



Pensamiento Regional en Salud

Diez años de la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana

Pensamiento Regional en Salud

Diez años de la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana

362.104 252	
V145p	Valdés Díaz, Julio Cesar, 1962-
sv	Pensamiento regional en Salud 10 años de la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana / Julio César Valdés Díaz, Nelson Armando Guzmán Mendoza, Ligia Carolina Carmona Barrios; colaboración Pablo Benítez. – 1 ^a ed. – San Salvador, El Salv. : SE-COMISCA/SICA, 2017. 96 P. ; il. ; 23 cm ISBN 978-99961-970-2-4
	1. Salud pública – El Salvador. 2. Salud pública – Aspectos sociales.
362. 104 252	
V145p	Valdés Díaz, Julio Cesar, 1962-
	Pensamiento regional en salud 10 ... 2017 I. Guzmán Mendoza, Nelson Armando, 1976-, coaut. II. Carmona Barrios, Ligia Carolina, 1980. Colaboración. III. Título.

Autores

Julio César Valdés Díaz
Nelson Guzmán Mendoza
Ligia Carmona Barrios

Colaborador

Pablo Benítez

Diseño y diagramación

Mabel Orellana

Impresión

Imprenta La Tarjeta

ISBN: 978-99961-970-2-4

Primera edición, junio 2017

Tiraje: 500 ejemplares

Impreso en El Salvador



Esta publicación cuenta con la colaboración de la Cooperación Española a través del Fondo España-SICA. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva de la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (SE-COMISCA) y no refleja, necesariamente, la postura de la Cooperación Española.

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que han formado parte, a lo largo de 10 años, de este gran equipo de trabajo en la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (SE-COMISCA), por su compromiso y por ser el principal componente del trabajo institucional.

A los Ministros, las Ministras, los Viceministros y las Viceministras que han conformado el COMISCA desde su creación a la fecha, por su liderazgo y respaldo político en todo momento.

A la institucionalidad del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), en especial, a la Secretaría General, por acompañarnos y fomentar iniciativas de interés común en diferentes ámbitos del desarrollo.

A los socios y aliados de la cooperación, por creer en nuestros proyectos e impulsar la acción regional en salud.

Al Fondo-España SICA, por ser uno de los principales bastiones para la consolidación de la Negociación Conjunta de Precios y Compra de Medicamentos para Centroamérica y República Dominicana, como un Bien Público Regional, en el marco del SICA.

A la doctora María Isabel Rodríguez, al doctor Pedro Caldentey, a la doctora María del Rocío Sáenz, al doctor José Ruales, a la doctora Victoria Marina Velásquez de Avilés, y al licenciado Werner Vargas, por sus valiosos aportes para la realización de este libro.

ÍNDICE

PRÓLOGO	5
PRIMERA PARTE:BREVE RECUENTO HISTÓRICO DE LA INTEGRACIÓN EN SALUD EN CENTROAMÉRICA	7
Unión centroamericana: un sueño por cumplir	8
Primeros pasos de la integración centroamericana	13
Comienzos de la integración política	18
Protocolo de Tegucigalpa: la integración se reactiva	21
Reunión de Sector de Salud de Centroamérica y República Dominicana	25
Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana	27
Secretaría Ejecutiva del COMISCA	29
SEGUNDA PARTE: VISIÓN POLÍTICA Y ESTRATÉGICA	31
Impulso del pensamiento regional en salud	32
Objetivos y principios de la Política de Salud del SICA 2015 - 2022	42
Instrumentos regionales para la integración en salud	48
Instrumentos de temáticas específicas con perspectiva regional	55
TERCERA PARTE: RESULTADOS EXITOSOS	77
Transformación institucional	78
Reorganización estratégica: misión política y respaldo técnico de alto nivel	80
Comisiones técnicas y grupos de trabajo: continuidad y renovación	82
Medicamentos para Centroamérica y República Dominicana: Negociación Conjunta	83
Proyección de futuro	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93

PRÓLOGO

Es altamente satisfactorio poder leer y, más aún, ser invitada a prologar un libro que recoge los esfuerzos desarrollados en favor de la integración en Salud de los países centroamericanos, durante un periodo en el cual nuestros pueblos continúan luchando por construir la cultura de paz.

El texto, además de exponer algunos antecedentes de la tan ansiada unidad centroamericana, toma como punto de partida para el análisis del surgimiento del COMISCA y la SE-COMISCA el acta de fundación del Sistema de la Integración Centroamericano (SICA). Se refieren al Protocolo de Tegucigalpa, firmado en 1991 por todos los presidentes centroamericanos y que viene a consolidar el SICA con el ambicioso objetivo de convertir a Centroamérica en una región de “paz, libertad, democracia y desarrollo”.

Esa referencia trascendental resulta enriquecida con la mención a las reuniones del sector salud, reuniones de Ministros de Salud, Directores de Salud, Representantes del Seguro Social, entre otros, que desde 1956 hasta el 2016 han sido generadoras y orientadoras de las políticas y planes estratégicos de salud de los países centroamericanos.

El documento reconoce el papel de los órganos políticos del SICA y en particular del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) y su Secretariado Ejecutivo (SE-COMISCA) de cuyo trabajo durante diez años da cuenta este libro.

Los esfuerzos que por varias décadas han venido realizando los países centroamericanos en la construcción del pensamiento regional en salud se han visto fortalecidos con la creación de la estructura subregional constituida por COMISCA y SE-COMISCA. Gracias a ellos el seguimiento, evaluación y establecimiento de las políticas regionales y aún nacionales se volvieron posibles.

De hecho dos grandes planes de salud han sido formulados y desarrollados en lo que va de estos diez años. El primero abarcó el período 2010 al 2015 y constituye el primer Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana. El segundo Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana comprende el periodo entre 2016 y 2020.

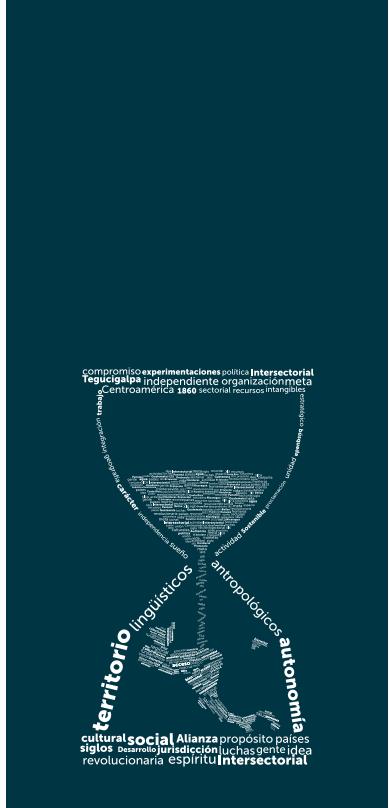
Durante este intenso lapso de actividades también se emprendió la formulación de la Política Regional de Salud del SICA, que estableció un conjunto de principios rectores, como son la universalidad, la calidad, la integración e intersectorialidad y la salud como un derecho humano.

Para enriquecer esta perspectiva de trabajo, se impulsó la apertura del proceso de construcción de un pensamiento regional en salud, con base en cuatro pilares estratégicos: la visión regional, el enfoque político, la salud como derecho humano y la determinación social de la salud.

Hasta aquí una muy breve mención de los pasos importantes que se han dado en la búsqueda del pensamiento regional en salud, con especial referencia a los diez años de trabajo de la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana.

Esta década de trabajo y esta posibilidad de pensamiento regional no pueden verse separados de las aspiraciones de nuestros pueblos que han anhelado la integración centroamericana en forma integral, por lo cual no es posible ignorar los esfuerzos que otros sectores como educación y en particular educación superior han estado y están envueltos. Sin embargo, más aún no podemos olvidar la deuda que nuestras comunidades tienen por contribuir a hacer crecer a esta Centroamérica nuestra que debe avanzar unida y fuerte en un mundo cargado de desigualdades e injusticias.

Dra. María Isabel Rodríguez
*Asesora presidencial para temas de educación y salud
en la República de El Salvador*



PRIMERA PARTE

*Breve Recuento Histórico
de la Integración en Salud
en Centroamérica*

Unión centroamericana: un sueño por cumplir

El espíritu de unión en Centroamérica ha estado presente desde la vida colonial. Antes de la Colonia hubo fronteras. Los límites precolombinos eran lingüísticos, antropológicos, culturales, marcados por la naturaleza misma. Los ríos, los valles y las mesetas ayudaban a recordar aquellas fronteras intangibles. Sin duda alguna, aquella geografía proveía recursos y demandaba un modo de organización política que se mantuvo en el sustrato de las nuevas fronteras marcadas por la conquista europea.

La Centroamérica de tiempos coloniales era llamada por la gente de su época Reino de Guatemala. Aunque el término era totalmente impropio expresaba diáficamente una noción de unidad interna y a la vez una idea de separación con respecto del Virreinato de la Nueva España.

La Audiencia de Guatemala tenía carácter de Audiencia Mayor, esto le daba cierta autonomía. Al serle otorgado ese rango, también se le adscribía de manera directa al Consejo de Indias, máximo órgano político-administrativo durante la colonia.

El territorio sujeto a la jurisdicción de la Audiencia Mayor de Guatemala se extendía desde la frontera divisoria entre los actuales estados mexicanos de Chiapas y Oaxaca, hasta una zona próxima a lo que ahora reconocemos como frontera entre Costa Rica y Panamá. Esta extensión incluía, por supuesto, a San Cristóbal de las Casas, Tuxtla y la región del Soconusco. La Audiencia estaba subdividida en gobernaciones, alcaldías mayores y corregimientos. De manera que el Reino de Guatemala se constituyó como una unidad política, económica, cultural y social a lo largo aproximadamente de tres siglos.

Durante los años iniciales del siglo XIX, el Gobierno colonial se encontraba en pleno declive. Las luchas de poder entre las élites centroamericanas delimitaron dos grandes etapas. La primera va de 1811 a 1823, con la proclamación de la independencia y la instalación de la Asamblea Nacional Constituyente. La segunda etapa comienza en 1823 y alcanza aproximadamente hasta 1840. En esta segunda fase, el reino se convirtió en república federal, siguiendo la estela revolucionaria e independentista de Francia y los Estados Unidos. Sin embargo, fue un momento de gran actividad bélica, se libraron numerosas batallas entre los Estados de Centroamérica por el control político de la región.

Para los años 1840 y 1841, la unión de repúblicas libre, soberana y moderna en Centroamérica pasó a ser un sueño. La república federal se fragmentó por completo. El último Estado en declararse independiente fue El Salvador.

Hacia la década que abre el año 1860, el momento de experimentaciones políticas había concluido. Las reformas borbónicas de finales del siglo XVIII y el proceso de independencia de principios del siglo XIX habían producido este auge de innovación, su influjo se acaba precisamente a mediados del siglo. Los intentos de unión continuaron, pero ninguno dio lo suficiente para alcanzar una unificación madura, realista y beneficiosa para las mayorías.

No vale la pena forzar las lecturas del pasado con preguntas acerca de lo que pudo ocurrir: ¿qué habría pasado si Centroamérica hubiese permanecido unida como República Federal? Estudiosos como Héctor Pérez Brignoli han señalado la irrelevancia de estas preguntas, hasta cierto punto retóricas y poco productivas.

Lo que sí resulta útil es mirar las realidades, hacer balances sensatos sobre el recorrido histórico de las naciones de Centroamérica. Por ejemplo, la realidad de Costa Rica prueba que es posible construir un Estado con bases democráticas y amplio desarrollo social, aún con los múltiples factores de dependencia de nuestras naciones.

En efecto, entrado el siglo XX, el espíritu unionista recupera aliento. Comienza un proceso integrador de diferente naturaleza, con mucho más realismo político, impulsado por necesidades pragmáticas, como la creación de un mercado común regional.

Orígenes de la institucionalidad en salud

La primera institucionalidad: protomedicatos

Durante todo el siglo XIX, la débil estructura del Estado encargada de atender las problemáticas y situaciones de salud respondía aún a las herencias coloniales, a pesar de haber comenzado ya para toda la región la vida republicana independiente. El ámbito que podríamos llamar intervenciones públicas en salud era conducido por los Protomedicatos de la región, con el evidente liderazgo de Guatemala, por haber sido el Protomedicato único durante la época colonial, fundado en el año de 1770.

Estas instancias públicas tuvieron una doble función. Por una parte, verifican el adecuado ejercicio de la profesión médica, pero además son las entidades técnicas que orientaban a los jóvenes gobiernos para que tomaran las decisiones más racionales y pertinentes en el campo de la salud.

Estos cuerpos estaban calificados técnicamente, generalmente formaban parte de ellos los médicos más connotados. Velaron por la salud pública, dieron lineamientos en tiempos de epidemia (tradicionalmente se formaban juntas de sanidad en cada localidad para enfrentar distintos brotes epidémicos), investigaron casos cuestionables de venta de medicinas y de ejercicio ilegal de la profesión médica, y revisaron y extendieron los títulos de expertos o graduados en las llamadas “artes médicas” (lo que incluía parteras y parteros, dentistas, farmacéuticos, cirujanos y médicos).

No obstante, al romperse la República Federal de Centroamérica, los Estados nacionales comenzaron a fundar sus propios protomedicatos. El Salvador en 1849, Costa Rica en 1857 y Honduras en 1869. Nicaragua y Panamá son casos diferentes. El primero tuvo dos protomedicatos hasta casi entrado el siglo XX y la última tomó la decisión muy tempranamente de abolir la institucionalidad heredada de la colonia.

En Guatemala, El Salvador, León y Granada (los dos protomedicatos de Nicaragua) estas instituciones sirvieron también como vínculo entre el Gobierno y la facultad de medicina de las universidades públicas (Honduras, Costa Rica y Panamá no tuvieron estudios universitarios en medicina hasta la década de 1950).

Es notorio el papel sumamente relevante de los protomedicatos en la vida pública centroamericana y especialmente en el desarrollo de la institucionalidad en salud. Sin embargo, hace falta extenderse para analizar cada país, para efectos de hilar más fino en lo que se puede considerar el desarrollo de la salud pública en Centroamérica.

La profesionalización de la medicina centroamericana

A medida que avanza el siglo XX, desaparecen los protomedicatos y ceden el paso a sistemas descentralizados de salud, compuestos por asociaciones profesionales, por direcciones de sanidad pública y por cuerpos técnicos encargados de evaluar la formación médica en las propias facultades de medicina.

Sin embargo, el ámbito de la salud sigue dominado por una especie de dignidad de la profesión médica. Los médicos más ilustres reflexionaban en revistas o periódicos y aportaban sobre cuestiones de la salud pública para todo el país como miembros de cuerpos nacionales de sanidad.

Se establece una nueva institucionalidad, expresada en la entidad del Consejo Superior de Salubridad, entre 1900 y 1907, lo cual sí representa un punto de quiebre con respecto a las herencias coloniales.

Los alcances y logros son muy variados en cuanto a la eficacia de los programas de salud estatal, debido a diferencias de tipo político y organizacional. Estos alcances variados también se modifican a medida que se intensifica la influencia de las perspectivas de salud pública internacionales, especialmente el influjo de la Fundación Rockefeller y la promoción de las medidas de sanidad transnacionales, orientadas principalmente a resguardar los puertos y el comercio internacional.

Otra variable importante de principios del siglo XX es la incorporación de innovaciones en campos como la bacteriología y la parasitología, combinados con el establecimiento en ciernes de un nuevo aparato de higiene pública que tiene como punta de lanza los Consejos de Salubridad Pública, como ya antes se mencionó.

Las facultades y escuelas de medicina centroamericanas impulsaron además durante todo el siglo XX reformas universitarias que actualizaron sus visiones científicas y clarificaron cada vez más el campo interdisciplinario de la salud pública, asumiendo sus aristas y perspectivas

múltiples para construir un horizonte de los procesos de salud y enfermedad mucho más integrales.

Ministerios de salud e instituciones de seguridad social

En su esbozo de la historia de la medicina institucional en Centroamérica, el historiador Steven Palmer identifica avances y retos en cuanto al desarrollo de la institucionalidad centroamericana referida al campo de la salud.

Las instituciones estatales rectoras de la salud en las repúblicas de Centroamérica se fundan bajo la modalidad de ministerios o direcciones generales de sanidad entre los años 1920 y 1940. Los sistemas de seguridad social, por su parte, se fundan en la región entre los años 1940 y 1955.

Palmer también identifica casos emblemáticos en cuanto a los esfuerzos de universalización o ampliación de cobertura de los servicios de salud: Costa Rica, después de la revolución de 1948; Panamá en el periodo de Omar Torrijos Herrera (1969-1981) con una finalidad política, recuperación de soberanía frente a los Estados Unidos; Nicaragua, luego de la Revolución Sandinista en la década de los ochenta.

Entre las graves deficiencias persistentes en los sistemas de salud de la región después de la primera mitad del siglo XX, podríamos mencionar los siguientes: distribución injusta y desigual de recursos entre seguridad social y redes nacionales de servicios de salud; visión fragmentaria del ámbito de la salud, concentrada en lo biológico, sin atender la determinación social de los procesos de salud y enfermedad; enfoque medicalizado e insuficiencia de cobertura de servicios de salud especialmente en zonas rurales; escasa conciencia de la relevancia de factores demográficos como la etnia o la edad; necesidad de mayores resultados concretos en cuanto a la acción conjunta para resolver problemáticas de salud compartidas por toda la región.

Este panorama amplio sobre el desarrollo de la institucionalidad de salud en la región pone en relieve la pertinencia y la urgencia de fortalecer la integración regional en el ámbito social, y especialmente en el ámbito de la salud.

Primeros pasos de la integración centroamericana

Esfuerzos universitarios

En enero de 1920, se registró en San Salvador una protesta política protagonizada por un grupo de estudiantes universitarios guatemaltecos y salvadoreños. Los participantes en la protesta eran parte de la Asociación de Estudiantes Unionistas, probablemente un ala del Partido Unionista de Guatemala, fundado en el año 1919, principal motor político en el derrocamiento del general Manuel Estrada Cabrera en 1921.

