

REVISTA SALUD REGIONAL, AÑO 1, NÚMERO 1, JULIO-DICIEMBRE 2018, EL SALVADOR

SALUD REGIONAL



CUATRO PILARES
DEL PENSAMIENTO REGIONAL
EN SALUD DEL COMISCA

**REVISTA SALUD REGIONAL, AÑO 1, NÚMERO 1,
JULIO-DICIEMBRE 2018, EL SALVADOR**

CONSEJO EDITORIAL

José Miranda Gómez

Guadalupe López Galdámez

Andrea López Quijano

David Rodríguez Araujo

María de los Ángeles Campos de Murillo

DIRECTOR EDITORIAL

Alejandro Solís Martínez

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Karen Mejía Nolasco

CORRECTOR DE ESTILO

José Miranda Gómez

Guadalupe López Galdámez

María de los Ángeles Campos de Murillo

ÍNDICE DE CONTENIDOS

4

Nota del editor

6

Presentación

8

Gobernanza de
COMISCA en Salud
Regional

9

Cuatro Pilares del
Pensamiento
Regional en Salud

10

I. Seguridad Humana

12

II. Determinación Social
de la Salud

20

III. Gestión del
Conocimiento

27

IV. Bienes Públicos
Regionales Comunitarios

30

Bibliografía

NOTA DEL EDITOR

Después de cuarenta años de la Declaratoria de Alma Ata, donde los líderes mundiales asumieron el compromiso de impulsar la Salud para Todos (SPT) a través de la implementación de la Atención Primaria de Salud (APS), la reflexión es que esta ha sido insuficiente y desigual.

En este contexto, en los últimos años el Sistema de Integración Centroamericana (SICA) y el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) han impulsado distintas iniciativas para responder integrada e integralmente a los problemas del desarrollo, la pobreza y la salud, siendo la **Seguridad Humana** uno de los fundamentos políticos y filosóficos para transformar nuestra región.

Consecuente con este cambio, el COMISCA impulsa la **Determinación Social de la Salud** (DSS) como el marco teórico y metodológico para el estudio de las inequidades y exclusión social en salud con el objetivo de lograr la equidad e inclusión social mediante la profundización de la **intersectorialidad**.

En el proceso de crecimiento y aprendizaje institucional del COMISCA, su Secretaria Ejecutiva acogió la **Gestión del Conocimiento** (GDC) como el modelo administrativo-gerencial regional sustentado en las capacidades organizacionales y en las competencias de su capital humano, así como las del SICA y de los Socios para el Desarrollo orientado a difundir y fortalecer el conocimiento.¹

Paralelo a este esfuerzo el COMISCA y su Secretaria ha generado los **Bienes Públicos Regionales Comunitarios** (BPRC) cuyo fin es poner a disposición de los ciudadanos de la región SICA; los bienes, servicios o recursos que sean producidos y consumidos colectivamente por el sector público. Este conjunto de fundamentos constituye los cuatro pilares del nuevo **Pensamiento Regional de Salud Pública** y que fortalecen la gobernanza de la acción regional en salud.

Esta nueva forma de trabajo regional amplía la mirada sobre la problemática socio-sanitaria y medio-ambiental, propiciando un abordaje multidimensional, la construcción de evidencias y la fundamentación técnica necesaria que contribuyan a la incidencia política a nivel regional y global.²

La primera edición de la Revista **Salud Regional** pretende difundir este nuevo pensamiento y crear una masa crítica para superar las inequidades más allá de las desigualdades tradicionales y la búsqueda del bienestar y la justicia social en la región SICA.



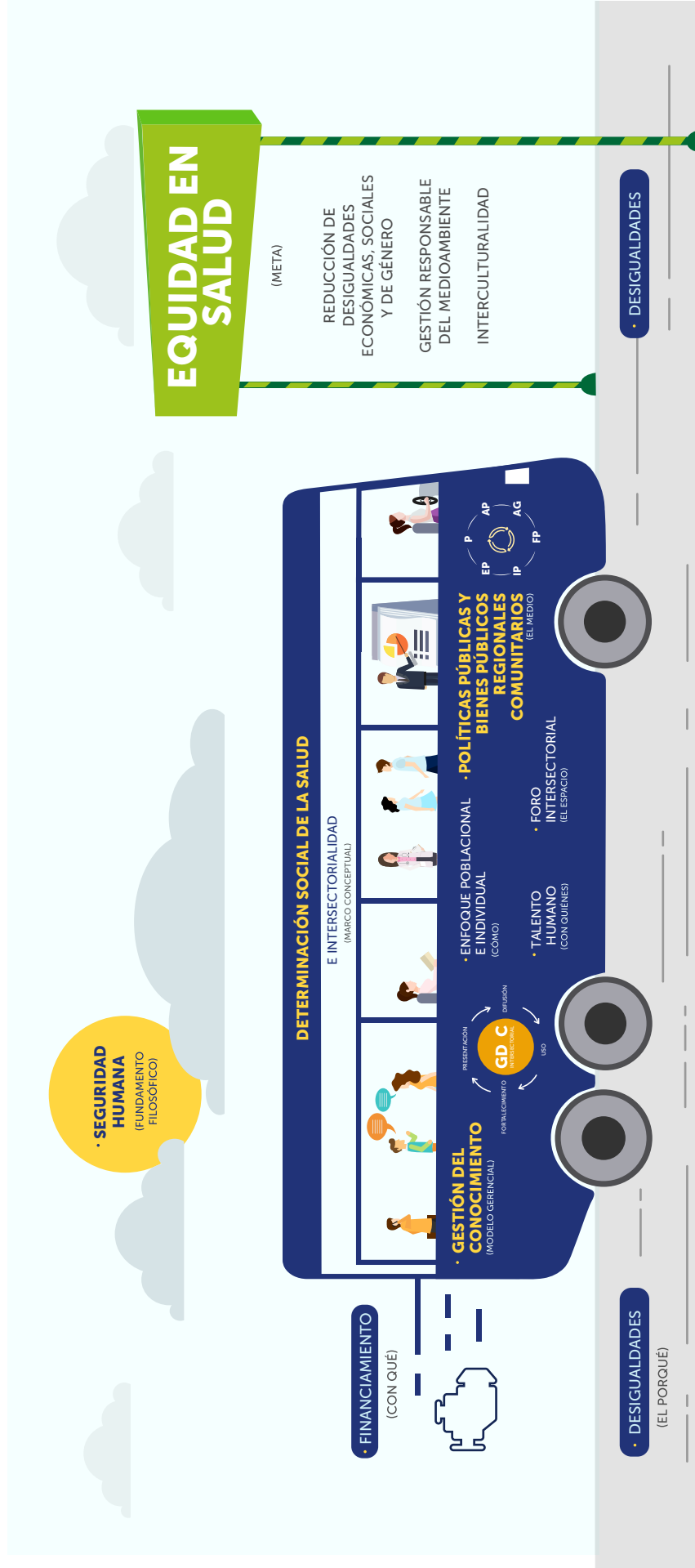
A stylized, handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Alejandro Solís Martínez'.

