



**La salud de las mujeres y los hombres
en Centroamérica y República Dominicana**

Perfil 2009

**La salud de las mujeres y los hombres en
Centroamérica y República Dominicana**
(Perfil 2009)

La salud de las mujeres y los hombres en Centroamérica y República Dominicana

(Perfil 2009)

ISBN

978-9962-642-45-9

Elaborado por:

Dora Cubas Nolasco, Consultora

Dirección, Revisión Técnica y Producción:

Catharina Cuéllar, Asesora de Género y Salud para LAC, OPS/OMS

Lilia Jara, Asesora de Género, Etnicidad y Salud, OPS/OMS

Miosotis Rivas, Secretaria Técnica de la Mujer, COMMCA/SICA

Edición Técnica:

Aurora Aragón, Centro de Investigación en Salud, Trabajo y Ambiente, UNAN-León

Diseño:

Michelle Arjona Díaz, Consultora

Ilustración:

Lápiz y Papel

Fotografía:

Virginia Veruette

Camila Cortés

Una publicación de la Oficina de Género, Diversidad Cultural y Derechos Humanos (GDR) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y del Consejo de Ministras de la Mujer de Centroamérica (COMMCA).

Panamá, Junio 2010

Aunque el material de esta publicación se puede citar o reproducir libremente, es preciso señalar la fuente y hacer referencia al título y al ISBN. Se debe enviar un ejemplar de la publicación que incluya alguna cita o reproduzca cualquier parte a:

Oficina de Género, Diversidad Cultural y Derechos Humanos - GDR

Ancón, Ave. Gorgas, Edif. 261

Ministerio de Salud, Piso 2

Apartado 0843-03441

Panamá, República de Panamá

Se reconoce el valioso aporte y apoyo del Instituto de la Mujer de cada país de Centroamérica y República Dominicana.

Se agradece el apoyo financiero de La Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

CONTENIDO

PROLOGOS	i
PRESENTACIÓN	v
LISTADO DE ACRÓNIMOS	vi
RESUMEN EJECUTIVO	vii
ANTECEDENTES	x
JUSTIFICACION	xi
OBJETIVO	xii
ASPECTOS METODOLOGICOS	xiii

CAPITULO I: CONTEXTO DE LOS PAISES

Reseña histórica	3
Dimensión demográfica	5

CAPITULO II. DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS DE LA SALUD

Pobreza.....	17
Educación.....	24
Participación de las mujeres en política.....	27
Acceso a servicios básicos	27
Desastres naturales.....	29
Respuestas del sistema de salud.....	31
Financiamiento de la Salud.....	33
Recursos Humanos.....	36

CAPITULO III: SALUD Y ENFERMEDAD

Mortalidad.....	41
Morbilidad.....	47
Riesgos para la salud.....	50
Violencia basada en género (VBG).....	54

CAPITULO IV: SALUD REPRODUCTIVA

Mortalidad materna	62
Factores de la SSR	65

CAPITULO V: CONCLUSIONES.....	71
-------------------------------	----

CAPITULO VI: RECOMENDACIONES.....	79
-----------------------------------	----

CUADROS Y GRÁFICOS

Índice de cuadros	84
Índice de gráficos	86

BIBLIOGRAFIA.....	88
-------------------	----



PROLOGO

En el marco de su XVII Reunión Ordinaria, el Consejo de Ministras de la Mujer de Centroamérica (COMMCA) acordó aceptar la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) para elaborar un perfil de género y salud en Centroamérica y República Dominicana.

El COMMCA se complace en presentar este estudio con el objetivo de contar con información relevante sobre la salud de mujeres y hombres en la región. El mismo permitirá a dicho Órgano, así como a otras instancias regionales y de la sociedad civil, continuar con su labor de contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población del Istmo Centroamericano y República Dominicana, y en especial la de las mujeres permitiéndoles así el goce pleno de sus derechos.

El COMMCA trabajó conjuntamente con la OPS/OMS en el desarrollo del documento que hoy tienen en sus manos (tanto los Mecanismos Nacionales para el Adelanto de la Mujer de los países que componen al COMMCA, así como la Secretaría Técnica de la Mujer (SICA/COMMCA). En su Plan Estratégico 2009-2013, el COMMCA ha definido a la salud como un activo fijo con el que cuentan las mujeres para poder integrarse plenamente en el ejercicio de sus derechos económicos y participar activamente en el ámbito político, en consonancia con la Política de Igualdad de Género de la Organización Panamericana de la Salud.

El documento perfil tiene la fortaleza de reunir información de múltiples fuentes oficiales y de organismos de cooperación técnica reconocidos, y presentar una mirada sintética a los problemas que surgen como prioritarios por su carga de discapacidad o mortalidad, por sus efectos económicos o sociales, e identificar los principales determinantes. Las principales barreras encontradas para la resolución de los problemas prioritarios de salud se articulan coherentemente con los objetivos estratégicos de la Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2009-2018.

Esperamos que este perfil sea una herramienta de incidencia ante el Consejo de Ministros de la Salud (COMISCA), para impulsar una estrategia de operativización del enfoque de género en las políticas integrales de salud. El COMMCA tiene la seguridad de que éste permitirá avanzar hacia la plena igualdad y equidad de género en nuestra región en tanto la salud, es considerada como la columna vertebral de los derechos humanos de las mujeres.

Agradecemos de manera muy especial a los Señores Ministros de Salud, Miembros del COMISCA y a los equipos técnicos de sus países; así como a las asesoras de género de la OPS/OMS; y a la consultora Dora Cubas Nolasco, extensivo a todo el personal que se involucró en la elaboración de este perfil tanto por el lado de los Mecanismos Nacionales para el Adelanto de la Mujer, como la Secretaría Técnica de la Mujer COMMCA/SICA. Invito a todos a apoyar la implementación de las recomendaciones definidas y presentadas.

Markelda Montenegro de Herrera

Directora General del INAMU y Presidenta Pro Tempore del COMMCA

PROLOGO

Me complace presentar este Perfil de Género y Salud de Centroamérica y la República Dominicana, que muestra el compromiso de la subregión de canalizar energías para visibilizar y abordar los retos específicos de las brechas y agendas inconclusas en el tema de igualdad de género en salud. Este compromiso liderado por las ministras que conforman el Consejo de Ministras de la Mujer de Centroamérica (COMMCA) y el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA), está respaldado plenamente por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

La información cuantitativa y cualitativa permite analizar las raíces de las diferencias de salud entre los grupos sociales, e identificar las causas que originan las inequidades en salud, y por lo tanto definir dónde y cómo intervenir para disminuir tales inequidades. De allí la gran importancia de la información para la salud pública. La implementación de la Agenda de Salud de las Américas 2008-2017, el Plan de Salud de Centroamérica derivado de aquella, y el Plan Estratégico del COMMCA, podrán beneficiarse de los insumos que se presentan en este perfil. Éste presenta información que promueve una lectura que enlace entre lo manifestado en las desigualdades en el estado de salud y lo subyacente como determinantes sociales que afectan la salud.

Este Perfil revela desigualdades, y también describe avances visibles en el desarrollo de la salud centroamericana y dominicana. Las conclusiones contemplan dos ámbitos, las de fácil reconocimiento, y las que conducen a una apreciación nueva de lo urgente que es enfrentar el tema de las desigualdades sociales, y en particular, las que impactan en la salud.

La OPS/OMS insta a los países de la subregión a continuar fortaleciendo las capacidades y las prácticas para desagregar, analizar e utilizar datos para entender y responder mejor a las necesidades de salud de las poblaciones, especialmente las más desatendidas. Invito a otros actores de los estados, de la sociedad civil, y de la cooperación internacional, a sumarse a este esfuerzo, tanto utilizando la información presentada en esta publicación, como generando y publicando información en temas específicos de salud regional o nacional. Mi reconocimiento a las distintas Presidentas del COMMCA que mantuvieron y mantienen su visión y compromiso con la igualdad de género en salud.

Marijke Velzeboer-Salcedo

Coordinadora Género, Diversidad Cultural y Derechos Humanos (GDR)
OPS/OMS

PRESENTACIÓN

El Informe “La Salud de las Mujeres y los Hombres en Centroamérica y República Dominicana 2009”, es un estudio descriptivo elaborado mediante la revisión de bibliografía, bases de datos, informes estadísticos y documentos oficiales de los diferentes países. Representa el compromiso del Consejo de Mujeres Ministras de Centroamérica (COMMCA) y del Sistema de Integración Centroamericana (SICA) de implementar estrategias para reducir y eliminar las barreras socioeconómicas, de género y etnia, que interfieren con la salud y el bienestar de las mujeres y los hombres de los países de Centroamérica y República Dominicana. Se enmarca dentro de los objetivos estratégicos de la Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana^a y contribuye con información relevante para la definición de un Plan de Salud de la Subregión, instrumento de rectoría del sector salud regional, declarado en el reglamento constitutivo del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA). En ese contexto, el tema central del presente informe lo constituyen la identificación y el análisis de los principales problemas de salud y sus factores determinantes que afectan la salud de los hombres y las mujeres de la Subregión.

El documento consta de seis capítulos. En el primer capítulo se presenta una breve reseña histórica de la subregión y se describe su dimensión demográfica. En el segundo capítulo se abordan los principales determinantes socio económicos de la salud: pobreza, trabajo e ingresos, empleo, educación, acceso a servicios básicos, desastres naturales, y respuesta del sector salud, incluyendo aspectos de políticas públicas, legislación, financiamiento y recursos humanos, destacando las principales inequidades de género, etnia, económicas y generacionales. En el tercer capítulo se analizan las principales causas de mortalidad, enfatizando las causas transmisibles, no transmisibles y las externas. También se analiza la situación y tendencias de las principales enfermedades transmisibles y no transmisibles y el impacto de los desastres naturales y problemas ambientales. En el tema de la violencia basada en género se describen los distintos tipos de violencia a los que están expuestas las mujeres, incluyendo los extremos del femicidio, el tráfico de personas y la explotación sexual. En el cuarto capítulo se analiza la salud reproductiva, revisando aspectos clave de la salud materna e infantil, la salud de adolescentes y la planificación familiar. Los últimos dos capítulos se dedican a las conclusiones derivadas de los capítulos anteriores y se presentan las principales recomendaciones organizadas alrededor de los objetivos estratégicos de la Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2009-2018.

Esperamos que este informe contribuya a mejorar la identificación y el reconocimiento de las brechas en las condiciones de vida y atención de salud de los más pobres, marginados y grupos especialmente vulnerables: pueblos indígenas y afro descendientes, mujeres, niños, adultos mayores, personas con discapacidad, migrantes, trabajadores y campesinos de la Subregión.

a. Instrumento político regional con enfoque integracionista que identifica prioridades estratégicas y busca fortalecer el proceso de integración social regional, contribuir a elevar el nivel de salud de la población, contribuir al avance de la democracia participativa, así como orientar y armonizar las acciones de los socios nacionales, regionales e internacionales que, desde el sector público, no gubernamental y privado estén comprometidos con el mejoramiento de la salud de los pueblos de esta región.

LISTADO DE ACRÓNIMOS

CELA	Centro de Estudios Latino Americanos
CELADE	Centro Latinoamericano de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CICA	Consejo Indígena de Centro América
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
COMMCA	Consejo de Ministras de la Mujer de Centroamérica
EVN	Esperanza de vida al Nacer
FLACSO	Facultad Latino Americana de Ciencias Sociales
IDG	Índice de Desarrollo Humano relativo al género
IPG	Índice potencial de género
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MEF	Mujeres en edad fértil
MERCOMUN	Mercado Común Centroamericano
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
ODECA	Organización de Estados Centroamericanos
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
PNUMA	Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente
PVVS	personas que viven con el VIH
SICA	Sistema de Integración Centroamericana
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida
TBM	Tasa bruta de mortalidad
TBN	Tasa bruta de natalidad
TGF	Tasa global de fecundidad
TMI	Tasa de mortalidad infantil
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VBG	violencia basada en género
VIH	Virus de Inmunodeficiencia humana

RESUMEN EJECUTIVO

La Subregión de Centroamérica y República Dominicana, está conformada por cerca de 54 millones de habitantes de los cuales un poco más de la mitad son mujeres (50.3%). Todos los países tienen población indígena y afro descendiente, quienes representan cerca de 15% de la población. La Subregión goza de una rica historia de cultura indígena mesoamericana, de movimientos independentistas, de unionismo e integracionismo, expresándose actualmente en el Sistema de Integración Centroamericana, el cual desarrolla instrumentos específicos para la implementación de políticas y planes subregionales en salud, como la Agenda en Salud de Centroamérica y República Dominicana, bajo cuyo marco se desarrolla el presente informe.

Los países de la subregión se encuentran en un proceso heterogéneo de transición demográfica: moderado para Guatemala, pleno para El Salvador, Panamá, Nicaragua y República Dominicana, y avanzado para Costa Rica. Esta transición depende de las tendencias en las tasas de fecundidad y de mortalidad, que en su mayoría presentan marcados descensos. Como resultado hay un proceso de envejecimiento poblacional y se reduce la dependencia demográfica de los jóvenes menores de 14 años y adultos mayores de 60 años, con relación a la población económicamente activa. Otros determinantes demográficos como el aumento de la esperanza de vida y la migración, interna y externa, afectan la distribución poblacional e inciden en la prestación de los servicios de salud.

Existen importantes desigualdades en relación a los determinantes socioeconómicos, siendo los principales el bajo nivel de escolaridad, especialmente en población indígena; los altos índices de pobreza e indigencia rural; el bajo salario e ingreso de las mujeres respecto al de los hombres; la alta proporción de mujeres cónyuges dedicadas exclusivamente a labores de cuidado del hogar y la familia sin percibir ingresos; el creciente desempleo juvenil y las diferencias en el acceso a los servicios básicos, entre otros. La respuesta del sistema de salud es heterogénea, siendo más frecuentes los sistemas altamente fragmentados, con bajas coberturas de la seguridad social e importantes brechas en el acceso a servicios básicos de salud para una proporción importante de la población, generalmente la población de menos ingresos, rurales e indígenas. El análisis del financiamiento en salud refleja estas inequidades, con un incremento del gasto privado en salud y bajos porcentajes de inversión pública en salud. Aún cuando los países han avanzado notablemente en el marco legal de la salud esto no se ha traducido en una mayor equidad en el acceso a los servicios de salud y en la calidad de los mismos.

Las inequidades en las condiciones de salud reflejan diferencias en los determinantes de la salud. Muchos indicadores mejoran en los promedios nacionales y subregionales, pero persisten serias inequidades a lo interno de los países, entre grupos con diferentes niveles de ingreso, de escolaridad, por zonas geográficas o por pertenencia a grupos étnicos. Algunos problemas de salud afectan desproporcionalmente a uno de los sexos,

o a diferentes grupos etarios, destacándose los problemas infecciosos y carenciales que afectan a la niñez y los problemas de salud reproductiva de las adolescentes.

El análisis de los problemas de salud refleja una reducción de la mortalidad general y cambios importantes en las causas de la misma, reduciéndose el peso de la mortalidad por causas transmisibles e incrementándose las causas crónicas. Si bien aún persisten enfermedades infecciosas como principales causas de muerte (neumonía, influenza e infecciones intestinales), las enfermedades crónicas no transmisibles (isquemia del corazón, enfermedad cerebro vascular, infarto, diabetes) son cada vez más importantes. Las causas de muerte difieren en hombres y mujeres y por grupos de edad, destacándose la mayor proporción de muertes por causas externas en hombres y de diabetes en mujeres. La mortalidad materna e infantil, principalmente la neonatal, sigue siendo un problema importante de salud pública, afectando a las poblaciones con menos recursos económicos, indígenas, rurales y con menos nivel educativo.

La morbilidad por enfermedades transmisibles tiende a reducirse en toda la subregión, en gran medida por la mejora en las condiciones de vida de la población y los logros de los programas de prevención y control de enfermedades. A la par de estos avances, nuevos riesgos a la salud aparecen, siendo los más importantes las dietas poco saludables, el sedentarismo, el alcoholismo, el tabaquismo, etc., los cuales se expresan en riesgos intermedios para la aparición de enfermedades crónicas, tales como sobrepeso, hiperglicemia, hiperlipidemia, que a su vez inciden en el aumento de enfermedades como la diabetes e hipertensión, conocidas predecesoras de enfermedades más graves como las enfermedades isquémicas del corazón, cerebro vasculares, e insuficiencia cardiaca. Las enfermedades carenciales, principalmente la desnutrición y anemia, continúan siendo un problema importante para las poblaciones con menos recursos económicos. Las relaciones sexuales inseguras constituyen el principal motor de la epidemia de VIH/Sida y las ITS.

La violencia basada en género, es una expresión clara de la violación a los Derechos Humanos expresada en violencia sexual, física, emocional, incluyendo manifestaciones extremas como el femicidio, el tráfico de personas y la explotación sexual.

Pese a los avances notables en el aumento de la cobertura de servicios de salud reproductiva para las mujeres, muchos problemas aún persisten, entre ellos las altas tasas de embarazo en adolescentes, el aborto y la maternidad insegura. Muchas mujeres siguen muriendo por causas obstétricas prevenibles: hemorragia, pre eclampsia, eclampsia y parto obstruido. Aun con todos los avances en las políticas públicas, en los planes y programas de planificación familiar y educación sexual, los jóvenes se están iniciando sexualmente en edades cada vez más tempranas por desconocimiento y falta de acceso a métodos anticonceptivos. Los hombres continúan demostrando actitudes negativas hacia la planificación familiar y las mujeres continúan siendo las responsables de prevenir los embarazos.

Las conclusiones reflejan las principales tendencias encontradas en los determinantes demográficos, socio-económicos, ambientales, de la respuesta en salud y los factores de riesgo individuales, destacándose los aspectos inherentes a las inequidades de género, económicas, étnicas, generacionales y geográficas.

Las recomendaciones se orientan hacia los objetivos estratégicos de la Agenda en Salud Subregional e incluyen aspectos de política social, fortalecimiento de la rectoría en salud, extensión de la protección social, reducción de la exclusión social, reducción de los factores de riesgo y la carga de enfermedad de transmisibles y no transmisibles, fortalecimiento de los recursos humanos, desarrollo de investigaciones pertinentes, impulso de la seguridad alimentaria y nutricional, incremento de la cobertura de agua potable y saneamiento, y reducción de la vulnerabilidad ante los desastres.

ANTECEDENTES

El Consejo de Ministras de la Mujer de Centro América (COMMCA)^b, es un órgano sectorial del Sistema de Integración de Centro América (SICA) incorporado desde el año 2005 en el Subsistema de Integración Social. Como órgano rector en materia de género, uno de sus propósitos es abrir espacios a la mujer en el proceso de toma de decisiones regionales así como incorporar y transversalizar la visión de género en los temas de integración.

El COMMCA se crea para propiciar el avance de las mujeres en el logro de los Derechos Humanos y contribuir al desarrollo social, político y económico desde la agenda de la integración centroamericana. Asimismo, cumple con el rol de velar por la equidad de género y contribuir a la erradicación de todas las formas de violencia contra la mujer en los países miembros. Ubica como eje fundamental, la salud de las mujeres desde el enfoque de género, en el marco de los Derechos Humanos y en el ámbito de Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, y República Dominicana, incluida esta última como miembro asociado en la conformación del SICA. México es país observador de dicha organización pero no forma parte del presente informe.

El COMMCA, en tanto las facultades que le confiere el Protocolo de Tegucigalpa y el Reglamento de Actos Normativos, resuelve sobre asuntos políticos y económicos, sociales, ambientales y culturales de interés común, para promover y vincular el desarrollo de los países que lo integran, con la promoción elaboración y propuesta de políticas orientadas a transformar la situación posición y condición de las mujeres en el ámbito regional.

b. La estructura organizativa del COMMCA está conformada por: i) Consejo de Ministras, ii) Presidencia Pro Tempore y III) Secretaría Técnica de la Mujer . Junto con el SICA realiza esfuerzos colaborativos para identificar debilidades y oportunidades para el logro de los compromisos suscritos por los Estados Parte de la Región tales como la Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial Sobre la Mujer (Beijing, 1995), la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la mujer (CEDAW, 1979).

JUSTIFICACION

El COMMCA reconoce la salud como un derecho humano y elemento crucial del desarrollo, cuyo abordaje requiere del análisis de la salud y la enfermedad desde la perspectiva sociocultural y de la epidemiología social. Este abordaje reconoce que las formas de enfermar y de morir de los hombres y las mujeres, tienen magnitudes, causas, consecuencias y expresiones diferenciadas, resultantes de la relación de las características biológicas y las relaciones sociales históricamente construidas para ambos sexos.

El presente informe, analiza el proceso salud-enfermedad desde la perspectiva de género, cuyo planteamiento principal toma en cuenta el contexto social y económico que predispone a hombres y mujeres a formas diferenciadas de enfermar y de morir. En el análisis se busca asociar los roles que desempeñan los hombres y las mujeres, como es el caso de doble y hasta triple jornada de las mujeres, la desigualdad económica, la exclusión de las mujeres indígenas y afro descendientes y las distintas expresiones de las relaciones desiguales de poder, con la salud-enfermedad de los hombres y las mujeres.

En consecuencia, el COMMCA requiere de datos probatorios que muestren cómo la salud y calidad de vida se deteriora ante las barreras de distinta índole que impiden el alcance del máximo nivel posible de salud y bienestar, el ejercicio de la igualdad de género y el goce pleno de los derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos. El presente informe es un instrumento para favorecer el debate y tomar decisiones en la identificación y fortalecimiento de políticas, estrategias y recursos para la búsqueda, consecución y reorientación de la cooperación técnica en el ámbito de los determinantes de la salud de los hombres y las mujeres de los países del SICA.

OBJETIVO

El Informe tiene como objetivo identificar los principales problemas de salud y los determinantes de la salud de mujeres y hombres y describir las desigualdades y barreras que impiden el logro de la equidad de género en salud de Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana, países miembros del SICA, así como hacer visible las acciones necesarias para la elaboración de políticas y orientar la cooperación técnica, en consonancia con la Política de Igualdad de Género de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)^c .

c. La OPS, con Resolución No. del 46º Consejo Directivo de la OPS, cuenta con su Política de Igualdad de Género (3), en concordancia con la política de género de la OMS (2002), los mandatos de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), las Recomendaciones de Beijing Diez Años Después (2005) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2001)

ASPECTOS METODOLOGICOS

Este informe se elabora con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) a través de las Unidades de Género, Etnia y Salud y el apoyo de las Ministras de la Mujer a través de su Secretaría Técnica.

El informe es descriptivo, elaborado mediante revisión y análisis de documentación oficial de organismos especializados en salud y género como la OPS/OMS, Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL), el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), la información oficial de los países de Centroamérica y República Dominicana y de entrevistas realizadas a líderes en salud y género de los países del informe, bajo la dirección técnica de la Oficina de Género, Etnicidad y Salud de la Oficina Central y Regional de la OPS/OMS y apoyo técnico de la representación del SICA.

Las dimensiones de la equidad de género en salud analizadas en el presente informe se basan en la propuesta de Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género de OPS/OMS: determinantes socioeconómicos, estado de salud, atención de salud y participación en mujeres en la gestión¹. Esta propuesta selecciona indicadores sensibles al género considerando su confiabilidad, sencillez, acceso, sostenibilidad y oportunidad. La mayor parte de la evidencia presentada incluye indicadores desagregados por sexo, y en menor medida por edad y pertenencia a poblaciones indígenas.

El informe enfrenta las limitaciones derivadas de la debilidad de los sistemas de información en salud oficiales en la Subregión. Gran parte de la información presentada sufre los sesgos del registro de eventos basados en la demanda de servicios de las poblaciones con acceso a los servicios provistos por los sistemas de salud. Diversos estudios han demostrado el subregistro de los eventos vitales, las deficiencias en la clasificación de enfermedades como causas de muerte, egresos hospitalarios o atención de la morbilidad. Para las poblaciones indígenas, rurales y en general, todos los grupos excluidos socialmente por alguna razón (económica, cultural, de género, discapacidad o generacional), los problemas de salud que los afectan y sus determinantes pueden estar sub-representados en el panorama general.