El pensamiento que profesó el Partido Unionista de Guatemala formaba parte de un sentimiento generalizado en la Centroamérica de la época. La celebración del primer centenario de la independencia centroamericana, en 1921, resucitó y acrecentó los sueños de unión en el istmo durante toda la década de los veinte.

Durante los años treinta, el impacto de la crisis mundial de 1929 y una nueva ola de crisis políticas produjeron un declive de la fuerza unionista. Pero la generación formada antes y durante el centenario independentista mantuvo viva la aspiración unionista.

En el año 1948, en San Salvador, se presenció uno de los primeros esfuerzos de integración centroamericana. Si bien fue una iniciativa exclusivamente universitaria, su impacto fue amplio y alcanzó los más altos niveles políticos.

El Primer Congreso Universitario Centroamericano fue convocado por la Universidad de El Salvador en septiembre de 1948, a iniciativa del señor rector Carlos Llerena (formado por padre guatemalteco unionista y parte de la generación del centenario de la independencia). El cónclave tuvo una planilla de asistencia de cuarenta y cinco personas delegadas de las universidades de Guatemala, Costa Rica, Honduras y el país anfitrión, El Salvador.

Por Nicaragua asistió Salvador Mendieta, fundador del Partido Unionista Centroamericano, rector de la Universidad Libre de Nicaragua, creada en respuesta al cierre de la Universidad Central de Managua en el año 1946, por decisión del dictador Anastasio Somoza García.

Este encuentro es un hito en la historia de la educación superior centroamericana. Las resoluciones adoptadas tuvieron un alcance mayor al de los postulados de la Reforma de Córdoba (1918), que llegaron con retraso a Centroamérica. Para mencionar un caso concreto, en algunos países del istmo todavía no se contaba con el precepto de autonomía universitaria por mandato constitucional y en la mayoría de países era de muy reciente adopción por medio de decretos ejecutivos.

Como destaca Carlos Tünnerman, el acuerdo de mayor trascendencia adoptado por el congreso fue la creación de la Confederación Universitaria Centroamericana y su autoridad máxima, el Consejo Superior Universitario Centroamericano (CSUCA), “organismo pionero de todo el proceso de integración centroamericana”.

En su sesión final, el grupo de rectores tomó acuerdo para convocar al Primer Congreso Latinoamericano de Universidades, bajo la conducción y organización de la Universidad de San Carlos de Guatemala. El año siguiente, 1949, se llevó a cabo este congreso, en el cual se adoptó el acuerdo de crear la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL).

MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ

Ministra de Salud de la República de El Salvador

Periodo 2009 a 2014

Actualmente asesora presidencial para temas de educación y salud en El Salvador

El proceso de integración centroamericana se encuentra estrechamente relacionado con el desarrollo de nuestras universidades. Los años cuarenta marcan una época crucial para comprender esta relación. La caída simultánea de las dictaduras en nuestros respectivos países trajo consigo el desarrollo de un proceso de democratización que, aunque enfrentaba factores que amenazaban su estabilidad, ofreció el clima para la unidad y para el desarrollo de un fructífero intercambio, particularmente manifiesto entre las asociaciones estudiantiles de la Universidad de San Carlos y la Universidad de El Salvador.

Es bueno recordar que nuestro máximo organismo de coordinación, integración y conducción de la educación superior pública es el primer organismo de integración de la educación superior que se crea a escala internacional.

Producto de largos períodos de reflexión y anhelos de los pueblos de istmo, el CSUCA se crea en El Salvador por resolución del primer Congreso Universitario Centroamericano convocado por un ilustre salvadoreño, el doctor Carlos Llerena, rector entonces de la Universidad de El Salvador.

El doctor Llerena convocó a las universidades centroamericanas para estudiar los convenios internacionales sobre el ejercicio de las profesiones liberales y los planes de estudio de las diversas universidades del área con miras a su unificación.

A partir de esta reunión, por iniciativa del gran rector de la Universidad de San Carlos, Carlos Martínez Durán, se convoca a las universidades latinoamericanas en Guatemala, en 1949, en donde se crea la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL).

Es justo ofrecer nuestro reconocimiento a estos dos personajes que desempeñaron un papel trascendental en la vida de nuestras universidades, no sólo en cuanto a las reformas académicas, sino en el fundamental proceso de integración de nuestras casas de estudio y de nuestra comunidad universitaria en el contexto de los esfuerzos por la unidad centroamericana.

La experiencia de la CEPAL: incidencia en los orígenes de la integración económica centroamericana

En 1949, el economista Raúl Prebisch asume la conducción de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), recién creada en ese momento en el seno de Naciones Unidas. Prebisch era un connotado economista argentino cuando se incorporó a esta misión. Durante los años treinta y cuarenta, se adhiere a los planteamientos keynesianos, al presenciar los efectos de la crisis de 1929 y la imposibilidad de afrontarla desde los postulados económicos tradicionales.

Asistió a la Conferencia Económica Mundial de 1933 como asesor de la delegación argentina. Su principal perspectiva para estos años era el cuestionamiento de los automatismos del mercado y la aplicación de políticas económicas expansivas que, mediante el impulso del gasto público, ejercieran un impacto anticíclico en las economías.

Prebisch completó buena parte de la construcción de su plataforma intelectual entre los años 1943 y 1948, mientras se desempeñaba como docente e investigador, plataforma que él mismo denominó pensamiento sobre el desarrollo.

Después de la Segunda Guerra Mundial, los organismos internacionales llevaron a cabo un esfuerzo de estudio y elaboración de propuestas para la superación de los atrasos del capitalismo y de las desigualdades entre países industrializados y países en industrialización.

En ese marco, después de fundadas las comisiones económicas para Asia y Europa, en 1947, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas recomendó la creación de un grupo de trabajo para la creación de una comisión para América Latina. Finalmente la CEPAL se fundó el 25 de febrero de 1948.

Raúl Prebisch se convirtió en secretario general de la CEPAL en el año 1950. Su visión acerca de los procesos de desarrollo en América Latina influyó de manera determinante la ruta de trabajo de la comisión.

Gracias a Prebisch, la CEPAL se convirtió en auténtico centro de debate y elaboración teórica. Esta dinámica permitió la articulación de un grupo de intelectuales jóvenes y el surgimiento de proyectos de gran calado para la región.

Como producto de esta época de gran producción intelectual, surgieron grandes hitos para el pensamiento crítico latinoamericano y para la construcción de políticas públicas de integración económica en América Latina.

El 16 de junio de 1951, en México, los ministros de economía celebraron una reunión con Prebisch. Esa reunión tuvo como agenda el “desarrollo económico en Centroamérica”, se creó en este contexto el Comité de Cooperación Económica del Istmo Centroamericano. Estas acciones fueron el embrión de la futura integración en torno al Tratado General de Integración Económica Centroamericana y el camino inicial hacia el denominado Mercado Común Centroamericano (MCCA).

Comienzos de la integración política

Mientras la integración económica daba pasos firmes durante la década de los cincuenta, también se abría camino otro de los ámbitos fundamentales para afianzar los lazos regionales: la integración política.

Paralelamente a la creación del Comité de Cooperación Económica del Istmo Centroamericano, en octubre de 1951, en San Salvador, bajo acuerdo de alto nivel entre El Salvador, Costa Rica, Guatemala, Honduras y Nicaragua, se funda en San Salvador la Organización de Estados Centroamericanos (ODECA).

La ODECA fue una instancia creada para la integración política, “inspirada en los más altos ideales centroamericanistas”. Entre sus objetivos se encuentran: fortalecer los vínculos que unen a los países signatarios; “consultarse mutuamente” para afianzar y mantener la convivencia fraterna; prevenir y conjurar “toda desavenencia”; auxiliarse entre sí; buscar solución conjunta a problemas comunes, y promover el desarrollo económico, social y cultural de la región, mediante la acción cooperativa y solidaria.

Esta carta fundacional fue luego revisada y ratificada en 1965, en la Ciudad de Panamá, aunque el documento siguió llamándose Carta de San Salvador o Carta de la Organización de los Estados Centroamericanos.

En el año 1960, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua firman el Tratado General de la Integración Económica Centroamericana (TGIEC). El capítulo 1 del TGIEC dio vida al MCCA: “Los Estados contratantes acuerdan establecer un mercado común que deberá quedar perfeccionando en un plazo máximo de cinco años”.

El capítulo VII estableció la creación del Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE), “como instrumento de financiamiento y promoción del crecimiento económico integrado”.

Entre 1960 y 1990, la región centroamericana experimentó un vuelco político. Comenzó un periodo insurreccional que desencadenó un proceso de guerras internas, desestabilización política, represión en algunos países y muchos cambios en los procesos que se habían venido desarrollando. La alta conflictividad de los años setenta y ochenta en Guatemala

y El Salvador resultaron en un enfriamiento del proceso de integración.

Un hecho que también influyó en el proceso de integración económica centroamericana fue la mal llamada “Guerra del Fútbol” o conocida también como “Guerra de las Cien Horas”, disputa entre Honduras y El Salvador que terminó de socavar los esfuerzos que se hacían por avanzar en la consolidación del MCCA. Al final, se presentaron consecuencias sociales, políticas y económicas para ambos países y para la región centroamericana, en cuanto al avance de la integración económica.

Durante los años mencionados, hubo intentos de reestructuración o de reactivación del mercado común y de las acciones conjuntas de integración económica, pero no tuvieron éxito.

SALUD, PUENTE PARA LA PAZ. ANTECEDENTES Y PERSPECTIVAS

Salud puente para la paz es un concepto dinámico que surgió durante los procesos de guerra en América Latina, específicamente durante los años ochenta y a partir de experiencias en Centroamérica.

Los organismos internacionales pudieron interpretar la naturaleza de los procesos políticos en Centroamérica y de una forma más bien silenciosa, inscribieron la lógica de salud un puente para la paz, generando efectos muy notables, como las treguas para las luchas contra los vectores, las treguas para el Programa Ampliado de Inmunizaciones, el fuerte involucramiento en los procesos de fortalecimiento de los servicios de salud, en los procesos de planificación y gestión, en la regionalización sanitaria, en el desarrollo de recursos humanos, etcétera.

En El Salvador, en el año 1985, época de los conflictos armados en países de Centroamérica, se estableció un proyecto para poder vacunar a niños mientras callaban las armas, producto de la negociación entre las partes en conflicto quienes acordaron un cese al fuego para que mas de 20,000 personas incluidos trabajadores de la salud, voluntarios y fuerzas de la guerrilla vacunaran a todos los niños del país, garantizando el derecho de los niños a las vacunas, ya que el sarampión, la poliomielitis, la difteria, el tétanos neonatal, ocupaban las primeras 10 causas de morbimortalidad en el país. Esta acción tuvo el apoyo de organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Agencia de EEUU para el Desarrollo Internacional (USAID), Rotary International y otros.

Casos similares ocurrieron en otros países de la región, tal es el caso de Nicaragua, donde la estrategia de salud un puente para la paz logró fundamentalmente hacer desde la salud un puente entre las partes en conflicto para garantizar algunos objetivos en la salud de la población.

Protocolo de Tegucigalpa: la integración se reactiva

En el año 1991, en Tegucigalpa, durante la novena Reunión de Presidentes centroamericanos, llevada a cabo el 13 de diciembre de ese año, los mandatarios de El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Guatemala y Panamá suscribieron el Protocolo de Tegucigalpa a la Carta de la ODECA, conocido popularmente como “Protocolo de Tegucigalpa”.

Este Protocolo constituye el acta de fundación del Sistema de la Integración Centroamericana, tal como se conoce hoy en día. Su importancia radical se encuentra en tres aspectos:

- a. El historiador Eric Hobsbawm, en una notable síntesis histórica del siglo XX, ubicó el comienzo de la centuria en 1917, con todo el proceso que implicó la revolución rusa, y establece su cierre en el año 1989, con la caída del muro de Berlín. El panorama mundial conformado bajo el influjo de la revolución rusa de 1917 y la consolidación de la hegemonía estadounidense se recompuso durante la década de los noventa.
- b. A principios de los noventa, Centroamérica también se encontraba en un punto de inflexión. En Nicaragua se produjo un fuerte viraje político, el triunfo electoral de una fuerza opositora al Frente Sandinista para la Liberación Nacional (FSLN), el 25 de abril de 1990. El proceso de negociación de cese al fuego definitivo entre el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN) y el Gobierno de El Salvador alcanzó un punto de maduración y vio la luz precisamente el 31 de diciembre de 1991. Entre marzo y septiembre de 1990 se abrió también un lapso de alta perspectiva de diálogo y acuerdos entre la Unidad Revolucionaria Nacional de Guatemala (URNG) y el Gobierno guatemalteco, que culminará con la firma del acuerdo de paz de Guatemala en el año 1996.
- c. Después de tres décadas de guerra y pocas iniciativas (1970-1980), comienza un proceso de revitalización de la integración centroamericana que trasciende el énfasis económico y comercial que hizo huella en los años sesenta e instala una visión integral que comprende otras dimensiones de la integración como los ámbitos social, educativo-cultural, geográfico y medioambiental.

De modo que el Protocolo de Tegucigalpa aparece en la historia centroamericana como un hito importante de reconfiguración política regional y da vida a un esfuerzo renovado de integración, con una visión actualizada y holística.

El Protocolo estableció el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) como un nuevo marco institucional de la integración centroamericana, con el ambicioso objetivo de convertir a Centroamérica en una región de “paz, libertad, democracia y desarrollo”.

Este acuerdo entró en vigor en enero de 1993, incorporó a Panamá entre los países miembros y dejó abiertas las puertas para que Belice también formara parte del Sistema, que se adhirió finalmente en el año 2000. República Dominicana se incorporó en el año 2013.

El SICA entró en pleno funcionamiento legal e institucional luego de haber cumplido con las ratificaciones pertinentes por parte de los congresos nacionales, el 26 de marzo de 1996. Para el mejor cumplimiento de sus propósitos creó tres subsistemas sectoriales: el Subsistema de la Integración Económica, el Subsistema de la Integración Social y el Subsistema de Integración Medio Ambiental.

PEDRO CALDENTEY

Asesor Principal del Fondo España - SICA

Periodo 2007 a 2012

Actualmente Director del Departamento de Economía en la Universidad de Loyola, España

La trayectoria de la integración económica centroamericana es muy larga y nació en una época diferente a la integración social, es muy difícil compararlas. Pero la principal virtud que tiene la integración social es que entre sus competencias están algunos de los temas que más benefician a los ciudadanos centroamericanos, muchas de las respuestas que los ciudadanos centroamericanos buscan en la integración están en manos de la integración social.

En ese marco, el Consejo de la Integración Social, el Consejo de Ministras de la Mujer y, particularmente, el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana tienen un reto muy importante. Cada uno de ellos tiene una agenda muy relevante para las poblaciones de la región.

Creo que el balance del trabajo que ha desarrollado el COMISCA es muy positivo. Nada mejor que comparar cómo era la SE-COMISCA en sus primeros años y en qué se han convertido. Yo creo que la trayectoria de SE-COMISCA estos años ha conseguido que su agenda de trabajo sea tangible, que los ciudadanos toquen los resultados que la acción regional conjunta de salud ha tenido y ese es un resultado nada fácil de conseguir.

Hay varios ejemplos de acción, luego hay un proceso de fortalecimiento institucional muy importante. Hay hitos que han ayudado a hacer necesaria y tangible la integración en salud, como la negociación conjunta de medicamentos y yo creo que también algunas respuestas comunes a las epidemias, a las enfermedades vectoriales que han atacado a la región. Son extraordinario ejemplo de que algunos problemas no tienen fronteras. Hay algunos problemas que necesitan una respuesta común.

Después de diez años de trabajo, SE-COMISCA se ha configurado gracias a esos hitos que he mencionado, se ha situado como una de las instituciones pioneras de la integración. Desde esa base, su actitud innovadora en el diseño de una nueva política [regional de salud] y en estos nuevos ejes [de trabajo] me parece que le confiere la posibilidad de liderar en exclusiva un tema que es fundamental en la integración centroamericana, y es el fortalecimiento de su dimensión social.

En mi calidad de acompañante de este proceso tanto desde la Secretaría General, desde el Fondo España-SICA, como desde la academia, he sido testigo de la extraordinaria labor que las personas que han trabajado en SE-COMISCA han realizado, me parece que ha sido una labor enormemente meritoria.

El trabajo ha sido minucioso y sostenido en el tiempo, con una paciencia que es poco común en los procesos de integración y particularmente en los gobiernos centroamericanos. La SE-COMISCA ha sido capaz de ir dando pasos cortos y hacer un camino largo, ambicioso. Hacer un camino de gigantes dando pasos cortos. Yo creo que merecen una gran felicitación por eso.

Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana

La Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD) es un mecanismo de coordinación de larga data. Tuvo su primera aparición en el año 1956. En ese año se llevó a cabo la Reunión de Ministros de Salud de Centroamérica y Panamá (REMCAP). Desde esta primera sesión, ejerció la secretaría técnica una representación de alto nivel de la OPS/OMS.

En el año 1971, bajo la denominación Reunión del Sector Salud de Centroamérica y Panamá (RESSCAP), se amplía el cuerpo de la reunión a la participación de directores generales de salud.

Oficialmente, se incorporan las representaciones de los organismos de seguridad social en el año 1988. Este espacio de discusión e intercambio cambia nuevamente de nombre y pasa a llamarse solamente RESSCA (Reunión del Sector Salud de Centroamérica).

En el año 1988, Belice comienza a formar parte de las reuniones como miembro pleno. Diez años más tarde, el mecanismo cambia otra vez de denominación. República Dominicana se incorpora y se incluye la participación del sector agua y saneamiento, igualmente continúan participando las instancias de seguridad social de la región, logrando un alcance mucho mayor en la discusión y búsqueda de soluciones a los graves problemas de salud en la región.