Dr. Alejandro Solís Martínez
Secretario Ejecutivo
SE-COMISCA

¹ Según Fabián Repetto (2003), citando a Grindle, por capacidad administrativa se entiende "...la habilidad de los Estados para llevar adelante la entrega de bienes y servicios, y por capacidad política la habilidad de los Estados para responder a demandas sociales, permitir la canalización y representación de intereses sociales, incorporando la participación social en la realización de decisiones y en la resolución de conflictos".

² En base a Majone, Giandomenico (1997), *Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas*. México, FCE.

REDEFINIENDO EL CAMINO HACIA LA EQUIDAD DESDE EL NUEVO PENSAMIENTO REGIONAL DE SALUD PÚBLICA DEL COMISCA



*CICLO DE POLÍTICA PÚBLICA: P: Problemática AP: Asunto Público AG: Agenda de Gobierno FP: Formulación de Política IP: Implementación de Política EP: Evaluación de Política

FUENTE: SE-COMISCA, 2018.

Presentación

En esta primera publicación de la Revista “Salud Regional” se plantea el entramado conceptual, metodológico y administrativo que SE-COMISCA ha venido construyendo para posicionar la interpretación del proceso salud-enfermedad a partir de la Determinación Social de la Salud como categoría de análisis en el marco de la Seguridad Humana, la cual ubica a la persona familia y comunidad en el centro del desarrollo económico y social.

El proceso salud-enfermedad de una población visto desde la Determinación Social de la Salud se explica a partir de la interacción de tres componentes: el tipo de vinculación laboral (producción), las condiciones de vida (consumo), así como las normas y valores políticos-socioculturales vigentes desde las cuales se dan procesos reflexivos para la transformación social. De ahí que el carácter del proceso salud-enfermedad sea, necesariamente, histórico-social, colectivo y multidimensional. (INS,2002; López, 2013).

En el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016-2020 se plantea que la naturaleza del proceso salud-enfermedad es social, por cuanto que el mismo es histórico en el sentido de haberse ido construyendo a lo largo del tiempo como producto de decisiones tomadas en el marco de los modelos de desarrollo y políticas públicas impulsadas en los países de la región a lo largo de su configuración como Estados-nación. (COMISCA, 2016: 28)

Por tanto, el modo de vida en que se inserta la reproducción social, material y simbólica específica de cualquier colectivo humano define su propio proceso salud-enfermedad, es decir, su particular perfil de salud, morbilidad y muerte. Es con este marco interpretativo que la SE-COMISCA explica las desigualdades en salud que caracterizan a los países de la región SICA.

Aunque el modelo de desarrollo en algún momento significó beneficios sociales, estos declinaron a causa de la flexibilidad y precariedad laboral, a un consumo generador de mayores amenazas y daños a la salud individual y colectiva, y a un deterioro ecoambiental importante.

Para intervenir sobre las dinámicas socioeconómicas y ambientales, y plantear las intervenciones en salud, se recurre a la articulación de los enfoques poblacional y de alto riesgo de salud pública y de agencia.

De ahí la apuesta para diseñar e implementar la Intersectorialidad desde una perspectiva de políticas públicas, en la cual se plantearán las respuestas a las problemáticas sociosanitarias de la región.

Este panorama exige un ejercicio de rectoría en salud para gestionar una gobernanza regional desde la Determinación Social de la Salud (DSS), cuyo objetivo sea conocer y comprender cómo los cambios o permanencia en el tiempo de esas condiciones de vida materiales y simbólicas han repercutido sobre las conductas reproductivas, de consumo y culturales cotidianas de las personas, familias, grupos, comunidades y sociedades, afectando de manera directa o indirecta el estado de salud individual, grupal o societal, así como la vida ecoambiental.

Como respuesta a esto, el COMISCA a través de su Secretaría Ejecutiva, subsume el enfoque poblacional y el de alto riesgo de la salud pública a la Determinación Social de la Salud y a la acción intersectorial, con la intención de poner a circular los subproductos de conocimiento teórico y empírico emanados del trabajo de su talento humano y otro externo, para el diseño de políticas públicas inclusivas en la región.

La SE-COMISCA plantea su respuesta institucional a través de la Gestión del Conocimiento (GDC) como mecanismo administrativo-gerencial que vincula y dinamiza las capacidades y competencias institucionales propias y regionales para la generación de bienes públicos de alcance regional y goce comunitario para los Estados miembros de la región SICA.

Con ello, busca contribuir a la reducción de desigualdades y exclusiones, la protección ecoambiental y avanzar progresivamente hacia la equidad en la región SICA.