El informe tiene la fortaleza de reunir en un solo documento información de múltiples fuentes oficiales y de organismos de cooperación técnica reconocidos, y presentar una mirada sintética a los problemas que surgen como prioritarios por su carga de discapacidad o mortalidad, por sus efectos económicos o sociales, e identificar los principales determinantes. Las conclusiones se enfocan en las principales barreras encontradas para la resolución de estos problemas prioritarios, y las recomendaciones se articulan coherentemente con los objetivos estratégicos de la Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2009-2018.



CAPITULO I: CONTEXTO DE LOS PAISES

¿Quiénes son los Centroamericanos
y los Dominicanos?

Reseña histórica

En la época precolombina, la mayoría del territorio Centroamericano formaba parte de la civilización mesoamericana ocupada por sociedades nativas, las cuales se extendían desde el centro de México en el norte, hasta el noroeste de Costa Rica en el sur. Durante la época de la Colonia, América Central integró la Capitanía General de Guatemala y formó parte del Virreinato de Nueva España, el cual fue posteriormente sustituido, entre 1812 y 1821, por las Provincias de Guatemala, Nicaragua, Costa Rica, Chiapas, El Salvador, Honduras y Costa Rica.

A partir de 1821 predominaron esfuerzos por la reunificación federal, promovidos por la vía político-diplomática y por movimientos armados y guerras civiles. En 1823, mediante una Asamblea Nacional Constituyente de las Provincias Unidas de Centroamérica se declara la independencia absoluta de España, de México y de cualquier otra nación extranjera; se establece el sistema de gobierno republicano, conformado por los cinco países del istmo, denominado oficialmente: República Federal de Centroamérica. Panamá se integró en 1903 y Belice en 1981, siendo este último, el único país Centroamericano de habla inglesa.

Gráfico 1: Mapa de Centroamérica y República Dominicana²



Durante el Siglo XX, Centroamérica transitó entre la democracia

y el autoritarismo, surgiendo nuevas formas de cooperación Inter-Centroamericana para resolver conflictos y el derecho internacional como medio para promover nuevas iniciativas, tales como la Convención de Arbitraje en 1902 y la Corte de Justicia Centroamericana en 1907).

En 1951 surge la Organización de Estados Centroamericanos (ODECA) para el logro de la paz y la integración. En 1960 nace el Mercado Común Centroamericano (MERCOMUN) para la transformación económica, el cual contribuyó a ampliar la cooperación intra-regional. Durante el Primer Acuerdo de Paz en la Primera Reunión de Presidentes Centroamericanos (Esquipulas I, mayo 1986) se formalizaron las reuniones presidenciales en torno a soluciones comunes sobre la paz y el desarrollo de la región.

En 1987, los cinco presidentes de Centroamérica, firmaron en la ciudad de Guatemala, un “Procedimiento para establecer la paz firme y duradera en Centroamérica.” Por primera vez, en casi una década de conflictos, los gobernantes actuaron sin la mediación de otros actores. El Acuerdo de Paz logrado en Esquipulas II (Agosto 1987) abrió la ruta para la resolución de la crisis centroamericana y demostró que la aceptación de mecanismos para la pacificación regional requiere del consenso unánime de todos los países de la región.

En 1991, en la XI Cumbre de Presidentes Centroamericanos, se originó el Sistema Integrado de Centroamérica (SICA) como nuevo marco jurídico-político para la integración.

Tanto la Corte de Justicia Centroamericana como Esquipulas II, innovaron conceptos y mecanismos que permitieron un salto cualitativo en el establecimiento de instituciones de pacificación. El impulso brindado por las cumbres de presidentes ha garantizado el abordaje de los asuntos al más alto nivel de decisión junto con la Comisión Ejecutiva conformada como instancia de coordinación y ejecución.

Actualmente la Subregión está conformada por ocho países diversos en geografía, densidad poblacional, con una raíz histórica común. Los territorios varían desde los 21.040 km² de El Salvador hasta los 120.339,54 km² de Nicaragua. La suma de la extensión territorial de los países de Centroamérica es de 523,610 km² conformando, desde Belice hasta Panamá, un corredor y punto de encuentro entre los pueblos y culturas poseedores de una enorme diversidad, riqueza, complejidad lingüística y cultural.³

Cuadro 1. Descripción general de países de Centroamérica y República Dominicana

País	Extensión	Densidad Poblacional	Division política administrativa	Capital
	(Km ²)	(habitantes por Km ²)		
Belice	22.7	12	6 distritos administrativos	Belmopán
Costa Rica	51.1	91.8	7 provincias y 81 cantones	San José
El Salvador	21.04	354.2	14 departamentos y 262 municipios	San Salvador
Guatemala	108.889	131,8	22 departamentos y 331 municipios	Guatemala
Honduras	112.492	67,6	8 departamentos y 298 municipios	Tegucigalpa
Nicaragua	120.339.54	42,7	15 departamentos 2 regiones autónomas y 153 municipios	Managua
Panamá	75.517	46,3	9 provincias, 75 distritos, 5 comarcas indígenas y 621 corregimientos	Panamá
Rep. Dominicana	48.442	176,8	31 provincias y el Distrito nacional	Santo Domingo

Fuente: Salud de las Américas 2007. Volumen II- Países4

Dimensión demográfica

Densidad poblacional

La densidad poblacional de la región varía desde 12 habitantes por km² en Belice hasta 354,2 por km² en El Salvador. Otros países con alta densidad poblacional son República Dominicana (209,9) y Guatemala (131,8). Los demás países tienen una densidad menor a cien habitantes por kilómetro cuadrado.

Población por sexo, procedencia y grupo etario

En el Cuadro 2 se aprecia que de una población estimada en cerca de 54 millones de habitantes, las mujeres representan cerca de 27 millones. Entre ellas, alrededor de la mitad (rango entre 48,1%- y 55,1%) son mujeres en edad fértil (MEF). El índice de masculinidad de la región es de 98,4 hombres por cada cien mujeres. Tres países reportan una proporción mayor de población masculina: Belice, Costa Rica y República Dominicana.

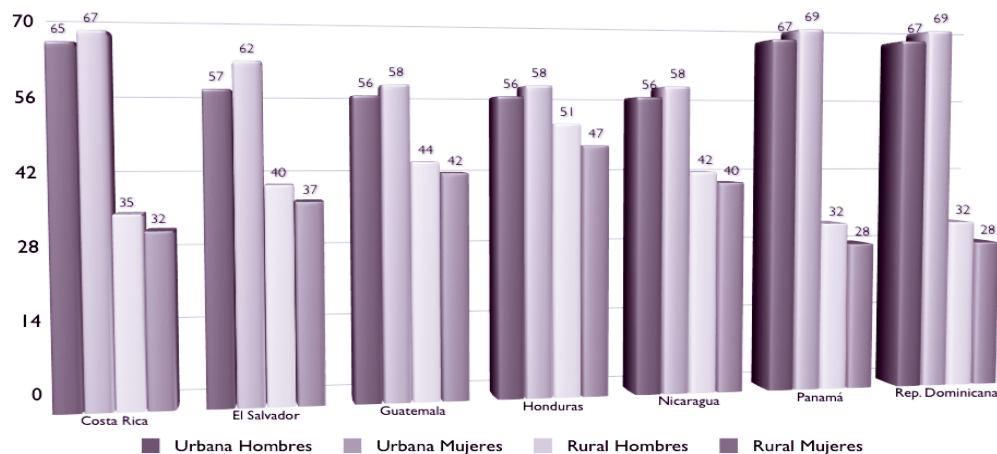
Cuadro 2. Estimaciones de la población de Centroamérica y República Dominicana según sexo, índice de masculinidad y proporción de MEF por país, 2010. PAÍSES

Países	Población Total	Hombres	Mujeres	Índice de Masculinidad
Belice	306	164	152	49.2*
Costa Rica	4,694.62	2,385.75	2,308.87	55.1
El Salvador	7,453.30	3,669.75	3,784.24	53.1
Guatemala	14,453.30	7,000.21	7,361.46	48.1
Honduras	7,614.35	3,797.41	3,816.93	51.6
Nicaragua	5,815.52	2,878.52	2,937.00	53.3
Panamá	3,496.80	1,761.81	1,734.99	52.7
Total C.A	43,742.26	21,656.77	22,095.49	---
Rep. Dominicana	10,168.85	5,094.53	5,074.32	51.8
Total Región SICA	53,911.11	26,751.303	27,169.807	98.4

Fuente: CEPAL y Salud en las Américas. 2007, Volumen II- Países.

La proporción de pobladores urbanos tiende a aumentar, principalmente en República Dominicana, Panamá y Costa Rica (cerca de 60%).⁵ La mayoría de los países presentan una proporción de mujeres urbanas superior a la de los hombres urbanos.⁶ El crecimiento de población urbana se debe principalmente a las emigraciones desde las áreas rurales y ocasiona efectos negativos por el aumento de la demanda de vivienda, transporte y servicios básicos, aumentando el deterioro ambiental.⁷ La vulnerabilidad de las comunidades y países a los fenómenos externos son frecuentes en la urbanización acelerada y poco organizada.⁸

Gráfico 2. Estimaciones de la distribución poblacional en Centroamérica y República Dominicana, según sexo y área de residencia, 2010.



Fuente: CEPAL/CELADE. Observatorio Demográfico No.3. Proyecciones de población.

El análisis de la estructura poblacional según edad y sexo es sumamente importante para determinar el envejecimiento de la población y comprender el proceso de transición demográfica, entendido como el período de cambio de una sociedad donde la tasa de natalidad y mortalidad son altas (sociedad primitiva) a una sociedad con tasas de natalidad y mortalidad bajas (sociedad moderna). La CEPAL clasifica a los países según la transición demográfica en: incipiente, moderada, plena y avanzada. Cuando las sociedades avanzan en esta transición demográfica, se observa un aumento brusco de la población con una acumulación en la cúspide y un afinamiento de la base. El perfil piramidal se pierde para adoptar formas geométricas diferentes con tendencia a una figura rectangular o similar.⁹ En los Gráficos 3 al 10 se aprecian las variaciones en la transición geográfica de los países.

Gráfico 3.
Población de Belice según edad y sexo, 2010.

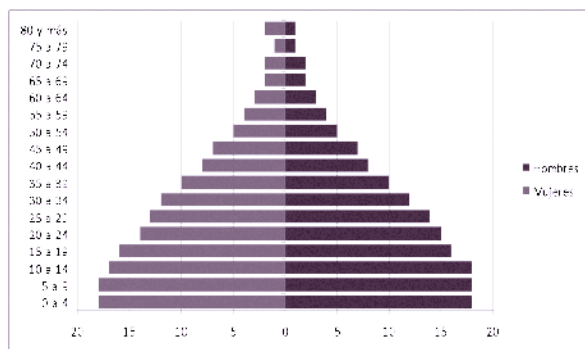


Gráfico 4
Población de Costa Rica según edad y sexo, 2010.

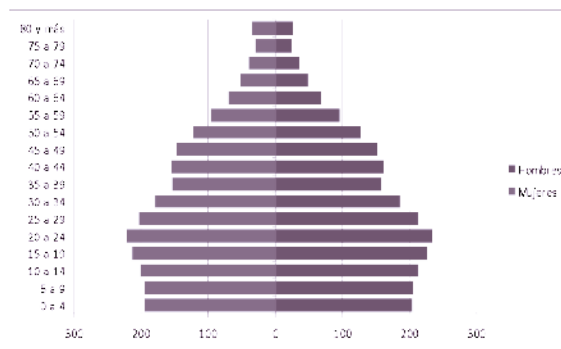


Gráfico 5
Población de El Salvador según edad y sexo, 2010.

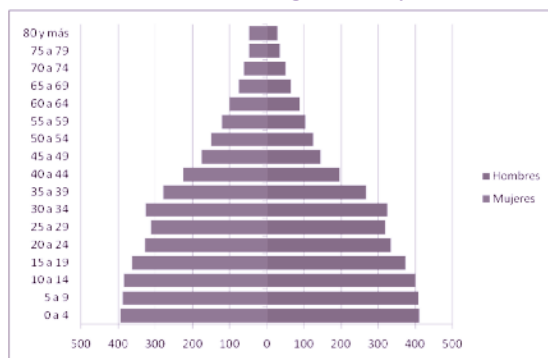


Gráfico 6.
Población de Guatemala según edad y sexo, 2010.

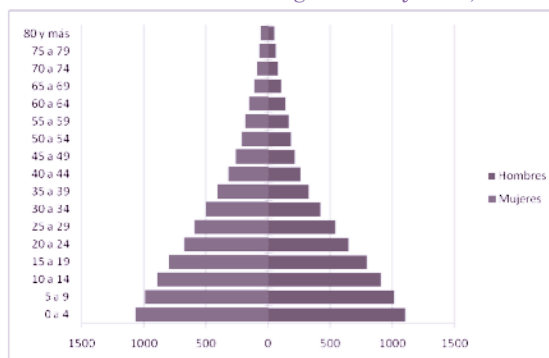


Gráfico 7.
Población de Honduras según edad y sexo, 2010.

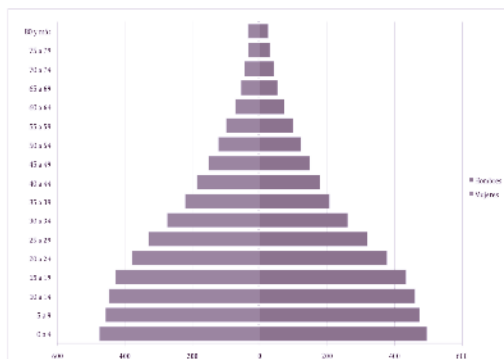


Gráfico 8. Población de
Nicaragua por grupos de edad y sexo, 2010.

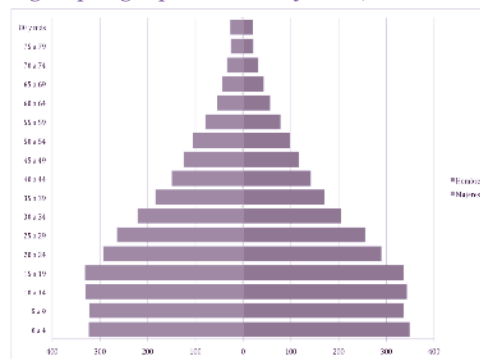


Gráfico 9.
Población de Panamá según edad y sexo, 2010.

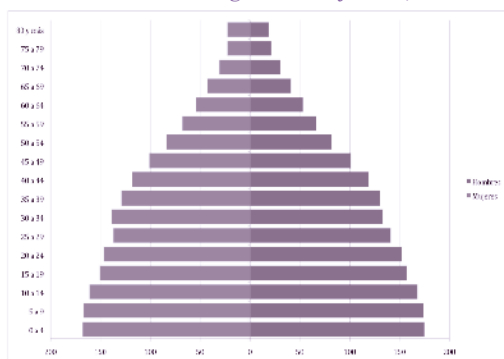
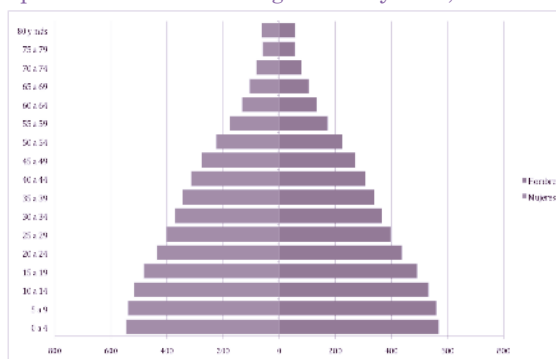


Gráfico 10. Población de
República Dominicana según edad y sexo, 2010.



Población indígena y afro descendiente

Los pueblos indígenas y afro descendientes de Centroamérica demandan el reconocimiento de su identidad, cultura, tradiciones y derechos. Ambos, cultural e históricamente diferentes, han vivido similares experiencias de exclusión, discriminación e invisibilización y comparten los mismos deseos de autodefinirse como pueblos con los mismos derechos.

Los datos poblacionales recogidos en los censos todavía enfrentan limitaciones en cuanto a la inclusión de la variable “origen étnico”. Los censos, aun los más recientes que han registrado origen étnico, no han logrado producir la verdadera proporción de la población indígena. Según los pueblos indígenas, existen en Centroamérica más de 56 pueblos. Según estimaciones de FLACSO (2003), el 15% de la población de Centroamérica, cerca de seis millones de habitantes, son indígenas.¹⁰ En el Cuadro 3, se aprecia que Guatemala es el país con mayor representación indígena (43%), seguido por Belice (17%) y Panamá (10%).

Cuadro 3. Población indígena en Centroamérica según país, 2003

País	Población Total	Población Indígena	%	Grupos Étnicos*
Belice	232.111	39.459	17	Yucatecos, Mopanes Kekchi, Garífunas, Afrocaribeñas, Ladinos
Costa Rica	4,167.400	63.876	2	Malehu, Cabécar, Bribri Térraba, Brunca, Ngóbe Huetar y Chorotega
El Salvador	6.638.100	132.762	2	Nahua/Pipiles, Lencas y Cacaoperas
Guatemala	12.309.400	4.487.138	43	24 pueblos, Garífuna. 3 pueblos indígenas Mayas
Honduras	7.00.700	440.313	7	Lencas, Chortís, Tolupanes o Xicaques, Pech o Payas o Sumos, Misquitos y Garífunas
Nicaragua	5.488.700	393.85	8	**Cacaoperas, Chorotegas Nahoas, Xiu, Miskitos, Mayagnas, Garífunas, Ramas y Creoles.
Panamá	3.116.300	284.754	10	Kuna-Yala, Emberá-waunaan, Kuna Mandungandi, Ngóbe Bugle, Wargandi, Pueblo Naso Teribe
Total	38.953.111	5.842.152	15	

Fuentes: FLACSO, * Segundo informe de Desarrollo Humano, 2003 y Salud de las Américas, 2007**.

En la Ronda Censal del 2000, sólo algunos países incluyeron variables para identificar poblaciones afro descendientes. En una población de 26.149.723 personas en cuatro países, se censaron 159.803 personas afro descendientes, correspondientes al 0.6% de la población general. Los censos agrupan diferentes grupos. El mayor número de personas afro descendientes se reporta en Costa Rica, ascendiendo a 72.784 Afro costarricenses o Negros (2% de la población total), seguidos por Honduras con 58.818 (1%) Garífunas y Negros Ingleses, en Nicaragua con 23.161 (0,5%) Garífunas y Creoles y en Guatemala con 5.040 Garífunas (0,04%).¹¹ En República Dominicana, la identidad Dominicana es una amalgama de tres elementos: el africano (predominante) el español y el primigenio, elemento taino que vive en zonas del interior.

Migración

Las migraciones internacionales e internas reflejan la movilidad poblacional y contribuyen a las desigualdades sociales. El tipo de migración y los estilos de vida de los inmigrantes en los países de destino tienen un efecto en la salud del inmigrante y de los familiares que permanecen en los países. Las principales causas de la migración son la exclusión económica, política y social, la pobreza extrema, el desempleo, el desplazamiento de la fuerza de trabajo a sectores manufactureros, la entrada de nuevas tecnologías que desplazan la mano de obra nacional, las guerras y conflictos internos, el desplazamiento del compañero de hogar que emigra primero y de la mujer que acude posteriormente en su búsqueda para reunificar la familia.¹² Los desastres naturales y conflictos armados, han convertido a algunos países en expulsores, principalmente a El Salvador y Nicaragua.

La emigración internacional, principalmente hacia Estados Unidos se ha intensificado en los últimos años, mientras que la emigración dentro de Centroamérica, principalmente a Costa Rica, se mantiene. Un problema importante, causante de muchas muertes, es la emigración indocumentada. El migrante viaja en embarcaciones frágiles o cruzando las fronteras terrestres vía México y Honduras. Familias enteras, principalmente indígenas, dejan sus hogares para realizar trabajos agrícolas temporales, en un contexto de inseguridad laboral y en condiciones precarias, especialmente para las mujeres y sus hijos: mala alimentación, bajo o ningún salario, jornadas extensas, no pago de horas extras, pésimas condiciones de estadía y exposición a peligros por asaltos, enfermedades, acoso y violaciones. Pese a los efectos negativos de la migración tanto para el inmigrante como para sus familiares, el impacto económico de las remesas familiares ha sido ampliamente descrito y su aporte ya forma parte de la economía de los países.^{13,14,15}

Esperanza de vida al nacer (EVN)

Uno de los principales indicadores del desarrollo humano, y por ende de la salud, es la EVN. En el Cuadro 4, se aprecia que la EVN oscila entre 71,4 años en Guatemala y 79,4 años en Costa Rica. La población de los países con mejor desarrollo socio económico tiende a vivir más que la de los países menos desarrollados. Sin embargo, estos promedios nacionales, ocultan las disparidades dentro de los grupos más vulnerables, los cuales

tienden a vivir aún menos. La EVN de las mujeres en todos los países analizados es más alta que la de los hombres. La menor EVN se observa en los hombres de Guatemala y Belice.⁵

Cuadro 4. Esperanza de Vida al Nacer (en años), según sexo, países de CA y República Dominicana, 2010-2015

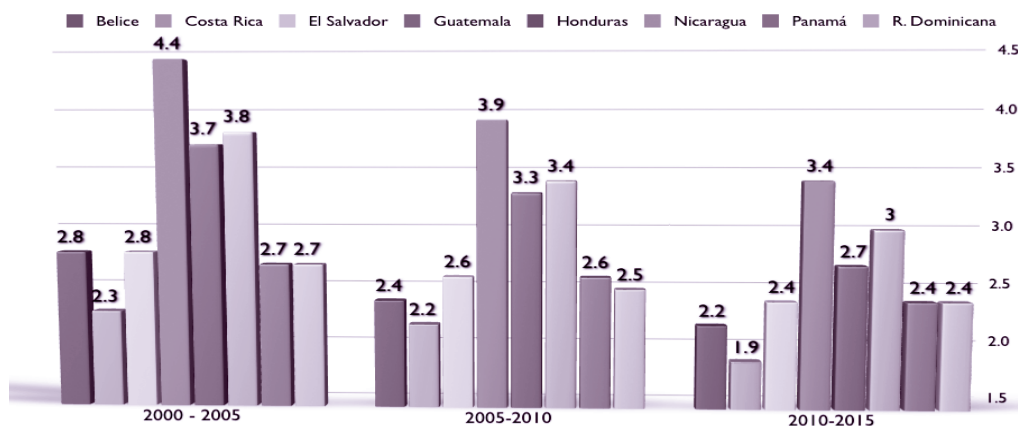
Países	Total País	Hombres	Mujeres
Belice	71,8	69,5	74,2
Costa Rica	79,4	77,0	81,9
El Salvador	72,9	69,8	76,0
Guatemala	71,4	67,9	75,0
Honduras	73,1	70,7	75,6
Nicaragua	74,5	71,5	77,7
Panamá	76,3	73,7	79,1
República Dominicana	73,2	70,2	76,5

Fuente: CEPAL Observatorio Demográfico No. 3 Proyecciones de Población

Tasa global de fecundidad (TGF)

Centroamérica ha experimentado una reducción en la TGF de 6 hijos a mediados del siglo pasado a menos de 5 en el período actual, disminuyendo, por lo tanto, la tasa bruta de natalidad (TBN).¹⁶ En el gráfico 11, se observa la marcada tendencia al descenso de la TGF para la mayoría de los países, siendo menos acentuada en los países que tenían TGF menores en el año 2000 (El Salvador, República Dominicana, y Costa Rica). Belice y Costa Rica, en el último quinquenio se encontrarán en la fecundidad de reemplazo si continúan con el mismo índice o menos. (2,5 y 2,0).¹⁷

Gráfico 11. Tendencia de la TGF, países de CA y República Dominicana, quinquenios 2000-2015.