Desde el momento de incorporación de República Dominicana (1998), el nombre se establece como se conoció hasta su finalización en diciembre de 2016: Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD). La representación de alto nivel de OPS continuó desempeñando el papel de secretaría técnica durante toda su trayectoria.

Con el transcurso de los años, la RESSCAD se convirtió en un espacio sectorial tutelado por el SICA y dinamizado por la OPS. Su objetivo fue promover el intercambio y el desarrollo de acciones y experiencias de gestión pública, así como gestionar conocimiento en el campo de la salud.

Resulta altamente enriquecedor que estas reuniones se llevasen a cabo antes, durante y después del proceso de formación del SICA. Seguramente hay mucho por aprender en el archivo histórico de la RESSCAD. No obstante, hubo que pensar en el nuevo rol que se le quería dar a la RESSCAD, considerando que la institucionalidad del SICA había tenido un desarrollo notablemente fortalecido por una serie de instrumentos jurídicos derivados del Protocolo de Tegucigalpa, como el Tratado de Integración Social, el Tratado Marco de Seguridad Democrática y la Alianza para el Desarrollo Sostenible de Centroamérica, para mencionar algunos de los más relevantes. Con la consolidación del SICA y sus instancias de trabajo, la labor de RESSCAD debió ser revisada para dar paso, por decisión del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, al Foro Intersectorial Regional para la Salud de Centroamérica y República Dominicana, en diciembre de 2016.

El compromiso y propósito de los Estados miembros del SICA es atender los problemas comunes de salud y del ambiente de forma conjunta y coordinada entre países, para lograr un impacto mayor, dentro del espíritu de la integración centroamericana. Por tanto, optimizar recursos y evitar duplicidad de funciones es una meta de gran contenido estratégico.

La fundación y actividad del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana como órgano rector de la salud regional, también se ha convertido en un hito que es necesario aprovechar y combinar con las experiencias previas como la RESSCAD, que desempeñó una labor encomiable durante varias décadas.

Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana

A medida que el proceso de integración centroamericana se consolidó, los órganos políticos del SICA también cobraron mayor empuje. Este impulso continuado fue abriendo paso a la organización de subsistemas de integración y de consejos de alto nivel político que atienden diferentes ámbitos de los amplios procesos de desarrollo en la región.

El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) es el órgano de carácter político que forma parte del SICA, específicamente del Subsistema de Integración Social. Los titulares de salud de Centroamérica y República Dominicana son integrantes plenos del Consejo. El pleno del COMISCA elige cada cuatro años a la persona que ejercerá el cargo titular de la Secretaría Ejecutiva del COMISCA. El secretario o la secretaria ejecutiva pasa a conformar también el pleno del Consejo, con voz pero sin voto.

El sustento jurídico e institucional del COMISCA está establecido en la Declaración de San Salvador, el Protocolo de Tegucigalpa y el Tratado de la Integración Social de Centroamérica, adoptados por los Gobiernos de Centroamérica en la X cumbre, llevada a cabo del 15 al 17 de julio de 1991 en El Salvador, la XI cumbre realizada los días 12 y 13 de diciembre de 1991 en Honduras y la XVI cumbre efectuada el 30 de marzo de 1995 en San Salvador, respectivamente.

El artículo 13 del Tratado de Integración Social Centroamericana establece que “la Secretaría de Integración Social es el órgano técnico y administrativo del proceso de la integración social centroamericana. Además, actuará como Secretaría de los órganos que no tengan una Secretaría específica”, es así como el COMISCA se amparaba en este artículo para funcionar bajo la tutela de la Secretaría de Integración Social (SISCA) como la instancia ejecutiva-administrativa del COMISCA, situación que prevaleció hasta el año 2009¹. Antes de esta fecha, se asumía que en la SISCA funcionaría una unidad especializada en salud que le diera seguimiento a las resoluciones y prioridades del COMISCA.

¹El mandato de instalar la SE-COMISCA data de septiembre del 2007, sin embargo debido a trámites legales y administrativos, se establece hasta el 2009.

El COMISCA se rige además por un reglamento, que constituye su mecanismo permanente de carácter técnico-administrativo, con el objeto de definir las funciones y las responsabilidades de los Estados miembros y de su Secretaría Ejecutiva.

El COMISCA se funda entonces como el órgano político que tiene como propósito central la rectoría del sector salud en el marco regional y en el marco de la integración que establece el SICA. Esta entidad además tiene como función la identificación y la priorización de las temáticas críticas de salud para la región.

La transversalidad y la profundidad de los temas de interés para el COMISCA han permitido elaborar una serie de instrumentos técnicos y políticos regionales. Estos instrumentos tienen como propósito contribuir a la comprensión del ámbito de la salud más allá de las visiones nacionales. Este objetivo se ha ido cumpliendo a medida que el COMISCA y la Secretaría Ejecutiva del COMISCA han asumido un pensamiento estratégico de mayor alcance y han ido fortaleciendo sus herramientas de política pública.

De trascendencia en esta etapa primaria de la Secretaría Ejecutiva del COMISCA es el apoyo del Fondo España SICA, a través de su línea de salud, por medio de la construcción de la Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-2018 y el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015.

La importancia socioeconómica, la causalidad compleja y múltiple, así como la vinculación indispensable con otros sectores han revalidado el carácter político del COMISCA. El alto impacto social de los temas que trata han exigido además el conocimiento del máximo órgano del SICA: la Cumbre de Presidentes. Este alcance del trabajo del COMISCA ha sido clave para la búsqueda de respuestas integrales, fundamentadas en visiones de política pública amplias desde el punto de vista técnico y político. Las iniciativas de salud con carácter regional que ameritan además de la cooperación internacional, han sido canalizadas mediante los espacios que pone a disposición el SICA. Igualmente, la Secretaría Ejecutiva del COMISCA ha dado ejecución, seguimiento y evaluación a los acuerdos y resoluciones emitidas en las cumbres presidenciales relativas al sector salud.

Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana

Como parte del proceso de consolidación de la ruta de integración en el sector salud, se crea la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (SE-COMISCA), la cual desempeña un papel político, técnico, administrativo y estratégico, que tiene como finalidad fortalecer y complementar las acciones de carácter nacional llevadas a cabo desde cada uno de los ministerios de salud de Centroamérica y República Dominicana.

Las funciones de la Secretaría Ejecutiva del COMISCA abarcan una amplia cantidad de aspectos de representación oficial, coordinación entre el órgano político conformado por los ministros y ministras y las instancias técnicas establecidas para atender temáticas regionales específicas, así como gestión de recursos con socios y aliados. El detalle de estas atribuciones se encuentra en el reglamento del COMISCA, emitido el 30 de marzo de 2001 y aprobada su última modificación en el año 2014.

La SE-COMISCA surge de la reunión extraordinaria de ministros de salud de Centroamérica y República Dominicana, llevada a cabo en El Salvador el 10 de septiembre de 2007. Nace con la tarea principal de contribuir a que el COMISCA alcance sus objetivos, tanto en la perspectiva externa sectorial y regional, como en la perspectiva interna de fortalecimiento institucional dentro del SICA.

La SE-COMISCA presta servicio de secretariado técnico al COMISCA y apoya a la Presidencia Pro Témpore en el desempeño de sus funciones. Así mismo, coordina con la Secretaría General del SICA el desarrollo de procesos de cooperación regional y de iniciativas intersectoriales impulsadas por el COMISCA. Sirve de enlace regional como representante del COMISCA con las distintas instancias del SICA, las agencias y mecanismos de cooperación internacional; elabora con la Presidencia Pro Témpore la agenda de cada reunión, teniendo en cuenta el criterio y las solicitudes de los integrantes del COMISCA, los compromisos regionales contraídos en materia de salud por las cumbres presidenciales y los programas de trabajo regionales en marcha.

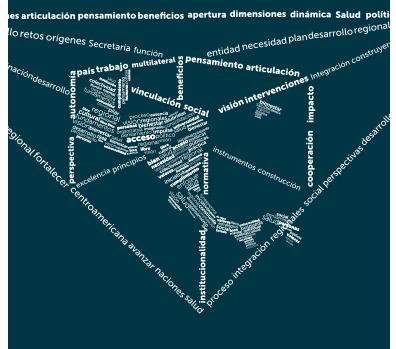
La SE-COMISCA da seguimiento a las resoluciones y prioridades establecidas por el Consejo de Ministros de Salud. Además, ejecuta las acciones y coordinaciones que le sean encomendadas en la reunión a manera de resolución o por instrucción de la Presidencia Pro Témpore. También coordina las actividades de apoyo a los ministerios de salud en el seguimiento del cumplimiento de las resoluciones del Consejo y de los compromisos de las cumbres. Mantiene informada a la Presidencia Pro Témpore sobre el cumplimiento de las resoluciones y otros compromisos institucionales. Genera instrumentos técnicos, políticos y estratégicos para ser sometidos a la consideración de los niveles técnico y político del COMISCA. De igual modo mantiene un permanente desarrollo de actividades regionales para posicionar al sector salud en la agenda política del SICA.

Adicionalmente a lo mencionado antes, la SE-COMISCA elabora los informes semestrales de labores, los cuales deben ser presentados en cada Reunión Ordinaria del COMISCA.

De este modo, la SE-COMISCA cumple la misión de fortalecer la función rectora del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana, avanzando hacia la construcción de políticas, programas y acciones regionales integradas, con perspectiva holística, atendiendo la determinación múltiple de los procesos de salud y enfermedad, así como la intersectorialidad necesaria de las intervenciones en todos los niveles.

A partir del año 2013, la SE-COMISCA ha experimentado un proceso de fortalecimiento institucional, el cual ha contribuido en la construcción de un pensamiento regional en salud. Este pensamiento no surge espontáneamente, ha sido posibilitado por el avance de las visiones de la integración centroamericana, por los logros de la primera gestión del secretariado, por la comprensión profunda de las determinaciones y los aspectos multicausales que operan en el campo de la salud y por el emprendimiento de una transformación estratégica que a diez años de trabajo ha reposicionado los temas de salud en las discusiones sobre integración centroamericana.

A la fecha, la Secretaría Ejecutiva ha estado liderada por tres secretarios ejecutivos nombrados por el COMISCA: Rolando Hernández Argueta (2009-2013), salvadoreño; Julio Valdés Díaz (2013-2017), guatemalteco; y actualmente Alejandro Solís Martínez, nicaragüense, quien fue electo en junio de 2017.



SEGUNDA PARTE

Visión Política y Estratégica

Impulso del pensamiento regional en salud

Desde los orígenes del proceso de integración centroamericana, uno de los retos más importantes ha sido avanzar en la incorporación de perspectivas regionales en diferentes campos del desarrollo de las naciones centroamericanas; para el caso, el ámbito social y específicamente el área de salud.

Durante la primera gestión de la SE-COMISCA, que abarcó los años 2009 a 2013, se llevó a cabo el establecimiento y la organización inicial de la oficina de la Secretaría en las instalaciones del edificio del SICA. Durante esta etapa de desarrollo se dio respuesta a la necesidad de establecer la primera agenda regional de salud y el primer plan de salud de Centroamérica y República Dominicana. Se construyeron los pilares técnico-administrativos necesarios para que la entidad comenzara su marcha.

La segunda gestión comenzó en el año 2013 y cerró su ciclo en el año 2017. En este segundo periodo, la SE-COMISCA comenzó un proceso de alineamiento estratégico y ajuste organizacional. La primera conclusión del proceso fue la necesidad de reiterar con claridad la distinción entre funciones de naturaleza política y funciones de carácter técnico-administrativo, así como una mayor diferenciación entre el quehacer regional y nacional, estableciéndose para estos fines la acción regional en salud, como marco de referencia frente las acciones nacionales desarrolladas y de responsabilidad de los ministerios de salud de la región.

La acción regional en salud marca la diferencia de la complementariedad de acciones desde lo regional hacia lo nacional, con énfasis en lo político estratégico. La función política por excelencia es la presencia y coordinación ejecutiva de las acciones del COMISCA con la Secretaría General del SICA y bajo el mandato de la Cumbre de Presidentes.

La función de fortalecer la rectoría de salud del COMISCA en la región también es fundamental. Se materializa, entre otras cosas, en la construcción de instrumentos de política pública con visión regional integrada, atendiendo una plataforma de principios que orientan toda la acción en salud para la región.

Las funciones técnico-administrativas corresponden a las tareas de secretariado técnico hacia el COMISCA y de apoyo a la Presidencia Pro Témpore, así como al desarrollo de la agenda de salud con perspectiva

regional y los temas específicos que contenga.

La segunda conclusión del proceso fue la necesidad de construir un planteamiento capaz de sentar la base estratégica regional para el impulso de acciones auténticamente concertadas, que superaran las visiones nacionales, circunscritas a la coyuntura interna de cada país. Así surge la noción de poner en marcha la construcción y el impulso del pensamiento regional en salud.

Luego de una amplia discusión sobre las características y los componentes esenciales de este marco estratégico, la SE-COMISCA estableció cuatro pilares de pensamiento estratégico: visión regional; enfoque político; salud como derecho humano, y determinación social de la salud.

Visión regional

Como se mencionó antes, el proceso de integración centroamericana avanzó de manera acelerada después de los años noventa. La apertura hacia otras dimensiones de la integración, como el ámbito social, ha supuesto la creación de nuevas instancias políticas regionales. La fundación del COMISCA y el establecimiento de la SE-COMISCA constituyen un logro político de primer orden. Con este paso, la institucionalidad regional en salud alcanza autonomía y capacidad para movilizar una agenda propia. Permite comenzar la superación de los esquemas de trabajo basados en las coyunturas nacionales.

Las mejores experiencias en integración centroamericana han implicado la aplicación de modelos de trabajo que franquean las barreras nacionales y potencian los beneficios de las acciones concertadas y articuladas con perspectiva regional. Por mandato del COMISCA, conjuntamente con su Secretaría Ejecutiva, con el apoyo inicial del Fondo España SICA y de la OPS/OMS, impulsó en la práctica un modelo de trabajo con perspectiva netamente regional, que continúa dando excelentes resultados: la negociación conjunta de medicamentos.

El primer pilar del pensamiento regional en salud está constituido por esta perspectiva de acciones conjuntas que establezcan una dinámica de trabajo basada en agendas comunes con visión de largo plazo y beneficios de alto impacto.

Esta determinación no aparece de manera gratuita en el marco del pensamiento estratégico. Por normativa, la gestión de la SE-COMISCA no puede sustituir el papel que cumplen las instancias rectoras nacionales. Es por eso que el mayor reto consiste en diferenciar la agenda política y el calendario técnico-administrativo, el alcance de las intervenciones y las acciones, las líneas más pertinentes de cooperación multilateral con perspectiva regional, la correspondiente vinculación con la institucionalidad de cada país y la suficiente capacidad de articulación del bloque regional.

DECÁLOGO DE LA ACCIÓN REGIONAL EN SALUD

Para que la institucionalidad regional en salud sea efectiva, se han aprobado instrumentos políticos y estratégicos cuyo contenido se resume en el siguiente decálogo de la acción regional en salud.

1. *Las acciones regionales deben servir de complemento o fortalecer las acciones que realizan los países. Significa una acción diferenciada respetando la soberanía de los países y contribuyendo al cumplimiento del mandato de cada Ministerio de Salud de garantizar la salud de la población en todo su curso de vida y desde una perspectiva de equidad e inclusión.*
2. *Desde lo regional, el enfoque debe ser político y estratégico. Las decisiones que toma el Consejo de Ministros de Salud son de naturaleza política, orientadas a resolver problemas estructurales comunes que determinan socialmente la salud de la población.*
3. *Las decisiones políticas por parte del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana tendrán como orientación principal su carácter vinculante a los estados miembros, haciendo valer el derecho comunitario que establece el Protocolo de Tegucigalpa.*
4. *Considerar la Determinación Social de la Salud como orientación principal para el abordaje de la salud en Centroamérica lo que hará trascender de manera sostenible la reducción de las inequidades de la situación de salud de la región.*
5. *Es de observancia permanente el fomento de la participación de otros sectores y la representación de grupos poblacionales diversos en los espacios de análisis, decisión y acción a favor del bienestar y la salud de la población centroamericana.*
6. *La perspectiva regional debe prevalecer en la generación de instrumentos técnicos, políticos y estratégicos y las actividades que de ellos se deriven. Lo regional no es la suma de acciones de países.*

7. *En las acciones debe prevalecer la garantía del derecho a la salud de cada persona. Esto significa acciones que se adapten a las realidades e identidades diversas, considerando a las personas como sujetas de derechos y no únicamente depositarias de servicios.*
8. *Fundamentar las propuestas y decisiones en la gestión del conocimiento visto como un proceso dinámico que se nutre de la construcción de evidencias a partir de procesos analíticos bajo una estrategia de gestión del conocimiento y de intervención que fomenten la interlocución al interior y entre las Comisiones Técnicas Regionales así como con otros sectores en el marco del Foro Intersectorial de Salud.*
9. *El desarrollo permanente de acciones formativas en el marco del fortalecimiento de capacidades permitirá que el recurso humano en salud construya mejores condiciones de salud para la población.*
10. *Implicar plenamente a la cooperación internacional en el pensamiento regional en salud y en la acción regional en salud.*

Enfoque político

La posibilidad de establecer una visión regional sólida ocurre a partir de la reiteración oportuna de la función política de la SE-COMISCA, asumiendo de manera clara que el papel ejecutor y coordinador no se reduce a un segundo plano, pero tampoco es la única función transversal del secretariado.

El fortalecimiento de la SE-COMISCA en los cuatro años recientes (2013-2017) pasa precisamente por el acierto de establecer un enfoque político estratégico de alto nivel, operar una reestructuración organizativa que respondiera de la mejor manera a las tareas técnico-administrativas y definir alianzas sólidas con socios regionales y extra regionales.

La SE-COMISCA cumplió una primera fase necesaria (2009-2013) de instalación y desarrollo de proyectos desde una agenda temática y con una perspectiva de asistencia técnica. Creó una dinámica importante al articular las comisiones técnicas que atendieron las temáticas específicas.