La gobernanza del COMISCA en salud regional

Un requerimiento regional marcado por las exclusiones, los esfuerzos de integración, y el reto por la seguridad humana

Para COMISCA, la gobernanza regional es un proceso que permite gestionar las respuestas a la realidad socioeconómica, sociocultural y ecoambiental, a partir de generar procesos de conocimiento sanitario y poblacional. Se sirve, para ello, de marcos de referencia teórico-políticos como la Determinación Social de la Salud, la Gestión del Conocimiento, la Intersectorialidad, la Seguridad Humana y las Políticas Públicas.

En el bregar frente a esa realidad regional se parte de la consideración que otros actores, necesariamente involucrados, actúan bajo otras racionalidades e intereses, y que son capaces de movilizar recursos tangibles y no tangibles a favor o en contra del rol, agenda y accionar regional en salud de COMISCA y su secretaría ejecutiva. Ésta, plantea las áreas de trabajo táctico de la SE-COMISCA orientado hacia lo regional, articulando cuatro áreas interdependientes. Ver gráfico 1.

Gráfico 1. Las áreas del trabajo táctico de SE-COMISCA.



Fuente: SE-COMISCA 2018 en base a Hellriegel Don, Susan Jackson y John Slocum Jr., (2005), Administración. Un enfoque basado en competencias. México, Thompson, pp. 14-25.



Cuatro Pilares del Pensamiento Regional en Salud *en Centroamérica y República Dominicana*

A continuación, se presentan los cuatro pilares que definen el pensamiento regional en salud. Esta construcción está dirigida a facilitar la comprensión global y sistémica de los contenidos que dan sustento al trabajo de la SE-COMISCA como institución ejecutora de las decisiones del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana.



I. Seguridad Humana

Persona, familias y comunidades como centro del desarrollo regional del SICA

Desde la perspectiva de la **Seguridad Humana**³ (PNUD, 1994: 4), el bienestar de salud de la persona y las poblaciones de la región SICA plantea garantizar la satisfacción de necesidades básicas y el afrontamiento de los problemas ligados a la pobreza y al desarrollo, a partir de “una situación en la que las personas están libres de todo tipo de amenazas a la integridad humana, de forma que pueda garantizar el desarrollo humano, la vida y la dignidad.” (Mendia y Pérez, 2013: 11).

Los Estados miembros de la región del SICA comparten la postura y aspiración para que la condición de salud de las personas esté libre de las constantes amenazas del hambre, la enfermedad, el delito y la represión.

Tal condición dependerá de la satisfacción de necesidades básicas y a que se afronten los problemas de salud expresados en índices de pobreza y derivados del modelo de desarrollo imperante en la región: “Las acciones regionales

deberán garantizar que las políticas económicas, sociales y medioambientales pongan a la salud de las personas como eje primordial” (PSCARD, 2015:26).

La exigencia por vivir dignamente, sin temor y sin miseria, remite, a la calidad de las políticas públicas para asegurar libertades, ejercicio de derechos, cumplimiento de deberes, así como facilitar el establecimiento de abordajes multisectoriales en salud, consistentes en coordinación e incluyentes en sus alcances.

En la búsqueda por tener una mejor comprensión de las problemáticas de salud y dinámica poblacional de la región SICA, COMISCA ha planteado avanzar en el relevamiento y la medición de desigualdades, generar alianzas con otros actores subregionales, regionales y extrarregionales con intereses propios y comunes en salud, y fortalecer, a su vez, las estructuras del propio COMISCA.

³ La seguridad significa estar libres de las constantes amenazas del hambre, la enfermedad, el delito y la represión.



II. Determinación Social de la Salud (DSS)

Intersectorialidad para superar las inequidades y brechas en salud

La naturaleza del proceso salud-enfermedad de un colectivo humano está sujeto al modo en que se inserta en el sistema productivo (tipo de trabajo), condiciones de vida (alimento, descanso, abrigo y ocio), y a la adscripción sociocultural que lo caracteriza (normas de género, identificación étnica); todo inserto en un particular e histórico medio ecoambiental⁴.

De ahí que el carácter del proceso salud-enfermedad sea, histórico-social, colectivo y multidimensional. En otros términos "...la historicidad del proceso salud-enfermedad se revela en los cambios que se dan a través del tiempo en el perfil epidemiológico de cada colectivo y que no se explican por los cambios biológicos ocurridos en la población ni por la evolución de la práctica médica." (Laurell 1981: 1)

En este marco, SE-COMISCA como responsable de implementar las decisiones del Consejo⁵, asumen que la explicación del proceso salud-enfermedad pasa por comprender que los procesos de desgaste biológicos y psíquicos de los sujetos ubicados social y geográficamente son sociales, lo cual se hace comprensible en el estudio de lo colectivo. La DSS se refiere a "...la existencia de procesos sociales complejos que modelan y subsumen a los procesos biológicos y psíquicos de las personas, que requieren ser reconstruidos teóricamente en términos de su configuración histórica... de la comprensión de las articulaciones entre estructuras y sujetos sociales con sus capacidades de acción y de sentido, y que se expresan en forma sintética en modos de vida y perfiles de salud de los colectivos humanos." (López, 2013:145)



Fuente: AECID (2010) *Arquitectura de Remesas, Vista aérea de un asentamiento de un residencial localizado en Guatemala. Guatemala.*

En un determinado medioambiente biótico y abiótico, que define oportunidades y restricciones de empoderamiento y acción, se generan procesos tanto de sub y sobreproducción como de sub y sobreconsumo de bienes y servicios, tangibles y no tangibles, con los respectivos productos de desecho y contaminación, o de sostenibilidad y sustentabilidad. Las alteraciones medioambientales como deforestación y contaminaciones generan cambios en las propiedades del suelo, sobrepoblación de vectores y aportaciones al cambio climático.

Es en esta interacción-adaptación (Laurell, s/f) donde se generan tanto las desigualdades sociales como el deterioro medioambiental.