Fuente: CEPAL. Boletín Demográfico América Latina y Caribe. 1950-2050

Natalidad

El Cuadro 5 muestra la tendencia decreciente de las TBN a partir del quinquenio 2005-2010, con excepción de Belice. Este comportamiento es característico del envejecimiento de la población, el cual se intensificará en los próximos diez años, manteniéndose las diferencias entre los países. Actualmente, en Costa Rica y Panamá se observan las tasas más bajas (17,08 y 20,9 respectivamente), Guatemala, tiene la tasa más alta (33,3), situándose más alejada del proceso de transición demográfica. El resto de países tiene tasas similares que van desde 23,1 en El Salvador, 23,5 en República Dominicana, 24,9 en Nicaragua y 27,8 en Honduras.⁵

Cuadro 5. Tasas brutas de natalidad (por mil), países de Centroamérica y República Dominicana, quinquenios 2005-2020.

Países	2005-2010	2010-2015	2015-2020
Belice	24,6	22,3	20,0
Costa Rica	17,08	16,3	15,0
El Salvador	23,1	21,2	19,6
Guatemala	33,3	30,5	27,7
Honduras	27,8	25,5	23,2
Nicaragua	24,9	23,2	21,0
Panamá	20,9	19,1	17,8
República Dominicana	23,5	21,9	20,15

Fuente: CEPAL. Observatorio Demográfico No.3. Proyecciones de Población.

* Los datos de Belice provienen de Boletín demográfico: América Latina y el Caribe .16

Crecimiento poblacional

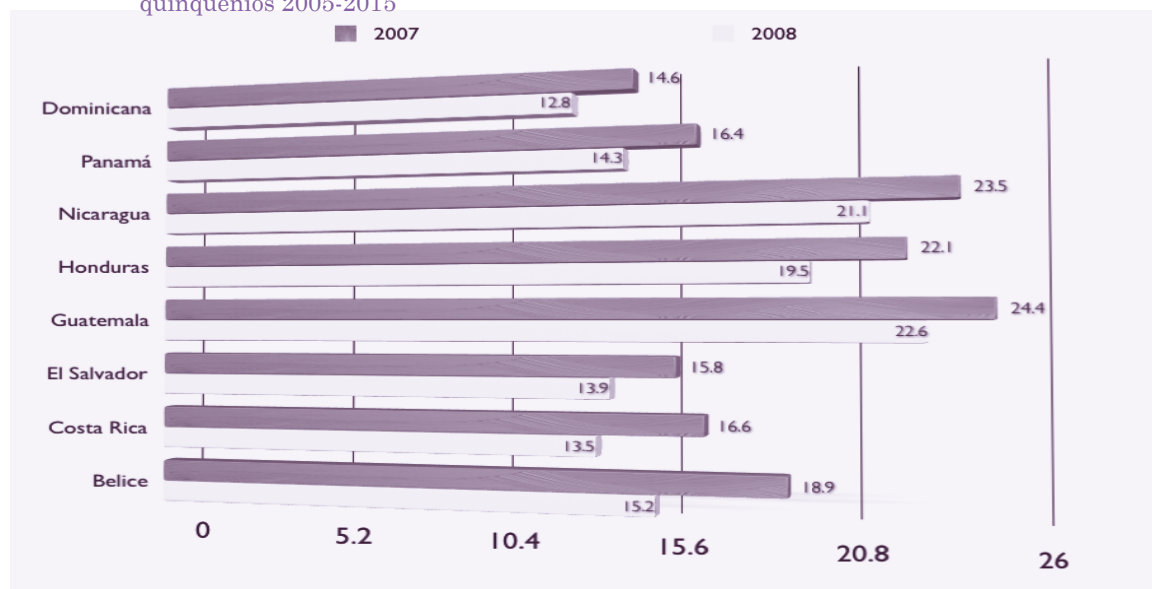
El Gráfico 12 muestra el crecimiento poblacional por país en dos quinquenios. Todos los países demuestran un leve descenso en el crecimiento para el quinquenio 2010-2015. Guatemala Honduras y Nicaragua son los países con mayor crecimiento poblacional en el quinquenio 2005-2010. Sin embargo, se espera que en el próximo quinquenio (2010-2015) reduzcan su crecimiento, al igual que en el resto de países.

Tasa Bruta de Mortalidad General (TBMG)

El Gráfico 13 muestra la tendencia de la TBMG en los últimos cuatro quinquenios. Todos los países logran un importante descenso, destacándose Guatemala que presentó las más altas tasas en los primeros quinquenios. En los quinquenios 2005/10

y 2010/15 las tasas tienden a estabilizarse; Belice se ubica en primer lugar con la tasa más baja en el último quinquenio analizado, le sigue Costa Rica que tendrá una leve alza. Por otro lado, Guatemala y República Dominicana van a converger en ese mismo período con las tasas más altas en relación al resto de países. En general, las tendencias en la mortalidad de los países de la Subregión no muestran cambios dramáticos, sin embargo, la estabilidad va a influir significativamente en la transición demográfica.¹⁷

Gráfico 12. Crecimiento poblacional anual (por 1000 habitantes), países de CA y República Dominicana, quinquenios 2005-2015

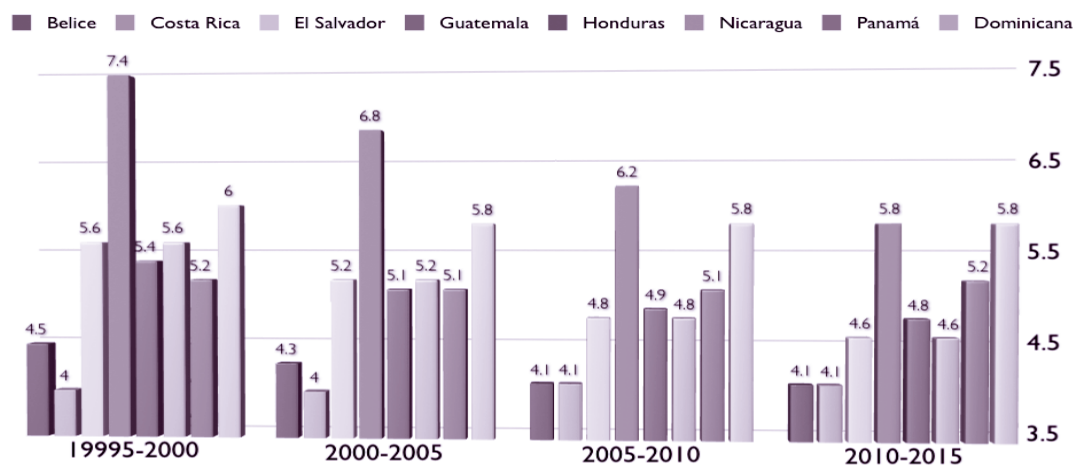


Fuente: CEPAL Personas Mayores en América Latina y el Caribe. 2000 Boletín Demográfico América Latina y Caribe.¹⁸

Tasa de mortalidad infantil (TMI)

La TMI es un indicador sensible a los cambios poblacionales que se producen en los países y muy útil para medir la capacidad de respuesta de los servicios de salud. En el Cuadro 6, se aprecian diferencias significativas entre países, cuyo rango va desde 9,9 por mil nacidos vivos en Costa Rica hasta 30,1 en Guatemala. La TMI es menor en el sexo femenino respecto al masculino, con diferencias que van de 3 hasta 10 puntos porcentuales entre uno y otro sexo. Guatemala presenta la mayor diferencia entre hombres y mujeres (10 puntos); las menores diferencias se reportan en Costa Rica y Nicaragua.¹⁹

Gráfico 13. Tendencias de la Tasa Bruta de Mortalidad general (por mil), países de Centroamérica y República Dominicana, por quinquenios, 1995-2000 a 2010-15



Fuente: CEPAL Boletín Demográfico América Latina y Caribe. 1950-2050.

Cuadro 6. Tasa de Mortalidad Infantil (por 1000 nacidos vivos), países de CA y República Dominicana, según sexo, 2010.

Países	2005-2010	2010-2015	2015-2020
Belice*	24,6	22,3	20,0
Costa Rica	17,08	16,3	15,0
El Salvador	23,1	21,2	19,6
Guatemala	33,3	30,5	27,7
Honduras	27,8	25,5	23,2
Nicaragua	24,9	23,2	21,0
Panamá	20,9	19,1	17,8
República Dominicana	23,5	21,9	20,15

Fuente: CELADE. División de Población/CEPAL. Proyecciones. – Sin dato.

Con relación a las tendencias demográficas, todos los países muestran cambios demográficos importantes, encontrándose en distintos grados de la transición demográfica. Según la clasificación de la CEPAL,²⁰ para el período 2005-2010, Guatemala se encontraba en transición moderada, El Salvador, Panamá, Nicaragua y República Dominicana, se encontraban en transición plena; y solo Costa Rica se encuentra en transición avanzada. De acuerdo al nivel de envejecimiento, Guatemala, Honduras y Nicaragua se encuentran en el nivel incipiente; Costa Rica, El Salvador, Panamá y República Dominicana se encuentran en el nivel moderado.



CAPITULO II. DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS DE LA SALUD

¿Cuál es el mundo en que viven los
de esta subregión?

Actualmente existe un claro reconocimiento de que el crecimiento económico, la distribución del ingreso y la inversión en capital humano determinan la calidad de vida y salud de las personas. Por lo tanto, la comprensión de los determinantes socioeconómicos de la salud y su expresión desigual entre hombres y mujeres, es crucial para el abordaje y solución de los problemas de salud, con una indiscutible necesidad de participación de todos los sectores.



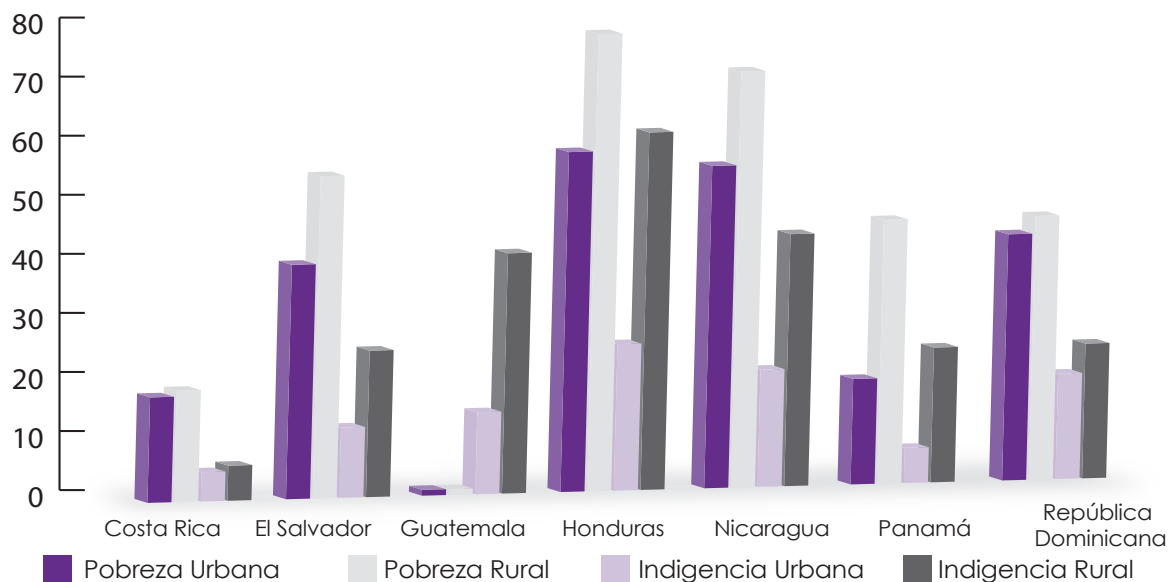
Pobreza

Uno de los determinantes sociales más importantes de la inequidad en salud es la pobreza, cuya raíz se origina en las políticas económicas y sociales inequitativas, bajas tasas de crecimiento económico, baja productividad y limitada inversión en el capital humano. Si bien la pobreza (en número absoluto de personas y proporción) ha disminuido en los últimos años, persisten disparidades importantes; la distribución del ingreso entre quintiles ricos y pobres continúa siendo altamente desigual. En el Gráfico 14 se aprecia los porcentajes de población que vive en situación de pobreza* e indigencia** en los países analizados, siendo mayor en Honduras y Nicaragua. La pobreza e indigencia rural es mayor que la urbana en todos los países, y muy altas en Honduras, seguida de Nicaragua y El Salvador.²¹

* Pobreza: Personas cuyo ingreso por habitante del hogar al que pertenecen no es suficiente para satisfacer sus necesidades esenciales. (CEPAL. Panorama Social de América Latina, 2006).

** Indigencia: Personas cuyo ingreso por habitante del hogar al que pertenecen no es suficiente para adquirir los bienes necesarios para cubrir las necesidades nutricionales de la población, tomando en consideración los hábitos de consumo, la disponibilidad efectiva de alimentos, sus precios relativos, así como las diferencias de precios entre áreas metropolitanas, demás zonas urbanas y zonas rurales. (CEPAL. Panorama Social de América Latina, 2006).

Gráfico 14. Población en situación de pobreza e indigencia (%), seis países de CA y República Dominicana, según área de residencia, 2007



La pobreza, medida usualmente a través del método de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y línea de pobreza, utiliza el hogar como unidad de análisis. Esta metodología no es adecuada ya que asume que los recursos se distribuyen equitativamente al interior de los hogares, invisibilizando las condiciones en las que viven las mujeres.²²

Cuadro 7. Hogares urbanos con jefatura femenina (%) en cada estrato de pobreza, seis países de Centroamérica y República Dominicana, 2001-2002

Países	Total de hogares con jefatura femenina %	Pobreza Indigente %	Pobreza no Indigente %	No Pobre %
Costa Rica	28	48	34	27
El Salvador (2001)	35	37	40	33
Guatemala (2002)	22	30	21	21
Honduras (2002)	31	32	31	31
Nicaragua (2001)	34	37	34	32
Panamá (2002)	29	44	31	27
República Dominicana (2002)	34	54	39	27

Fuente: CEPAL: Unidad Mujer y Desarrollo. Género y Pobreza. 2004

http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/12980/Anexos_2003_esp.pdf

En el Cuadro 7 se observa que una gran proporción de hogares urbanos encabezados por mujeres viven en pobreza o indigencia.

En el Cuadro 8 se presenta la situación de las mujeres quienes viviendo en pareja no disponen de ingresos propios que les permitiría lograr una autonomía económica. Esto repercute en pérdida de autoestima y de capacidad para tomar decisiones y cubrir necesidades propias. Tanto en los hogares pobres urbanos como en los rurales, la proporción de mujeres sin ingresos propios varía entre 42% y 85% del total de hogares.

Algunos estudios reconocen que la pobreza que afecta a las poblaciones indígenas es mayor que en las poblaciones no indígenas. En Guatemala²³ y Panamá²⁴, la pobreza en poblaciones indígenas se estimó en 86,6 y 95,4% respectivamente, mientras que en poblaciones no indígenas fue significativamente menor (53,9% en Guatemala y 68,9% en Panamá).

Cuadro 8. Mujeres cónyuges sin ingresos propios (%) en hogares pobres, según área de residencia, cinco países de CA y República Dominicana, alrededor de 2001-2002

Países	Mujeres cónyuges sin ingresos propios en Hogares Pobres	
	Urbanos	Rurales
Costa Rica	77,8	84,9
El Salvador	61,6	75,5
Guatemala	52,1	59,6
Honduras	67,1	82,8
Panamá	41,7	42,5
República Dominicana	69,1	76,7

Fuente: CEPAL. Género y Pobreza. 2004

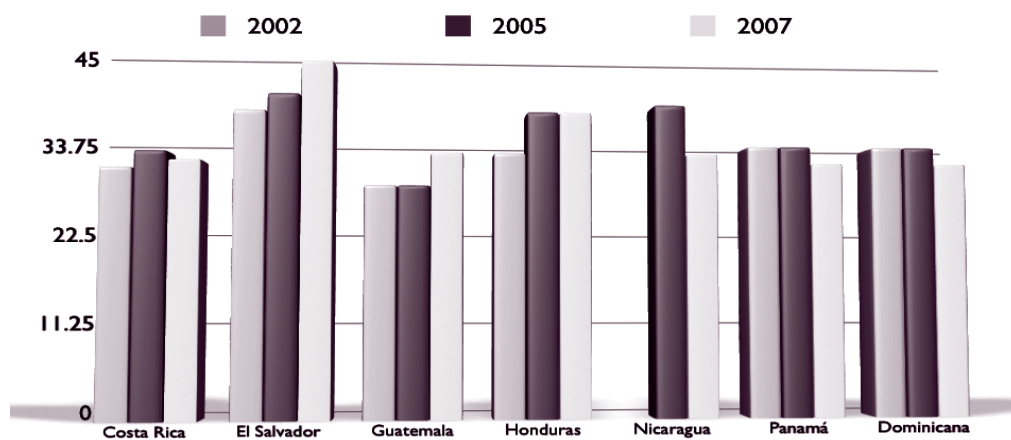
http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/12980/Anexos_2003_esp.pdf

Jefatura femenina de hogares

La jefatura femenina de hogar se usa como un indicador de la feminización de la pobreza, planteándose que los hogares encabezados por mujeres son los más pobres entre los pobres. Se reconocen como causas, la migración de los hombres, las separaciones y los divorcios.²⁵ La mayor pobreza de estos

hogares se asocia con la mayor exclusión de las mujeres que se asocia a la no remuneración del trabajo doméstico, el ingreso menor que reciben cuando es remunerado, la discriminación para obtener un trabajo remunerado y las dificultades de no contar con tiempo suficiente ni facilidades para la movilización²⁶ y para conciliar sus roles productivo y reproductivo. También se reconocen algunas ventajas: mejor autoestima, satisfacción personal por los logros alcanzados, reducción o eliminación del maltrato, un patrón más equitativo de gastos orientados a la nutrición, educación, recreación, apoyo social y familiar, y mejores relaciones de amistad y parentesco.²⁷

Gráfico 15. Tendencia de la jefatura femenina de hogares, seis países de CA y República Dominicana, 2002, 2005 y 2007.



Fuente: CELADE, División de Población de la CEPAL. Estadísticas e Indicadores Sociales. 2000.

En el Gráfico 15 se aprecia que cerca de un tercio de los hogares de los países de la Subregión tienen jefatura femenina, la cual tiende a aumentar entre 2002 y 2007, a excepción de Nicaragua.

Desnutrición

La desnutrición es un determinante importante de la salud. La desnutrición es uno de los principales mecanismos de transmisión inter-generacional de la pobreza y la desigualdad que afectan negativamente a la salud, la educación, la productividad y el crecimiento económico de un país. La desnutrición aumenta la vulnerabilidad y gravedad de las enfermedades, la incorporación tardía de los niños al sistema educativo y el ausentismo

escolar, causa deterioro cognitivo que reduce el aprendizaje. A lo largo del ciclo de vida, impide a las personas el desarrollo de su máximo potencial intelectual, físico y productivo. En la Subregión, la prevalencia de la desnutrición crónica varía entre 6,7% en Costa Rica y 48,7% en Guatemala.²⁸ El problema de la subnutrición asciende al 10% de la población en la Subregión, concentrándose en la edad preescolar (CEPAL-PMA 2004 y 2005), y en el bajo peso al nacer (BPN), principalmente en Guatemala, Honduras y Nicaragua (entre 7% y 12,5% de los nacidos vivos). La desnutrición en mujeres se abordará más adelante por su relación con la salud reproductiva.

La desnutrición habría costado 6,7 mil millones de dólares a las economías de los países de la Subregión en 2004, lo que equivale al 6,4 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB), afectando severamente los esfuerzos nacionales e internacionales para erradicar el hambre y la pobreza.²⁷



Trabajo e ingresos

El acceso a un empleo decente es fundamental para la salud y la reducción de la pobreza. En términos generales se aprecia un incremento en la participación de las mujeres en el mercado laboral, sin que haya sido posible bajar sus tasas de desempleo, de empleo informal, y de desempleo juvenil. Hasta la reciente

recesión mundial (2008 – 2009), el PIB y PIB per cápita de la Subregión creció, mejorándose los indicadores laborales, principalmente el de población ocupada asalariada. Este crecimiento económico no compensó el deterioro estructural para la generación de trabajo decente, persistiendo la crisis de empleo de calidad de los años anteriores. Más de la mitad, 58,8% (11,7 millones) de la fuerza laboral de la Subregión en 2008, trabajaban en el sector informal o estaban desempleados, sin gozar de los derechos laborales. El subempleo sigue siendo importante (17% en Panamá hasta 38% en Nicaragua) y más elevado entre las mujeres. Un tercio de los trabajadores labora por cuenta propia, principalmente en pequeñas empresas y microempresas. La crisis incidió en un aumento del desempleo, estimado en 9% en 2009 (duplicando el 4% reportado en 2008) con un mayor impacto esperado en las mujeres.³⁰

Población económicamente activa (PEA) y ocupada (PEAO)

Existen diferencias en la composición de la PEA entre hombres y mujeres, siendo la incorporación de las mujeres menor que la de los hombres. En el Cuadro 9 se observa que en la PEA ocupada de 15-24 años, la diferencia hombre-mujer es de 30 puntos porcentuales. Tanto para el sector informal como el formal, la diferencia entre hombres y mujeres es mayor en el área rural (47 puntos porcentuales entre ambos sexos). La PEA masculina es mayoritariamente rural y la femenina es más urbana. En el área rural, ambos sexos se insertan igual en el sector informal (75%), a diferencia del área urbana, donde las mujeres se insertan más en este sector.

Trabajo en el sector informal:

Las mujeres de la Subregión participan en una mayor proporción en el sector informal (Rango de 42,2% a 65,8%) que los hombres (Rango de 34,7% a 55,7%). Esta inserción es desventajosa para las mujeres por la baja productividad, la falta de acceso a la seguridad social, o beneficios laborales como jubilaciones, vacaciones, y permisos de maternidad. Guatemala, Nicaragua y El Salvador presentan el mayor porcentaje de mujeres trabajando en el sector informal, reportándose en El Salvador la diferencia más marcada entre hombres y mujeres (14,8 puntos porcentuales).³²

Cuadro 9. Población económicamente activa ocupada de 15-24 años (%) por sector, según sexo y área de residencia en Centroamérica y República Dominicana. * 2008

	Sector Informal		Sector Formal	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Urbana	39,0	53,0	61,0	47,0
Rural	75,0	75,0	25,0	25,0

*El Estudio no incluye Belice

Fuente: OIT/IPEC. *Juventud y Trabajo Decente y las Vinculaciones entre trabajo Infantil y Juvenil. 2008*

Ingresos por el trabajo remunerado

El ingreso promedio que reciben las mujeres comparado con el de los hombres, es otra expresión de inequidad en el ámbito laboral. Las mujeres, aún con niveles similares de escolaridad, perciben salarios inferiores (entre 49,5% y 78,8%) al de los hombres. Panamá y República Dominicana enfrentan un reto aún mayor al tener el promedio salarial más bajo para las mujeres comparado con el de los hombres con respecto al resto de países³²

Trabajo no remunerado

La dedicación a las labores del hogar implica un arduo trabajo físico en diversas labores domésticas. Este trabajo se desempeña sin límite de horario ni distinción de jornada, sin días libres, permisos, vacaciones, salario ni acceso a planes de aseguramiento de la salud y de jubilación –por derecho propio-. Esta dedicación exclusiva de las mujeres a las labores domésticas ocurre en todos los países, independientemente de la posición familiar de la mujer en el hogar: jefas de hogar (26,1% a 31,4%), cónyuges (47% - 56,5%), hijas (8,8% -27,5%) y mujeres mayores de 15 años (33,4% - 43,2%).³²

Trabajo doméstico diferenciado

Hombres y mujeres participan en forma diferenciada en actividades domésticas, evidenciándose el reforzamiento de estereotipos de género. En el Cuadro 10 se aprecia esas diferencias. Los hombres usualmente reparan la casa y traen leña, mientras que las mujeres acarrear agua, sacan basura, cuidan niños, lavan ropa y trastes, cocinan, limpian, entre otras. Aún cuando se reporta la participación de los hombres en algunas tareas, la duración de su participación no supera en horas diarias a la de las mujeres.³²

Cuadro 10. Tiempo diario en horas, destinado a los quehaceres domésticos por hombres y mujeres de 12 años y más, en Guatemala y Nicaragua, 1998-2000

Actividad doméstica	Guatemala (2000)		Nicaragua (1998)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Traer leña	1,6	0,8	1,9	1,7
Acarrear agua	0,5	0,6	1,6	1,5
Sacar basura	0,1	0,1		
Cuidar niños	2,2	4,8	2,5	3,0
Lavar ropa	0,6	1,6		
Lavar trastes	0,2	0,3		
Cocinar	0,7	2,0	1,8	2,3
Limpieza	0,7	1,1		
Cuidar enfermos			2,2	2,6
Reparar la casa			2,1	1,5
Compras			1,8	2,3
Que haceres hogar			1,7	2,4

Fuente: Unidad Mujer y Desarrollo. Serie 83. CEPAL 2000

Desempleo

En todos los países, las poblaciones más jóvenes (15-24 años) tienen mayor proporción de desempleo, principalmente en Panamá y República Dominicana. En general, las mujeres presentan tasas mayores de desempleo que los hombres, aunque existen variaciones relacionadas con la escolaridad.^{30,31}

Educación

La educación tiene una relación determinante con la salud y la reducción de pobreza y viceversa. Las principales variables que se analizan en esta sección son las tasas de analfabetismo, los años promedio de escolaridad y la tasa de escolarización primaria.