En esa primera fase, la SE-COMISCA además cumplió un papel protagónico en el fortalecimiento de capacidades del personal de salud de la región. De ahí derivó la pertinencia de elaborar una buena cantidad de instrumentos específicos que también han aportado a la ejecución de políticas públicas en los países miembros.

Salud como derecho humano

El proceso de construcción del pensamiento regional en salud, con visión regional y enfoque político estratégico, no solamente provocó la consolidación de una nueva estructura organizativa de la SE-COMISCA y su fortalecimiento político-institucional, conllevó también la búsqueda de fundamentos conceptuales.

El tercer pilar es precisamente un fundamento conceptual del pensamiento regional que la SE-COMISCA está impulsando en la región: la salud como derecho humano. No se trata de una búsqueda de originalidad, sino de un fundamento que dé sentido al planteamiento de desarrollo social y a las propuestas de intervención que marquen las posibles políticas públicas regionales formuladas por iniciativa de la SE-COMISCA.

Uno de los conceptos esenciales para la acción regional en salud que la SE-COMISCA impulsa es la noción misma de salud. La definición clásica utilizada en políticas públicas es aquella que la Organización Mundial de la Salud ha colocado en el imaginario de los salubristas, la cual se encuentra plasmada en su documento de constitución de 1948: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Pero la salud además constituye un bien de la colectividad, es decir que no solamente se trata de una dimensión humana individual, sino que se trata también de una práctica social y cultural que debe relevarse históricamente. La salud es un bien público. Al estar constituida de esta manera, adquiere un estatuto de pertenencia a la comunidad. No pertenece a una persona en particular, ni a una institución, ni al Estado, sino que le pertenece a la comunidad. La salud es un bien compartido al cual tenemos derecho todas las personas. Se trata, pues, de un derecho fundamental o de un derecho humano.

En esta perspectiva de derecho, la universalidad y la gratuidad se incorporan como valores constituyentes del concepto de salud, dado que la garantía de cumplimiento establece la necesidad de cobertura total y acceso libre y oportuno.

Determinación social de la salud

El cuarto componente del pensamiento regional en salud es un segundo fundamento conceptual: la determinación social de la salud. Al igual que con el concepto de salud como derecho humano, existe mucha literatura especializada en torno al sentido teórico, crítico y pragmático de estas conceptualizaciones.

La determinación de los procesos de salud y enfermedad, al ser entendidos como prácticas sociales y culturales comunitarias, se encuentran influidos radicalmente por factores que van más allá del plano biológico individual, como la economía, el hábitat y el acceso a servicios básicos.

Corresponde explicitar que si el concepto de salud como derecho humano aporta un sentido de garantía universal y acceso gratuito, la determinación social de salud aporta los valores de la integralidad, la interdisciplinariedad y la intersectorialidad.

La comprensión de la salud como derecho humano y el énfasis de la determinación social de la salud como raíz de los procesos de salud y enfermedad son bases conceptuales que incorporan valores, líneas programáticas prioritarias y una perspectiva de trabajo con orientación inclusiva, dispuesta a garantizar el bienestar de toda la población centroamericana.

JULIO VALDÉS*Secretario ejecutivo del COMISCA**Periodo 2013 a 2017*

Al inicio de mi gestión en la SE-COMISCA, tenía en mente una prioridad: ponerle pensamiento a lo que se debe hacer en función de la complementariedad de lo regional a lo nacional. Esto es lo que llamamos a partir de ahí acción regional en salud y pensamiento regional en salud, que consisten en poner sobre la mesa de trabajo la orientación político-estratégica del COMISCA y de la SE-COMISCA.

Se trataba de romper esquemas. Romper la idea de que bastaba con atender la salud desde los puntos de vista biológico y curativo. Había que introducir la idea central de que la salud y la enfermedad pasan por un proceso de determinación social, para derivar en la otra línea importante: la intersectorialidad. De ese modo comenzamos a configurar los pilares del pensamiento regional en salud.

Cuando completamos el mapa, nos dimos cuenta de que también es necesario medir. Se deben cuantificar las brechas en términos de desigualdades. Es otra de las líneas fuertes que estamos trabajando, pero esas desigualdades deben servir para abonar al fomento de la intersectorialidad, a la visión de las problemáticas de salud como también procesos sociales, culturales, económicos y políticos.

Es necesario continuar esta dinámica de trabajo y articular de manera sólida esta plataforma de análisis y propuesta. Se debe sentar las bases de una línea de trabajo que sea el ente aglutinador, el ente cohesionador de la determinación social de la salud, de la intersectorialidad, de la medición de brechas. Por supuesto, todo eso está plasmado en la Política Regional de Salud del SICA, así como en el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana, con el agregado de que ahí hablamos de la gestión del conocimiento y el fortalecimiento de capacidades, que ha sido la dinámica más gratificante de la Secretaría durante mucho tiempo: talleres, capacitaciones, entre otros espacios de formación.

Complementando este trabajo que he descrito de reflexión regional, también definimos un plan estratégico de la SE-COMISCA. Creamos un nuevo organigrama, con tres direcciones muy sólidas. Lo que hicimos fue articular nuestra visión política en un plan estratégico que derivara en una reorganización institucional para llevar cabo nuestras ideas.

Complementariedad

Los cuatro pilares del planteamiento de pensamiento regional en salud construido por la SE-COMISCA durante el período de gestión 2013-2017 son complementarios.

Los dos primeros componentes corresponden al carácter regional y a la naturaleza política del COMISCA. Los otros dos pilares corresponden a la plataforma conceptual que impregna la perspectiva integral de salud que se encuentra en la base de las propuestas de políticas públicas regionales que desarrolla la SE-COMISCA, bajo el liderazgo del Consejo de Ministros.

La complementariedad se expresa en que los dos primeros componentes poseen un carácter pragmático y orientado al funcionamiento de la SE-COMISCA, mientras que los otros dos poseen una naturaleza conceptual o teórica que contribuye a consolidar las bases desde las cuales se construye política pública regional.

La integración de estos cuatro pilares en el trabajo concreto que lleva a cabo la SE-COMISCA contribuye de manera decidida a la consolidación del trabajo regional y establece un marco organizacional y conceptual que va mucho más allá de la suma de agendas nacionales y abre la posibilidad de construir realmente una agenda común, bien fundamentada y en plena correspondencia con una visión de bienestar.

El esfuerzo que condensa de manera más patente la articulación del pensamiento regional en salud es la Política Regional de Salud del SICA 2015-2022, dirigida a fortalecer las acciones e intervenciones conjuntas que garantizan la salud de la población regional.

Objetivos y principios de la Política Regional de Salud del SICA 2015-2022

Antecedentes

La consecución del pensamiento regional en salud estableció la diferenciación entre las acciones que desde lo regional se ejecutarían para complementar las acciones nacionales en salud, las primeras responsabilidad del COMISCA y su Secretaría Ejecutiva y las segundas en la línea de la responsabilidad de los Estados de garantizar el derecho a la salud de los habitantes de su correspondiente territorio. La delimitación de la acción regional en salud favoreció la orientación hacia lo político estratégico, coherente con la naturaleza del Consejo de Ministros de Salud y pertinente al abordaje de la determinación social de la salud.

La ausencia de un instrumento político, enunciativo de estas aspiraciones centroamericanas, que además orientara la construcción de futuros instrumentos técnicos y estratégicos y que minimizara la idea que lo regional significaba la adición de actividades o resultados entre los países, permeó al Consejo de Ministros de Salud de la imperiosa necesidad de construir con identidad propia y aprovechando el potencial de la integración centroamericana, la Política Regional de Salud del SICA 2015-2022 (PRSS).

El alcance de la misma se visualiza más allá del sector salud, razón por la cual se le denomina muy acertadamente como una Política Regional de Salud del SICA, punto de soporte para el fomento de la intersectorialidad a favor del bienestar de la población centroamericana.

El alineamiento entre la Política Regional de Salud del SICA y los instrumentos regionales de posterior construcción, particularmente el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016-2020, evidenció la viabilidad del pensamiento regional en salud y el apropiamiento de los múltiples grupos de trabajo y especialistas de diferentes disciplinas que participaron en su elaboración y del Consejo de Ministros de Salud en su aprobación.

Contexto

La aprobación de la Política Regional de Salud del SICA 2015-2022 inicialmente, por el COMISCA y posteriormente por la Reunión de Jefes de Estado y de Gobierno, en el marco del Derecho Comunitario es vinculante en su esencia y aplicable a los marcos normativos y legales de los Estados centroamericanos y de República Dominicana en materia de salud. Por su naturaleza de instrumento político, esta no detalla actividades a ejecutar en cada uno de los Estados de la Región Centroamericana pero si establece dimensiones que en su ejecutoria desde lo regional fortalecen las acciones nacionales.

Por su contenido, la Política Regional de Salud del SICA 2015-2022, favorece el apropiamiento por parte de otros sectores, elemento indispensable en la búsqueda de acciones intersectoriales a favor del bienestar de la población, una responsabilidad que todos los sectores tienen hacia la salud por su papel clave como motor del desarrollo.

En la relación que la SE-COMISCA ha establecido con organismos e instituciones regionales y extra regionales ha sido la Política Regional de Salud del SICA el elemento articulador y de propuesta, apuesta estratégica desde SE-COMISCA para fortalecer a Centroamérica y desde esta región contribuir a mejores condiciones de salud en las Américas.

Todos los esfuerzos para la consecución de planes, procesos y procedimientos se encuentran determinados por los objetivos y principios que rigen la Política Regional de Salud, a partir de la elaboración de acciones estratégicas que orientan las iniciativas llevadas a cabo desde lo nacional, regional e internacional. Dichos objetivos y principios están definidos de la manera que se presenta a continuación.

Objetivo general

Como instrumento político, la Política Regional de Salud del SICA tiene el deber de servir como marco general, que guíe y permita el desarrollo de la acción e integración regional en salud, a través del reconocimiento del carácter social de la salud al definirla como un derecho humano; y, que el fortalecimiento de la función rectora de las instituciones sanitarias nacionales permita el desarrollo de la jurisdicción regional con un abordaje intersectorial y un enfoque de salud pública, con el fin último de mejorar la salud de las poblaciones y la capacidad de alcanzar su máximo potencial de salud.

Objetivos específicos

La PRSS incluye además cuatro objetivos específicos que complementan y detallan su propósito general:

1. Consolidar un espacio regional de carácter estratégico para la generación de un marco de gobernanza y relacionamiento que permita la construcción de acciones regionales en salud, que den apoyo y fortalecimiento a las acciones nacionales prioritarias, así como favorezcan su continuidad en medio de los cambios políticos.
2. Definir dimensiones estratégicas prioritarias de intervención regional en salud y establecer un plan de acción sobre ellas.
3. Crear un espacio crítico de análisis y capacidad de negociación, con una visión de las prioridades e intereses para la gestión regional en salud.
4. Definir las principales orientaciones para el trabajo intersectorial a lo interno del SICA, en el ámbito de la PRSS.

Principios rectores

Universalidad

Históricamente, el acceso a la salud en la región ha sido de carácter excluyente, limitado y deficiente para los sectores más vulnerables de la sociedad. La Política Regional de Salud del SICA contribuye a la generación de garantías públicas que aseguren acciones más equitativas en el acceso a la salud. La centralidad de este principio tiene como componentes de desarrollo dos valores fundamentales, en primer lugar el valor de la equidad, asegurando el mismo nivel de calidad en el acceso a los servicios de salud sin hacer distinción racial, económica, social o de diversidad sexual.

Siendo el Estado el garante de la universalidad, le corresponde la responsabilidad de identificar inequidades, y establecer medidas concretas para eliminarlas partiendo de las acciones de desigualdad para generar acciones positivas encaminadas a fortalecer la solidaridad como otro de los valores del principio de la universalidad. El cual se expresa en el compromiso diferenciado de la población para contribuir según sus capacidades con el logro de objetivos comunes de desarrollo humano.

Uno de los puntos paradigmáticos de este valor está representado en la seguridad social que garantiza que los grupos con mayor ingreso económico contribuyan con los sistemas nacionales de salud, aunque estos no sean utilizados por ellos.

Calidad

Dimensionar los sistemas de salud de la región desde la centralidad de la determinación social de la salud debe contar entre sus principios la calidad de los servicios de salud, tomando como prioridad la cobertura de las necesidades reales de las personas.

Es indispensable que los parámetros de los servicios de salud se establezcan a partir de estándares de calidad medibles a través de cuatro componentes centrales: en primer lugar, el trato digno, el respeto a la dignidad y a la condición ciudadana de las personas usuarias. Esto deriva a su vez en el segundo componente, que es el respeto de los derechos de toda la ciudadanía, adherido al concepto de salud como un derecho humano que responde a las necesidades de la población.

Concebidas desde esta perspectiva, las políticas públicas deben asegurar el tercer componente que es la oportunidad, generando las condiciones para que sus respuestas lleguen de manera oportuna a la población y no como efecto de una situación de urgencia. Como cuarto componente se encuentra la atención integral e integrada, a través de procesos preventivos, curativos y de promoción de la salud. Aquí, la calidad deja de ser una cuestión de carácter administrativo y desligado del sujeto principal a quien van orientadas las políticas estatales y se convierte en la garantía de que la población contará con servicios inmediatos que velen por su bienestar.

Integración e intersectorialidad

La Política Regional de Salud del SICA se concibe desde la construcción de un nuevo paradigma social, contando con el término de “salud” como el punto articulador de un nuevo contrato social. El valor central de este principio se expresa muy bien en la iniciativa de “salud en todas las políticas”. Es a través de la inclusión de todos los sectores en la creación de políticas que viabilicen la cultura de bienestar como garantía del avance hacia la equidad y el desarrollo humano sostenible, que permitan mejorar los resultados sanitarios. Lograrlo, requiere de los liderazgos en todos los ámbitos de la sociedad, ejerciendo un modelo de gobernanza que actúe desde el ejercicio de la “potestad en manos de todos”, transversalizando las políticas públicas a nivel regional, nacional y local ejerciendo dichos liderazgos de manera conjunta.

Salud como un derecho humano

Garantizar el compromiso adquirido por los Estados miembros signatarios del Protocolo de San Salvador, es uno de los fundamentos de la Política Regional de Salud del SICA. Se reconoce que toda acción de gobernanza pública debe estar centrada en las personas, considerándose estas como sujetos activos portadores de derechos y no como meros depositarios de servicios y prestaciones.

Es por ello que la salud se considera un bien público, adoptando la siguiente serie de medidas que garantizan a la población este derecho:

1. La atención primaria de salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria integral puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad.
2. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado.
3. La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
4. La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole.

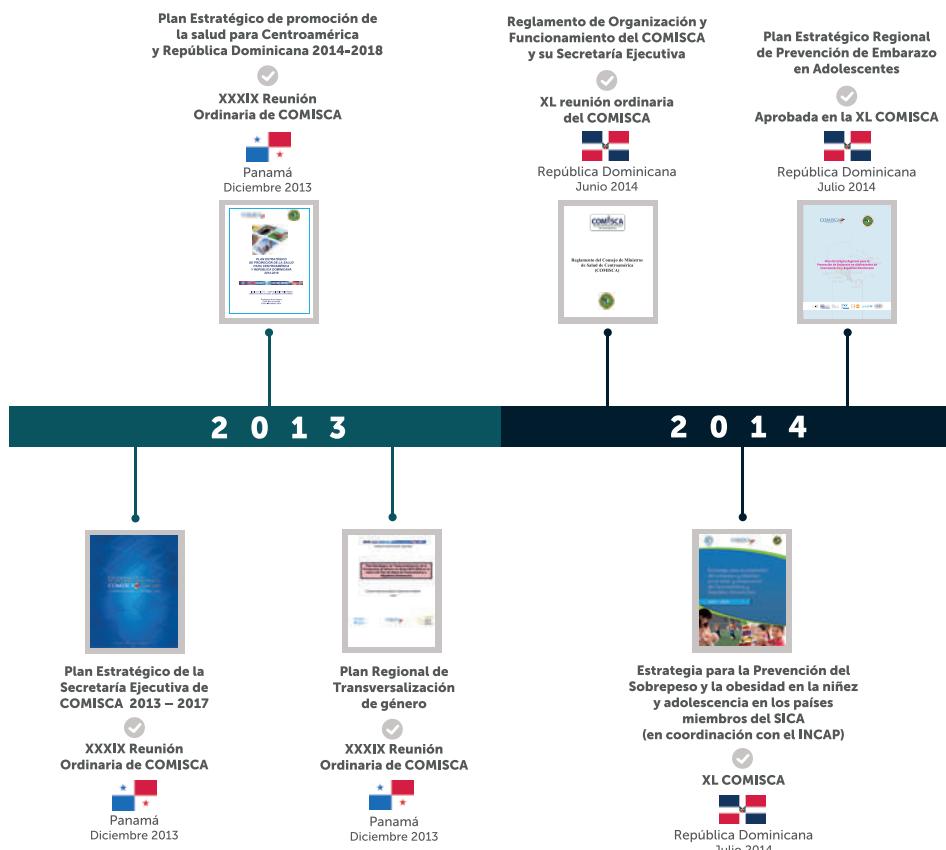
5. La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de la salud, la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

Inclusión social y equidad de género en salud

La inclusión social lleva implícito el respeto a la diversidad en todos sus contextos. La equidad de género no está exenta de la salud, todo ser humano, indistintamente de su género debe tener los mismos derechos y oportunidades que les garanticen que podrán contar con condiciones requeridas para su bienestar y de servicios para el sostenimiento de su salud sin enfermar, quedar discapacitado o morir por causas injustas y evitables relacionadas a su género.