⁴Lo ecológico se refiere al estudio de las relaciones entre los seres vivo y el entorno biótico y abiótico dentro del cual nacen, se reproducen y mueren. El medioambiente indica el sistema conformado por elementos naturales y artificiales interrelacionados, y que pueden ser transformado mediante la acción humana y tecnológica.

⁵Art. 20 del Reglamento COMISCA 01-2017 Organización y funcionamiento del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana y su Secretaría Ejecutiva

Este *continuum* de interacción-adaptación entre individuos y colectivos humanos con su entorno exige ampliar el tradicional enfoque de riesgo individual y grupal, para ubicarse en el plano de las desigualdades sociales, requiriéndose de un abordaje integrado de políticas públicas que combine acciones de trabajo intersectorial, de promoción de la salud, y la configuración de equipos multidisciplinares. (Breilh, 2013; Miranda, 2012; Merhy, 2005; INS, 2002; Castells, 1999; Bourdieu, 1991; Préteceille, 1977; Marx, 1971; Toledo y Gonzáles, s/f).

Ahora bien, para comprender el nivel en que opera la determinación social del proceso salud-enfermedad, es importante distinguirla según sus niveles de extensión y sus grados de profundidad⁶.

El trabajo de SE-COMISCA sobre la determinación social de la salud en la región pasa por identificar y definir los alcances de sus acciones según el nivel de **extensión** de las problemáticas regionales de salud a nivel de individuos y de grupos, comunidades y sociedades y del grado de **profundidad** que explican tal problemática a nivel de casos, de recursos y actores con poder de decisión, y de reglas bajo las cuales operan valores, convenciones, normas sociales, normas de género, tradiciones y concepciones culturales.

Por ello, es importante mejorar no solo el conocimiento sobre los actuales modos y condiciones de vida de las poblaciones, y la conservación del medioambiente, sino también se requiere generar evidencia para la argumentación técnica y la gestión política y administrativa ante las autoridades y las administraciones públicas de los ministerios, secretarías, caja y seguridades

sociales, cooperación internacional, ONG y, fundamentalmente, ante la población -incluida la migrante en tránsito de la región SICA.

Para facilitar el análisis según los niveles de extensión y grados de profundidad se utiliza la matriz de triple entrada que permite diferenciar el nivel político decisorio del nivel implementador de la política pública. Con ello, se logra identificar el tipo de acción requerida o necesaria para los entes regionales, según la problemática de salud en cuestión. A partir del análisis se identifica el tipo y dimensión del reto de trabajo intersectorial y multidisciplinario a plantearse. Ver gráfico 2.

⁶ Término utilizado por Mario Róvere, 1993: 72-74, 85-87.

Gráfico 2. Matriz de análisis de problemáticas socio sanitarias y ecoambientales a partir de la Determinación Social de la Salud.



ACCIÓN INTERSECTORIAL Y MULTIDISCIPLINARIA

Fuente: SE-COMISCA 2018 en base a Jaime Breilh, 2013:15; José Miranda, 2012; Mario Róvere, 1993: 84-89.

*Millones de trabajadores en la región se encuentran ocupados en la economía informal. Una de esas ocupaciones es el trabajo doméstico remunerado y no remunerado, especialmente el de cuidados realizado por mujeres. Este se caracteriza por falta de acceso a los mecanismos de la protección social.

La articulación de los enfoques poblacional de salud pública e individual como contribución al “Bienestar en Todas las Políticas”

Con lo discurrido hasta acá, se plantea el imperativo del enfoque poblacional de salud pública y el de conductas de alto riesgo como estrategia para impulsar el bienestar de las poblaciones de la región SICA desde todas las políticas públicas en el marco de respuesta a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Para ello, COMISCA plantea, desde la Determinación Social de la Salud y la Gestión del Conocimiento, acciones de alcance regional dirigidas a proponer regulaciones y políticas que contribuyan a reducir de manera efectiva las brechas de riesgos e inequidades. Ello requiere de un accionar **socioecológico** responsable tanto para reducir el deterioro y daño a ecosistemas

abiótico y natural como para mejorarlo, a partir de sinergias y un abordaje intersectorial.

De igual manera, es importante emprender acciones para el **empoderamiento** de sociedades, comunidades, grupos, familias e individuos desde una perspectiva de derechos ciudadanos e influir sobre los procesos de determinación social mediante la generación y difusión de información y conocimiento. Finalmente, se requiere la creación de canales de comunicación desde la promoción de la salud para el cambio gradual de actitudes y conductas ciudadanas en torno a las problemáticas sociosanitarias (gestión del conflicto) y la construcción de una opinión pública asertiva y situada.

La intersectorialidad desde una perspectiva de políticas públicas como respuesta al Desarrollo Humano a partir de la Determinación Social de la Salud

La SE-COMISCA propone un abordaje intersectorial sustentado en tres componentes orientados a promover la salud y el bienestar de la población de la región en el marco del Desarrollo Humano Sostenible y la Seguridad Humana. Ver gráfico 3.

Gráfico 3. Tres pasos para el diseño y conducción de la Intersectorialidad.



El primer componente es el análisis contextual de la realidad con enfoque intersectorial parte del análisis histórico del contexto social, económico, demográfico y político que caracteriza el modelo de desarrollo de cada país y su sistema de salud. La medición y posterior análisis de desigualdades sociosanitarias se convierte en una herramienta importante para generar evidencias sobre las diversas problemáticas que estructuran el estado de salud de las poblaciones de la región SICA. Esto permite comprenderlas y vincularlas al fundamento ideológico-político que sustenta los diversos modos de vida.

El segundo componente plantea **asumir los retos intersectoriales**. El mismo se deriva del análisis de la matriz de determinación, la cual permite identificar los nudos críticos de las problemáticas analizadas, los actores involucrados totalmente o por nivel con capacidad o no de influencia que puedan obstaculizar o favorecer el proceso intersectorial, alcance y viabilidad político-administrativa. Ver gráfico 4.

Gráfico 4. Los niveles de negociación política y acción intersectorial.