Analfabetismo

En tres países de la Subregión (Guatemala, Honduras y Nicaragua), más de 20% de la población adulta es analfabeta y en dos países (El Salvador, República Dominicana) lo es más de 10% de la población. Belice presenta las tasas más bajas de la región (CEPAL, 2006). El analfabetismo en población indígena femenina mayor de 15 años, presentado en el Cuadro 11, refleja

que es un problema importante en todos los países estudiados, siendo más alto en Guatemala y Panamá (47,7% y 37,8% respectivamente), siendo un problema mayor para las mujeres indígenas.³²

Cuadro 11. Analfabetismo de población indígena mayor de 15 años (%), según sexo, cuatro países de CA, 2007

Países	Ambos sexos %	Hombres %	Mujeres %
Costa Rica	20,4	17,9	22,9
Guatemala	47,7	36,3	58,3
Honduras	28,9	26,7	36,1
Panamá	37,8	28,4	47,7

Fuente: CELADE. División de Población de CEPAL. Fondo Indígena, datos de censo de 2000. Sistema de Indicadores socio demográficos de población y pueblos indígenas de América Latina (SISPP).

En 2007, las tasas de alfabetización en población entre 15 y 24 años, oscilaron entre 82,9% en mujeres de Guatemala y 97,6% en hombres de Costa Rica. Guatemala, Honduras y Nicaragua, presentan las cifras más bajas para ambos sexos. En general, las tasas de alfabetización de las mujeres superan a los hombres con excepción de Guatemala y Panamá, sin embargo este beneficio no se manifiesta en mejores oportunidades de empleo y/o salario, ni participación en puestos de toma de decisiones, ya que el acceso está mediado fundamentalmente por razones de género.³³

Escolaridad:

Otro indicador importante es el promedio de años de estudio de la población por el significado que implica para el desarrollo. En el Cuadro 12, se destacan las diferencias en el promedio de años de estudio entre países, entre áreas urbanas y rurales y entre ambos sexos, con ventajas para las mujeres de todos los países, excepto en Guatemala. El rango de años de estudio para las mujeres (3,9-10,8 años) es mayor que el de los hombres (4,7-10,2 años). Las mujeres rurales guatemaltecas presentan el menor número de años de estudio. Para ambos sexos, el promedio más bajo de años de escolaridad en poblaciones rurales se presenta en Guatemala, Nicaragua y Honduras.³⁴

Cuadro 12. Años de estudio de la población de 15-24 años de edad (en promedio), 6 países de CA y República Dominicana, según sexo y área de residencia, 2000-2004.

Países	Área urbana		Área Rural	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Costa Rica	8,9	9,3	7,3	7,8
El Salvador	9,1	9,1	6,3	6,4
Guatemala	8,0	7,3	4,8	3,9
Honduras	7,6	8,1	4,7	5,1
Nicaragua	7,4	8,3	4,0	4,6
Panamá	10,2	10,8	8,0	8,3
República Dominicana	9,3	10,0	7,7	8,6

Fuente: CEPAL, con datos de UNESCO.

Egreso de la educación primaria

Completar la enseñanza primaria es un logro importante y el primer escalón que alcanzan los menores, pero cuyo alcance no garantiza necesariamente transformaciones importantes en el desarrollo de capacidades. El mayor porcentaje de egreso de la educación primaria se reporta en Belice, Costa Rica y Panamá. Con excepción de Panamá y Guatemala, todos los países demuestran un mejor desempeño de las mujeres para completar la educación primaria.³⁵ En el Cuadro 13 se aprecia que la población rural indígena de 15 a 19 años egresada de educación primaria está en franca desventaja frente a la población indígena urbana.³⁶ La falta de acceso a la educación de las mujeres indígenas se refleja tanto en el área urbana como en el área rural.³⁷

Cuadro 13. Población indígena de 15-19 años que terminó educación primaria (%) según sexo y área de residencia urbana y rural, cuatro países de Centroamérica, 2007

Categorías	Países			
	Costa Rica	Guatemala	Honduras	Panamá
Total	55,7	36,6	49,1	55,8
Urbano	79,5	52,4	78,5	79,1
Rural	49,5	28,8	42,8	49,5
Total Urbano				
Hombre	78,6	58,7	76,3	82,3
Mujer	80,3	46,6	80,4	46,6
Total Rural				
Hombre	50,5	35,6	40,6	55,1
Mujer	48,5	22,3	45,1	43,1

Fuente: CELADE. División de Población de CEPAL. Fondo Indígena, datos de censo de 2000. Sistema de Indicadores socio demográficos de población y pueblos indígenas de América Latina SISPP.

Participación de las mujeres en política

Otro determinante del desarrollo y la equidad de género en los países es la participación de las mujeres en la toma de decisiones. El Cuadro 14 presenta la baja participación de las mujeres de la Subregión en cargos ministeriales (entre 6% y 35%) y en el Parlamento (entre el 8% y 39%). Costa Rica presenta el más alto porcentaje de mujeres en cargos parlamentarios y El Salvador en cargos ministeriales. Este bajo nivel de participación de las mujeres está ligado al hecho de que el poder político es y ha sido ejercido por hombres, sin base en la normativa legal, supeditados a intereses políticos coyunturales.³⁸ Por otro lado, las mujeres enfrentan limitaciones para optar por puestos de toma de decisiones ya que el hecho de incursionar en el ámbito público no ha significado una distribución de las actividades de cuidado no remunerado que recaen principalmente sobre ellas.

Cuadro 14. Participación política de las mujeres en el Parlamento y Cargos Ministeriales (%), siete países de CA y República Dominicana, 2001-2006

Países	% de mujeres nombradas en:	
	Parlamento 2001-2006	Cargos Ministeriales 2005
Belice	12	6
Costa Rica	39	25
El Salvador	17	35
Guatemala	8	25
Honduras	23	14
Nicaragua	15	14
Panamá	17	14
República Dominicana	17	14

Fuente: Género Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores Básicos 2007. OPS/OMS/UNFPA/UNIFEM

Acceso a servicios básicos

Los servicios de saneamiento básico y agua potable son indicadores de desarrollo y parámetros para medir la pobreza. Los datos muestran asimetrías importantes entre los países. Las bajas coberturas de agua mejorada son un factor importante en la incidencia de enfermedades de transmisión hídrica y otras enfermedades transmisibles, especialmente de

las gastrointestinales. Por otro lado, el déficit de sistemas de agua potable representa una carga de trabajo y esfuerzo para las mujeres que son las que se encargan del acarreo, utilización y puesta al servicio de los integrantes del hogar.

En el Cuadro 15, se aprecia que Guatemala, Nicaragua y Honduras presentan bajas coberturas en fuentes de agua e instalaciones sanitarias mejoradas. Esta situación es más crítica en el área rural. La población rural tiene menor acceso al agua en relación al área urbana, aumentando las dificultades para las mujeres por el trabajo adicional que implica la búsqueda y acarreo del agua para satisfacer las necesidades en sus hogares. El acceso a los servicios de saneamiento es aún menor que el del agua y en desventaja para el área rural en todos los países, con mayor énfasis en Nicaragua, representando un riesgo alto para la salud debido a la contaminación de las fuentes de agua y suelos y favoreciendo una mayor incidencia y prevalencia de enfermedades hídricas e infecciones parasitarias.

Cuadro 15. Cobertura de agua potable y saneamiento (%), países de CA y República Dominicana, según área de residencia, 2008.

Países	Cobertura de Fuentes de agua mejoradas por porcentajes			Cobertura de instalaciones sanitarias mejoradas por porcentajes		
	Población urbana	Población rural	Total	Población urbana	Población rural	Total
Belice	100	--	--	--	--	--
Costa Rica	99	96	98	96	95	96
El Salvador	98	88	92	99	90	94
Guatemala	90	60	75	77	17	47
Honduras	95	74	84	78	55	66
Panamá	99	83	93	98	84	93
República Dominicana	97	91	95	81	74	79
Nicaragua	90	63	79	56	34	47

Fuente: Boletín de Datos Básicos de OPS/OMS. 2009.
-- no disponible

Desastres naturales

Los desastres naturales producen secuelas y destrucción en la infraestructura y la economía. Al mismo tiempo, como un determinante de la salud, incrementan las epidemias, heridos, muertos y desaparecidos, así como por su impacto en el retraso en el desarrollo y en la profundización de la pobreza pre existente.

Centroamérica posee una compleja historia geológica y una gran actividad volcánica. Cuenta con 6 placas tectónicas, numerosas fallas locales y regionales y 27 volcanes activos. Está ubicada sobre el Cinturón del Fuego, zona altamente sísmica. Por su morfología particularmente abrupta, sus cuencas y deforestación en algunas zonas, es proclive a inundaciones, deslizamientos y sequías. La influencia del Mar Caribe la expone a huracanes y depresiones tropicales. Los desastres naturales en la región, son eventos cíclicos e inevitables. La falta de protección y previsión ante los desastres y el abordaje parcial y tardío en la reconstrucción impacta en la infraestructura y en vidas humanas. Por ejemplo, el Huracán Mitch, ocasionó torrenciales aguaceros, ríos desbordados y enormes inundaciones en cinco de los países centroamericanos, evidenciando la relación vinculante entre crecimiento económico social y desastres naturales. La primera y más lamentable secuela fue la pérdida de vidas humanas, especialmente de aquellos viviendo en condiciones de pobreza, tal como se refleja en los datos del Cuadro 16.

Cuadro 16. Impacto del Huracán Mitch sobre la Población, por país, 1998

Países	Muertos	Desaparecidos	Heridos	Afectados Directos	Afectados	Población en albergues
Honduras	6.6	8.058	12.275	1.500.000	24,2	285
Nicaragua	3.045	970	388	867.752	19,0	65.271
El Salvador	239	29	9	346.91	5,7	55.864
Guatemala	268	121	280	730	6,3	54.725
Costa Rica	5	4	4	20	0,01	-

Fuente: Género y Desastres. Introducción Conceptual y Análisis de Situación. Gomáriz M. Enrique. Banco Interamericano de Desarrollo, 1999 *Estimado realizado por CEPAL

Una investigación realizada a raíz del Huracán Mitch evidenció que los desastres afectan diferencialmente en las actitudes de hombres y mujeres. Algunas de las características del comportamiento de los hombres durante el desastre, fueron una mayor dificultad para evaluar el riesgo, lo que les lleva a desconocer indicaciones preventivas y una mayor frecuencia de comportamiento egoísta y parcial en el reparto y adquisición de la ayuda, frecuentemente relacionada con elementos de politización.

La mayor vulnerabilidad de las mujeres frente a los desastres naturales es evidente durante y después del mismo. Las mujeres tienen menos acceso a los recursos antes, durante y después del desastre; enfrentan mayor desempleo por su



inserción en el mercado informal o dependiente de otros; por sus responsabilidades familiares se ven imposibilitadas a migrar y buscar fuentes alternas para generar ingresos; la reubicación en refugios coarta su libertad para ejecutar sus tareas y buscar alternativas laborales; su capacidad de negociación se limita por encontrarse sin recursos económicos y materiales, y enfrentan problemas por falta de atención a su salud física, emocional, sexual y reproductiva, durante y después del desastre.⁴⁰

Semanas posteriores a los desastres se incrementan el estrés post traumático, depresión mayor y abuso de bebidas alcohólicas. Se reporta además, el incremento de la violencia doméstica, violencia sexual y en consecuencia ITS/VIH/SIDA, abuso infantil, incesto, y otros tipos de violencia, cuyas víctimas son

niñas, adolescentes, mujeres cónyuges, mujeres profesionales de la salud, mujeres voluntarias en el desastre, entre otras. Adicionalmente la mayor vulnerabilidad de las adolescentes se muestra a través de los casos de embarazo, violación, violencia física y psicológica.⁴⁰

Respuestas del sistema de salud

Las respuestas de los sistemas de salud de Centroamérica y República Dominicana enfrentan limitaciones referidas a financiamiento, organización y gestión, además de la alta fragmentación y segmentación de los sistemas, incapaces de proveer la cobertura y calidad requeridas para cubrir las necesidades de la población.

Cobertura de los servicios de salud

La fragmentación operativa (Cuadro 17) al nivel de la provisión de servicios, sumada a la segmentación institucional de los sistemas de salud causa exclusión de grupos poblacionales, así como inequidad en el acceso a los servicios de salud debido a barreras de todo tipo: institucionales, legales, económicas, culturales, geográficas, étnicas, de género o de edad. Según estos datos, entre 13% y 42% de la población de la subregión se encuentra sin cobertura de servicios de salud. Las principales

Cuadro 17. Sistemas de salud en la Subregión de CA y República Dominicana: cobertura poblacional según subsistema (%), 2001–2006

Países	Tipos de subsistema				Sin cobertura de servicios de salud
	Público	Seguridad Social	Privado	Otros	
Belice	100,0	30,0			
Costa Rica (2003)	100,0	86,8	30,0	71,0	Parcial: 12,1-14,7
El Salvador (2006)	40,0	15,8	1,5 - 5,0	4,6	41,7
Guatemala (2005)	27,0	18,3	40,2		12,8
Honduras (2004-2006)	60,0	18,0	5,0		30,1
Nicaragua (2004)	60,0	7,7	4,0	0,4	27,9
Panamá (2004)	35,4	64,6			20,0
República Dominicana (2001)	60,0	7,0	12,0	5,0	16,0

Fuente: Salud en Las Américas, 2007. Volumen I–Regional

barreras de acceso son la pobreza, la ruralidad, la informalidad en el empleo y factores relacionados con el desempeño, la estructura y la organización de los sistemas de salud.

Tanto las Reuniones de Secretarios de Salud Centroamericanos, como la Agenda de Salud de la Subregión, han aportado soluciones y estrategias a la protección de la salud y la prevención de la enfermedad. Sin embargo, persisten problemas inherentes a la fragmentación de los sistemas, a los marcos legales y regulatorios, al financiamiento de la salud y la formación y desarrollo de los recursos humanos.

Las políticas emanadas de la XXII Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD) y los acuerdos con agencias de cooperación, han contribuido en el desarrollo proyectos para incrementar la cobertura de atención en salud, el abastecimiento de medicamentos antirretrovirales y otros para personas portadoras de VIH y SIDA. Además, el Sistema Integrado de Centroamérica (SICA)⁴² ha armonizado acertadamente la cooperación internacional para el logro de procesos de integración y desarrollo.

El abordaje de la igualdad-equidad de género en la salud figura en las agendas nacionales de los países, logrando algunos avances, pero, no se ha logrado transformar los factores que determinan la salud de hombres y mujeres. Otra área debilitada es la del sistema de información, incluyendo en su capacidad de desagregar datos por sexo y origen étnico, para facilitar el análisis de las brechas originadas por inequidades de género y etnia.

Si bien la salud de las mujeres y los niños continúa siendo de alta prioridad, la prevención y atención en salud de los adolescentes varones y de los adultos mayores casi no se menciona en los planes y proyectos. Importantes grupos de población de ambos sexos continúan viviendo en la pobreza, la discriminación, la exclusión sin consideraciones diferenciadas. El abordaje de la equidad de género en salud como tema prioritario no ha tenido la suficiente fuerza y claridad pues no se traduce en políticas públicas y, las leyes existentes casi no se aplican.

Marco legal de salud

El derecho a la salud está consignado en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y es reconocido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. En tal virtud, los países de la subregión cuentan con reconocimiento jurídico al consignar y promulgar en sus Constituciones Políticas, el reconocimiento a este derecho mediante legislación específica y sus normativas correspondientes. Así mismo han suscrito una serie de acuerdos, declaraciones y pactos en los que reconocen a la salud como un derecho y adquieren compromisos para su protección. En el Cuadro 18 se sintetizan los principales compromisos internacionales en materia de derecho a la salud.

En cuanto a la salud de los pueblos indígenas,¹⁶ la legislación específica aborda el acceso preferencial y gratuidad, las prácticas tradicionales, la protección de las plantas medicinales, la atención de salud de acuerdo con usos y costumbres, la participación indígena en el manejo y promoción del sistema de salud, y la autonomía en el manejo de recursos de salud.

Financiamiento de la Salud

Los indicadores de financiamiento de la salud varían entre los países de la región. El GNS-PC (US\$ del 2000) presenta un amplio rango que oscila desde \$160 en Honduras hasta \$738 en Costa Rica. Los países con un mayor PIB, asignan un mayor porcentaje del GPS como proporción del PIB, con un rango que va desde 1,8% en Guatemala hasta 5,0% en Costa Rica. También se observan importantes variaciones en la composición pública y privada del gasto nacional en salud en función de la estructura de los sistemas nacionales de salud. La proporción pública/privada varía desde el mayor aporte privado en Guatemala (27/73 %) hasta la situación contraria en Belice (77/23%). El gasto privado en salud, refleja el importante aporte de los hogares en el financiamiento de la salud y las decisiones que toman al elegir servicios de salud. El cuadro 19, resume indicadores seleccionados del gasto total, público y privado.

Cuadro 18. Compromisos legales Internacionales en materia de salud según países.

Instrumentos	Situación por país
Declaración Universal de los Derechos Humanos, Art.25	Adoptada y proclamada en diciembre de 1948.
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Art. 12	Ratificación: Costa Rica, noviembre de 1968. Honduras: febrero de 1981. Adhesión: Panamá: marzo 1977. Nicaragua: marzo de 1980. Guatemala: mayo 1988.
Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre Capítulos I y XI	Aprobación en mayo de 1948.
Convención sobre los Derechos del Niño, Art.24	Ratificación: Panamá: diciembre de 1990. Costa Rica: agosto de 1990.
Convención internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial. Art. 5	Ratificación: Costa Rica: enero de 1967. Panamá: agosto de 1967. Guatemala: enero de 1983. Adhesión: Nicaragua: febrero de 1978 El Salvador: noviembre de 1979. Honduras: octubre de 2002.
Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales. 1989 (Convenio 169 OIT) Art. 7, 24,25	Ratificación: Costa Rica: abril de 1993. Honduras: marzo de 1995. Guatemala: abril de 1996. El Salvador: noviembre de 1998.
Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer. Art. 2 y 12	Ratificación: Nicaragua: agosto 1981. Panamá: octubre 1981. El Salvador: agosto 1982. Honduras: marzo de 1983. Costa Rica: abril de 1986.
Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra personas con discapacidad (OEA) Art. 2 y 3	Ratificación: Costa Rica: agosto de 1999. Panamá, enero de 2001. El Salvador: enero de 2002. Nicaragua: julio de 2002. Guatemala. Agosto de 2002.
Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Capítulo II y XII	Aprobada en septiembre de 1885.
Declaración de Derechos del Retrasado mental. Art. 1 y 2	Proclamada en diciembre de 1971. Adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional en Nueva York. Firmada en julio de 1946 por 61 Estados. Entró en vigor en abril de 1948
Constitución de la OMS	
Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer. "Convención de Belem Do Pará"	Firmada y ratificada por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos en 1994. Entró en vigor en marzo 1995.
Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, Art. 52	Aprobada en julio de 2001.

El gasto en los hogares es una carga económica difícil de afrontar para la mayoría de hogares pobres, especialmente para las mujeres, quienes necesitan atender su salud y la de su familia, y generalmente no cuentan con ingresos propios ni suficientes. El gasto de bolsillo, el pago al momento de demandar el servicio, puede llegar a ser un “gasto catastrófico”, cuando superan las capacidades económicas de las familias y no solo cuando se enfrentan a problemas de salud severos.¹⁶ En la región, los seguros y otros esquemas prepago de servicios privados de salud, están poco desarrollados y constituyen una modalidad para el uso de grupos poblacionales que cuentan con medianos y altos ingresos.

Un ejemplo del deterioro del financiamiento de la salud es el gasto en el mercado privado de medicamentos, el cual ha sufrido un incremento de 11.8% causando una reducción importante del poder adquisitivo de los hogares promedio, además de la falta de previsión en el sentido de que los medicamentos más vendidos en el mercado no se ajustan al perfil epidemiológico, así como el uso irracional de medicamentos que no resuelven los principales problemas y ocasionan gastos desmedidos.³⁹

Cuadro 19. Gasto nacional en salud en CA y República Dominicana: Indicadores seleccionados.