Instrumentos regionales para la integración en salud

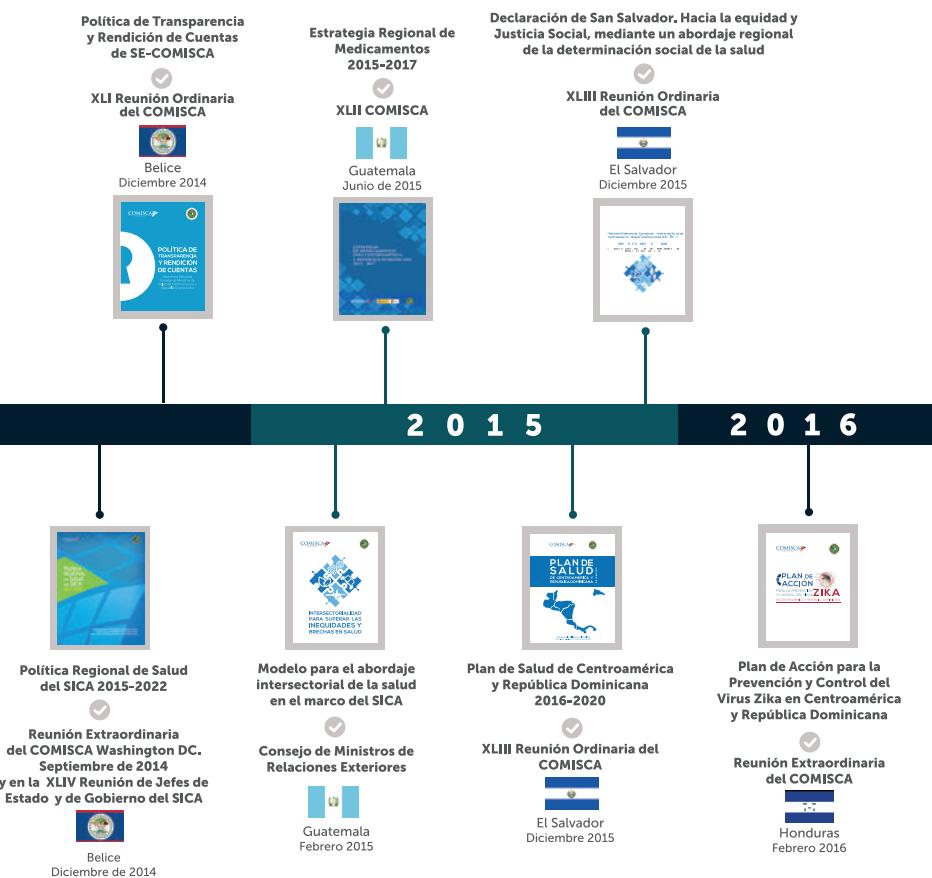
Si bien la Política Regional del SICA constituye uno de los principales avances en cuanto a las herramientas con las cuales cuentan los países miembros para orientar sus acciones regionales en salud, la SE-COMISCA ha llevado a cabo un arduo trabajo de elaboración de documentos estratégicos, normativos y directivos en temáticas específicas, tanto de carácter institucional, como de carácter regional.



Pensamiento Regional en Salud

Diez años de la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana

En el primer lugar, a manera de marco general, se encuentra la Política Regional de Salud del SICA 2015-2022. Otro documento que recoge en gran medida la articulación de trabajo en salud con perspectiva regional es el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016-2020. El Plan de Salud también incorpora la complementariedad de los cuatro pilares del pensamiento regional en salud.



Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016-2020

Antecedentes

En esta sección, se aborda de manera resumida el proceso que se desarrolló para construir el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana (PSCARD) 2016-2020, para lo cual se determinaron valoraciones cuantitativas y cualitativas como resultado de la evaluación del PSCARD 2010-2015.

Entre los aspectos considerados para la elaboración de dicho instrumento se encuentran: el enfoque y definición de acciones enmarcados en prioridades regionales y de consenso entre los países; la viabilidad en términos de alcance y extensión que permitan su financiamiento y ejecución; definición de una nueva forma de ver y abordar la salud desde lo regional, más allá de lo sectorial y nacional; y el aprovechamiento de la creciente promoción del diálogo político regional en salud, a través del ordenamiento de la cooperación internacional.

Metodología

Con la coordinación general del proceso por parte de la SE-COMISCA, la metodología para elaborar el PSCARD 2016-2020 implicó una serie de reuniones de trabajo a partir de un documento base proporcionado por la SE-COMISCA, teniendo como guía fundamental la Política Regional de Salud del SICA.

Para la elaboración del PSCARD, se realizó un marco estructurado en ejes, objetivos estratégicos, resultados estratégicos y líneas de acción.

Luego, se desarrolló un período de consulta con las Comisiones Técnicas Regionales, coordinadas por el Ministerio de Salud de El Salvador, considerando que el proceso se desarrolló inicialmente bajo la Presidencia Pro Témpore de El Salvador. Por su parte, el Comité Ejecutivo para la Implementación del Plan de Salud (CEIP) revisa y valida dicha estructura y contenido.

Marco político y jurídico

Se reconoce, como fundamento para el PSCARD, el Protocolo de Tegucigalpa a la Carta de la ODECA, instrumento central del marco político y jurídico del SICA.

A continuación, se alude a los eventos que permitieron el origen, proceso y aprobación final del actual Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana para cumplir el propósito del COMISCA:

1. En la XXXI Reunión Ordinaria del COMISCA en 2009, el Consejo de Ministros de Salud aprueba el PSCARD 2010-2015, como instrumento estructural, funcional y operativo. Su sentido fue el cumplimiento de la Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana, impulsada por la XXIII Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD).
2. Inicia su implementación y en la XXXVI Reunión Ordinaria del COMISCA, 2012, se instruye que la SE-COMISCA elabore los términos de referencia para la evaluación de medio período de la implementación del Plan de Salud a junio 2012. Los resultados se presentan en la XXXVII Reunión del COMISCA, donde se hacen los ajustes necesarios de aquellos elementos que no habían sido abordados los primeros dos años y medio.
3. En diciembre de 2013, en la XXXIX Reunión Ordinaria del COMISCA, se instruye a la SE-COMISCA para iniciar un proceso de elaboración de la Política Regional de Salud del SICA. Luego del cumplimiento de esta instrucción, en 2014, el COMISCA resuelve aprobar la Política y que la SG-SICA la presente en la Reunión Ordinaria de Jefes de Estado y de Gobierno, a finales del mismo año.
4. En el 2015, se inicia la evaluación del Plan de Salud 2010-2015. A partir de los resultados, el COMISCA, en su XLII Reunión Ordinaria, resuelve que la SE-COMISCA coordine las acciones necesarias para la construcción del nuevo PSCARD 2016-2020, en el marco de la Política Regional de Salud del SICA.

Estado de salud y el desarrollo humano de la Región Centroamericana

El Plan además incorpora una sección acerca del estado de salud y el desarrollo humano centroamericanos, que incorpora mediciones de indicadores clave:

1. Avances en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).
2. Indicadores económicos, que incluyen crecimiento anual del PIB; carga tributaria y gasto de bolsillo en salud; población económicamente activa, y tasa de desempleo abierto.
3. Indicadores socioambientales, que abarcan emisión de CO₂ por habitante; consumo de sustancias que deterioran la capa de ozono; consumo regional de derivados del petróleo y emisiones de CO₂ del sector transporte.
4. Otros indicadores relacionados a la salud, que comprenden gasto público en salud como porcentaje del PIB; gasto público destinado a los programa de salud per cápita; esperanza de vida al nacer; proporción de la población que utiliza instalaciones de saneamiento mejoradas; población con acceso a fuentes mejoradas de agua potable; tasa de mortalidad infantil; razón de mortalidad materna y homicidios dolosos por 100,000 habitantes.

Marco conceptual

También se retoman instrumentos y estrategias oficiales que sirven de soporte para la ejecución del Plan Regional:

1. Política Regional de Salud del SICA y otras políticas, la cual recalca el necesario avance hacia el abordaje intersectorial de las problemáticas sociales, económicas y medioambientales que afectan a las poblaciones. Asimismo, se establece el vínculo que existe entre la PSCARD 2016-2020 y otras políticas generadas por diferentes instancias del SICA.
2. Determinación social de la salud, aspecto que otorga la importancia a llevar a cabo acciones regionales en salud de los países para influir

sobre los determinantes sociales.

3. El acceso universal a la salud y la cobertura universal, al cual se argumenta que puede lograrse mediante políticas e intervenciones regionales complementarias a las naciones para eliminar barreras geográficas, económicas, socioculturales, de organización y de género para avanzar hacia el acceso universal a la salud. Este lineamiento orientador incluye un gráfico con los elementos para la universalización de la salud.
4. Objetivos de desarrollo sostenible (ODS), para ello, se consideran logros, retos y pasos a seguir en el marco de las diecisiete ODS, que en ese momento aún estaban en el proceso de validación.

Principios y abordajes

El PSCARD se fundamenta en una serie de principios y orientaciones de la Política Regional de Salud del SICA 2015-2022, a saber:

1. Atención primaria en salud, a través de la estrategia de organización integral para avanzar en el derecho universal a la salud con equidad y solidaridad.
2. Promoción de la salud, aspecto que los gobiernos deben incorporar a sus agendas para garantizar el bienestar y la equidad.
3. Transversalización de género en salud, es decir, la integración de las acciones públicas de salud con un enfoque de género en la estructura de las políticas, programas y presupuestos de salud de los gobiernos.
4. La equidad como distribución y orientación de los recursos y los servicios para la atención en salud de acuerdo a criterios diferenciales de necesidad.
5. Enfoque de derechos humanos, cuyo otorgamiento debe traducirse en evidencias, argumentos y propuestas político-jurídicas y financiero-administrativas que fortalezcan la protección social de la salud.
6. Seguridad humana, la cual comprende que la salud de la población debe estar libre de las amenazas del hambre, enfermedad, delito y represión.

7. Salud en todas las políticas públicas y la intersectorialidad, este último como mecanismo político-administrativo más poderoso de los Estados para garantizar la salud.
8. Protección social de la salud, por medio del impulso de medidas político-normativas públicas y privadas en contra de la precariedad y vulnerabilidades económicas.

Justificación, alcances y finalidad en función de la integración regional

En esta parte, la SE-COMISCA explica la importancia de un instrumento estratégico operativo para la implementación de la Política Regional de Salud del SICA, que con perspectiva regional parte de una mirada distinta de la salud.

La finalidad del Plan es contribuir al bienestar de la población de Centroamérica y República Dominicana. Y el propósito del instrumento estratégico es orientar las iniciativas locales, regionales e internacionales en salud.

Marco estratégico

Se definen cuatro ejes complementarios entre sí para llevar a cabo el plan:

1. Institucionalidad de la integración, en la que se aclara que el propósito es que los intereses y poderes entre los ámbitos regional y nacional converjan.
2. Determinación social de la salud, la cual ubica la explicación de las causas de la salud y de la enfermedad en el ámbito de las condiciones de desigualdades sociales y deterioro medioambiental.
3. Capacidades en salud, entendida como capacidad política requerida para conducir la rectoría de las relaciones político-interinstitucionales en el quehacer del COMISCA.
4. Gestión del conocimiento, investigación y tecnologías, en la que se identifican las áreas de gestión del conocimiento.

Instrumentos de temáticas específicas con perspectiva regional

La SE-COMISCA ha liderado la elaboración de instrumentos acerca de temáticas específicas que son clave para la salud de la región. Los temas han sido establecidos en conjunto con los países miembros y son producto del análisis profundo de la realidad social de Centroamérica y de la participación de especialistas de todos los ministerios de salud de la región.

Plan Estratégico para la Eliminación de la Malaria en Mesoamérica y la isla La Española 2015-2020

Antecedentes

Con el apoyo financiero del Fondo Global para la Lucha contra el VIH, la Tuberculosis y la Malaria, Centroamérica se ha visto beneficiada conjuntamente con la República de Haití en la intensificación sistemática de intervenciones para alcanzar en el año 2020 la eliminación de la malaria en estos territorios.

La factibilidad de la eliminación es un hecho documentado por organismos internacionales y requiere del impulso político, el cual se consiguió con la aprobación por parte del COMISCA del Plan Estratégico para la eliminación de la malaria en Mesoamérica y la Isla La Española (EMMIE) para los territorios de su jurisdicción.

Le ha correspondido principalmente al Mecanismo Coordinador Regional (MCR) la conducción de este proceso, desde una perspectiva regional y técnica, articulando esfuerzos y en la búsqueda permanente de consensos, pero ante todo fortaleciendo a los países en el logro de las metas establecidas.

Análisis de la situación actual

En esta sección se describe la situación epidemiológica en Centroamérica y la Isla La Española, la cantidad de casos confirmados de malaria por año desde el 2000 hasta el 2013 y un mapa de transmisión 2010-2012.

En esta misma sección se presentan los métodos sugeridos para diagnosticar la malaria y los tratamientos utilizados. También se hace referencia a los sistemas nacionales de vigilancia de la malaria, el control de vectores y manejo integrado de vectores, así como el número de mosquiteros instalados en ENMIE 2012-2014.

Visión

La visión que plantea el Plan es lograr que Centroamérica y la Isla La Española se liberen por completo de la transmisión autóctona de malaria en el 2020.

Misión

La misión del Plan es fortalecer los mecanismos de coordinación e implementación en conjunto para eliminar la transmisión autóctona de la malaria, armonizando los esfuerzos a nivel político, técnico y financiero con un abordaje intersectorial y sostenible.

Enfoques orientadores

Se consideran enfoques orientadores los temas transversales que abarcan todas las áreas estratégicas: derechos humanos, interculturalidad de la salud y equidad de género.

Áreas estratégicas

Este plan incluye una descripción de cada área estratégica, con el enfoque estratégico, los resultados esperados, las acciones, y los responsables de la implementación para cada área: Recursos humanos, Gobernanza y Liderazgo, Sistemas de Suministros e Insumos, Sistemas de Información y Vigilancia, Movilización de Recursos, Gestión de Servicios, Participación social, Investigación Operativa.

Monitoreo y evaluación

Se especifica la notificación de los avances en la ejecución del Plan, el cual debe incluir los indicadores de éxito de las áreas estratégicas y la evaluación para analizar la calidad de los avances. Finalmente incluye tabla sobre indicadores de éxito de las áreas estratégicas y anexos.

Plan de Gestión Integral de Riesgo a Desastres y Emergencias de Salud Pública para Centroamérica y República Dominicana 2013-2018

Antecedentes

Centroamérica se encuentra entre las regiones más vulnerables en el mundo ante desastres provocados por los efectos naturales. Los ministerios de salud de Centroamérica y República Dominicana han establecido estructuras organizativas y funcionales así como marcos normativos y técnicos para fortalecer sus capacidades de respuesta ante esta vulnerabilidad.

Con el apoyo de los Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) y de la OPS/OMS, Centroamérica y República Dominicana experimentaron un particular desarrollo en términos organizativos, conceptuales e instrumentales, a favor del abordaje integral del riesgo a desastres y emergencias.

De particular trascendencia la conformación y funcionamiento de la Comisión Técnica de Gestión de Riesgos en Salud (CTEGRS), conformada por expertos pertenecientes a los ministerios de salud de la región y asesoría técnica de OPS/OMS, con una dinámica de asesoría técnica al COMISCA y favorecedora del relacionamiento estratégico con instituciones especializadas en la materia, tal es el caso del Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en América Central (CEPREDENAC). Entre sus funciones principales le ha correspondido a la CTEGRS la ejecución del Plan de Gestión Integral de Riesgo a Desastres y Emergencias de Salud Pública para Centroamérica y República Dominicana 2013 – 2018.

Por su parte, el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana establece líneas de acción que promueven la integralidad de actividades en esta materia.

Dada la trascendencia de la gestión integral de riesgo a desastres, durante aproximadamente cinco años la SE-COMISCA dispuso de un técnico en gestión de riesgo a desastres, contratado a tiempo completo entre su equipo de trabajo.

Estructura

La estructura del Plan se divide en los componentes de la PCGIR y líneas de acción del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana. Posee cuatro líneas de acción, que van desde el campo institucional hasta la gestión del conocimiento para la toma de decisiones en gestión integral del riesgo.

Líneas de acción

El Plan presenta cuatro líneas de acción, basadas las orientaciones de política pública que plantean la Política Regional de Salud del SICA y el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana. Son las que se describen a continuación: la institucionalización de la gestión integral de riesgo a desastres; el fortalecimiento de las capacidades de preparación y respuesta; el fortalecimiento de las capacidades para la implementación del plan de acción de hospitales seguros, y el fortalecimiento de las capacidades de gestión del conocimiento para la toma de decisiones en gestión integral del riesgo.

Resultados estratégicos

En este apartado se señala cuáles son los resultados estratégicos que se esperan de cada una de las líneas de acción, a partir de la serie de actividades que le corresponden a cada línea de trabajo. Se incorpora además un tablero de indicadores de resultado.

Plan Estratégico Regional para la Prevención del Embarazo en Adolescente de Centroamérica y República Dominicana

A partir del trabajo desarrollado a lo interno de COMISCA por medio de las Comisiones Técnicas Regionales, específicamente la Comisión Técnica de Género y Salud (CTGS) se empiezan a priorizar algunos temas que requieren de un abordaje intersectorial y que además ameritan establecer marcos de acción comunes para los países de Centroamérica y República Dominicana.

El embarazo en adolescentes se presenta así, como una prioridad, considerando que la problemática requiere de intervenciones de diversos sectores y que además, afecta enormemente el desarrollo de las niñas y

adolescentes embarazadas, llegando en algunos casos incluso a poner en riesgo la vida de estas personas.

Contexto

De acuerdo a datos de CELADE/CEPAL, América Latina y el Caribe ha mostrado una importante disminución de la fecundidad, en general, en las últimas décadas. Sin embargo, esta disminución ha sido básicamente en mujeres adultas. En adolescentes, la tasa de fecundidad se ha mantenido alta, llegando a ser incluso la segunda más alta del mundo.