Fuente: SE-COMISCA 2018 en base a Miranda, José (2012). *Espacios estructurados e interacciones sociales en salud. Las prácticas de salud en los Centros de Salud San Julián Chinautla y San Pedro Ayampuc, 1996-2009*. México, DF. COLMEX.

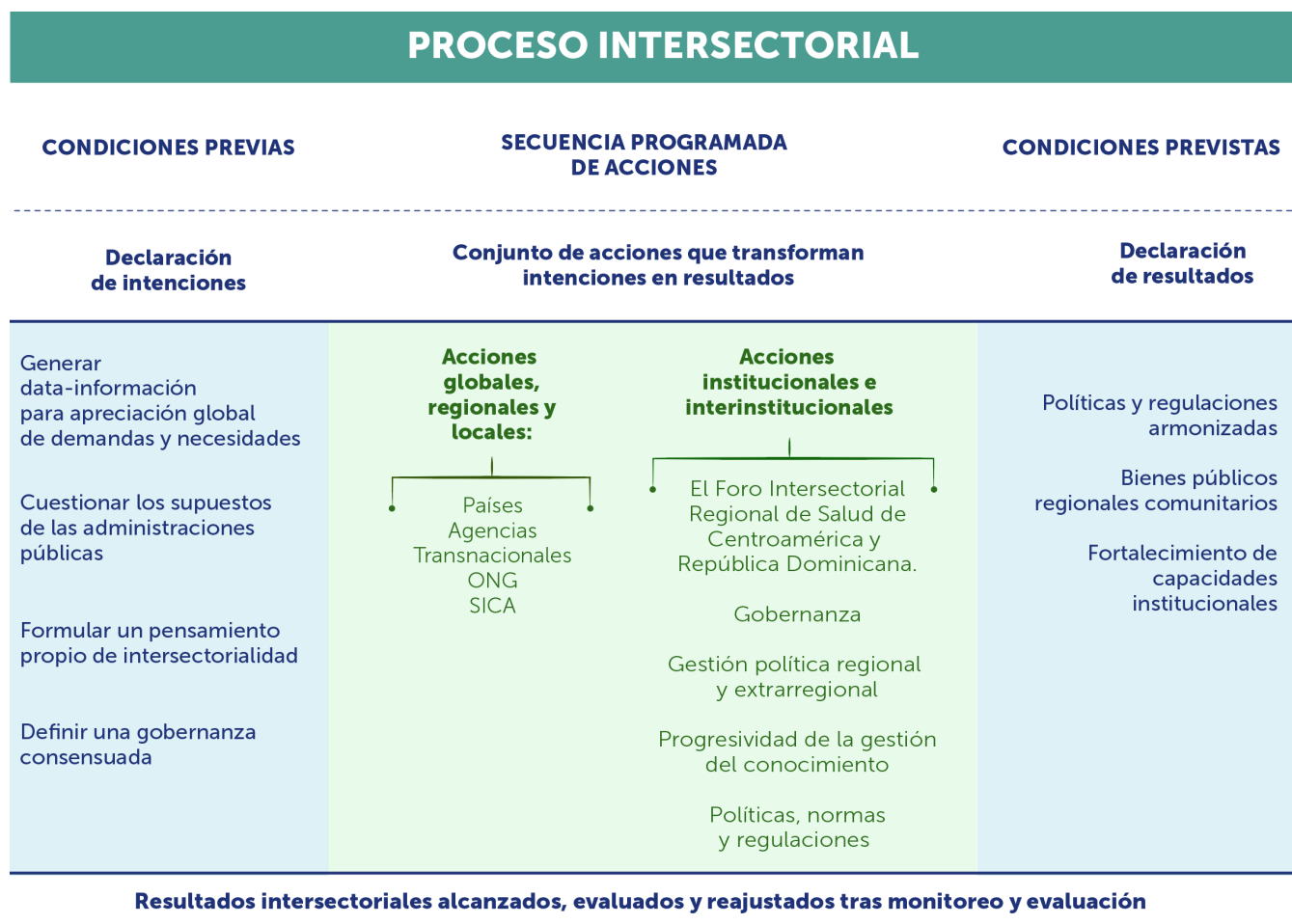
El tercer componente plantea que la **acción intersectorial** prevista se deba formular desde el diseño de la política pública gubernamental, destinada a dar respuesta a los nudos críticos y a las desigualdades. Su importancia radica en aceptar que los resultados en materia de protección social previstos en la acción intersectorial planteada desde un sector, dependerá del progreso alcanzado por la acción y resultados logrados por los otros sectores. (SE-COMISCA 2016:3).

Este planteamiento sobre la intersectorialidad permite:

- ▶ Armonizar las políticas y regulaciones regionales con los objetivos, estrategias, actividades y recursos “de cada sector” desde la formulación de las políticas públicas en la búsqueda de la protección social. De ahí el por qué de la salud en todas las políticas.
- ▶ Acordar una gobernanza de lo intersectorial e institucionalizarla.
- ▶ Dinamizar los espacios de diálogo, negociación y concertación para llegar a acuerdos regionales, tal es el caso del Foro Intersectorial Regional de Salud de Centroamérica y República Dominicana.

Para el COMISCA la acción intersectorial contextualizada, parte de establecer que algunas de las problemáticas regionales comparten cierto grado de similitud en sus explicaciones, afrontado dificultades en su gobernanza y gestión, pero que pese a ello han establecido una aspiración común de bienestar a alcanzar y unas particulares condiciones de vida a las que se aspira para la región. Ver gráfico 5.

Gráfico 5. La Intersectorialidad como proceso sistémico.