Países	Gasto Nacional	Gasto Público en salud	Gasto Privado en salud		
	Gasto nacional en salud per cápita en US\$ del 2000	Total del gasto público en salud como % del PIB	Gasto de los hogares en salud como % del GTH	Gasto de consumo de los hogares en salud per cápita del PIB	Gasto de consumo de los HS en US\$ PPA
Belice	341	4,2	6,0	4,1	251,6
Costa Rica	738	5,0	5,0	3,4	298,5
El Salvador	287	2,4	-	-	-
Guatemala	259	1,8	5,5	4,7	187,7
Honduras	160	3,3	3,7	2,5	66,4
Nicaragua	266	3,0	5,1	4,7	157,2
Panamá	453	4,5	-	-	-
República Dominicana	320	1,4	-	-	-

Fuente: Salud de las Américas. Volumen I Regional. OPS/OMS 2007

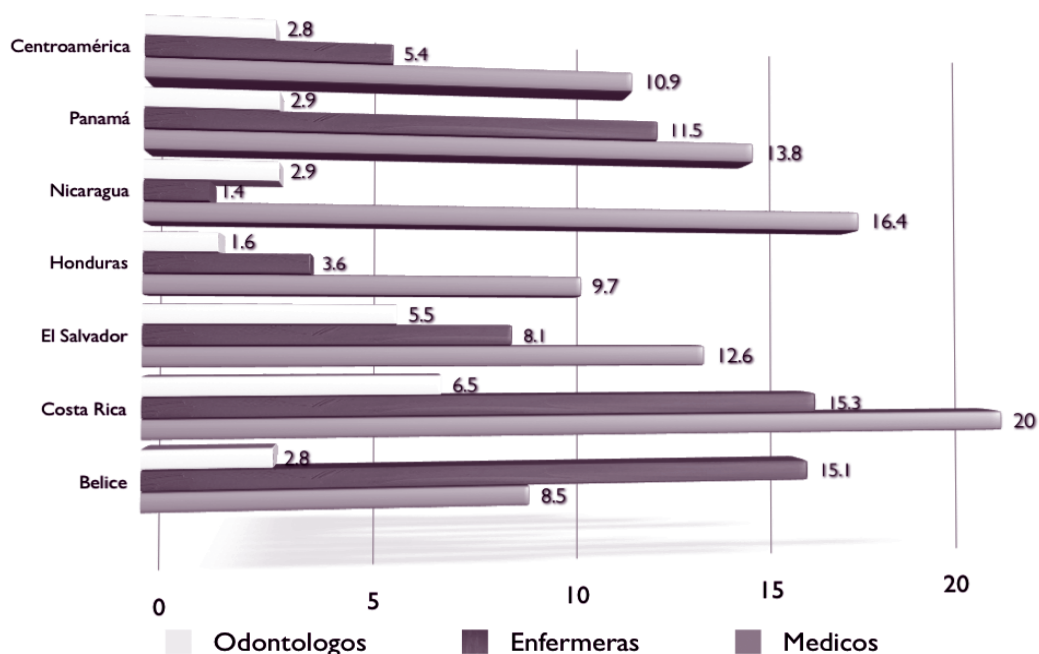
Recursos humanos en salud

La densidad de personal de salud influye en la salud materna, de lactantes y de niños menores de 5 años, independientemente de otros factores incidentes como mejora en los ingresos y de la educación. Por ello, mientras la tasa de profesionales de la salud se encuentre por debajo del parámetro mínimo propuesto por la OMS (de 25 profesionales por cada 10.000 habitantes), no se alcanzará la meta de 80% de los partos atendido por personal capacitado. Según OPS/OMS, si los países mantienen el ritmo de crecimiento de sus recursos humanos del período 2000–2004, algunos países no alcanzarán en 2015 la tasa recomendada de 25 profesionales de salud por 10.000 habitantes, y al contrario, algunos países como Belice y Guatemala, experimentarían crecimiento negativo de sus recursos humanos. Para alcanzar esa tasa, países con tasas bajas como Honduras (11,9) y Guatemala (13,3) requerirían de 8.500 y 14.500 médicos y enfermeros respectivamente. Nicaragua y Costa Rica aumentaron sus recursos humanos en el período 2000-2004.

En el Gráfico 16, se aprecia que Centroamérica dispone de niveles bajos de recursos humanos: 10,9 médicos, 5,4 enfermeras y 2,8 odontólogos por cada 10.000 habitantes. Las diferencias entre países son notables oscilando para médicos entre 9,7 y 20 por 10.000, para enfermeras entre 1,4 y 15,3 y para odontólogos entre 1,6 y 6,5. A lo interno de los países, existen importantes diferencias entre la asignación de estos recursos entre regiones geográficas, con marcadas distinciones urbano-rurales.

Puede notarse que los médicos, en promedio, duplican en cantidad a las enfermeras y están muy cerca de quintuplicar a los odontólogos. El sistema de salud de los diferentes países presenta desafíos relacionados con la concentración de recursos calificados en áreas urbanas de ciudades grandes, fuga de recursos calificados por falta de compensaciones y por bajos salarios, conflictos internos en las relaciones laborales, problemas de escasez de recursos humanos y materiales y malas condiciones de trabajo que redundan en la calidad de la atención.

Gráfico 16. Razón de profesionales de la salud (por 10 mil habitantes), seis países de Centroamérica, 2005



Fuente: Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible. Costa Rica. 2008

Por otro lado, la formación de personal en las escuelas formadoras enfrenta dificultades, con la privatización, la indefinición, evaluación y cumplimiento del diseño curricular, las insuficientes e inadecuadas áreas de práctica, la deficiencia de establecimientos sanitarios, la producción de recursos humanos no acordes a la demanda, el surgimiento de especialidades no coherentes con el perfil epidemiológico, la falta de preparación para atender a población rural, población étnica y de escasos recursos, y la falta de facilidades y condiciones para el personal. En fin, son múltiples desafíos y a su vez, estos se convierten en factores condicionantes para la salud.

Hay otro segmento de personal de salud, hombres y mujeres que no aparecen en la información estadística y realizan labores de campo en contacto directo con la población asumiendo responsabilidades relacionadas a la formación de grupos, educación y promoción en salud. Es necesario destacar el trabajo de los voluntarios de la comunidad, generalmente mujeres parteras, promotoras, auxiliares de nutrición, voluntarias de salud, encargadas de comedores infantiles entre otras, quienes

ofrecen su liderazgo al servicio de la comunidad y del sistema de salud, sin remuneración económica. Algunas veces este voluntariado, con funciones bien definidas, se ofrece a cambio de servicios de atención de salud. Actualmente se han sumado a estos grupos, las personas viviendo con VIH (PPVS) y las sobrevivientes de violencia intrafamiliar y de género, quienes se conforman voluntariamente en grupos comunitarios para dar atención de consejería, apoyo y acompañamiento a quienes lo solicitan y están en la disposición de llegar a aquellos lugares donde el profesional de salud no puede hacerlo.



CAPITULO III: SALUD Y ENFERMEDAD

Vivimos por más años.
¿Cómo?

Las condiciones en las que las personas nacen, crecen, socializan y trabajan, tienen un impacto directo diferente sobre la salud de los hombres y las mujeres. La salud de las mujeres y de los hombres, en los diferentes grupos de edad, no se basa únicamente en las características biológicas de ambos, sino también en las desigualdades sociales construidas históricamente. El análisis de la salud no debe limitarse a la relación entre la salud y las desigualdades económicas entre los hogares, ni entre hombres y mujeres; es preciso considerar las relaciones de poder determinadas por el género que conducen a la inequidad.⁴³

Mortalidad

Las principales causas de mortalidad varían a lo interno de cada país y de un país a otro. Para el análisis y determinación de un perfil regional de mortalidad es necesario contar con datos desagregados por las variables “sexo, edad, y origen étnico”. Asimismo, se requiere que estos datos tengan una cobertura universal y sean de calidad.

El Cuadro 20 sintetiza las principales causas de muerte en Centroamérica según sexo y ciclo de vida. En los extremos de la vida (menores de 5 años y mayores de 60 años), las diferencias entre los sexos desaparecen.

Cuadro 20. Principales causas de muerte según sexo y grupos etarios en Centroamérica, alrededor del 2002.

Edades	Hombres	Mujeres
Todas las edades	Neumonía e influenza Homicidios Enfermedad isquémica del corazón Enfermedades infecciosas intestinales Afecciones originadas en el período perinatal	Neumonía e influenza Enfermedad isquémica del corazón Enfermedad cerebro vascular Enfermedades infecciosas intestinales Diabetes
Menores de 5 años	Afecciones originadas en el período perinatal Enfermedades infecciosas intestinales, Neumonía e influenza, Malformaciones congénitas Desnutrición	

...Continuación

Edades	Hombres	Mujeres
5 a 19 años	Homicidios Accidentes de transporte Causas externas de intención no determinada Neumonía e influenza Ahogamiento y sumersión accidentales	Neumonía e influenza Enfermedades infecciosas intestinales Accidentes de transporte Causas externas de intención no determinada Enfermedades inmunoprevenibles
20-59 años	Homicidios Cirrosis Accidentes de transporte Efectos adversos del uso de sustancias psicoactivas Causas externas de intención no determinada	Neoplasias malignas del útero Diabetes Enfermedad cerebro vascular Neumonía e influenza Enfermedad isquémica del corazón.
Mayores de 60 años	Enfermedad isquémica del corazón Enfermedad cerebro vascular Neumonía e influenza Insuficiencia cardíaca (5ª en mujeres, 4ª en hombres) Diabetes (4ª en mujeres, 5ª en hombres)	

Fuente: A partir de datos de Salud de Las Américas, 2007. Volumen I-Regional.

El análisis de la mortalidad en Centroamérica refleja que, si bien aún persisten enfermedades infecciosas como principales causas de muerte (neumonía, influenza e infecciones intestinales), las enfermedades crónicas no transmisibles (isquemia del corazón y enfermedad cerebro vascular) son cada vez más importantes. El segundo hallazgo es que estas causas de muerte se distribuyen desigualmente entre hombres y mujeres. En el Cuadro 21, se aprecia que la neumonía/influenza, infecciones intestinales, enfermedad isquémica, afecciones perinatales, agresiones/homicidio y cirrosis son más frecuentes en hombres y la diabetes, enfermedad cerebro vascular e insuficiencia cardiaca son más frecuentes en mujeres. Un comportamiento similar se aprecia en República Dominicana y Belice.

En Belice, en el periodo 2001–2005, las principales causas de muerte por causas definidas en todas las edades fueron la diabetes mellitus, las cardiopatías isquémicas, los accidentes de tráfico terrestre y el VIH/sida. Las cinco causas de muerte más importantes entre los hombres fueron los accidentes de tráfico terrestre, el VIH/sida, los traumatismos, las cardiopatías isquémicas y la diabetes mellitus. En las mujeres, las cinco causas de muerte más importantes fueron las enfermedades hipertensivas, la diabetes mellitus, las cardiopatías isquémicas, las enfermedades cerebro vasculares y las infecciones respiratorias agudas.

Cuadro 21. Tasas (por 100.000 habitantes) de las diez principales causas de muerte según sexo, en Centroamérica, alrededor del año 2002.

DEFUNCIONES	Tasa Total	Tasa Hombres	Tasa Mujeres
Neumonía e influenza	48,8	52,0	45,6
Enfermedad isquémica del corazón	38,5	41,3	35,7
Enfermedad cerebro vascular	31,4	29,9	32,8
Enfermedades infecciosas intestinales	28,5	31,3	25,8
Afecciones originadas en el período perinatal	26,4	30,6	22,1
Agresiones (homicidios)	25,3	45,8	-
Diabetes	21,5	-	24,9
Insuficiencia cardíaca	19,7	18,2	21,1
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	19,2	26,4	-
Enfermedades del sistema urinario	16,6	21,0	-
Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores	-	-	16,1
Paro cardíaco	-	-	14,4
Neoplasia maligna de útero	-	-	13,0

- No figuran entre las 10 primeras causas.

Fuente: OPS/OMS. Salud en las Américas, 2007. Volumen I -Regional.

Enfermedades infecciosas agudas

Centroamérica es la única subregión de las Américas donde neumonía e influenza y las enfermedades infecciosas intestinales figuran entre las 10 principales causas de muerte (primero y cuarto lugar en ambos sexos) y donde las enfermedades prevenibles por vacunación aún figuran entre las 10 principales causas de muerte en esa edad (séptima en Centroamérica y décima en el Caribe latino). Tanto la neumonía como las infecciones intestinales agudas fueron más frecuentes en hombres que en mujeres.

Afecciones originadas en el periodo perinatal

Pese a los avances en la atención materna infantil en la Subregión, la mortalidad perinatal y neonatal sigue siendo uno de los principales problemas de salud, representando la mayor proporción de la mortalidad infantil. La mayor parte de las muertes ocurren alrededor de la primera semana de vida y están asociadas al bajo peso al nacer y a otras causas prevenibles como asfixia al nacer e infecciones.

Enfermedades cardiovasculares

Incluyen las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas e insuficiencia cardíaca, y representan un tercio de la carga de mortalidad y un decimo de la carga mundial de enfermedad en 2000. En la subregión representaron la segunda, tercera y sexta causa de muerte de hombres y mujeres. La enfermedad isquémica fue más frecuente en hombres que en mujeres y las enfermedades cerebro vasculares e insuficiencia cardíaca fue más frecuente en mujeres. La tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares ajustada por edad y por sexo fue más alta en Nicaragua (219,4) y la República Dominicana (237,5) en 2003 y 2004. Panamá, El Salvador y Costa Rica, reportaron tasas más bajas (149,4, 133,2 y 125,2, respectivamente).

Neoplasias malignas

El cáncer es una de las principales causas de muerte en Centroamérica y República Dominicana. Se estima que en Centroamérica y República Dominicana, cada año mueren cerca de 32 mil personas por todos los tipos de cáncer, 51% mujeres y 49% hombres. La tasa de mortalidad por cáncer en mujeres es de 95.1 y en hombres es de 89.6 por 100 mil habitantes . Una proporción importante de los canceres están relacionados con la salud sexual y reproductiva, siendo más frecuentes, según se aprecia en el Cuadro 22, las neoplasias malignas de útero que las de mama, excepto en Costa Rica. Estas enfermedades suelen pasar desapercibidas al inicio a menos que exista un control ginecológico periódico y consistente, determinado por el acceso a servicios de salud y la capacidad económica para diagnóstico temprano. Estos factores se encuentran generalmente fuera del alcance de mujeres rurales y pobres indígenas y no indígenas. La mortalidad por neoplasias malignas de útero fue mayor en El Salvador y Belice, y la de neoplasia maligna de mama, en República Dominicana, Panamá y Costa Rica.

Cuadro 22. Tasa de mortalidad (por 100 mil mujeres) por neoplasias malignas del útero y de la mama), seis países de CA y República Dominicana, 2000-2005

Países	Neoplasias malignas del útero	Neoplasias malignas de la mama
Belice	16,9	6,5
Costa Rica	8,6	11,2
El Salvador	19,3	5,3
Guatemala	11,2	3,0
Nicaragua	15,9	6,3
Panamá	14,6	11,3
República Dominicana	13,3	12,1

Fuente: 2007 OPS/OMS UNIFEM, UNFPA Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores Básicos,

En el Cuadro 23, se aprecia que las tasas de mortalidad por cáncer más altas en hombres se reportan en Belice y República Dominicana, y en mujeres, en Belice y Nicaragua. Las tasas más bajas para ambos sexos se reportan en El Salvador.

Cuadro 23. Tasa de mortalidad (por 100 mil habitantes), seis países de CA y República Dominicana, por cáncer, según sexo.

Países	Hombres	Mujeres
Belice	138,0	112,7
Costa Rica	128,1	105,0
El Salvador	88,6	103,8
Guatemala	104,7	100,1
Nicaragua	104,7	100,1
Panamá	90,5	107,9
República Dominicana	133,5	101,2

Fuente: Salud en las Américas Volumen I Regional. OPS/OMS. 2007.

La incidencia de cáncer de estómago es mayor en hombres (11,7 por 100,000) que en mujeres (8,23), al igual que el cáncer de pulmón en hombres (15,6) que en mujeres (6,3). Estos dos tipos de cáncer se relacionan con el tabaquismo.³⁹

Diabetes Mellitus (DM)

La diabetes tiende a aumentar en toda la subregión, relacionado con el envejecimiento de la población, la urbanización, la obesidad, cambios en la dieta y reducción de la actividad física de la población. Existen diferencias marcadas en la mortalidad por DM entre los países. En el Cuadro 24 se aprecia que Costa Rica presenta las tasas más bajas y Nicaragua las más altas. Las mujeres presentan tasas de mortalidad por DM mayores que los hombres. El rango en mujeres oscila desde 21,1 muertes por 100.000 en Costa Rica, a 41,2 en Nicaragua. En el caso de los hombres, las tasas van desde 15,7 en Costa Rica hasta 27,4 en Nicaragua y Panamá.

Las tasas de mortalidad por DM ajustadas por edad y sexo, en 2003-2005 reflejan las mayores cifras para Nicaragua (54,5), seguidas de Belice (52,4), Guatemala (41,2), Panamá (37,2) y El Salvador (32,2).³⁹

Cuadro 24. Tasa de mortalidad (por 100 mil habitantes) por diabetes mellitus, en seis países de CA y República Dominicana. 2003-2005

Países	Tasas corregidas	
	Hombres	Mujeres
Belice	27,3	36,4
Costa Rica	14,4	19,3
El Salvador	19,5	34,6
Guatemala	23,7	29,1
Honduras	--	--
Nicaragua	27,4	41,2
Panamá	26,4	38,9
República Dominicana	23,1	27,9

Fuente: OPS/OMS. *Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2009.*
– Sin dato

Hipertensión

La hipertensión es un factor de riesgo mayor para enfermedades del corazón y cerebro vasculares. Las tasas de mortalidad por enfermedad hipertensiva ajustadas por edad (datos de 2006) muestra la tasa más elevada en República Dominicana (34,7 por 100,000 habitantes), seguidas de Nicaragua (26,9) y Costa Rica (18,5) y las más bajas en El Salvador y Panamá (7,7 y 9,4 respectivamente). La mortalidad a causa de enfermedades cerebro vasculares, de las cuales la hipertensión es una patología precursora, es más elevada en hombres que en mujeres. La morbilidad según sexo se discutirá más adelante.³⁹

Mortalidad por causas externas

La mortalidad por hechos violentos en hombres es mayor que en mujeres en todos los países, recayendo el mayor peso en la categoría de homicidios y lesiones intencionales, seguida de accidentes que exceptúan los de transportes. En el Cuadro 25, se observan diferencias sustantivas entre países: las tasas más altas se presentan en Belice, El Salvador y República Dominicana para accidentes de transporte, en Honduras y Belice para otros accidentes y en El Salvador y Honduras para lesiones intencionales. La mortalidad en hombres por estas causas se relaciona con mayor exposición a riesgos en las relaciones interpersonales basadas en su condición de género, que se expresa dentro de patrones violentos, competitivos y de demostraciones de poder.

Cuadro 25. Tasa de mortalidad (por 100 mil habitantes) por accidentes, homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona, según sexo, países de CA y República Dominicana, 2000-2005

Países	Accidentes por transporte		Accidentes excluidos los de transporte		Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Belice	12,9	56,0	19,4	44,9	3,2	39,4
Costa Rica	4,9	25,4	11,5	20,6	2,9	12,4
El Salvador	11,0	42,3	8,5	22,9	13,6	104,1
Guatemala	1,2	5,3	8,8	26,5	5,6	50,3
Honduras*	6,1	24,5	8,0**	87,3**	7,0	93,0
Nicaragua	6,2	25,5	8,6	31,4	3,7	30,3
Panamá	5,2	26,1	8,2	23,5	2,0	22,4
República Dominicana	10,4	41,3	5,0	12,3	2,3	18,4

Fuente: OPS/OMS/UNIFEM/UNFPA Género Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores básicos. 2007

* Observatorio de violencia. Boletín No.13 enero 2009 Honduras.

Morbilidad

Las enfermedades transmisibles son la causa más frecuente de morbilidad en el mundo y el abordaje generalmente ha enfatizado las causas biológicas, sin atender las raíces sociales, culturales y estructurales que las origina. Se considera que la pobreza es el principal riesgo y a la vez, obstáculo estructural, para la erradicación de las enfermedades infecciosas, independientemente de la edad, el sexo o la raza de la persona.⁴⁵ La interacción entre pobreza y género es un factor de riesgo muy importante en la ocurrencia de las enfermedades transmisibles. La salud de hombres y mujeres pobres es peor que la de los hombres y mujeres ricos, pero la carga de enfermedad de la familia impone un mayor peso a las mujeres pobres que a los hombres pobres por la asignación de roles de género.

Los determinantes ambientales, la pobreza y el menor acceso a servicios básicos y de salud, contribuyen a la carga de morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles en la subregión.⁴⁴ En el Cuadro 26 se presenta un resumen de la situación y tendencia de las principales enfermedades transmisibles agudas y crónicas que afectan a la subregión. En general se observa una tendencia hacia la reducción del problema, debido a los logros de los programas de prevención y control de enfermedades, así como mejorías en la calidad de vida. Sin embargo persisten brechas a lo interno de los países y focalización de ciertos problemas en algunos países.

Cuadro 26. Situación y tendencia de enfermedades transmisibles en CA y República Dominicana

ENFERMEDADES	SITUACIÓN Y TENDENCIA
Enfermedades inmunoprevenibles	<p>Los programas de inmunización han erradicado, disminuido y reducido la morbi-mortalidad asociada.</p> <p>Poliovirus: último brote en República Dominicana (2000)</p> <p>Sarampión: último brote en República Dominicana (1995)</p> <p>Tétano neonatal: eliminado</p> <p>Tétano no neonatal: tiende a reducirse, afecta más a hombres (4-5:1) y mayores de 15 años</p> <p>Tos ferina: tiende a reducirse</p> <p>Difteria: último brote en República Dominicana (2005)</p> <p>Hb: reduciéndose después de introducción de la vacuna</p> <p>Hepatitis B: vacuna introducida en 2006</p> <p>Influenza: políticas públicas en Costa Rica, El Salvador, Honduras y Panamá.</p> <p>Rotavirus: vacunas en proceso de introducción.</p> <p>Neumococo: vacunas introducidas en Panamá desde 2005</p> <p>Virus de Papiloma Humano: vacunas en proceso de introducción</p>
Malaria	<p>Tiende a disminuir, representando menos del 9% de casos de la Región (882.361 en la Región en 2004).</p> <p>94% de casos por P Vivax y 6% por P Falciparum. En RD: 100% por P F</p> <p>Afecta más a hombres (67-74%) que a mujeres (33-26%), en edad productiva.</p> <p>Endémicos: El Salvador, Belice, Costa Rica, Nicaragua y Panamá</p> <p>Eliminación: El Salvador con potencial de eliminación.</p> <p>En reducción: Honduras y Nicaragua reducirán más del 50% en 2010</p>
Dengue	<p>Tiende a aumentar en la subregión, representando 10,6% del total de casos. Circulación de los cuatro serotipos.</p> <p>2001-2005: 289.929 casos, 8.519 hemorrágicos y 133 muertes.</p> <p>Mayor número de casos e incidencia en Costa Rica.</p> <p>Mayor número de muertes en Nicaragua</p>
Chagas	<p>Pocos datos sobre el comportamiento de la enfermedad.</p> <p>En marcha iniciativa para reducir la transmisión vectorial y eliminar la transmisión transfusional.</p>
Rabia	<p>Continúa tendencia decreciente. Zonas libres en Costa Rica y Panamá. Circulación activa en El Salvador, Guatemala.</p> <p>Mayor número de casos en San Salvador.</p>
Leishmaniasis visceral	<p>Endémica en Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua</p>
Brucelosis	<p>Aún se reportan casos en Nicaragua</p>
Tuberculosis bovina	<p>Aún se reportan casos en Costa Rica, Guatemala, Nicaragua, Panamá y República Dominicana</p>

continuación...

...continuación

ENFERMEDADES	SITUACIÓN Y TENDENCIA
Lepra	República Dominicana: 155 casos en 2005, 63,8% multibacilares, 50,3% en mujeres, 16,1% en niños, 3,2% con discapacidad grado II. ⁴⁶
Tuberculosis	Tendencia de incidencia notificada ligeramente descendente. Tasas variables entre países, desde 49,8/100.000 en Panamá hasta 11,1 en Costa Rica ⁴⁷ . Afecta más a adultos jóvenes. Más defunciones en mujeres. ⁴⁸ Eficacia del tratamiento: desde 58,2% en Costa Rica hasta 88% en El Salvador. Las tasas de abandono más altas en Panamá (10,5%) y las más bajas en El Salvador (4,1%). Mayor abandono de hombres por alcoholismo. Resistencia global a tuberculostáticos: desde 5,7% en El Salvador hasta 40,6% en República Dominicana.
Confeción TB-VIH	El Salvador: tiende a aumentar de 3,6% en 2002 a 8,5% en 2005. Guatemala: entre 25 y 30% República Dominicana: 12,2% de casos TB en PVVS y 8,6% de personas con tuberculosis resultaron seropositivas ⁴⁹ Panamá: 1.655 casos de TB en PVVS (2003) Nicaragua: 52 casos de TB en PVVS
VIH-Sida	La epidemia se está extendiendo por la subregión, aun cuando la mayor parte de los países en epidemia concentrada. Principal forma de transmisión es sexual. Los grupos con seroprevalencia mayor del 5% son los hombres que tienen sexo con hombres (9,3-17,7%), y los trabajadores del sexo, de ambos sexos. (0,4-10,01%). El Salvador y Honduras presentan las tasas más altas.
Sífilis	Tendencia al aumento en países donde se monitorea anualmente. Prevalencia en embarazadas (2003-2004) varió entre 1% en Panamá y 6 % en El Salvador. La sífilis congénita desde 0,06 por 1000 recién nacidos vivos en Nicaragua hasta 2,5% en Honduras.
Otras ITS	Datos limitados, sub-notificación, problemas de diagnóstico y débil vigilancia. Mujeres: más frecuentes son tricomoniasis y candidiasis. Hombres: herpes genital y uretritis. Personas con ITS tienen tasas de prevalencia de VIH de 2 a 6 veces más que en la población general.

