.1

Estructura porcentual de la Población de los Estados Miembros del SICA, según grupos de edad y sexo:
2020 y 2060

Indicadores	Belice - 2020			Belice - 2060		
Grupos de edad	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
0_14	29.2	29.8	28.6	17.7	18.4	17.2
15_34	37.2	37.1	37.2	26.3	27.1	25.5
35_49	18.0	17.4	18.6	20.3	20.6	20.0
50_64	10.6	10.6	10.7	18.9	18.7	19.1
65 y más	5.0	5.1	4.9	16.8	15.3	18.3
Indicadores	Costa Rica - 2020			Costa Rica - 2060		
Grupos de edad	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
0_14	20.8	21.3	21.3	13.6	14.0	13.2
15_34	31.8	32.3	32.3	20.4	20.9	19.8
35_49	20.5	20.5	20.5	18.1	18.5	17.7
50_64	16.6	16.3	16.3	19.1	19.3	18.9
65 y más	10.3	9.5	9.5	28.9	27.4	30.3
Indicadores	El Salvador - 2020			El Salvador - 2060		
Grupos de edad	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
0_14	26.6	29.0	24.4	16.0	17.5	14.8
15_34	35.1	36.1	34.2	23.5	25.2	22.0
35_49	17.5	16.2	18.6	19.5	20.3	18.7
50_64	12.2	11.0	13.2	19.8	19.4	20.1
65 y más	8.7	7.7	9.5	21.2	17.6	24.4
Indicadores	Guatemala - 2020			Guatemala - 2060		
Grupos de edad	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
0_14	33.3	34.6	32.1	20.1	20.7	19.5
15_34	37.5	38.3	36.7	27.9	28.6	27.2
35_49	16.1	15.3	16.8	19.8	20.0	19.6
50_64	8.1	7.3	8.8	17.3	17.2	17.5
65 y más	5.0	4.5	5.5	14.9	13.6	16.2

Indicadores	Honduras - 2020			Honduras - 2060		
Grupos de edad	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
0_14	30.6	31.3	29.9	17.8	18.2	17.4
15_34	37.7	38.2	37.1	26.2	26.7	25.7
35_49	17.5	17.3	17.8	19.8	20.1	19.5
50_64	9.3	8.8	9.7	19.1	19.1	19.0
65 y más	5.0	4.5	5.5	17.2	15.9	18.
Indicadores	Nicaragua - 2020			Nicaragua - 2060		
Grupos de edad	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
0_14	29.5	30.7	28.3	17.5	18.2	16.9
15_34	35.0	36.2	33.9	25.2	26.0	24.3
35_49	19.2	18.5	19.8	20.0	20.4	19.6
50_64	10.7	9.8	11.5	17.9	18.1	17.8
65 y más	5.7	4.9	6.5	19.4	17.3	21.4
Indicadores	Panamá - 2020			Panamá - 2060		
Grupos de edad	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
0_14	26.5	27.0	25.9	18.2	18.7	17.7
15_34	31.3	31.6	31.1	25.5	26.0	24.9
35_49	19.9	19.9	19.9	18.9	19.1	18.7
50_64	13.7	13.5	14.0	17.0	17.0	17.1
65 y más	8.5	7.9	9.2	20.5	19.2	21.7
Indicadores	República Dominicana - 2020			República Dominicana - 2060		
Grupos de edad	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
0_14	27.4	28.0	26.9	17.3	17.9	16.7
15_34	33.5	33.8	33.2	25.2	26.0	24.4
35_49	18.6	18.5	18.6	19.8	20.2	19.4
50_64	12.9	12.6	13.3	18.0	18.0	18.0
65 y más	7.5	7.0	8.0	19.6	17.9	21.4



“Solidaridad entre los pueblos para la integración regional en salud”

 @SECOMISCA  @SECOMISCA  Se-Comisca SICA  Secretaría Ejecutiva del COMISCA

 www.sica.int/comisca  info.comisca@sica.int