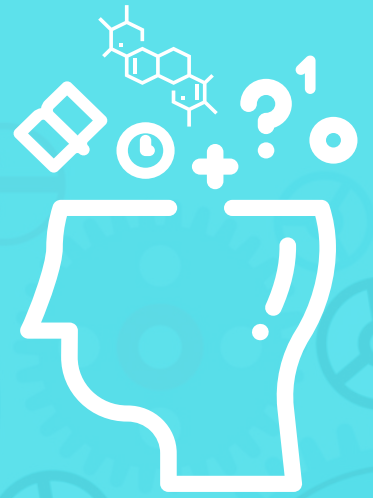
Fuente: SE- COMISCA 2018 modificado a partir de Pressman y Wildavsky, 1988: xv, 206-208; Aguilar, 2003: 44-48.

De ahí que el COMISCA, a través de su Secretaría Ejecutiva, plantea que las decisiones y acciones intersectoriales orientadas a resolver problemáticas, deben estructurarse como una política pública en el marco de la protección social. Es al más alto nivel de la política pública donde la acción intersectorial debe ser formulada. De ahí la importancia de generar y contar con evidencia para una mejor argumentación técnica, la cual pueda ser utilizada como un recurso político para persuadir a las autoridades político-administrativas de la región (gobiernos y ministerios) para actuar sobre los modos, condiciones y estilos de vida de las poblaciones y el medioambiente.

Finalmente, la intersectorialidad planteada al más alto nivel de una política pública requiere de una rectoría o gobernanza regional con capacidades para la negociación política y una administración efectiva.

Por consiguiente, la **Intersectorialidad** requiere conocer lo siguiente:

1. **El comportamiento histórico de los procesos** de determinación del estado de salud de las poblaciones de cada país miembro del SICA para generar una construcción regional.
2. Identificar el **concepto de salud predominante** en los países de la región, a efecto de establecer lo común y lo diferente.
3. Los **efectos e impactos** de ese proceso histórico sobre las condiciones sobre salud y de vida en la región.
4. La situación de la **regionalización** de cada país, que permita comparar la realidad entre países y las brechas a reducir en materia de protección social y salud.
5. La realidad de la **participación social** en cada país y el reto por emprender mejores actividades de promoción de la salud para el empoderamiento social.



III. Gestión del Conocimiento

Compartiendo el valor público del conocimiento sobre la salud en la región SICA

La adopción por el COMISCA de la Gestión del Conocimiento (en adelante GDC) como marco gerencial del trabajo de SE-COMISCA implica la agregación de valor público a todos los productos institucionales, incluidos los declarados bienes públicos regionales, generados como productos de su bregar para dar respuestas a las distintas problemáticas de salud de las poblaciones de la región SICA.

La lógica de la adopción de la GDC es utilizar las capacidades propias de COMISCA y del SICA para generar y transformar la data-información en conocimiento, difundirlo y utilizarlo como valor

agregado institucional para avanzar y profundizar en el conocimiento de la realidad regional, así como para formular e impulsar bienes públicos comunitarios bajo la figura de propuestas regulatorias y políticas con valor público para los ministerios de salud de los países de la región SICA, así como para que otros actores regionales y extrarregionales lo utilicen.

Para ello, se requiere de la estructura necesaria para la captura, tratamiento, análisis y uso de datos-información regionales para crear y difundir un conocimiento cualitativamente superior o diferente. Ver gráfico 6.

Gráfico 6. Del dato al conocimiento.



Fuente: SE-COMISCA 2018 en base a José Miranda (2017), *Trazando el camino para la gestión del conocimiento y la acción en salud*. El Salvador.

Para la SE-COMISCA la Gestión del Conocimiento es un ciclo incremental de procesos concatenados que parte de la construcción de evidencias para contribuir a documentar desigualdades sociosanitarias y la situación ecoambiental regional como procesos históricos situados.

El conocimiento como producto institucional supone una práctica de socialización⁷ que favorece la **presentación** para la transferencia e intercambio de conocimientos entre individuos y/o grupos en espacios de orden académico, técnico-administrativo y político. El objetivo es transferir e intercambiar regional y extrarregionalmente conocimientos sobre la situación sociosanitaria y ecoambiental regional, así como las propuestas regulatorias y de políticas públicas diseñadas para contribuir a la reducción de brechas de desigualdad.

Su externalización⁸ tiene por finalidad **difundir** el conocimiento regional para que sea consultado y utilizado por otros actores. Para ello, la estrategia de comunicación de SE-COMISCA facilita su diseminación electrónica e impresa.

El **uso** directo o complementario que se dé a dicho conocimiento regional busca contribuir tanto a combinaciones⁹ con el de otras fuentes para generar un conocimiento nuevo cualitativamente superior o diferente, como para la revisión temporal de los supuestos

que sustentan las decisiones en salud y medioambiente. Esto supone recontextualizar el conocimiento, complementándolo y ampliándolo progresivamente.

Finalmente, complementando estos procesos, SE-COMISCA espera contribuir a **fortalecer** los acervos personales e institucionales para el trabajo regional al incrementar y profundizar el conocimiento previo. La interiorización¹⁰ del conocimiento por parte del talento humano institucional y regional, habrá de generar un nuevo ciclo de conocimiento socializado, externalizado y combinado que se incorporará como un nuevo acervo cognitivo y pericial en torno a problemáticas regionales. Ver gráfico 7.

Gráfico 7. Conocimiento



Fuente: ICA2a Innovación y tecnología (s/f), España.

⁷ La participación en el "Foro intersectorial regional para la salud de Centroamérica y República Dominicana" así como en talleres, exposiciones, seminarios, etc., permite compartir experiencias personales o grupales de conocimiento teórico, conceptual y/o metodológico. En los cuadros 5 y 6 se presenta como equivalente a "Socializa" y "Presentación", respectivamente.

⁸ Son los acervos en formato digital o impreso de datos, información y/o conocimiento recogidos en libros, informes, trifolios, cd, videos, web, etc., que ofrece la organización para consulta, captura y sistematización. En los cuadros 5 y 6 se presenta como equivalente a "Externaliza" y "Difusión", respectivamente.