Fuentes: OPS/OMS Salud en las Américas 2007. Volumen II Países, Volumen I-Regional.

Secretaría de Salud de Honduras Informe Estadístico de la Situación de ITS en Honduras. Boletín Epidemiológico del Departamento de ITS/VIH/SIDA. No1. 2008. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El Salvador. 2006

Riesgos para la salud

Existen algunas condiciones que favorecen la ocurrencia de enfermedades. De acuerdo a la OMS⁵⁰ el riesgo se define como la probabilidad de que ocurra un resultado desfavorable o un factor que aumenta esa probabilidad. El riesgo no aparece en forma aislada, pudiendo originarse en complejas cadenas de eventos a lo largo del tiempo. Pueden ser uni o multicausales. El reto y responsabilidad de disminuir o eliminar los riesgos corresponde a las personas, las comunidades, los gobiernos.

La anemia, desnutrición, tabaquismo, exposición al humo dentro de los hogares, consumo de bebidas alcohólicas, hipertensión, diabetes, hiperlipidemia y sobrepeso, son algunos de los riesgos conocidos más importantes y se analizan a continuación.

Desnutrición y anemia

Más que un problema biológico, la desnutrición es un problema de derechos humanos, con componentes sociales y económicos, de orden estructural. La desnutrición en los niños es una consecuencia directa de la falta de acceso de las mujeres a recursos económicos. La desnutrición, como condición de base para muchas enfermedades, causa una alta tasa de mortalidad, cuyo rango va desde 7 hasta 90 por mil nacidos vivos, siendo Costa Rica el país con la menor tasa.⁵¹ La prevalencia de desnutrición crónica esta directamente asociada con los niveles de pobreza; por ejemplo, uno de los países más pobres de la región, Guatemala, presenta los más elevados índice de desnutrición crónica (49%) y global (24,3%)⁵² al contrario de la situación de Costa Rica. La desnutrición crónica es más intensa entre los niños indígenas. Estudios realizados en Guatemala y Belice demuestran que las prevalencias en población indígena (69,5 y 43,7% respectivamente) fueron significativamente más altas que en poblaciones no indígenas (18 y 18,9% respectivamente). Ello confirma que la vulnerabilidad a la desnutrición tiene dimensiones biológicas, socioeconómicas, étnicas, culturales y geográficas.

La anemia conlleva modificaciones significativas en el metabolismo muscular y disminución de la capacidad de desarrollar ejercicios o trabajo prolongado por los cambios producidos a nivel de la utilización de la glucosa como fuente de energía⁵³. La anemia severa en niños menores de cinco años se relaciona con deficiente alimentación desde el nacimiento y bajo peso al nacer y puede ocasionar daño irreversible. A largo plazo afecta la productividad y economía del país, al provocar bajo rendimiento de la PEA. La anemia es más severa y frecuente en poblaciones rurales, pobres e indígenas, y se asocia a la pobreza y la inseguridad alimentaria. La anemia, es una consecuencia de la desnutrición, y la población femenina no solo es la más afectada sino la que recibe un mayor impacto en la salud reproductiva.⁵⁴ Es un problema frecuente en las mujeres, siendo más intenso y causa de morbilidad en las mujeres embarazadas. Belice, República Dominicana y Panamá presentan las mayores prevalencias en mujeres embarazadas (52%, 40% y 36% respectivamente), implicando mayores riesgos reproductivos. En Guatemala y Panamá se reportan altas prevalencias de anemia en población indígena de 41,9% y 67,6% respectivamente, cifras superiores a las reportadas en poblaciones no indígenas.⁵⁵

Factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles

Existen varios factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, enfermedades cardiovasculares y varias formas de cáncer). En el cuadro 27 se presentan los más importantes como son la dieta poco saludable, el sedentarismo, el tabaquismo y el alcoholismo. Estos factores determinan otros riesgos intermedios, como la hipertensión, la hiperglicemia (diabetes y pre-diabetes), la hipercolesterolemia, el sobrepeso y la obesidad. Estos factores de riesgo se pueden modificar y junto con otros no modificables, explican la mayor parte de las enfermedades crónicas.

Cuadro 27. Principales factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles identificados en Centroamérica y República Dominicana

FACTORES DE RIESGO	SITUACIÓN EN CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA
Dieta poco saludable	Diets ricas en grasas y azúcares. Alto consumo de comidas rápidas. La mayor parte de la población no consume la cantidad diaria recomendada de frutas y verduras.
Sedentarismo	Al menos la mitad de la población en sedentaria. En el municipio Villanueva de Ciudad de Guatemala, solo 25% de los adultos encuestados eran físicamente activos (150 minutos o más por semana de actividad física moderada).
Tabaquismo	Relacionada con problemas cardiovasculares, enfisema, enfermedad vascular periférica y cáncer de pulmón y vías respiratorias. Afecta el embarazo. Prevalencia en jóvenes de 13 a 15 años es alarmante: en hombres entre 19 y 28% y en mujeres entre 14 y 19%. Mayor prevalencia en hombres que en mujeres, excepto en Costa Rica donde se reportan tasas similares para ambos sexos. En población general es menor: 16,8-25,6% en hombres y 9,4%-17,4% en mujeres. Panamá presenta las tasas más altas para ambos sexos
Alcoholismo	Jóvenes inician ingesta a edades tempranas. Factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares tales como hipertensión, accidentes cerebrovasculares y diabetes. Causa enfermedades crónicas, accidentes, lesiones, problemas sociales y produce una muerte asociada a su consumo cada dos minutos en la Región. ⁵⁶ Prevalencias varían: El Salvador: 85% de prevalencia (15-59 años) Guatemala: 52% (12-19 años) Nicaragua: 42% (edad no especificada) Honduras: 43,3% (mayores de 17 años) ⁵⁷ . Ninguno de los países reporta datos desagregados por sexo.
Hipertensión*	Prevalencia de HTA entre 33,5% en Belice y 20% en Guatemala. Más alta en mujeres de Belice y Nicaragua (38,3 y 33,5%) y en hombres de Belice y Nicaragua (31,8 y 30,6%). No incluye datos de República Dominicana.
Hiperglicemia*	Prevalencia de DM entre 8% en Honduras y 15,3% en Belice. Más alta en mujeres de Belice y Nicaragua (15,3 y 11,9%) y en hombres de Nicaragua y Costa Rica (11,6 y 11,5%)
Hipercolesterolemia (HC)	Es uno de los mayores factores de riesgo independientes para enfermedades del corazón y enfermedades cerebro vascular. Prevalencia general de hipercolesterolemia (2003-2004): 19,7% en Managua, Nicaragua, 45,7% en San José, Costa Rica, 35,5% en Villa Nueva, Guatemala.

continuación...

...continuación

FACTORES DE RIESGO	SITUACIÓN EN CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA
Sobrepeso* (índice de masa corporal >/25)	Asociado a sedentarismo y dieta poco saludable. Cambios hormonales en la menopausia Favorece diabetes, HTA, HC y trastornos cardíacos Junto con DM e HTA cuadruplica y triplica riesgo de muerte cardiovascular en mujeres y hombres, respectivamente. Antecede y empeora otras patologías. Alta prevalencia en la subregión (57,6 - 69,2%) Mayor prevalencia en Nicaragua y Belice (69,2 - 68%) Mayor prevalencia en mujeres de Belice, Guatemala, Honduras y Nicaragua. Mayor prevalencia en hombres de Costa Rica y El Salvador.
Obesidad	La prevalencia de obesidad en mujeres de 15-49 años en Centro América y República Dominicana oscila entre 13,8 y 21%.

Fuente: A partir de datos de Salud de las Américas, 2007. Volumen I-Regional.

*Prevalencia de DM, HTA y sobrepeso en poblaciones adultas según sexo en tasas estandarizadas por edad y sexo, según últimos años disponibles.

Riesgos ambientales

El medio ambiente es otro importante determinante de la salud. En la subregión se acelera la urbanización. Aún cuando las áreas urbanas en general ofrecen ventajas sobre las áreas rurales en términos de acceso a servicios sociales, empleo o similares, muchas de las ciudades en la región han crecido más allá de su capacidad de proporcionar servicios adecuados. El acceso a agua y saneamiento, aunque ha mejorado mucho en las últimas décadas, continúa presentando inequidades, dado que la cobertura es mayor en las áreas urbanas que en las rurales. Entre otros desafíos ambientales se ubican la contaminación del aire, la degradación del suelo, la deforestación, la degradación de las costas y la contaminación de los mares, y el alarmante impacto del cambio climático.

La degradación ambiental y la pobreza están estrechamente vinculadas y los hombres y las mujeres están afectados según el estatus social, económico y político al interior de las comunidades y las familias. Las mujeres del campo tienen menos acceso que los hombres a la tecnología, a la tierra, a la toma de decisiones en el manejo sustentable de los recursos naturales, profundizándose su exclusión social y económica.⁵⁹

Las mujeres rurales viven más en contacto con la tierra, los bosques, el aire y el agua, por lo que son particularmente afectadas por la degradación ambiental. La deforestación aumenta la inversión de tiempo de las mujeres para buscar y acarrear agua y leña.

Algunos estudios reflejan la situación laboral desventajosa para las mujeres indígenas. La mayor proporción de ellas, trabajadoras agrícolas migrantes, laboran jornadas intensivas de más de ocho horas, sin gozar de los beneficios laborales.¹⁵ La participación de las mujeres en las maquilas ha sido reportada como una forma de trabajo que muchas veces irrespeta los derechos laborales y de salud de las mujeres de Centroamérica y República Dominicana.⁶⁰

La exposición a plaguicidas causa intoxicaciones agudas en aplicadores directos (principalmente hombres en edad productiva de zonas rurales)⁶¹ y en sus familias, contamina el ambiente, y se bioacumula, encontrándose altos residuos de plaguicidas en leche materna, sangre y grasa corporal. Un estudio realizado en Costa Rica⁶² comprobó la esterilización de 1.500 trabajadores bananeros por exposición a plaguicidas. Los plaguicidas también se han utilizado como medio para suicidios (principalmente en hombres) e intentos de suicidios (más frecuentes en mujeres).

Violencia basada en género (VBG)

La violencia basada en género es una manifestación extrema de la desigualdad de género, que expresa la discriminación y la subordinación de las mujeres en la estructura de las relaciones del sistema de dominio masculino prevaleciente. La VBG es una expresión de la violación de los derechos humanos de las mujeres y produce y reproduce la injusticia y la impunidad. Sus consecuencias son devastadoras para las sobrevivientes: trastornos emocionales, problemas de salud mental y salud sexual y reproductiva, pérdida de autoestima y autonomía, mayor riesgo de ITS/VIH/sida y muerte.

Varias fuentes proporcionan datos sobre los tipos de violencia, no siempre comparables entre países, pero cualquiera tipo de violencia está presente en todos los ciclos de vida de las mujeres. Siete millones de centroamericanas han sufrido alguna vez violencia, cerca de 2,5 millones han sido abusadas sexualmente

y más de 3 millones de mujeres ⁶³ han sido amenazadas por sus propias parejas o ex parejas, ubicando a la violencia de género como uno de los flagelos más grandes que afecta a los países del presente informe. ⁶⁴

En el Cuadro 28 se presentan las tasas de femicidio que van desde 1,8 en Nicaragua a 11,2 por 100 mil mujeres en El Salvador ⁶⁵. Más de 1.200 mujeres murieron por esta causa en 2005, si bien los datos son impresionantes, hay subregistro y mal registro de datos, así como inconsistencias en la conceptualización de los casos, lo cual constituye una barrera para conocer con precisión el grave problema de femicidio en Centroamérica. Otro de los problemas de la información es la diversidad de fuentes: órganos judiciales, policía, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, sin que los registros ni los datos hayan sido homologados. Las fuentes primarias, especialmente los expedientes, no están disponibles. Es poco lo que se sabe sobre el perfil de las víctimas, quienes son generalmente jóvenes, amas de casa y estudiantes. ⁶⁶

Cuadro 28. Casos y tasa de femicidio (por 100 mil mujeres), Centroamérica, 2005

Países	Número	Tasa
Belice	8	-
Costa Rica	518	8
El Salvador	390	11,2
Honduras	171	4,7
Guatemala	60	2,2
Nicaragua	38	1,8
Panamá	35	2,2

Fuente: Centro Internacional para la Prevención de la Criminalidad.

La violencia física afecta el bienestar y estabilidad emocional de las mujeres, comprometiendo la productividad y autonomía y causando hospitalizaciones e incapacidad, estimándose que una mujer pierde 9,5 años de vida saludable por razones de violencia doméstica y violencia sexual. ⁶⁷ Algunos efectos reconocidos son: tres veces más complicaciones al momento del parto, reproducción de patrones de violencia al observarla, mayores riesgos para adquirir ITS y VIH/sida, por relaciones sexuales inseguras y nacimiento de niños con bajo peso al nacer. La prevalencia de víctimas de violencia física por parte de su cónyuge/compañero de hogar en algún momento de la relación es alta: 45,4% en

Costa Rica, 30% en Nicaragua, 21,7% en República Dominicana, 19,7% en El Salvador; 19.7% y 14,3% en Honduras.⁶⁷

La violencia psicológica o emocional, es otro flagelo cuyas consecuencias son tan serias y prolongadas que los efectos físicos, es a su vez difícil de registrar porque todavía existe el concepto en la sociedad de que solamente los golpes se consideran violencia. Por otro lado, con frecuencia no se registra la violencia emocional que ocurre antes, durante y después de la violencia física y sexual, ya que no es cierto que ocurra aisladamente o por separado. Se reporta una alta proporción de este tipo de violencia en los países: Honduras 77,8%, República Dominicana 67,5%, Costa Rica 49,6% y El Salvador 35,8%.⁶⁷

La violencia sexual ocurre dentro del ámbito íntimo del hogar en cualquier momento del ciclo de vida de las mujeres; además, sucede en el ambiente educacional, en la comunidad, en el trabajo y en cualquier otro espacio que ocupe la mujer. El agresor sexual puede ser un desconocido, un familiar, la pareja, una autoridad, entre otros. Cuando la violencia ocurre en menores de edad, daña en el futuro su capacidad de relacionarse en pareja, fomenta la adquisición de conductas de riesgo en la adolescencia o adultez temprana, tales como consumo de bebidas alcohólicas, drogas y cigarrillos⁶⁹ y se expone a un embarazo de riesgo no deseado. Esta situación se incrementa por otros factores tales como: la pobreza, el desempleo, la exclusión respecto a bienes y servicios que suministran autonomía económica y social a las mujeres. Se reportan los siguientes datos para los países: Costa Rica 38,2%, Honduras 27%, El Salvador 8%, Guatemala 8%, y República Dominicana 6,4%.⁶⁷

Otro elemento importante a tomar en cuenta en la violencia de género es la que ocurre en conflictos armados. En Centroamérica ha existido una historia de violencia y conflictos políticos y sociales que han dado lugar a la conformación de diversos escenarios donde las mujeres son sometidas a mecanismos de represión que van desde el arresto hasta los abusos psicológicos, físicos y sexuales sistemáticos, violación y abuso sexual como armas de guerra e instrumentos de dominación, desplazamientos bajo coerción, inserción en trabajos forzosos que con frecuencia incluye trabajo sexual. Además de ser una violación a los DDHH, estos abusos conllevan un riesgo para contraer ITS y VIH/Sida.⁶⁸

Tráfico de personas

Las violaciones a los Derechos Humanos de las víctimas de tráfico son graves y variadas, se relacionan con los mecanismos de control que usan los traficantes y su vinculación con el comercio y distribución de drogas. Algunos de los factores que se señalan como causantes de la migración y tráfico son: pobreza, inseguridad y violencia. El tráfico de personas está tipificado como delito y se ubica en el Capítulo de Delitos Sexuales de la mayoría de los códigos penales de los países del informe; sin embargo, un estudio regional ⁷⁰ reveló que los códigos penales lejos de proteger a la mujer de las agresiones y violaciones a sus derechos contribuyeron a recrear y perpetuar una serie de estereotipos en contra de ellas. Las modalidades conocidas son: contrato de trabajo, adopción, matrimonio, caravanas de mujeres, oferta en Internet, y terminan en burdeles o clubes nocturnos de diferentes lugares del mundo bajo el dominio de proxenetas.⁷¹



Algunos mecanismos de control utilizado contra las víctimas son la retención de documentos de identificación, de viaje o de salud; imposición de deudas por transporte, alojamiento, alimentación y otras necesidades básicas; amenazas de informar su condición migratoria a las autoridades; golpes y abusos físicos y sexuales; guardias que las vigilan o ejercen otros métodos de restricción de libertad ⁷².

El tráfico en la subregión incluye el traslado de víctimas de una zona a otra dentro del país, generalmente de zonas rurales pobres a las ciudades grandes, y, el traslado legal o ilegal a otro país, convirtiendo a la víctima en inmigrante irregular. El perfil de las víctimas son mujeres jóvenes, niños, niñas y adolescentes mujeres. Se estima que los corredores del tráfico de personas se extienden desde Nicaragua a Belice y como destino principal México y Estados Unidos, y de Costa Rica como punto de origen hacia el norte. República Dominicana se considera como uno de los cuatro países a nivel mundial con la mayor cantidad de mujeres traficadas con fines de explotación sexual⁷³ y se estima que 50 mil dominicanas trabajan en la industria del sexo principalmente en Europa.⁴¹

Explotación sexual

Es otra forma de violencia contra las mujeres que actualmente se ha incrementado en casi todos los países. La OIT reveló que 94% de la población encuestada considera que la explotación sexual es un delito y que una de cada cuatro personas afirmó conocer lugares donde se paga por tener sexo con menores de edad ⁷⁴. Una de cada cuatro personas respondió que “no haría nada” ante un caso de explotación sexual comercial, 18% denunciaría a la persona menor víctima, lo que induce a pensar que a la víctima se la considera culpable, lo cual llama la atención y obliga a actuar para evitar la re-victimización de menores y adolescentes para su protección. Las personas que dijeron que no denunciarían, alegaron que es porque temen a represalias, no confían en el sistema y no es su problema. Respecto a las causas de la explotación se mencionaron la pobreza de la víctima y su familia, la falta de valores de la víctima y su familia y un 60% señala a la persona menor como responsable del problema y de su situación, lo que significa que las personas encuestadas no asociaron al explotador como causa de la explotación sexual comercial a menores.



CAPITULO IV: SALUD REPRODUCTIVA

Mi cuerpo es mi mundo...
la salud sexual y reproductiva.

Existe una tendencia creciente desde hace dos décadas hacia el reconocimiento de los fundamentos legales para el logro de los derechos humanos de las mujeres y los derechos sexuales y reproductivos, constituyéndose en tema fundamental ampliamente discutido en conferencias internacionales como la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo (CIPD, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), en Informes Mundiales⁷⁵ y por las Organizaciones de Mujeres.⁷⁶ El Cuadro 29 sintetiza los principales compromisos internacionales asumidos por los países sobre la salud sexual y reproductiva.

Cuadro 29. Compromisos internacionales sobre la Salud Sexual y Reproductiva

Compromisos	Alcances
Declaración de Derechos Humanos 1948	Se reconoce el derecho de todo ser humano a la salud y se manifiesta directamente sobre la salud materna e infantil (Capítulo 25,2): La maternidad y la Infancia tienen derecho a cuidados asistenciales especiales
Organización internacional del Trabajo (OIT) 1952	Convenio relativo a la Protección de la Maternidad.
Conferencia de Alma Ata. 1978	Se incluye la Planificación Familiar como base para la salud Materna e Infantil
Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de NNUU.(CEDAW) 1979	Se declara el derecho al acceso a material informativo específico para contribuir a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluido información y asesoramiento sobre Planificación Familiar
Conferencia internacional sobre población y Desarrollo. (CIPD) 1994. El Cairo	Se adopta el término de Salud Sexual y Reproductiva con la valiosa participación y esfuerzo de grupos feministas que reivindicaron los Derechos de las mujeres. La CIPD establece que la política de población debe dirigirse al bienestar de los individuos y su calidad de vida enmarcados en los Derechos Humanos. Queda en segundo plano la concepción reduccionista de las relaciones sexuales como medio para fines reproductivos y de la mujer como madre y cuidadora. Se enfatiza en el empoderamiento de la mujer como piedra angular de todos los programas y su autonomía en todos los aspectos de la vida y se enfatiza el respeto a la sexualidad y reproducción.
IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Naciones Unidas. Beijing 1995	Se refuerza el concepto de Salud Sexual y Reproductiva, se aprueba la Declaración y Plataforma de Acción que servirá de guía para los gobiernos y entidades en todo el mundo. Afirma nuevamente que "los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su SSR, libres de coerción, discriminación y violencia" y reconoce que "la capacidad de las mujeres de controlar su fecundidad constituye la base fundamental para el disfrute de otros derechos."
Unión Europea y todos sus Estados miembros 1996	Adoptan el Plan de Acción sobre Población y Desarrollo de El Cairo. Promueve el enfoque holístico y el reconocimiento de la Salud y de los Derechos en materia de Sexualidad y Reproducción.
Cumbre del Milenio. 2000	Se definen dos de los objetivos de Desarrollo del Milenio, donde se recogen aspectos fundamentales para la mejora de la salud reproductiva: disminución de la mortalidad materna y avance hacia la igualdad entre los géneros y empoderamiento de las mujeres.

Fuente: Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Lucía Mazarrasa y Sara Gil T. España

Mortalidad materna

Si bien hay avances en el acceso a servicios de salud reproductiva en la Subregión, la maternidad insegura sigue siendo causa de muerte para muchas mujeres, aún cuando su abordaje es prioritario en todos los países. Es uno de los retos más grandes que los sistemas de salud no han logrado superar y una deuda social, especialmente hacia las mujeres y sus familias que viven en condición de pobreza, ruralidad y exclusión. Una gran proporción de las causas son prevenibles: hemorragia, eclampsia y pre eclampsia, parto obstruido y aborto inseguro. El problema se vincula con otros factores como desnutrición y anemia antes y durante el embarazo, la pobreza y la falta de recursos para movilizarse oportunamente a un centro de atención, la falta de apoyo familiar y comunitario, problemas culturales que limitan el acceso de las mujeres indígenas y afro descendientes, además de las razones de género que impiden la búsqueda oportuna de recursos de salud.

En el Cuadro 30 se aprecian las enormes diferencias entre países en relación a la Razón de Mortalidad Materna (RMM), desde 6 por 100,000 nacidos vivos en Belice hasta 148.8 en Guatemala. Estas cifras, aun cuando son muy altas, representan una subestimación de las muertes esperadas en la subregión. En Costa Rica, en 2004, la RMM fue de 0,3 por 100,000; en

Cuadro 30. Razón de mortalidad materna (por 100 mil nacidos vivos) y número de defunciones, países de CA y República Dominicana, 2004-2007

Países	Número de defunciones	Razón de Mortalidad Materna
Belice	3	-
Costa Rica (2007)	14	-
El Salvador (1997- 2002)	112	71,2
Guatemala (2000)	670	148,8
Nicaragua (2004)	121	86,5
Honduras (1997)*	216	108,0
Panamá (2004)	46	66,0
República Dominicana (2006)	185	80,0

- no se calcula la RMM si el número de defunciones es muy pequeño

--no disponible

Fuente: OPS/OMS. Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores Básicos 2009. Embarazo en adolescentes

Honduras, la última estimación fue de 108 por 100,000 en 1997. En Belice, se reportaron 10 muertes maternas en 2005 (cerca de 143/100,000).