El embarazo adolescente constituye una situación de riesgo para la salud biopsicosocial de las mujeres jóvenes y de sus hijos e hijas, en particular de las adolescentes más jóvenes. La evidencia indica que las mujeres adolescentes de 15 a 19 años tienen una mayor probabilidad de morir por complicaciones del embarazo o parto, que las mujeres mayores de 20 años.

Los riesgos son mayores en las niñas entre 10 y 15 años. Las patologías más frecuentes que se observan son las siguientes: anemia; infección urinaria que contribuye al parto prematuro; preclampsia y eclampsia que condicionan el desarrollo fetal y, por lo tanto, el bajo peso del recién nacido. Se describe que el riesgo de mortalidad materna de las adolescentes y niñas de 15 años y menos, puede alcanzar al doble o tres veces más, que el del grupo de mujeres de 15 a 19 años, siendo las causas más importantes los trastornos hipertensivos, las muertes maternas tardías como consecuencias de complicaciones del embarazo o parto y el aborto.

Marco internacional

Al igual que otras problemáticas enmarcadas en el derecho a la salud, el contexto en el cual se presentó el Plan estaba enmarcado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y estaba explícito en al menos cuatro metas concretas, además responde a lo estipulado en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD 1994), al reconocer los derechos, deberes y responsabilidades de los padres y otras personas legalmente responsables de los adolescentes para orientar, de una manera consistente con la evolución de capacidades de los adolescentes, sobre las materias de salud sexual y reproductiva.

Los elementos centrales del plan se plasman ahora en los Objetivos de

Desarrollo Sostenible (ODS) y se concretan en la Estrategia Mundial por la Salud de la Mujer, Niñez y Adolescentes, instrumento derivado de los ODS y orientado a disminuir las brechas de inequidad en poblaciones específicas en las diferentes regiones en el mundo.

Situación actual

Este Plan presenta en primer lugar un estado de la cuestión que incluye datos estadísticos de Centroamérica y República Dominicana sobre los siguientes aspectos: maternidad en la adolescencia (se consideran datos sobre la fecundidad en la adolescencia, por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años, 2005/2010); edad de inicio de relaciones sexuales y uniones; uso de métodos anticonceptivos; la condición de género y etnia, la pobreza y la ruralidad; el peso de la educación; madres menores de 15 años y abuso sexual, y mortalidad materna y suicidio en adolescentes.

Desafíos

En este punto se identifican desafíos críticos que requieren asegurar intervenciones en salud, educación y desarrollo, con un abordaje integral, desde los determinantes sociales.

Se determinan las tareas que corresponden a cada uno de los gobiernos de Centroamérica y de República Dominicana en cuanto a concentrar sus esfuerzos en normativas que garanticen los derechos de la población adolescente en la región.

Objetivo

El objetivo es contribuir a una respuesta articulada desde la integración regional para la reducción del embarazo en adolescentes.

Áreas de acción

El Plan establece las siguientes ocho líneas de acción para cumplir sus objetivos: alianzas estratégicas para la prevención del embarazo adolescente; fortalecimiento de los sistemas de salud en calidad y hacia la cobertura universal; participación activa que empodere a adolescentes y jóvenes; fortalecimiento de la alianza con el sector educación; desarrollo de políticas públicas para el abordaje de la prevención y atención de la violencia en el noviazgo, intrafamiliar y sexual, incluyendo la explotación

sexual y trata de niñas y adolescentes; integración de la familia, la escuela y la comunidad en la promoción de salud y la prevención del embarazo en adolescentes; generación y uso de la evidencia e información para la incidencia y la toma de decisiones, y monitoreo y evaluación.

Enfoques

Además de las líneas de acción, el Plan establece además los enfoques que serán aplicados de manera transversal durante la ejecución completa del Plan y el desarrollo del trabajo concreto: interculturalidad; derechos humanos; género, y equidad.

Plan Estratégico de Transversalización de la Perspectiva de Género en Salud para Centroamérica y República Dominicana 2014-2018

El Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015 estableció el marco de acción para el trabajo regional en diversos componentes. Sin embargo, no llegó a transversalizar de manera plena el enfoque de género en todas sus acciones, por lo que la CTGS se estableció como meta elaborar un documento complementario que contribuyera con este objetivo.

Contexto

La transversalización de género en el marco del trabajo en salud regional implica el reconocimiento de tres ámbitos de acción: a escalas regional y nacional, en el marco del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana, por medio de las Comisiones Técnicas Regionales; en la institucionalidad del SICA, en respuesta a la implementación de la Política Regional de Igualdad de Género del SICA (PRIEG/SICA), especialmente el eje 4 (salud en igualdad), y al ámbito interno del trabajo de la Secretaría Ejecutiva del COMISCA, en todos sus procesos técnicos, administrativos y políticos. El Plan que se describe en este apartado responde al primer ámbito, reconociendo que es un complemento al trabajo realizado por las Comisiones Técnicas Regionales.

Marco de referencia y conceptual para la transversalización de género en salud

En este apartado del Plan Estratégico se explicitan el marco general de referencia y la plataforma conceptual, desde la cual se propone alcanzar el objetivo de transversalizar la perspectiva de género en salud para la región:

1. Marco de compromisos internacionales y regionales del sector salud en materia de igualdad de género, en el cual se mencionan algunos de los instrumentos internacionales más emblemáticos que direccionan el sentido al Plan. También se resumen los más importantes llamados que esta normativa del derecho internacional hace a los países.
2. Marco conceptual para la transversalización de género en salud, el cual se considera que existen diferencias y desigualdades importantes en la naturaleza de las causas, prevalencia, riesgos y consecuencias de problemas sociales y de salud que enfrentan mujeres y hombres; también se plantea la pregunta: ¿Por qué el énfasis en las necesidades de salud de las mujeres? y los propósitos de abordar la transversalización de la perspectiva de género.

Análisis de situación de la salud de las mujeres y hombres de la región

Se realiza un análisis de la situación, en que se determinan las principales causas de mortalidad en Centroamérica y la República Dominicana, trienio 2007-2009, y los principales indicadores de salud sexual y reproductiva en Centroamérica y República Dominicana (de acuerdo con el informe del PNUD para el año 2009-2010).

Enfoques

En este apartado se presentan los enfoques que fundamentan este Plan, los cuales atraviesan las líneas de acción necesarias para contribuir a la protección y al mejoramiento del estado de salud de la población y a la reducción de brechas e inequidades de género en la región.

Se trata de once enfoques: derechos humanos; igualdad de género; equidad de género en salud; diversidad; intersectorialidad; interculturalidad

de la salud; pertinencia cultural en salud; curso de vida; empoderamiento de las mujeres; participación ciudadana, y determinantes sociales de la salud.

Misión y visión

La misión del Plan es establecer las orientaciones y medidas fundamentales para la transversalización de la perspectiva de género, que responda a las necesidades e intereses específicos en salud de mujeres y hombres a lo largo del curso de vida.

La visión se define como el compromiso regional en la garantía de la igualdad y equidad de género en salud y el desarrollo de sistemas de salud que trabajan articulada e integradamente para abordar las diferencias y desigualdades en la salud de mujeres y hombres.

Objetivos

El Plan tiene un objetivo general, el cual es establecer las orientaciones y medidas fundamentales para la transversalización de la perspectiva de género en salud. Posee además siete objetivos específicos.

Entre los objetivos específicos se destacan los siguientes: a) desarrollar procesos de información, sensibilización, comunicación y divulgación que promuevan un abordaje integral de género y las desigualdades de género; b) asegurar el acceso y uso a los servicios de salud y recursos de calidad, y c) desarrollar procesos de participación inclusiva y de empoderamiento de las personas de las comunidades especialmente de las mujeres.

Líneas de acción

El Plan descrito en esta sección contiene siete líneas de acción: información, comunicación y educación para la promoción de la salud en igualdad; acceso, disponibilidad, asequibilidad y calidad de los servicios de salud; formación de competencias y capacidades institucionales; sistemas de información y vigilancia de la salud; participación, rendición de cuentas y empoderamiento de las mujeres; institucionalización, articulación y alianzas estratégicas regionales y entre sectores, y monitoreo y evaluación.

Derechos en salud

El Plan incluye una amplia plataforma referencial a los derechos fundamentales: derecho a una alimentación saludable y tiempo propio para el descanso y la recreación; derecho a la igualdad o no discriminación; derecho a una vida libre de violencia, con calidez y calidad, sin violencia contra las mujeres y sin violencia intrafamiliar; derecho a contar con capacidades, oportunidades y libertades para proteger la salud; derecho al acceso y la disponibilidad de servicios de salud, servicios que respondan diferencialmente a las necesidades de cada sexo y al impacto de la desigualdad de género; derecho a salud sexual y derechos sexuales y reproductivos; derecho a una maternidad segura y saludable, física y mentalmente, así como una paternidad presente y activa.

Agenda estratégica para la promoción de la igualdad de género en salud

La agenda estratégica para la promoción de la igualdad forma parte del plan de transversalización de la perspectiva de género en salud y enfoca temas estratégicos de intervención, tales como salud mental: depresión, intento de suicidio, manejo del estrés, sobre-medicalización de las mujeres, entre otros; alimentación saludable; promoción de la corresponsabilidad social en el cuidado y la participación igualitaria de hombres y mujeres, en el trabajo doméstico, no remunerado y uso del tiempo para el desarrollo personal; prevención y atención integral de la violencia contra las mujeres e intrafamiliar y gestión de riesgos y su impacto en las desigualdades de género.

La agenda sugiere también áreas en las que se debe intervenir, entre las cuales se plantean: promoción, servicios de salud, recursos humanos, investigación, vigilancia, monitoreo, institucionalización, articulación regional e intersectorial.

Por su parte además, la agenda establece las siguientes líneas de acción: promover una cultura de igualdad entre mujeres y hombres como determinante de la salud; eliminar contenidos sexistas y discriminatorios en los elaboración de productos comunicacionales en salud; promover el autocuidado de la salud y su relación con la condición y posición de género; y corresponsabilidad social y familiar del cuido como determinante de salud.

Áreas estratégicas de intervención

El Plan detalla también las siguientes áreas estratégicas de intervención para la institucionalización de la igualdad y equidad de género en salud: información, comunicación y educación para la promoción de la salud en igualdad; acceso, disponibilidad, asequibilidad y calidad de los servicios de salud; formación de competencias y capacidades institucionales; sistemas de información y vigilancia de la salud; participación, redición de cuantas y empoderamiento de las mujeres; institucionalización, articulación y alianzas; monitoreo y evaluación, e investigación y generación de evidencia.

Plan Estratégico de Promoción de la Salud para Centroamérica y República Dominicana 2014-2018

Desde la elaboración del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015, la promoción de salud en la región ha figurado dentro de los temas prioritarios a impulsar como bloque. Desde entonces, se ha venido trabajando en la actualización, revisión y puesta en marcha de diversas iniciativas para la promoción de la salud a nivel regional.

Sin embargo, luego de realizar la evaluación de medio término de dicho Plan, el COMISCA y su Secretaría Ejecutiva determinaron la necesidad de fortalecer el componente de promoción de la salud, por lo que en 2013, se elaboró el Plan Regional de Promoción de la Salud 2014-2018, en el cual se definen las líneas prioritarias a ejecutar en esta materia.

Además de contar con este valioso instrumento, la promoción de salud se continúa posicionando como una prioridad de la región, dentro del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016-2020, a través de una de sus líneas de acción, en la que se indica implementar el Plan Regional de Promoción de la Salud.

Contexto

Según la OPS/OMS, las estrategias de promoción de la salud contribuyen a reducir la mortalidad, a mejorar la atención de los principales factores de riesgo, así como poner énfasis en el enfoque de la determinación social de la salud y a construir sistemas de salud sostenibles, situando a la salud al centro de programas amplios de desarrollo.

El mundo está experimentando cambios significativos como resultado del crecimiento de la población, el fenómeno de la urbanización, el cambio climático, entre otros. Este proceso se ve acelerado por la globalización, sobre todo en el comercio y las comunicaciones, por lo que es necesario tener nuevos enfoques, innovadores, que aborden estos factores y su efecto en la salud de la población.

Centroamérica y República Dominicana se enfrentan a esta problemática mundial, lo cual requiere un abordaje de la promoción de la salud, como un proceso político y social que oriente sus acciones al fortalecimiento de las habilidades y capacidades de los individuos, y facilitar las condiciones sociales, ambientales y económicas necesarias para impactar positivamente la salud de la población.

Marco internacional

La carta de Ottawa surge de la primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, celebrada en Canadá, en 1986, y recoge las áreas de acción prioritarias sobre las que considera necesario incidir para mejorar la salud de la población. Desde entonces se han celebrado 8 conferencias más (Adelaida, 1988; Sundsvall, 1991; Jakarta, 1997; Ciudad de México, 2000; Bangkok, 2005; Nairobi, 2009, y Helsinki, 2013), en las que se ha analizado la promoción de la salud en el contexto de la globalización, se ha examinado la formulación de las políticas públicas saludable y la creación de entornos favorables.

En la última conferencia, en Helsinki, se examinaron las experiencias en relación al enfoque de “Salud en todas las Políticas” y se establecieron orientaciones para acciones concretas en los países.

Estas conferencias establecen un marco de acción favorable para Centroamérica y República Dominicana, en apoyo al desarrollo de políticas públicas para la promoción de la salud.

Objetivo

Su objetivo es implementar el enfoque de promoción de la salud en la región desde una visión proactiva, propositiva e innovadora, en todos sus ejes estratégicos de acción, para el abordaje multisectorial de los determinantes de la salud en el marco del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana.

Principios

La ejecución del Plan exige la observancia de los siguientes principios: equidad, incluida la equidad de género; interculturalidad; justicia social; sostenibilidad; multisectorialidad; innovación; comunicación asertiva; proactividad; transversalidad; universalidad, y participación.

Estrategias

El Plan incluye algunas estrategias a seguir, las cuales se mencionan a continuación: formación de capacidades; multisectorialidad; alianzas estratégicas; red de apoyo social; abogacía de la salud; transversalización del enfoque de promoción de la salud dentro del abordaje del proceso salud/enfermedad; desarrollo humano, y estilos de vida saludables.

Plan de Acción para el Control y Prevención del Virus Zika para Centroamérica y República Dominicana

El abordaje de las enfermedades transmisibles es una prioridad para los países miembros del SICA, lo cual se tradujo al momento de la elaboración del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015, en el que se planteó la necesidad de un abordaje integral e intersectorial de las enfermedades transmisibles, así como la preparación de planes de contingencia para dar respuesta inmediata a los brotes de las arbovirosis.

En el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016-2020 esta prioridad regional se retoma y se plantea la implementación de estrategias e iniciativas regionales para el control y la prevención de enfermedades transmisibles con un enfoque integral y que tengan alto impacto en la región.

Contexto

Centroamérica y República Dominicana es una región endémica del mosquito Aedes aegypti, vector que transmite enfermedades como el dengue, el chikungunya y el zika, exponiendo a la población a un mayor riesgo a contraer cualquiera de estas enfermedades.

A diciembre de 2016, la región acumulaba más de 100 mil casos sospechosos del virus del zika, de los cuales habían sido confirmados más de 5 mil 800. Para las complicaciones del Síndrome de Guillain Barré u otras complicaciones neurológicas, 735 casos fueron sospechosos en el año 2016 y se confirmaron 51 para zika. Para el síndrome congénito o microcefalia, se confirmaron 49 casos de 292 madres diagnosticadas con zika. Los picos epidemiológicos en la región se mantuvieron muy altos durante inicios de 2016, cuando fue declarada la emergencia por la OMS.

Este escenario regional, en el que aumentaban los casos de zika, así como los casos de microcefalia y de Síndrome de Guillain-Barré, pero con limitantes para poder realizar las asociaciones entre ellos, demandaba una respuesta de emergencia de envergadura regional.

Marco internacional

Desde la declaración de emergencia realizada por la OMS a raíz del aumento de casos de microcefalia y otros trastornos, relacionados al virus del zika, en 2016, el control y la prevención de esta enfermedad ha sido una prioridad al más alto nivel. Los Jefes de Estado y de Gobierno de la región colocaron este tema en su agenda como una prioridad y, en consenso general, decidieron intensificar las intervenciones y la búsqueda de una acción regional conjunta para el control y la prevención del virus del zika.

Esta responsabilidad fue delegada al COMISCA, como órgano rector del tema de salud en la región, la cual se concretó con la elaboración del Plan de Acción para la Prevención y el Control del Virus del Zika en Centroamérica y República Dominicana

Justificación

Se argumenta la elaboración del Plan por los factores que incrementan la exposición de la población de la región a enfermar por cualquiera de las patologías transmitidas por este vector y algunas limitantes para enfrentar el virus en los países de la región.

Objetivos

El objetivo general del Plan es controlar y reducir la transmisión activa del virus del zika en la población de Centroamérica mediante un trabajo intersectorial, a nivel nacional y regional. Se establecen cuatro objetivos específicos:

1. Fortalecer el control integrado de vectores para la eliminación de los criaderos del género Aedes en Centroamérica.
2. Reducir el número de trastornos neurológicos como el Síndrome de Guillain-Barré y la microcefalia, posiblemente asociados a la infec-
ción por el virus del zika.
3. Fortalecer la vigilancia epidemiológica de las enfermedades produci-
das por arbovirus como dengue, chikungunya, fiebre amarilla y zika,
y la vigilancia entomológica.
4. Movilizar recursos y canalizar la cooperación para la prevención y
control del virus zika en la región.

Plan de acción

El Plan de control y reducción de la transmisión activa del virus del zika en la población de Centroamérica se divide en los siguientes compo-
nentes: coordinación y planificación; vigilancia de la salud; servicios de
salud; ambiente; comunicación de riesgo y movilización comunitaria, así
como alianzas y movilización de recursos.

Estrategias

La SE-COMISCA ha desarrollado también una amplia labor de pensa-
miento acerca de los modos de dar sostenibilidad y dimensión de largo
plazo a las acciones conjuntas e integradas en el campo de la salud regio-
nal. Para ellos ha construido estrategias específicas, en conjunto con un
amplio grupo técnico calificado proveniente de los países miembros.