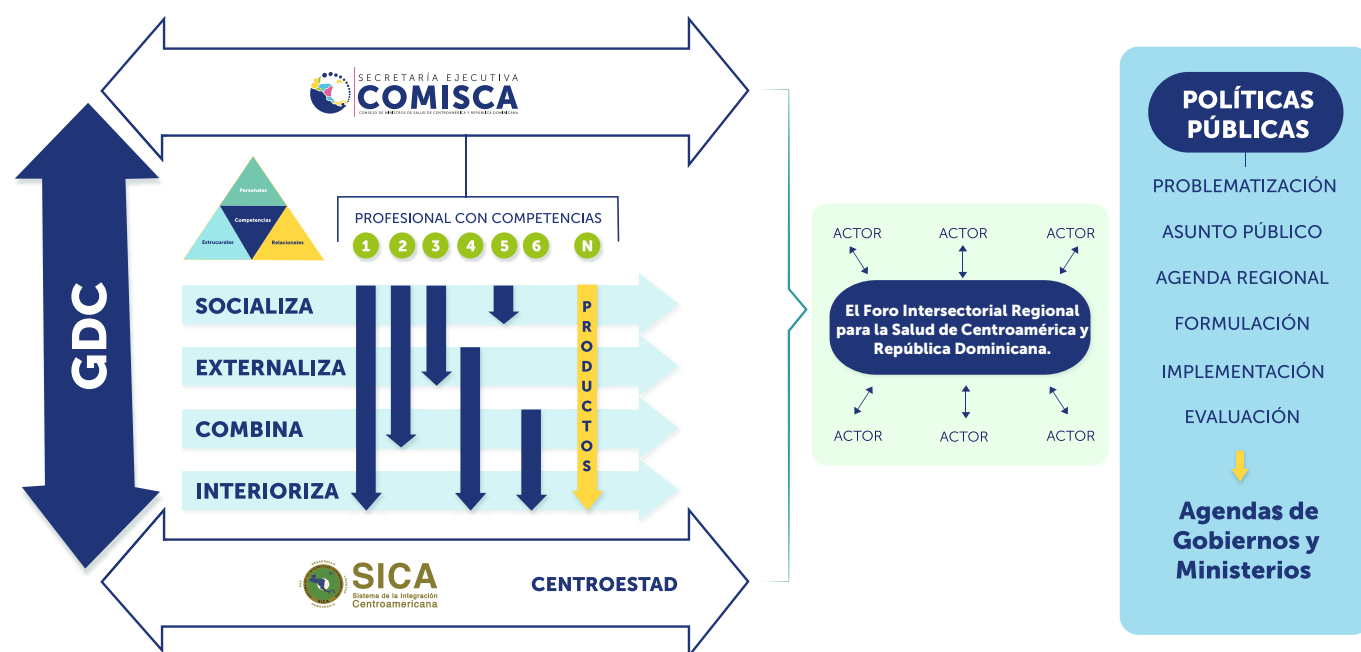
⁹ Los resultados de nuevas investigaciones, la actualización de bases de datos, los resultados de aplicar nuevas metodologías, el diseño de estudios novedosos, distintas formas organizativas de trabajo, nuevas leyes, reglamentos o lineamientos de políticas públicas son objeto de apropiación y (re)contextualización por parte de individuos y grupos. Para la organización, estos productos contribuyen a incrementar sus acervos y capacidades comparativas y competitivas. En los cuadros 5 y 6 se presenta como equivalente a "Combina" y "Uso", respectivamente.

¹⁰ Es el nuevo conocimiento que el individuo o grupo agrega a sus acervos, bajo la forma de experiencias de aprendizaje social, y que les permite adoptar nuevas formas de comprender e interpretar una problemática. Para la organización es el incremento de sus acervos y su aprendizaje interinstitucional. En los cuadros 5 y 6 se presenta como equivalente a "Interioriza" y "Fortalecimiento", respectivamente.

En esta línea, en la Gestión del Conocimiento regional se parte de la combinación de diferentes capas de datos, utilizando diversas Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) para impulsar flujos de ideas, datos, información y conocimiento, facilitando la apertura de espacios físicos y virtuales interinstitucionales y sociales para el intercambio de datos-información y conocimientos (v. gr. Foro Intersectorial Regional para la Salud de Centroamérica y República Dominicana), orientados a beneficiar a las poblaciones y a enriquecer el trabajo de otras organizaciones de salud, incluidos los órganos del SICA (ICA2b, 2014: 25-26; CHRD, 1990: 14-20; Garcia de Lima, 2008: 339-340).

A continuación, se plantea la forma en que se armoniza la gestión del conocimiento y las competencias del talento humano de COMISCA para la generación, difusión y uso de datos, información y conocimiento, para dinamizar la acción intersectorial y contribuir a la generación de bienes públicos regionales comunitarios bajo la figura de formulación de regulaciones regionales y de políticas públicas. Ver gráfico 8.

Gráfico 8. Armonización de las estructuras y procesos de SE-COMISCA a partir de la Gestión del Conocimiento.