Según OPS/OMS, la mayor parte de los países de la Subregión presentan tasas de fecundidad en adolescentes por arriba de 72 por 1.000 nacidos vivos. Las tasas más altas correspondieron a Honduras (137), Nicaragua (119), Guatemala (114), El Salvador (104) y República Dominicana (96). En 2001, aproximadamente entre 33 y 50% de las mujeres nicaragüenses, guatemaltecas y hondureñas entre 20 y 24 años de edad habían tenido un hijo antes de cumplir 18 años, y casi la mitad de ellas los tuvieron antes de cumplir 20 años de edad. Las adolescentes contribuyen con 15% de la carga de la enfermedad por afecciones maternas y con 13% de todas las muertes maternas. Las adolescentes presentan mayor riesgo de tener resultados adversos del embarazo, tales como hemorragia posparto, endometritis puerperal, niños de bajo peso al nacer para la edad gestacional y parto prematuro. Se estima que 40% de los embarazos en adolescentes no son planeados y son consecuencia de no usar métodos anticonceptivos, de usar métodos inadecuados o de fallas al utilizarlo. Los datos disponibles indican que no son planeados 45% de los nacimientos provenientes de madres entre 15 y 19 años de edad en Nicaragua, 40% en Honduras y 29% en Guatemala.³⁹ Según datos del CLAP (2000-2005), el embarazo en adolescentes en la subregión representó el 19% de los embarazos totales (Rango entre 14% en Belice y 24% en Nicaragua).⁷⁷

Atención del embarazo y el parto

Como se observa en el Cuadro 31, en cuatro países con información disponible, la cobertura de la atención prenatal es mayor que la de atención del parto institucional -ambas todavía son insuficientes-. Debe reconocerse que por razones culturales, económicas y falta de apoyo, las algunas mujeres embarazadas prefieren, aún cuando entienden los riesgos, la atención del parto en el hogar. Algunas razones de género son: el impedimento de la pareja, la carga de responsabilidad en el cuidado de la familia, los quehaceres domésticos y otros factores como la pobreza, falta de recursos para transportarse, no tener quien la acompañe o quien le cuide el hogar y la familia. Todo ello, porque la maternidad no se considera un hecho social, económico, histórico y demográfico, sino un evento individual de la mujer.

Cuadro 31. Cobertura (%) de atención prenatal y de parto por profesional de salud, cuatro países de CA. 2007

Atención	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua
Prenatal	86,0	70,8	67,6	86,7
Parto	76,6	51,6	74,5	73,8

Fuente: Guttmacher Institute *Proteger la Salud Sexual y Reproductiva de la Juventud Hoy*.

Planificación familiar

Si bien el uso de métodos anticonceptivos ha aumentado en la última década, aún hay países con bajas prevalencias de uso de métodos modernos (Guatemala 43% y Belice 56%), como se observa en el Cuadro 32. En general, los métodos más utilizados son la esterilización femenina y los menos usados son el dispositivo intrauterino (DIU) y los condones. La mayor responsabilidad sobre la selección y uso del método recae en las mujeres, con muy poca participación masculina expresada en las bajas tasas de esterilización masculina y uso de condones. El bajo uso de condones es una causa fundamental de la transmisión del VIH.

Cuadro 32. Proporción de mujeres de 15 a 49 años de edad que usan métodos anticonceptivos, seis países de CA y República Dominicana. 2000 – 2005

Atención	Algún Método	Método Moderno	Píldora	DIU	Esterilización		Inyección	Condón Masculino
					M	H		
Belice	56	49	15	2	19	SD	4	2
Costa Rica	80	72	26	7	21	1	6	7
El Salvador	67	61	8	2	32	SD	9	3
Guatemala	43	34	3	2	17	1	9	2
Honduras	65	56	11	7	21	<1	14	3
Nicaragua	69	66	15	6	25	1	14	3
Rep. Dominicana	70	66	14	2	46	<1	2	1

Fuente: OPS/OMS/UNFPA/UNIFEM. *Género Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores básicos 2007*.

Un dato que no se registra en las instituciones de salud es el uso de la pastilla anticonceptiva de emergencia (PAE) y es el único medio que se puede utilizar con las sobrevivientes de violación sexual e incesto, para evitar un potencial embarazo, aunque cuestionado por ciertos grupos, está avalado científicamente.⁷⁸

Factores de riesgo para la salud sexual y reproductiva

Diversos factores contribuyen a los problemas de salud sexual y reproductiva, entre ellos el acceso a educación sexual apropiada, edad de la primera relación sexual, edad de la primera relación conyugal, conocimientos y actitudes de los hombres y las mujeres acerca de la anticoncepción, edad al primer embarazo, edad al primer nacimiento, demanda insatisfecha de planificación familiar y fecundidad no deseada. A continuación se destacan algunos aspectos relevantes:

Educación sexual: la educación sexual, especialmente de los niños y jóvenes contribuye al ejercicio responsable e informado de la sexualidad, aunque es un tema tabú en la mayoría de los países.

Edad y pareja en la primera relación sexual: La edad a la primera relación tiene connotaciones diferentes entre hombres y mujeres, siendo un riesgo para su salud en edades tempranas, por sexo sin protección.⁷⁹ Los hombres se inician antes que las mujeres (entre 14,8 y 15,5 años, y entre 16,1 y 16,7 años, respectivamente). En áreas urbanas se reporta un inicio más temprano de las mujeres.⁸⁰ En mujeres muy jóvenes, el riesgo para la salud es mayor, incluyendo el riesgo de embarazo precoz y no deseado. Las niñas generalmente son seducidas o forzadas por hombres mayores. Los hombres generalmente inician su vida sexual con sus novias o amigas, y en menor grado con trabajadoras sexuales (3,1% en Panamá y 8,2% en El Salvador). Menos del 3% de hombres iniciaron relaciones sexuales con otros hombres (1,3% en Honduras, 1,6% en Belice, 2% en El Salvador, 2,1% en Costa Rica, 2,2% en Panamá y 2,9% de Nicaragua).⁸¹

Edad de la primera unión conyugal: Constituye un primer acercamiento al inicio de la exposición al riesgo de un embarazo, y/o a una ITS y VIH/sida, así mismo, amplía el tiempo de exposición para tener hijos durante su vida reproductiva. En todos los países la edad de unión de los hombres es mayor que la de las mujeres ⁸¹, quienes por su juventud no han culminado una carrera o recién se inician en una ocupación/trabajo.⁸²

Conocimiento acerca del riesgo de embarazo: Una encuesta en tres países de la subregión demuestra el gran desconocimiento de mujeres de 15-24 años acerca de las razones para no salir embarazadas: por no tener la edad (10,3%-32,2%), por ser la primera vez (16,1-30,8%), por infrecuencia de relaciones (5,5%-

25,3%), pareja dijo que no saldría (7,4%-19,3%), creía no estar en período fértil (13,8%-15,5%), no conocía su periodo fértil (13,3%) y había tenido relaciones y no salió embarazada (7,8%).⁸⁰

Edad al primer embarazo: Es un evento muy importante para la sociedad y la vida personal de las mujeres y las familias y se relaciona con la falta de planeación del mismo y la edad de la embarazada. No planearlo implica más riesgos a la salud para madres e hijos, dificultades económicas y escolares. En la misma encuesta realizada en tres países, no planear el embarazo fue una razón muy frecuente en embarazadas menores de 15 años (32,3-55%) y un poco menos frecuente entre embarazadas de 15 a 24 años (23,6%-44,8%)⁸⁰⁻⁸². Una gran proporción de mujeres entre 15-24 años, se encontraban estudiando cuando supieron que estaban embarazadas, principalmente en El Salvador. Entre 9%, y 32,6% eran menores de 15 años y en menor proporción entre los 15 y 24 años (11,4%-30,2%).⁸⁰ Este hecho es impactante e implica el abandono de sus metas y dificultades para desarrollarse mientras cría a su hijo, muchas veces sola, aumentando su vulnerabilidad.



Edad al primer nacimiento: El nacimiento de un hijo impacta en forma diferente: el hombre tratará de desempeñar su rol de proveedor y las mujeres el de cuidadora, generalmente sin apoyo, abandonando su empleo y/o estudio, y enfrentando problemas económicos. La madre adolescente se dedicará a

labores domésticas y/o dependerá económicamente de sus padres/suegros. Existen importantes diferencias en la proporción de hombres y mujeres que han tenido hijos a la edad de 15 -19 años. La maternidad inicia tempranamente para las mujeres entre 15-19 años (16% en Guatemala y 23.2% en Honduras). La proporción entre mujeres es 1,3 veces más en Honduras, 4,3 en Guatemala, 5,3 en Nicaragua y 26,7 en El Salvador, en comparación con la proporción de los hombres.⁸²

Actitudes de los hombres de 15-44 años respecto a la anticoncepción:

La actitud de los hombres es fundamental para que la pareja decida usar un método de anticoncepción. En un estudio centroamericano,⁸¹ se identificaron actitudes negativas de los hombres en relación a la anticoncepción, por ejemplo, una pareja debe tener todos los hijos que Dios mande (25%-64,3%), la mujer es quien debe tomar medidas para no quedar embarazada (27,9%-44%), la mujer que lleva condón en la cartera es de vida fácil (42,5%- 62,4%), sería un insulto que una mujer le pidiera que usara condón (12,9%-29,4%), tanto el hombre como la mujer pueden proponer el uso de condones (2,7%-10,7%). Estas actitudes denotan desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, demuestra la visualización de la reproducción desde la reproducción, y no desde los derechos fundamentales de las mujeres y las parejas a decidir, la dualidad en la asignación de responsabilidades a las mujeres, por una parte para evitar el embarazo pero no para usar condón. En general se aprecia que los hombres en este estudio desconocen los derechos sexuales y reproductivos y las ventajas del uso del condón en las relaciones sexuales como medida de anticoncepción y de prevención de ITS.

Razones de las mujeres para no usar anticonceptivos en la primera relación sexual:

Las razones varían según la situación de la mujer y reflejan falta de planeación, desconocimiento de los métodos y sometimiento a la voluntad masculina. Las mujeres unidas deseaban tener un hijo (22,3%-41,5%), no conocían ningún método (20%-35,5%), la pareja se opuso (4,2%-10,3%), no le gusta usarlos (6,0%-11,9%), considera que son peligrosos para la salud (0,6%-5,8%) y no esperaban tener relaciones en ese momento (0,3%-5,3%). Para las mujeres no unidas, el factor imprevisto fue muy importante (22,7%-45,5%), al igual que el desconocimiento de los métodos (18,7%-23,5%) y en menor grado, deseo de tener un hijo (6,6%-15,8%), oposición de la pareja (2,7%-6,3%), no le gusta usarlos (2,9%-8,7%) y ser la primera vez (8%).⁸⁰

Población femenina con necesidad insatisfecha de planificación familiar: Existe una relación directa entre el nivel educativo y las necesidades insatisfechas de planificación familiar en todos los países del informe. Las mujeres con menor nivel educativo presentan mayores necesidades insatisfechas de planificación familiar: entre 13% y 38% para el nivel sin educación, entre 12% y 27% para el nivel primario y entre 10% y 14% para el nivel secundario ⁸³. Algunos estudios muestran que las mujeres que son madres antes de los 20 años alcanzan niveles de educación mucho menores que las que postergan esta decisión. La demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar, es un factor determinante para la fecundidad no deseada, lo cual incide en las tasas globales de fecundidad. Un tema importante es el derecho que asiste a las parejas a utilizar métodos anticonceptivos y de protección, así como el derecho que asiste a las y los adolescentes y jóvenes a obtener información sobre las diferentes opciones a las que puede acceder.



CAPITULO V: CONCLUSIONES

Reconociendo avances e
identificando brechas.

Conclusiones

La salud de los hombres y las mujeres de Centroamérica y República Dominicana es un fenómeno complejo, cuyo análisis requiere de la identificación de los principales determinantes, la caracterización de la carga de enfermedad y muerte, la identificación de los factores de riesgo y el análisis de la efectividad de la respuesta del sistema de salud, en el contexto de cada país. Aun cuando se pueden identificar grandes tendencias subregionales o por grupos de países, es primordial profundizar en el análisis de la brecha a lo interno de cada país.

Si bien existen algunas limitaciones derivadas de las fuentes de información y la falta de desagregación de información por variables clave como sexo, edad, origen étnico, grupo económico, procedencia, nivel educativo, etc., existe abundante información a partir de fuentes oficiales de los países y de los principales organismos de cooperación técnica regional, que permite establecer a grandes rasgos, las prioridades, las principales barreras y las acciones que se requieren.

Las grandes tendencias identificadas en este informe son:

El comportamiento demográfico se caracteriza por la tendencia a la reducción de la mortalidad general, fecundidad y natalidad; el heterogéneo proceso de transición demográfica, identificándose tres grupos de países; la importante proporción de población joven y el aumento de la población de adultos mayores, aumentando la demanda para la atención de enfermedades crónicas y la discapacidad. Por otra parte, la tendencia a la urbanización provoca una mayor presión hacia los ya incipientes servicios básicos en áreas urbanas, incluidos los de salud. Se destaca también la mayor visibilidad de la población indígena y afro descendiente, generando mayores demandas de atención y la necesidad de desarrollar procesos de salud multiculturales, con sensibilidad étnica hacia poblaciones indígenas y afro descendientes. Otro elemento clave, es la persistente importancia de la migración como fenómeno económico y social, en dos vías, por un lado, los riesgos y presión de los migrantes y por otro, el retorno económico beneficioso en los países de origen.

Al igual que otras regiones, la subregión ha sido afectada por la crisis económica global, expresándose en las tendencias a reducir el empleo formal, a aumentar el empleo informal y el desempleo.

Las inequidades de género se manifiestan en el acceso a trabajo e ingresos diferenciado para hombres y mujeres, y para los jóvenes de ambos sexos. Es evidente la mayor vulnerabilidad económica de los hogares con jefatura femenina, las mujeres conyugues, las personas de la tercera edad y las poblaciones indígenas y rurales.

La subregión tiene una especial vulnerabilidad para los desastres naturales, manteniéndose en constante riesgo. Esto aunado al aumento del deterioro ambiental y la contaminación, la inseguridad laboral e incumplimiento de derechos de los trabajadores de ambos sexos, requiere de una consideración especial para los determinantes ambientales.



En cuanto a los determinantes de los sistemas de salud, si bien se reconocen los avances en materia de políticas públicas, y adopción de marcos legales de cara a los compromisos internacionales, los sistemas de salud de la subregión, siguen siendo altamente fragmentados y excluyentes: entre el 13% y 42% de la población se encuentra sin acceso y los programas de inclusión han sido insuficientes o poco efectivos. La inequidad en el financiamiento de la salud se expresa principalmente en el incremento del gasto privado en salud. Los recursos humanos en salud son insuficientes en cantidad, calidad y distribución, como parte de las limitaciones estructurales, inherentes al nivel de desarrollo socio económico de los países.

El análisis de situación de salud refleja que si bien las enfermedades infecciosas respiratorias e intestinales todavía se encuentran en las primeras cinco causas de muerte para ambos sexos, las enfermedades crónicas, principalmente del sistema circulatorio, tienen una importancia creciente. La mortalidad y morbilidad es diferencial para hombres y mujeres durante el ciclo de vida, excepto en los extremos de la vida. La mortalidad materna y neonatal con enormes brechas entre países y a lo interno de los países, sigue siendo el componente más importante de la agenda inconclusa de salud para la subregión. La violencia, inseguridad ciudadana y el comportamiento de riesgo asociados con el rol de género masculino, se convierte en una amenaza creciente para hombres adultos y adolescentes, responsable de un componente importante de la mortalidad por causas externas. La violencia basada en género es un problema creciente de complejo abordaje. Existen meritorios avances en la prevención y control de la mayor parte de las enfermedades transmisibles agudas y aún insuficientes, pero importantes avances en la provisión de los servicios de salud reproductiva.

Los principales factores de riesgos para las enfermedades infecciosas, están relacionados con los determinantes estructurales, como la pobreza y el insuficiente acceso a los servicios básicos de agua y saneamiento, sobre todo para las poblaciones rurales. Para las enfermedades crónicas, los factores de riesgo están relacionados con inadecuados hábitos nutricionales y sedentarismo, sobre todo para las mujeres, y tabaquismo y alcoholismo para los hombres. Se identifica un grupo de riesgos intermedios, como la hiperlipidemia, hiperglicemia, hipertensión y diabetes, que funcionan como precursores de enfermedades crónicas más severas y que constituyen un grueso componente de la mortalidad. Temas claves a considerar, como determinantes intermedios de otras condiciones de salud, son la desnutrición y el embarazo en adolescentes.

A lo largo del informe, se hace presente que los determinantes de la salud no inciden aisladamente. El patrón de exclusión se conforma con la suma de las inequidades individuales. Ejemplos de estas exclusiones: ser mujer, indígena, analfabeta, migrante, y trabajadora agrícola, o ser adolescente rural o indígena, de baja escolaridad, o ser habitante de áreas rurales, donde coinciden bajos niveles de ingreso, de escolaridad, sin seguridad social y sin acceso a los servicios de salud.

En el informe también hay grupos casi invisibles: los discapacitados, las personas de la tercera edad, de ambos sexos, los trabajadores de ambos sexos, los adolescentes hombres, las minorías sexuales enfrentándose a la epidemia del VIH. Si bien existen algunos estudios especializados acerca de los problemas de salud de estas poblaciones, no han sido priorizados ante la escasez de recursos financieros de los países, que concentran sus esfuerzos donde existe una mayor carga de mortalidad y morbilidad, generalmente en las madres y los niños.



Las principales barreras identificadas, ordenándolos según su proximidad a los individuos son: los factores individuales relacionados con los hábitos y estilos de vida; la falta de incentivos comunitarios para mayores acciones de promoción de la salud, mayor participación en la gestión de salud y en la auditoria social a los sistemas de salud; la inequidad en el financiamiento de la salud; los servicios de salud fragmentados con énfasis en lo curativo y en

la atención de la demanda de servicios cuando existe daño para las poblaciones que tienen acceso; la enorme exclusión de los servicios de salud de segmentos importantes de la población; la insuficiente implementación de intervenciones de salud costo efectivas y de programas basados en datos probatorios; el limitado análisis y uso de la información desagregada por sexo, edad, origen étnico, y otras variables relevantes para la reducción de brechas; el insuficiente monitoreo y supervisión de la calidad de los servicios; la limitada rectoría de los Ministerios de Salud hacia los otros subsectores; la investigación en salud no vinculada a las brechas de conocimiento y las limitaciones en la formación integral de recursos humanos. En el extremo más distal, las barreras estructurales originadas en la pobreza y las condiciones de vida aún limitadas para la mayoría de la población de la Subregión, y fundamentalmente determinadas por la condición de países en vías de desarrollo.

La siguiente tabla, no exhaustiva, resume los principales problemas de salud encontrados en el presente informe, algunos de los cuales son modificables y se identifican como barreras en distintos niveles. Muchos de los factores individuales se modifican con cambios en los estilos de vida, los factores relacionados con los servicios de salud requieren de modificaciones en las políticas públicas, en el diseño e implementación de mejores programas de salud pública, que efectivamente mejoren el acceso y la calidad de la prestación de servicios. Más difíciles de abordar son los determinantes relacionados con las condiciones socio-económicas y el nivel de vida de las poblaciones, especialmente de los grupos que hoy se encuentran excluidos del desarrollo.



Cuadro 33. Principales barreras para la salud de mujeres y hombres en Centroamérica y República Dominicana

PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD	FACTORES INDIVIDUALES	SERVICIOS DE SALUD	OTROS DETERMINANTES
Enfermedades infecciosas: Neumonía e influenza Enfermedades infecciosas intestinales	Niños y tercera edad Desnutrición Hábitos higiénicos Hábitos alimenticios Lactancia	Enfoque curativo Falta de acceso a detección y tratamiento precoz	Pobreza Abordaje intersectorial de la desnutrición Falta de acceso a agua potable y saneamiento Roles de género
Enfermedades del sistema circulatorio: • isquémica del corazón • enfermedad cerebro vascular • insuficiencia Cardíaca • hipertensión • Diabetes	Tercera edad Envejecimiento Hipertensión Diabetes Sobrepeso Dieta poco saludable Sedentarismo	Enfoque curativo Falta de acceso a detección y tratamiento	Falta de espacios para actividad física Roles de género
Afecciones originadas en el período perinatal Mortalidad materna	Niños, MEF Anemia y desnutrición materna Corto espacio intergenésico Riesgo obstétrico Embarazo en adolescentes	Necesidades insatisfechas en PF Falta de acceso a servicios básicos de salud sexual y reproductivo Adecuación cultural	Pobreza Vías de comunicación Roles de género
Neoplasia maligna	Ambos sexos Tabaquismo Vida sexual Hábitos y estilos de vida Antecedentes familiares	Falta de acceso a servicios de detección precoz	Roles de género
Violencia basada en género y social Agresiones (homicidios)	Mujeres y niños Adultos jóvenes Sexo: Masculino		Pobreza Violencia Inseguridad ciudadana Roles de género
Cirrosis y otras enfermedades del hígado Enfermedades del sistema urinario	Edad y sexo: hombres mayores	Falta de acceso a servicios integrales para adultos mayores	Roles de género
Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores	Ambos sexos Tabaquismo Uso de leña para cocinar		Alternativas a uso de biomasa Contaminación ambiental Roles de género
Enfermedades de transmisión sexual ITS VIH/Sida	Sexo inseguro	Falta de acceso a servicios Estigma y Discriminación	Roles de género



CAPITULO VI: RECOMENDACIONES

Responsabilidad del Estado, rol de los sectores
y participación de los ciudadanos.

Recomendaciones

La salud es un derecho cuya respuesta institucional es sumamente compleja y multidisciplinaria, se recomienda que las medidas de aplicación lideradas por el Sistema de Integración Centroamericano, sean multisectoriales y participativas dirigidas primordialmente a la transformación y eliminación de los principales factores socios económicos, culturales, y de género que la determinan, por lo que se mencionan las siguientes:

El abordaje de problemas de salud y sus determinantes, comunes a varios países de la región debe incluir el desarrollo de una política social regional que defina el nivel mínimo de acceso a servicios de salud de calidad, en el marco del modelo de desarrollo de cada país y de los compromisos internacionales, a los cuales todos los países de la subregión están adheridos.

La incorporación del enfoque de género en esta política social requiere de la formulación de un marco de derechos humanos y macro políticas de desarrollo integral y de marcos institucionales propicios. Aspectos específicos a fortalecer son: el aumento de la participación de mujeres en el ejercicio de poder y la toma de decisiones, establecimiento de mecanismos institucionales para equidad de género e igualdad de oportunidades, y la coordinación intersectorial para la implementación de políticas nacionales de equidad de género.

Siendo la promoción de la salud, estrategia fundamental para la modificación de los determinantes de la salud y sus efectos, la participación comunitaria efectiva y el enfoque multisectorial, en la definición y ejecución de las políticas de salud regionales y nacionales es imprescindible, con particular atención a la participación de las organizaciones que velan por los derechos de las mujeres, la niñez, la adolescencia y las poblaciones indígenas y afro descendientes, y de los sectores políticos y económicos que definen la inversión pública.

Los Ministerios de Salud de la Subregión, en ejercicio de su función rectora de salud, deben asumir un liderazgo y abogacía para que la agenda mínima de salud, se inserte en las agendas políticas y económicas de los países y en los mecanismos subregionales, considerándose, más que un gasto social, una inversión para el desarrollo humano sostenible y se traduzca en mayores recursos financieros para el sector salud y sus

principales determinantes (educación, agua y saneamiento básico, bienestar y seguridad social, entre otros).

La evidente exclusión social de importantes grupos de población en casi todos los países, requiere de una inmediata acción concertada para fortalecer y extender la protección social en salud garantizando el acceso a servicios integrales de salud de calidad. Esta acción debe incluir la eliminación de las barreras de acceso, la integralidad de los sistemas de salud, la extensión de la protección social a grupos vulnerables específicos, la extensión de la seguridad social, incluyendo a trabajadores informales y poblaciones migrantes.