JOSÉ RUALES

Representante de OPS/OMS en El Salvador

Periodo 2009 a 2015

Actualmente Secretario de Salud en el Distrito Metropolitano de Quito, Ecuador

Tuve la suerte de conocer y trabajar con el COMISCA desde sus inicios, durante mi gestión como asesor en sistemas de salud en la oficina de OPS/OMS en El Salvador entre 1998 y 2002. Luego con la SE-COMISCA en 2009 a 2015, como representante de OPS/OMS en El Salvador y como enlace con la sede de OPS para la cooperación subregional en Centroamérica con la SE-COMISCA y otras instancias del SICA. En este periodo constaté la consolidación de la Secretaría Ejecutiva del COMISCA desde su organización y estructura administrativa, el crecimiento del espacio común y los mecanismos de gobernanza idóneos para discutir, analizar, investigar y proponer acciones en el ámbito centroamericano, pensando más allá de la suma de decisiones o programas de los países hacia una visión territorial y poblacional común.

Ha sido de especial relevancia la creación de mecanismos de acción conjuntos para tomar decisiones que fueron desde la negociación conjunta de medicamentos, hasta el manejo de eventos epidémicos de riesgo regional. El desarrollo de la SE-COMISCA ha sido esencial, desde la visión y competencias de la OPS, lo que ha permitido tener un interlocutor único, cada vez más reconocido por los países miembros, para interactuar sobre proyectos de cooperación de ámbito centroamericano y validar decisiones de política regional, el desarrollo de capacidades técnicas y gerenciales, la definición de políticas claras de cooperación, el fortalecimiento de la rectoría sectorial de salud por parte del COMISCA en el SICA, la construcción de una sala de situación y el análisis de información sobre la situación de salud de los países y sus áreas fronterizas. Todo esto es ejemplo del crecimiento organizacional y operativo de la SE-COMISCA.

La estructuración y consolidación de la SE-COMISCA aprovecha la experiencia de la RESSCAD y la institucionaliza en el marco del SICA, permite la formulación de los primeros planes estratégicos de salud, pero especialmente logra construir mecanismos para su monitoreo y evaluación, lo que le da un carácter estable y compromete a los países miembros y sus ministerios y secretarías de salud a una dinámica de corresponsabilidad.

Mi felicitación a todo el equipo de la SE-COMISCA, por el increíble avance en la integración en salud de Centroamérica y por haber consolidado una organización y equipo de trabajo que es un ejemplo a seguir tanto en su compromiso con la integración centroamericana, como de innovación en la gestión.

Instrumentos institucionales

Paralelamente a las iniciativas de acompañamiento técnico sobre temas específicos relativos al ámbito de la salud, la SE-COMISCA ha llevado a cabo durante la gestión de los años 2013 a 2017 un proceso de reorganización estratégica institucional.

Los dos instrumentos institucionales fundamentales en este marco de transformación institucional son el plan estratégico de la SE-COMISCA (2014-2017) y su política de transparencia y rendición de cuentas.

Plan Estratégico de la Secretaría Ejecutiva del COMISCA 2014-2017

El seguimiento a los acuerdos y resoluciones del COMISCA previo al 2013 tuvo dos etapas principales: bajo la figura del trabajo al interno de la Secretaría de la Integración Social Centroamericana (SISCA), y recién instaurada, en un primer ejercicio de Secretaría Ejecutiva.

En el primer momento, funcionaba como una “unidad” marginal que daba seguimiento a las resoluciones y administraba los recursos provenientes de las cuotas del COMISCA y de los proyectos, en algún momento se llegó a contar con una persona que le daba seguimiento parcial a salud, pero no de manera exclusiva.

En el segundo momento, ya conformada la Secretaría Ejecutiva se contaba con personal a tiempo completo para coordinación e implementación de proyectos y para fortalecer el trabajo administrativo, sin embargo, nunca se llegó a conformar un equipo de trabajo permanente, ni una estructura funcional que diera respuestas a las necesidades del COMISCA. Tampoco se estableció un plan de trabajo bajo líneas claras de acción en función de las prioridades regionales del Consejo de Ministros.

El plan estratégico fundamenta de manera integral, por primera vez desde la creación de la institución, el rumbo de las actividades a los interno de la SE-COMISCA y hacia afuera con otras instancias internacionales y de cooperación.

El plan estratégico constituye uno de los instrumentos que mejor materializa el pensamiento estratégico regional en salud formulado a partir de la labor y la experiencia regional reciente en el campo de la salud.

Responde al momento actual de la SE-COMISCA y a un nuevo periodo de gestión que encaja con la proyección del COMISCA plasmadas en el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana, coherente con la perspectiva de las autoridades de salud de la región y de la Secretaría Ejecutiva.

Misión y visión

En esta sección, se establece la misión de la SE-COMISCA como fortalecedora de la función rectora del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana para generar las condiciones de salud óptimas de salud en la población de la región. También se establece la visión de la institución como referente regional en la articulación y gestión de políticas y estrategias específicas del COMISCA.

Valores

Los valores que se manifiestan en la labor permanente, conjunta y coordinada de la SE-COMISCA son los siguientes: excelencia; compromiso; lealtad; equidad, y ética.

Estrategia organizacional

La estrategia organizacional está basada en cuatro ejes de trabajo complementarios, comunicados y articulados hacia la estructura interna de la institución. Los ejes son los siguientes: calidad en el servicio; efectividad en los procesos institucionales; desarrollo y modernización institucional y del talento humano, y eficacia en la gestión de los recursos.

Estructura organizativa

Para responder a la estrategia organizacional y a la visión de excelencia que establece el plan estratégico, la Secretaría Ejecutiva del COMISCA establece cinco áreas de trabajo, recogidas además en el reglamento del COMISCA:

1. Coordinación de Planificación, Monitoreo y Evaluación.
2. Coordinación de Tecnologías de la Información.
3. Dirección para la Rectoría de Salud Regional.
4. Dirección de Administración y Finanzas.
5. Dirección de Cooperación y Relaciones Interinstitucionales.

Planes operativos

A partir del establecimiento de un pensamiento regional estratégico en salud, de la formulación de una estrategia organizacional y del alineamiento de la estructura organizativa a los objetivos estratégicos de la SE-COMISCA, se presentan el plan operativo general y los planes operativos específicos:

1. Plan operativo general.
2. Plan operativo del Secretario Ejecutivo.
3. Plan operativo del área de Planificación, Monitoreo y Evaluación.
4. Plan operativo de Tecnologías de Información.
5. Plan operativo de la Rectoría de Salud Regional.
6. Plan operativo de la Administración y Finanzas.
7. Plan operativo de la Cooperación y Relaciones Interinstitucionales.

Política de Transparencia y Rendición de Cuentas

La Política de Transparencia y Rendición de Cuentas de la SE-COMISCA era un compromiso plasmado en el Plan Estratégico Institucional 2014-2017. Se desarrolló con el apoyo técnico de la entonces Subsecretaría de Transparencia y Anticorrupción del Gobierno de la República de El Salvador, bajo el amparo de un convenio firmado conjuntamente con la Secretaría de Integración Económica Centroamericana (SIECA).

Luego de realizado el trabajo técnico correspondiente, la Política de Transparencia y Rendición de Cuentas fue aprobada en la XLI Reunión Ordinaria de COMISCA, celebrada en diciembre de 2014 en Belice.

Contexto

Una administración moderna requiere un diálogo constante con los diferentes grupos de interés con los cuales se interactúa permanentemente en el día a día. Este diálogo requiere también apertura hacia la contraloría social, que va más allá de brindar informes financieros y de finalización de proyectos o del acceso a información por medios virtuales, requiere de establecer una cultura institucional y de realizar cambios estructurales en los diversos medios donde se desarrollan las actividades de la Secretaría Ejecutiva.

Marco internacional

Existe un marco de acción internacional, cada vez más orientado a fortalecer los mecanismos de gobernanza y a exigir la rendición de cuentas y la transparencia como requisitos para consolidar modelos de gestión en el marco del desarrollo.

En la Declaración de París sobre la Eficacia de Ayuda al Desarrollo, en el apartado de “Normas o principios de prácticas recomendadas para la armonización de la asistencia de los donantes”, se establece que la colaboración - con el donante - refleja la importancia que tiene mejorar la rendición de cuentas de las autoridades de los países asociados en desarrollo a sus propios ciudadanos, que se puede lograr, en parte, mediante procesos y sistemas transparentes de gestión de las finanzas públicas.

Por otro lado, también en el tercer Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de Ayuda al Desarrollo, celebrado en 2008 en Ghana, del cual surge el Programa de Acción de Accra, hay elementos encaminados a exigir transparencia a gobiernos, cooperantes, organismos y sociedad civil.

También en el Cuarto Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda, realizado en Corea en el 2001, conocido como Alianza de Busan, para la Cooperación Eficaz al Desarrollo, se presentan compromisos importantes al respecto, específicamente en el apartado sobre “Apropiación, resultados y rendición de cuentas. Cooperación transparente y responsable”.

Recientemente, en los ODS se incluyen metas relacionadas a la Política de Transparencia y Rendición de Cuentas, específicamente en el objetivo 16: Promover Sociedades Justas, Pacíficas e Inclusivas.

Finalidad

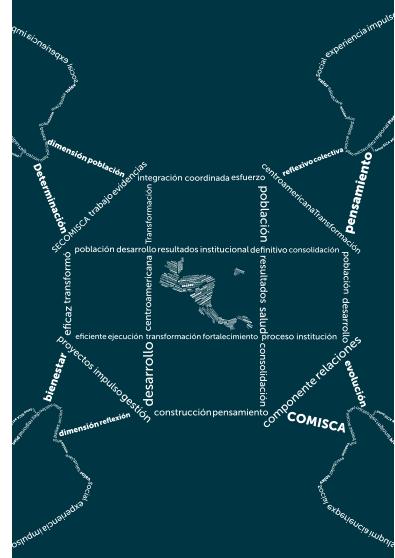
La finalidad de esta Política es proveer un instrumento orientador para desarrollar acciones que contribuyan a realizar una buena gestión institucional y garantizar probidad, transparencia y rendición de cuentas a los gobiernos nacionales, cooperación internacional y ciudadanía de la región del SICA.

Objetivo

El objetivo central de la Política que se describe en este apartado es fomentar la transparencia y probidad en el desarrollo de las labores de las y los funcionarios de la SE-COMISCA y facilitar acceso a información institucional de manera oportuna y veraz, por medio de prácticas que promuevan la rendición de cuentas en la sede de la SE-COMISCA y en los países miembros del SICA.

Principios y líneas de acción

Los principios que recoge la política de transparencia son los siguientes: ética, legalidad y equidad. Estos principios operan y se concretan en la ejecución de seis líneas de acción: acceso a la información; rendición de cuentas; prevención y combate a la corrupción; formación de capacidades; difusión; finalmente, implementación y acompañamiento.



TERCERA PARTE

Resultados Exitosos

Durante diez años, la SE-COMISCA ha desarrollado un trabajo de integración regional de los más valiosos: garantizar la salud de la población centroamericana y de República Dominicana. Su esfuerzo y sus resultados representan una de las evidencias más patentes de lo necesaria y fructífera que es la acción conjunta y coordinada de los países de la región en todos los órdenes del desarrollo social.

Transformación institucional

Desde el año 2009 a la fecha, la SE-COMISCA ha experimentado dos momentos clave de su vida institucional: su establecimiento definitivo y primer impulso de trabajo durante la gestión 2009-2013, con el Dr. Rolando Hernández, y un segundo momento con su fortalecimiento institucional y alineamiento con la Política Regional de Salud del SICA y con un plan estratégico institucional, orientador de las funciones y procesos propios de la institución, a cargo del Dr. Julio César Valdés Díaz.

El núcleo o el componente más importante de esta transformación ha sido la fundamentación del proceso, que ha conllevado la construcción colectiva de un pensamiento regional en salud, dialogado en el seno de la SE-COMISCA, pero también en interlocución con otras instancias de la integración y sujetos sociales implicados en los procesos de desarrollo social de la región.

La Secretaría Ejecutiva del COMISCA, a lo largo de diez años de gestión, ha recogido gran experiencia y durante su primer impulso de trabajo, su gestión se orientó hacia la consolidación institucional, lo cual demandaba ganar experiencia en la implementación de múltiples proyectos que permitieran, por un lado, robustecer la institución y por otro, fortalecer y afianzar las relaciones con el COMISCA. La experiencia ganada transformó a la SE-COMISCA en una institución experta en la ejecución eficaz y eficiente de proyectos.

A su vez, esta experiencia condujo a la institución a moverse hacia una posición más estratégica, en la que se pone énfasis en su carácter político, experto y articulador de las instituciones rectoras del tema de salud de Centroamérica y República Dominicana, en la permanente búsqueda de complementar y fortalecer las acciones nacionales.

En este proceso, la SE-COMISCA ha colocado la determinación social de la salud como la orientación principal para el abordaje de la salud, herra-

mienta que transforma la salud pública y la orienta a formular propuestas que no solo tomen en cuenta los factores de riesgo y los estilos de vida saludable, sino también que modifiquen las condiciones que provocan injusticia e inequidad.

Es así que la SE-COMISCA ha transformado su pensamiento, haciendo énfasis en la búsqueda constante de justicia, equidad y cohesión social, a través del estudio y el análisis de la determinación social de la salud, de modo que las propuestas regionales permitan a las personas, a las familias y a las comunidades apropiarse de este proceso, jugando un rol principal en la consecución de su bienestar.

En este mismo sentido, el pensamiento regional en salud orienta el quehacer institucional hacia la garantía del derecho a la salud de cada persona, colocándola al centro de cada intervención como sujeta de derechos.

Además de la orientación que marca la determinación social de la salud, la SE-COMISCA también ha incluido un enfoque intersectorial, permitiendo así el análisis, la reflexión y la acción colectiva para alcanzar un estado de bienestar para la población de la región.

Todos y cada uno de estos aspectos, conforman actualmente el pensamiento regional en salud, y este pensamiento se ha convertido en un elemento innovador, que ofrece un valor agregado a las instituciones rectoras de salud en la región, las cuales, a su vez, conforman el espacio político regional.

Reorganización estratégica: misión política y respaldo técnico de alto nivel

La evolución institucional requirió una reorganización estratégica, la cual incluyó la formulación de la Política Regional de Salud del SICA, del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana y del Plan Estratégico Institucional.

La elaboración de estos instrumentos surgen como parte de un proceso reflexivo y de la comprensión que las funciones de la Secretaría Ejecutiva del COMISCA están permeadas por una dimensión política y por una dimensión técnica.

En este sentido, la definición clara y concreta de la misión política de la SE-COMISCA, que es articular, coordinar y apoyar al COMISCA para fortalecer y complementar su labor permanente en el ámbito nacional, fue el primer paso crítico para desatar las siguientes etapas de reflexión.

La consolidación de una agenda regional en salud que define temas prioritarios para los países miembros del COMISCA evidencia el papel político que desempeña la Secretaría, como una plataforma que articula a la región, fomentando la permanente búsqueda del consenso por el bien común.

Este proceso de reorganización estratégica ha avanzado de la mano del respaldo técnico de alto nivel, lo que se ve reflejado en la formulación de importantes instrumentos que ya se han mencionado, pero también en la mística de trabajo de la SE-COMISCA, la cual permite que cada instrumento cuente con los aportes y la validación del personal técnico de cada Ministerio de Salud de la región. Este modelo de intervención fomenta la apropiación de cada instrumento elaborado con perspectiva regional.

Alianzas y socios de la cooperación

El recorrido de estos 10 años ha sido una tarea que ha requerido también una búsqueda constante de alianzas para poder cumplir con los compromisos establecidos por el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana. A lo largo de los diez años se pueden mencionar tres socios que han estado de manera permanente apoyando la agenda regional en materia de salud: los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés), la OPS/

OMS y la Cooperación Española por medio del Fondo España-SICA, mecanismo de cooperación específico para el fortalecimiento de la integración centroamericana.

De la misma manera, y con el riesgo de dejar a alguien sin nombrar, es importante reconocer el aporte de otros socios de la cooperación a lo largo de los diez años: Cooperación de la República de China (Taiwán), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Agencia Andaluza de Cooperación (AACID), Banco Mundial, Cooperación Japonesa (JICA), Cooperación de los Estados Unidos Mexicanos (AMEXCID), Cooperación de la República de Turquía (TIKA), Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria, ONUSIDA, Unión Europea, Cooperación Alemana (GIZ) y Cooperación Sueca (ASDI).

Finalmente, se destaca que en los últimos años se han establecido alianzas importantes con instancias regionales, lo que ha permitido fortalecer la cooperación sur-sur y el desarrollo de capacidades nacionales y regionales. Es así que se han firmado importantes convenios con el Organismo Andino de Salud Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) y el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS). Estas alianzas permiten también buscar posiciones comunes y acuerdos entre los países, que permitan favorecer los intereses desde el ámbito nacional y regional.

Comisiones técnicas y grupos de trabajo: continuidad y renovación

El siguiente paso en este marco de distinción de las funciones políticas y técnicas fue reafirmar la importancia de la labor que llevan a cabo las comisiones técnicas y los grupos de trabajo de la mano de las autoridades nacionales de cada país y bajo acuerdo y coordinación de la SE-COMISCA.

La dinámica de trabajo que se ha establecido en la Secretaría Ejecutiva del COMISCA, en la cual se cuenta con la participación activa de personal técnico de los Ministerios de Salud de la región, permite que los procesos y las iniciativas que se impulsan, no solo cuenten con un fuerte respaldo técnico, sino también, garantiza que las necesidades nacionales estén incluidas en las propuestas que surgen de la plataforma regional que ofrece la SE-COMISCA.