Garantizar el abordaje de la salud sexual y reproductiva con un enfoque de derechos humanos, género, diversidad e interculturalidad según el ciclo de vida. Esto incluye el fomento de una mayor participación de los hombres, la educación para la sexualidad saludable enfatizando el desarrollo integral de los adolescentes y la salud de madres y niños. Implica el fortalecimiento de los sistemas de salud para la atención pre y pos natal de la madre y el niño, complicaciones del aborto, prevención y atención a las infecciones de transmisión sexual, especialmente VIH/Sida, detección de cáncer cérvico-uterino, consejería y atención a la violencia basada en género, la provisión de información y acceso a métodos de planificación familiar y la atención de la demanda insatisfecha de planificación familiar.

Reducir las desigualdades e inequidades y exclusión social en salud dentro y entre los países, con acciones explícitas de inclusión social a los beneficios del desarrollo de las comunidades rurales aisladas, los pueblos indígenas y afro descendientes, las madres solteras y jefas de familia de bajos ingresos, las personas con discapacidad y viviendo con el VIH/Sida.

Definir claramente las responsabilidades de cada sector social y económico en los países para el cumplimiento de ordenamientos jurídicos y legales que contribuyan a la eliminación de la explotación sexual y tráfico de mujeres, niños(as) y adolescentes, mediante la ejecución de agendas, programas y proyectos regionales consistentes y sostenibles.

Dada la creciente carga sanitaria derivada de las enfermedades no transmisibles, se deben implementar estrategias nacionales y regionales de promoción de estilos de vida saludables, identificación, atención y control de las enfermedades crónicas

no transmisibles, la ratificación e implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco, de dieta y actividad física y la prevención y control de los riesgos ambientales tradicionales y modernos, incluyendo la prevención y mitigación del daño ocasionado por desastres naturales.

Algunos ejemplos de estas estrategias son:

- campañas educativas multisectoriales para contribuir a la eliminación de los riesgos a la salud inherentes al estado nutricional: desnutrición, anemia, sobrepeso, obesidad,



hiperlipidemia, hipertensión arterial, obesidad, patrones alimentarios, entre otros.

- elaboración y ejecución de políticas públicas para la protección de la juventud en la prevención y eliminación del tabaquismo desde los establecimientos escolares, comunidades y público en general.
- establecer convenios multisectoriales para que las instituciones gubernamentales competentes ejecuten programas de educación sexual desde las escuelas primarias, con un enfoque científico y apegado a los derechos humanos
- capacitación a profesionales y auxiliares de la salud, personal comunitario, personal de socorro, cuerpos policiales y

responsables de atención de desastres, para la prevención, atención y protección de mujeres, adolescentes y niños de violación y abuso sexual, violencia física y emocional que ocurre durante y después de desastres naturales.

- mejorar el abordaje (calidad y oportunidad) de la atención médica, legal y psicológica para mujeres violentadas, mediante estrategias multisectoriales, incluyendo la creación de albergues o refugios para mujeres violentadas y apoyo en áreas de psicología, judicial, legal y terapia ocupacional.

Ante la escasez de recursos humanos en salud, se deben implementar políticas nacionales y regionales para la gestión integral de los recursos humanos en salud, incluyendo formación estandarizada universitaria y técnica de los nuevos recursos humanos, incentivos para la redistribución de personal en áreas geográficas críticas, formación en salud multiculturalidad, educación permanente utilizando tecnologías innovadoras en áreas prioritarias de salud pública identificadas en este informe y respondiendo al compromiso de reorientar los sistemas hacia la Atención Primaria de Salud.

Se debe fortalecer el liderazgo de las mujeres e invertir en la capacidad de las organizaciones femeninas para lograr su participación plena en los procesos de toma de decisiones en espacios públicos que garanticen la equidad en salud y la protección de los DDHH de las mujeres.

Es imperativo gestionar el conocimiento en salud y sus determinantes de la subregión, de manera que permita la identificación y el reconocimiento de las brechas en las condiciones de vida y atención de salud de los más pobres, marginados y grupos especialmente vulnerables: pueblos indígenas, afro descendientes mujeres, niños, adultos mayores, personas con discapacidad, migrantes, trabajadores y campesinos. Esto incluye el desarrollo de una estrategia regional de fortalecimiento de sistemas de información con visión de género y etnicidad sobre indicadores de salud y sus determinantes; de fomento de investigaciones esenciales en género y etnia en salud y de inclusión apropiada de la variable etnia en las próximas rondas censales.

Se deben continuar implementando y fortaleciendo las estrategias intersectoriales nacionales y regionales que promueva la

seguridad alimentaria y nutricional incluyendo los aspectos de promoción de la lactancia materna como un eje fundamental, la vigilancia de la canasta básica de alimentos, la creación de mecanismos intersectoriales que respondan efectivamente ante situaciones de escasez de alimentos y el abordaje, también intersectorial de la prevención de riesgos ante enfermedades crónicas relacionadas a la nutrición.

Se deben continuar implementando y fortaleciendo las estrategias intersectoriales nacionales y regionales para aumentar el acceso al agua potable y saneamiento básico, la identificación y movilización regional de recursos financieros para el crecimiento del sector en ampliación de cobertura a las poblaciones excluidas de este servicio, fortalecimiento institucional y reforma sectorial, cambio de comportamiento en higiene y conservación del agua.

Para reducir la vulnerabilidad ante los desastres de origen natural, las emergencias antrópicas y los efectos del cambio climático se requiere de implementar una política regional intersectorial y alianzas para reducir la vulnerabilidad de la población ante los desastres naturales y el cambio climático, y el binomio cambio climático-desastres, incluyendo la participación activa comunitaria en los planes de prevención y mitigación de desastres. Algunos de los aspectos destacados en este informe como la salud mental y la violencia basada en género, durante y después de los desastres, deben ser especialmente considerados en las estrategias de abordaje.

Índice de Cuadros

Nº	Título	Nº de página
Cuadro 1	Descripción general de países de Centroamérica y República Dominicana	5
Cuadro 2	Estimaciones de la población de Centroamérica y República Dominicana según sexo, índice de masculinidad y proporción de MEF por país, 2010.	6
Cuadro 3	Población indígena en Centroamérica según país, 2003	9
Cuadro 4	Esperanza de Vida al Nacer (en años), según sexo, países de CA y República Dominicana, 2010-2015	4
Cuadro 5	Tasas brutas de natalidad (por mil), países de CA y República Dominicana, quinquenios 2005-2020	12
Cuadro 6	Tasa de Mortalidad Infantil (por 1000 nacidos vivos), países de CA y República Dominicana, según sexo, 2010	14
Cuadro 7	Hogares urbanos con jefatura femenina (%) en cada estrato de pobreza, seis países de CA y República Dominicana, 2001-2002	18
Cuadro 8	Mujeres cónyuges sin ingresos propios (%) en hogares pobres, según área de residencia, cinco países de CA y República Dominicana, alrededor de 2001-2002	19
Cuadro 9	Población económicamente activa ocupada de 15-24 años (%) por sector, según sexo y área de residencia en Centroamérica y República Dominicana. * 2008	23
Cuadro 10	Tiempo diario en horas, destinado a los quehaceres domésticos por hombres y mujeres de 12 años y más, en Guatemala y Nicaragua, 1998-2000	24
Cuadro 11	Analfabetismo de población indígena mayor de 15 años (%), según sexo, cuatro países de CA, 2007	25
Cuadro 12	Años de estudio de la población de 15-24 años de edad (en promedio), seis países de CA y República Dominicana, según sexo y área de residencia, entre 2000 -2004	26
Cuadro 13	Población indígena de 15-19 años que terminó educación primaria (%), según sexo y área de residencia urbana y rural, cuatro países de CA, 2007	26
Cuadro 14	Participación política de las mujeres en el Parlamento y Cargos Ministeriales (%), países de CA y República Dominicana, 2001-2006	27
Cuadro 15	Cobertura de agua potable y saneamiento (%), países de CA y República Dominicana, según área de residencia, 2008.	28
Cuadro 16	Impacto del Huracán Mitch sobre la Población, por país, 1998	29

Índice de Cuadros

Nº	Título	Nº de página
Cuadro 17	Sistemas de salud en la Subregión de Centroamérica y República Dominicana: cobertura poblacional según subsistema (en porcentaje), 2001–2006	31
Cuadro 18	Compromisos legales Internacionales en materia de salud según países.	34
Cuadro 19	Gasto nacional en salud en Centroamérica y República Dominicana: indicadores seleccionados	35
Cuadro 20	Principales causas de muerte según sexo y grupos etarios en Centroamérica, Alrededor del 2002.	41
Cuadro 21	Tasas (por 100.000 habitantes) de las diez principales causas de muerte según sexo, en Centroamérica, alrededor del año 2002	43
Cuadro 22	Tasa de mortalidad (por 100 mil mujeres) por neoplasias malignas del útero y de la mama), seis países de CA y República Dominicana, 2000-2005	44
Cuadro 23	Tasa de mortalidad (por 100 mil habitantes) por cáncer según sexo	45
Cuadro 24	Tasa de mortalidad (por 100 mil habitantes) por diabetes mellitus, en seis países de CA y República Dominicana. 2003-2005	46
Cuadro 25	Tasa de mortalidad (por 100 mil habitantes) por accidentes, homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona, según sexo, países de CA y República Dominicana, 2000-2005	47
Cuadro 26	Situación y tendencia de enfermedades transmisibles en la Subregión	48
Cuadro 27	Principales Factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles identificados en Centroamérica y República Dominicana	52
Cuadro 28	Casos y tasa de femicidio (por 100 mil mujeres), según país. 2005	55
Cuadro 29	Compromisos internacionales sobre la Salud Sexual y Reproductiva	61
Cuadro 30	Razón de mortalidad materna (por 100 mil nacidos vivos) y número de defunciones, países de CA y República Dominicana, 2004-2008	62
Cuadro 31	Cobertura (%) de atención prenatal y de parto por profesional de salud, cuatro países de CA. 2007	64
Cuadro 32	Proporción de mujeres de 15 a 49 años de edad que usan métodos anticonceptivos, seis países de CA y República Dominicana. 2000 – 2005	64
Cuadro 33	Principales barreras para la salud de mujeres y hombres en Centroamérica y República Dominicana	76

Índice de Gráficos

Nº	Título	Nº de página
Gráfico 1	Mapa de Centroamérica y República Dominicana	3
Gráfico 2	Estimaciones de la distribución poblacional en Centroamérica y República Dominicana según procedencia y sexo en 2010.	6
Gráfico 3	Población de Belice según edad y sexo. Año 2010	7
Gráfico 4	Población de Costa Rica, según edad y sexo. Año 2010	7
Gráfico 5	Población de El Salvador según edad y sexo. Año 2010	7
Gráfico 6	Población de Guatemala, según edad y sexo. Año 2010	7
Gráfico 7	Población de Honduras según edad y sexo. Año 2010	8
Gráfico 8	Población de Nicaragua, por grupos de edad y sexo. Año 2010	8
Gráfico 9	Población de Panamá, según edad y sexo. Año 2010	8
Gráfico 10	Población de República Dominicana, según edad y sexo. Año 2010	8
Gráfico 11	Tendencia de la TGF, países de CA y República Dominicana, quinquenios 2000-2015.	11
Gráfico 12	Crecimiento poblacional anual (por 1000 habitantes), países de CA y República Dominicana, quinquenios 2005-2015	13
Gráfico 13	Tendencias de la Tasa Bruta de Mortalidad general (por mil), países de Centroamérica y República Dominicana, por quinquenios, 1995-2000 a 2010-15	14
Gráfico 14	Población en situación de pobreza e indigencia (%), seis países de CA y República Dominicana, según área de residencia, 2007	18
Gráfico 15	Tendencia de la jefatura femenina de hogares, seis países de CA y República Dominicana, 2002, 2005 y 2007	20
Gráfico 16	Razón de profesionales de la salud (por 10 mil habitantes), seis países de Centroamérica, 2005	37

Bibliografía

- ¹ Organización Panamericana de la Salud. Unidad Género, Etnia y Salud Indicadores Básicos para el análisis de la equidad de género en salud. Washington DC, OPS/PALTEX. 2004. ISBN: 92 75 32546 4. En <http://www.paho.org/spanish/ad/ge/indicadoresbasicos.pdf>
- ² Politécnica de Madrid. ETSI. Servidor de mapas. En <http://www.topografia.upm.es>
- ³ Gardner, D. Las cinco Repúblicas de Centroamérica: desarrollo político y económico y relaciones con Estados Unidos. Estudios introductorios de Fabrice E. Lehoucq e Iván Molina Jiménez. San José, Costa Rica, 2003.
- ⁴ Organización Panamericana de la Salud. Salud de las Américas: 2007. Publicación científica técnica # 622 Volumen 2- Países. Washington DC 2007, ISBN 978 92 75 31622 8. En <http://www.paho.org/hia/vol2países.html>
- ⁵ CEPAL. Observatorio Demográfico No.3. Proyecciones de Población. CEPAL. En: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/4/32634/P32634.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xslt>
- ⁶ CEPAL/CELADE. División de Población. Estadísticas e índices sociales 1990-2050. Santiago de Chile.
- ⁷ Miró, Carmen A. La Demografía en el Siglo XXI en América Latina. 2006. Papeles de Población; 50: 13-22. En <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/112/11205004.pdf>
- ⁸ Programa Naciones Unidas para el Medio Ambiente, 2006
- ⁹ Universidad de Salamanca. Manual Básico de Economía. España, 2007.
- ¹⁰ FLACSO. Informe PEDRI: Centroamérica: Diversidad étnica y cultural de los pueblos.2003. En: Segundo informe sobre Desarrollo Humano en Centroamérica y Panamá, P. 339.
- ¹¹ CEPAL/CELADE: Del Poppolo, F. Visibilidad Estadística de la Población Afrodescendiente de América Latina. 2008. Santiago de Chile.
- ¹² Herrera, R. Generación de ingresos y migraciones» en Seminario Internacional sobre la Transferencia y uso de las remesas: proyectos productivos y de ahorro. CEPAL, Sin Fronteras, Universidad Autónoma de Zacatecas, México 3-5 octubre 2001, primera edición 2002.
- ¹³ UNFPA. Mujer, Género y Migración. 2004
- ¹⁴ A. Red. Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres. ICF Consulting, 2001
- ¹⁵ Universidad de San Carlos de Guatemala. Mesa Nacional de Migraciones. Perfil Sociodemográfico, 2004. Guatemala, 2004.
- ¹⁶ Informe del Estado de la Región, 2008. En: <http://www.estadonacion.or.cr/estadoregion2008/index.htm>
- ¹⁷ CEPAL. Boletín Demográfico América Latina y Caribe. 1950-2050 En: www.eclac.org
- ¹⁸ Boletín demográfico: América Latina y el Caribe. En http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/america_latina_y_el_caribe_estimaciones_y_proyecciones_.pdf
- ¹⁹ CELADE. División de Población/CEPAL. Proyecciones

- ²⁰Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, Estimaciones y proyecciones de población, 2007.
- ²¹CEPAL. Estadísticas e Indicadores Sociales. Pobreza y Distribución de Ingreso, 2008.
- ²²CEPAL/UNIFEM. Entender la pobreza desde la perspectiva de Género. Serie Mujer y Desarrollo No. 52. Unidad Mujer y Desarrollo. Santiago de Chile, 2004.
- ²³G. Psacharopoulos y Patrinos H.A. Los pueblos indígenas y la pobreza en América Latina: un análisis empírico. Estudios sociodemográficos en pueblos indígenas CELADE. Serie E, No. 40 (LC/DEM/G.146), Chile, 1994.
- ²⁴CICA. Consejo Indígena de Centroamérica. Los Pueblos Indígenas en el Marco de la Integración Centroamericana. CICA-SICA, 2007
- ²⁵CEPAL/CELADE. Estadísticas e indicadores sociales. 2004
- ²⁶Naciones Unidas, Estudio económico y social mundial 2007. El desarrollo en un mundo que envejece, Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2007.
- ²⁷CEPAL. División de Asuntos de Género. Hogares con Jefatura de Familia Femenina, 2004.
- ²⁸UNICEF. Prevalencia de la desnutrición crónica en 22 países de ALC –Promedios nacionales. En [http://www.unicef.org/lac/link_aa\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/link_aa(1).pdf)
- ²⁹CEPAL. Análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina. Resultados del Estudio en Centroamérica y República Dominicana. Panorama general. División de Desarrollo Social CEPAL, Santiago de Chile, 2007. En http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/liaison_offices/wfp128557.pdf
- ³⁰OIT Panorama laboral de Centroamérica, 2009. Lima: OIT / Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2009. En http://portal.oit.or.cr/dmdocuments/empleo/pan_lab2009.pdf
- ³¹OIT/IPEC. Juventud y trabajo Decente y las vinculaciones entre trabajo Infantil y Juvenil. 2008
- ³²CEPAL. Unidad Mujer y Desarrollo. En <http://www.eclac.cl/mujer>.
- ³³Milosavljevic M y Tacla O. Incorporando un módulo de uso de tiempo a las encuestas de hogares: restricciones y potencialidades. CEPAL. Unidad Mujer y Desarrollo. Serie Mujer y Desarrollo No. 83. Santiago de Chile, 2007
- ³⁴CEPAL/CELADE. División de Población. 2000
- ³⁵CEPAL/UNESCO. www.eclac.cl/mujer
- ³⁶CEPAL. En http://www.eclac.org/mujer/proyectos/perfiles/comparados/comp_educacion.htm
- ³⁷UNESCO/IEU Instituto de Estadísticas de la Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. 2006
- ³⁸PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano. 2006.
- ³⁹OPS/OMS. Salud en las Américas. Volumen I. Regiones. OPS/OMS. 2007

- ⁴⁰Gomáriz E. Género y Desastres. BID.Introducción conceptual y Análisis de Situación. 1999
- ⁴¹Ojeda P, Teresa Development Connections,. Desastres Naturales y Violencia contra las Mujeres: El Caso del Sismo de 2007 en el Perú, Washington, 2008
- ⁴²SICA. Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana. XXIX Reunión ordinaria de Ministros de Salud. Tegucigalpa. 2009
- ⁴³Karolinska Institute. La inequidad de género en la salud: Desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Porqué existe y cómo podemos cambiarla. Estocolmo, 2007. Red de conocimiento en mujer y equidad de género.
- ⁴⁴SICA. XXIX Reunión Ordinaria del Consejo de Ministros de Salud del Sistema de Integración Centroamericana Tegucigalpa, Honduras. 2009
- ⁴⁵Hartigan Pamela OPS/OMS. Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud. 2001
- ⁴⁶Informe anual de lepra de los países. 2005.
- ⁴⁷OPS/OMS. Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos. 2009
- ⁴⁸Hartigan Pamela OPS/OMS. Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud. 2003
- ⁴⁹OPS/OMS. Salud en las Américas. Volumen II. Países. 2007
- ⁵⁰OMS. Informe sobre la Salud. Ginebra 2002.
- ⁵¹CEPAL/PMA. Pobreza, Hambre y Seguridad Alimentaria en Centroamérica y Panamá...2007
- ⁵²CEPAL/PMA .Estado de la Región.2008
- ⁵³UNICEF. Estado Mundial de la Infancia .2008
- ⁵⁴CEPAL/PMA. Estado de la Región.2007
- ⁵⁵UNICEF. CEPASL/PMA. Estado Mundial de la Infancia.2008
- ⁵⁶OPS/OMS. Alcohol, Género, Cultura y Daños en las Américas.2005
- ⁵⁷OPS/OMS. FESAL. Salud en las Américas II. Países. 2002-2003. Instituto Hondureño de Alcoholismo y Drogadicción. 2005
- ⁵⁸SICA Agenda de Salud de Centroamérica y República dominicana. XXIX Reunión ordinaria de Ministros de Salud del sistema de Integración Centroamericana. Tegucigalpa, 2009
- ⁵⁹Carpio, F y Martínez C. Enfoque de género en los proyectos socio ambientales comunitarios. Fundación OFIS. FMAM/PNUD.
- ⁶⁰Fernández P. Un nicho para el empleo de las mujeres pobres en Centroamérica y República Dominicana. En: OIT. Trabajo decente y equidad de género en América Latina. Laís Abramo, editora. Chile, 2007.
- ⁶¹Henao S. y Arbelaez M.P. (2002). Situación epidemiológica de las intoxicaciones agudas por plaguicidas en el Istmo Centroamericano, 1992–2000. OPS/OMS. En: Boletín Epidemiológico, 23
- ⁶²Ministerio de Salud/OPS/OMS Efectos de los plaguicidas en la salud y el ambiente en Costa Rica. 2002

- ⁶³OPS/OMS. Estudio OPS/OMS Honduras, aún no publicado.
- ⁶⁴CERIGUA. Centro de Recursos Informativos de Guatemala.
- ⁶⁵Centro Internacional para la Prevención de la Criminalidad. Observatorio Centroamericano sobre Violencia En: [http:// www.ocavi.com/docs](http://www.ocavi.com/docs)
- ⁶⁶Instituto Interamericano de Derechos Humanos. I Informe Regional: Situación y Análisis del Femicidio en la Región Centroamericana.2006
- ⁶⁷CPDH. I Informe Regional: Situación y análisis del femicidio en la región Centroamericana. Consejo Centroamericano de Procuradores de Derechos Humanos, -2006.
- ⁶⁸Zapata, D. Estudios Estadísticos y Prospectivos de la Transversalización de Género en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. CEPAL, Chile.
- ⁶⁹Montano S. Ni Una Más: Montaña Sonia El Derecho a una vida libre de violencia en América latina y El Caribe. CEPAL, Unidad de Mujer y Desarrollo. Santiago de Chile.
- ⁷⁰AECID, COMMCA, SICA, OIM Estudio Regional sobre la normativa en relación a la trata de personas en América Central y República Dominicana y su aplicación.
- ⁷¹UNFPA. OIM, Migraciones mediante la Violencia y la Trata. 2006
- ⁷²International Human Rights, Law Institute. Universidad de Paúl. 2002
- ⁷³Observatorio Nacional Sobre Migraciones y Tráfico de mujeres, Niños y Niñas.
- ⁷⁴OIT/IPEC. Segundo Estudio de Tolerancia Social. San José Costa Rica. 2009
- ⁷⁵OPS/OMS. Representación de Guatemala. Promoviendo la Salud en las Américas. Guatemala 2004
- ⁷⁶Colectivo Feminista de Mujeres Universitarias. Firmar no es lo mismo que cumplir con los Derechos Humanos de las Mujeres. Honduras. 2008
- ⁷⁷CLAP. En http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/estadisticas%20de%20la%20region/textos/e35%206-8%20Embarazo%20Adolescente.htm
- ⁷⁸OMS, Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Nota descriptiva No. 224, OMS. 3ª edición 2005, actualizada en 2008. Ginebra, 2008.
- ⁷⁹Instituto Nacional de Estadísticas. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Honduras. 2005-2006
- ⁸⁰USAID/ CDC Salud Reproductiva, Materna e Infantil en Centroamérica. USA, 2005. En: <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/Surveys/SurveyList.htm>
- ⁸¹OPS/OMS. La Salud Sexual y Reproductiva: También un asunto de hombres. 2005
- ⁸²Guttmacher Institute. Asegurar un mañana más saludable en Centroamérica. Proteger la Salud Sexual y Reproductiva de la Juventud Hoy. Nueva York: Guttmacher Institute, 2008. En: <http://www.puntos.org.ni/sidoc/descargas/base-virtual/Sexualidad/Central%20America.pdf>
- ⁸³Fuente: OPS/OMS. UNFPA, UNIFEM. Género Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores Básicos, 2007.



www.paho.org



COMMCA
Consejo de
Ministras de
la Mujer de
Centroamérica



www.sica.int/commca