De la misma manera, contar con la participación y el involucramiento del nivel técnico permite que los países se articulen tomando como base la perspectiva del pensamiento regional en salud, lo cual facilita el cumplimiento de metas y logros, pues existe sintonía en cuanto a la mística de trabajo, resaltando el valor agregado que brindan estos espacios técnicos regionales para la consecución de logros en el nivel nacional.

La SE-COMISCA coordina 11 comisiones técnicas y 2 grupos de trabajo, a través de los cuales se operativizan más de 10 instrumentos técnicos, estratégicos y políticos, con perspectiva regional. Con el trabajo de estas comisiones también se ponen en marcha acciones que abordan temas estratégicos para la región, como la promoción de la salud, la prevención del sobrepeso y la obesidad en la niñez y adolescencia, del embarazo en adolescentes y del virus del zika, la negociación conjunta de medicamentos, entre otros.

Medicamentos para Centroamérica y República Dominicana: Negociación Conjunta

En el año 2006, los Ministros de Salud de la Región reunidos en el marco de la RESSCAD, discutieron la importancia del acceso a medicamentos para la población y decidieron la conformación de la Comisión Técnica Subregional de Medicamentos (CTSM), conformada por técnicos del área de medicamentos de los ministerios de salud y seguros sociales de la región. A esta Comisión Técnica, los ministros de salud le encendaron la construcción de la Política Regional de Medicamentos elaborada con el apoyo de la OPS y el financiamiento del Fondo España-SICA para finalmente ser aprobada en el año 2007.

Contenida en esta Política de Medicamentos se estableció la negociación conjunta de medicamentos como un mecanismo de contención de costos para la obtención de precios favorables para la adquisición de medicamentos que además reuniera las condiciones de calidad y seguridad.

Uno de los resultados más patentes y con mayor difusión de ambas gestiones de la SE-COMISCA es el trabajo regional en el área de medicamentos, específicamente en lo relativo a la Negociación Conjunta de Precios y Medicamentos para Centroamérica y República Dominicana.

En un proceso dinámico y de mejora continua, la CTSM ha trabajado en la fundamentación técnica y legal de la negociación conjunta COMISCA y en 2009 se realizó el primer evento para negociar los precios de un listado armonizado de medicamentos prioritarios para la región. La celebración de este primer evento requirió dar pasos previos fundamentales como la elaboración y aprobación del reglamento de la negociación conjunta COMISCA para este evento específico, así como la elaboración de un estudio de precios, proveedores y precios de referencia.

En 2012, se realizó un proceso de análisis y reflexión sobre la negociación conjunta COMISCA, lo cual permitió realizar ajustes para implementar acciones de mejora. En ese sentido, se actualizaron los documentos técnicos y legales, y se aprobó el reglamento general para el proceso. Más adelante, se implementó la precalificación de empresas farmacéuticas y sus productos como un proceso continuo y permanente, mediante el uso de una herramienta virtual.

A partir de 2013, la CTSM estableció el Sistema de Precalificación de Proveedores y Productos, a través del cual se dispone de un registro de empresas farmacéuticas y productos calificados para participar en los eventos de negociación, permitiendo así hacer el proceso más eficiente y eficaz.

A partir del año 2014, producto de la revisión realizada por la CTSM a la Política de Medicamentos, esta Comisión decide darle un giro más estratégico a la dinámica del medicamento en la región, razón por la cual se estableció la Estrategia de Medicamentos para Centroamérica y República Dominicana, 2015-2017, en donde además se destacan aspectos como la farmacovigilancia regional, la cual a través de la plataforma FACEDRA, implementada con el apoyo de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), mediante procesos formativos ha significado un despegue significativo en la región.

Para el año 2016, y en seguimiento a la automatización de la negociación conjunta COMISCA, se implementaron mejoras significativas, a través de la innovadora plataforma Sistema de Negociación Regional de Precios-Gestión Integral Automatizada (SINERPGIA), la cual permite llevar a cabo todo el proceso de negociación con proveedores, de manera virtual, automatizando cada paso, desde la invitación hasta la adjudicación.

Con la plataforma SINERPGIA, la SE-COMISCA ha dado saltos cuantitativos y cualitativos de cara a la optimización de recursos, ahorrando costos de movilización de personal y contratación de recursos materiales para la realización de cada evento de negociación; al aumento de las posibilidades de realizar un mayor número de eventos de negociación en el momento que se requiera, ya que se demandan menos recursos y se simplifica la logística de cada evento de negociación; y a la transparencia en la implementación de mecanismos que no generen dudas sobre la definición de la adjudicación durante el proceso de negociación.

A lo largo de su implementación, la negociación conjunta COMISCA se ha convertido en un Bien Público Regional (BPR), ya que se considera un servicio que da respuesta a problemas comunes con potencial de generar beneficios significativos comunes y efectos indirectos positivos. Los principales beneficiarios de este BPR son las instituciones rectoras de la salud de los países miembros del SICA, ya que optimizan sus presupuestos, obteniendo precios más bajos de los que lograrían negociando individualmente.

Algunos de los aspectos que han contribuido al éxito de la negociación conjunta COMISCA son el respaldo político para la implementación de mecanismos innovadores que garanticen el derecho a la salud y el acceso a los medicamentos; así como la experticia de los y las profesionales involucrados en el proceso, que ha permitido la construcción de instrumentos técnicos, jurídicos y administrativos de gran calidad.

De la misma manera, el involucramiento de actores clave para el funcionamiento del área de medicamentos y en particular la negociación conjunta ha sido el apoyo incondicional del Fondo España SICA desde sus inicios hasta la fecha. Se suman además los aportes técnicos y financieros de la OPS/OMS y la Iniciativa Salud Mesoamérica-Banco Interamericano de Desarrollo (ISM-BID).

A la fecha, el resultado más evidente de la negociación conjunta COMISCA es el ahorro acumulado para los países de la región, monto que asciende a más de 60 millones de dólares americanos (hasta junio de 2017). Sin embargo, también hay otros beneficios producto del proceso de la Negociación, como el fomento de la cooperación horizontal, o el volumen de compra que convierte al mercado centroamericano en uno más atractivo para las empresas farmacéuticas.

MARÍA DEL ROCÍO SÁENZ*Ministra de Salud de Costa Rica**Periodo 2002 a 2006**Presidenta de la Caja Costarricense de Seguro Social**Periodo 2014 a 2017*

Estos diez años han sido de trabajo arduo [para la SE-COMISCA]. El primer aporte que yo identifico es el valor agregado de compartir la visión de cada uno de los países para construir una visión regional. Precisamente, respetando las particularidades de cada país se convoca a la construcción de una visión colectiva.

Los ministerios de salud por su función en lo individual cumplen muchas funciones. Están abocados a la conducción de la salud, a la formulación de las políticas, a la prestación de servicios de salud, a la vigilancia de la salud, a la regulación, a la compra de medicamentos. En esa lógica, colocar en una misma mesa problemas que tenemos en lo individual y construir esa visión regional requiere además una base técnica muy sólida.

Hay evidentemente un esfuerzo político en su esencia, pero está sustentado en todo el trabajo técnico de los diversos grupos que se han formado a lo largo de estos diez años. Es un segundo aporte que yo quiero destacar: el sólido trabajo técnico que se ha desarrollado en estos diez años.

El tercer aspecto que quiero sumar es que cada país no trabaja solo en sus problemas nacionales, sino que cada país tiene responsabilidades sectoriales, que trascienden al sector salud. Por ejemplo, el problema del agua potable, el problema de la seguridad social. Es decir que debemos desarrollar un trabajo intrasectorial primero y luego intersectorial.

En ese marco de la intersectorialidad es donde interviene el análisis de los determinantes de la salud y el abordaje de la salud transciende la atención de la enfermedad. Este es otro aporte de diez años de trabajo regional en salud.

El cuarto y último aporte que yo quiero destacar es que ni las instituciones de salud de los países ni los sectores sociales ni los espacios intersectoriales están solos. Están en un contexto compartido con otra institucionalidad, como el Sistema de Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales, cooperantes. Con una visión compartida como región, estamos en mejores condiciones para hacer mejor uso de los mecanismos y los instrumentos que nos ponen a disposición esa otra institucionalidad.

En términos generales, Centroamérica ya está con las condiciones favorables para adoptar un pensamiento regional en salud. Pero la tarea no se ha terminado. Este es un trabajo que requiere de absoluta constancia, articulación y comunicación, distinguiendo especialmente los ámbitos político y técnico que acabamos de abordar.

Es necesario valorar con mayor profundidad los avances regionales. Por ejemplo, alrededor de la negociación conjunta de medicamentos. Es una buena práctica. Aborda diferentes temas: acuerdos sobre medicamentos esenciales o prioritarios que requiere la región; los medicamentos responden a un perfil epidemiológico similar entre los países, no se trata solamente de comprar por comprar; esto mejora el acceso a medicamentos de parte de la población, que es un reto que tenemos como países. Esto ayuda a continuar colocando en la agenda regional del COMISCA: avanzar a construir sociedades y sistemas de salud más equitativos. Estos instrumentos entonces contribuyen al tema práctico de eficiencia, costo y efectividad, sino que son instrumentos que están apuntando a construir bases para una Centroamérica más equitativa.

Proyección de futuro

Entre los retos más importantes para el futuro de la SE-COMISCA es posible mencionar al menos tres: continuar el trabajo en el ámbito intersectorial; fortalecer la capacidad de análisis de las inequidades en salud, y consolidar el trabajo del Foro Intersectorial en Salud.

Ámbito intersectorial

En los instrumentos jurídicos del proceso de integración, como el Protocolo de Tegucigalpa y el Tratado de Integración Social Centroamericana (TISCA), se hace énfasis en la importancia de impulsar un enfoque de trabajo integral, que permita la coordinación, armonización y convergencia de las políticas sociales a nivel nacional, pero también con las demás políticas que se promueven desde el SICA.

Desde la Secretaría Ejecutiva del COMISCA se ha propuesto trabajar el ámbito intersectorial, focalizando algunos ejes: cambio climático, hábitat y salud; integración regional en salud; economía y salud; trabajo y salud, y seguridad y salud. A partir de estos primeros ejes de trabajo, se busca un cambio de perspectiva en el análisis, que permita ampliar el abordaje de las causas de enfermedad y muerte de la población, planteando el proceso salud-enfermedad como algo social.

De ahí que la adopción del enfoque de la determinación social de la salud en la SE-COMISCA es un gran paso para fomentar el trabajo intersectorial, pues facilita el análisis de la condición de bienestar de la población, tomando en cuenta que está determinado por factores sociales, económicos y políticos.

No obstante, el enfoque intersectorial demanda grandes esfuerzos de coordinación y articulación, tanto en el marco del SICA, como fuera de él, lo cual representa un reto para la gestión de la Secretaría Ejecutiva del COMISCA. Por un lado, es necesario fortalecer las relaciones con las secretarías e instituciones especializadas del SICA, con el objetivo de posicionar la relevancia del trabajo intersectorial de cara a la incidencia del proceso de integración en el contexto económico, social, político, ambiental y cultural, que permitan reducir las inequidades en Centroamérica y República Dominicana. Por otro lado, la SE-COMISCA se enfrenta a la demanda de creación de redes de trabajo con entidades de la academia, la cooperación internacional y la sociedad civil que tengan

vinculación con políticas sociales y de salud, que permitan la construcción de consensos para innovar en la elaboración de políticas públicas.

Capacidad de análisis de inequidades en salud de la región

La SE-COMISCA, como plataforma regional referente para el tema de salud, tiene el reto de convertirse en una institución experta en el análisis de inequidades en salud, ya que la adopción del enfoque de la determinación social de la salud, exige conocer y analizar las condiciones de vida cotidianas de la población, es decir, en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como sus factores estructurales, es decir, la distribución del poder, el dinero y otros recursos.

Todo esto debe tener un estrecho vínculo con el estudio de las relaciones de poder y las dinámicas de acumulación de capital, las cuales determinan los patrones de consumo y de trabajo que finalmente conducen a que las personas padezcan enfermedades de forma diferencial, según su clase social, etnia o género.

Esta capacidad de análisis debe permear el quehacer institucional, con el objetivo que la investigación y la acción, bajo el enfoque de la determinación social de la salud, facilite una transformación social en la región SICA.

Foro Intersectorial Regional para la Salud de Centroamérica y República Dominicana

El Foro Intersectorial Regional para la Salud es en un proceso modular para completar la plataforma que ha comenzado a instalarse desde la perspectiva del pensamiento regional en salud. Con su conformación, el COMISCA contará con un espacio técnico-operativo de alto nivel que proponga, con base en el permanente análisis para mejorar las condiciones de vida de la población de la región SICA, políticas, programas y estrategias de carácter regional.

Desde la evidencia científica y técnica, el análisis de la situación de la salud y bajo el enfoque de la determinación social de la salud, el Foro establecerá una discusión técnico-estratégica permanente que oriente la discusión política en el seno del COMISCA.

La SE-COMISCA tiene la responsabilidad de coordinar este espacio, junto con el liderazgo de la Presidencia Pro Témpore del COMISCA, lo cual supone el análisis de las propuestas que emanen del Foro Intersectorial de Salud, con el objetivo de buscar acuerdos políticos en el COMISCA, en caso que sea necesario.

VICTORIA MARINA VELÁSQUEZ DE AVILÉS
Secretaría General del SICA
Periodo 2014 – 2017

La SE-COMISCA ha logrado importantes avances en la implementación de un abordaje regional e intersectorial de la salud en los países del SICA y como retos a futuros se podrían identificar tres temas principales. El primero es la necesidad de fortalecer la gobernanza regional del sector salud, que incluye además del COMISCA, a FOCARD-APS, INCAP y CISCAD, con la finalidad de asegurar una integración de esfuerzos para potenciar el logro de objetivos comunes en la salud. El segundo desafío es extender el mecanismo de negociación conjunta de precios y compra de medicamentos, hacia la adquisición de otros insumos médicos; así como también, asegurar la sostenibilidad de dicho mecanismo, que actualmente depende de la cooperación internacional. Finalmente, se plantea como reto desarrollar un modelo de gestión del conocimiento en el sector salud, que permita convertir el modelo de determinantes sociales de la salud en una herramienta para la gestión y evaluación de tal política pública a nivel regional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Atribuciones del Comité de Cooperación Económica de Ministros de Economía del Istmo Centroamericano. Resolución aprobada 27 de agosto de 1952. Primer periodo de sesiones. Tegucigalpa, Honduras.

Cruz, Mario. Salud e historia en Centroamérica. Análisis de las reuniones del sector salud de Centroamérica y República Dominicana, 1985-2000. Nicaragua: OPS, 2001.

Hobsbawm, Eric. Historia del Siglo XX. Buenos Aires, CRITICA, 1998.

*Palmer, Steven. “Esbozo histórico de la medicina estatal en América Central”, en *Dynamis. Acta Hispánica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustradam*, vol. 25. Madrid: 2005, pp. 59-85.*

Pérez Brignoli, Héctor. Historia general de Centroamérica, volumen III. De la ilustración al liberalismo. Madrid: FLACSO, 1994.

Protocolo al Tratado General de Integración Económica Centroamericana. 1993.

Protocolo de Tegucigalpa a la Carta de la Organización de Estados Centroamericanos (ODECA). 1991.

Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana. Varios Años.

- *Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2009-2018.*
- *Estrategia para la Prevención del Sobrepeso y Obesidad en Niños y Adolescentes 2014-2015.*
- *Estrategia de Medicamentos para Centroamérica y República Dominicana 2015-2017.*

- *Plan de Gestión Integral de Riesgo a Desastres y Emergencias de Salud Pública 2013-2018.*
- *Plan Estratégico para la Eliminación de la Malaria en América Central y la Isla La Española 2015-2020.*
- *Plan Estratégico de Promoción de la Salud 2014-2018.*
- *Plan Estratégico de Transversalización de la Perspectiva de Género en Salud 2014-2018.*
- *Plan Estratégico Regional para la Prevención de Embarazo en Adolescentes de Centroamérica y República Dominicana.*
- *Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015.*
- *Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016-2020.*
- *Política Regional de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2015-2022, Abril 2016.*
- *Política de Transparencia y Rendición de Cuentas de la SE-COMISCA.*
- *SIECA-Unión Europea. El libro de referencia de la integración económica centroamericana. Guatemala: GOPA-ASIES, 2010.*

**Impreso en El Salvador
Julio 2017**

Pensamiento Regional en Salud

Diez años de la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana

Desde septiembre de 2007 que las autoridades de salud de la región decidieron crear una Secretaría Ejecutiva que respondiera a los lineamientos del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), se ha transitado hacia el establecimiento de una Secretaría sólida y un posicionamiento clave del sector salud regional.

La Secretaría Ejecutiva del COMISCA ha hecho prevalecer su rol político estratégico impulsando el Pensamiento Regional en Salud plasmándolo en la Política Regional de Salud del SICA 2015-2022 y en el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016-2020. Este proceso ha sido liderado por los países miembros del SICA y en coherencia con el rol de rectoría de la salud que le corresponde al Consejo de Ministros, como órgano político del SICA.

De la misma manera, se han elaborado una serie de estrategias y planes regionales temáticos en materia de salud, que contribuyen con la aspiración del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Para esto, se ha contado con el valioso aporte y liderazgo de las Comisiones Técnicas Regionales, bastión relevante para el trabajo regional en materia de salud.

En este libro se recoge, de manera muy resumida, el recorrido de la SE-COMISCA en los primeros diez años de vida, para esto se hace también una breve reseña de su participación en el contexto de la integración centroamericana. Se destacan algunos logros y se perfilan algunos retos que quedan pendientes para los próximos años.

Queda mucho camino por recorrer y procesos por implementar, sin embargo, el balance es positivo y en el mismo se reconoce que un elemento clave para avanzar en la acción regional en salud es comprender que la salud no se puede entender, sin la participación activa de todos los sectores de la sociedad, y que el abordaje intersectorial es necesario para mejorar la calidad de vida de las personas, que es en el fondo un objetivo común para el cual debería trabajar toda la institucionalidad de la integración centroamericana.