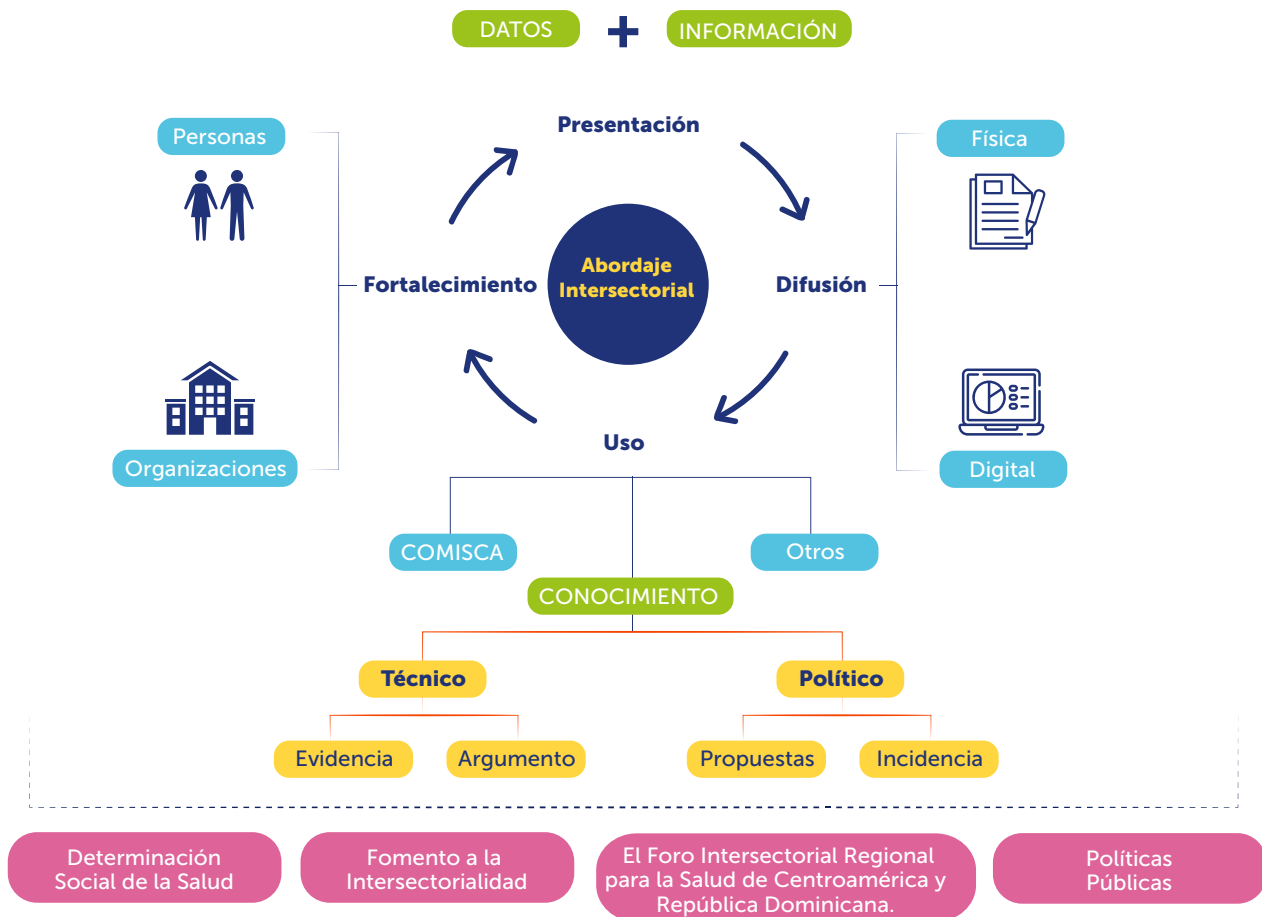


Fuente: SE-COMISCA 2018 en base a José Miranda (2017), *Trazando el camino para la gestión del conocimiento y la acción en salud*. El Salvador.

La dinamización de procesos y estructuras bajo la lógica de la GDC es el producto de la combinación de capacidades institucionales y competencias del talento humano institucional. Esto permite consolidar el trabajo en equipo y el liderazgo requerido para la generación de valor público, tanto en la formulación de propuestas políticas y técnicas en diferentes ámbitos de salud para la región sustentada en evidencia, como en el respaldo técnico de las respuestas institucionales a las demandas de salud y medioambientales de la región.

El conocimiento tiene dos usos concretos. Uno, de carácter técnico, útil para generar evidencia y construir argumentos técnicos y, el otro, de carácter político, por cuanto que se utiliza como recurso para fundamentar la construcción de propuestas de acción con diferentes actores políticos y sociales que interaccionan alrededor de la salud regional. Ver gráfico 9.

Gráfico 9. Gestión del conocimiento para el fomento de la intersectorialidad



Fuente: SE-COMISCA, 2017.

Desde esta perspectiva, el COMISCA en su rol rector regional de Salud, articula el trabajo temático y especializado en cada instancia operativa regional¹¹ con el objetivo de difundir el conocimiento y fortalecer las Instituciones de Salud según se requiera, para dar respuesta a los procesos y condiciones de la Determinación Social de la Salud, siendo el Foro Intersectorial Regional para la Salud de Centroamérica y República Dominicana el espacio de análisis de las propuestas técnicas para la toma de decisión.

¹¹Constituido por el Comité Técnico, Comisiones Técnicas Regionales (CTR), Grupos Técnicos Especializados (GTE), Redes y Mecanismos Regionales.

El Foro Intersectorial Regional para la Salud de Centroamérica y República Dominicana

Un espacio estratégico del COMISCA para generar propuestas para la toma de decisiones.

La reducción de las inequidades y desigualdades en salud y protección social en la región SICA, requiere de acciones integrales, integradas, a multinivel, sistemáticas, y sujetas a monitoreo y evaluación constante. El Foro Intersectorial Regional para la Salud de Centroamérica y República Dominicana se constituye en el espacio político y técnico donde se generan bienes públicos de alcance regional y disfrute comunitario. Producto de la coordinación entre la SE-COMISCA y las Presidencias Pro Témpore, el Foro Intersectorial para la Salud, provee y asegura tres aspectos fundamentales:

1. El planteamiento, orientación e impulso de decisiones sobre la acción intersectorial se hace desde la perspectiva de políticas públicas de salud y de desarrollo regionales.
2. Se constituye en un espacio técnico para el posicionamiento y debate de iniciativas de interés regional enmarcadas en la Determinación Social de la Salud para la posterior toma de decisiones políticas.
3. Contribuye a los mecanismos de Protección Social, por cuanto que se orienta a la mejora del bienestar de las poblaciones de la región SICA.

La rectoría de COMISCA a través del espacio del Foro busca alcanzar tres metas:

1. Contribuir a mejorar las condiciones de salud y de vida de las poblaciones regionales, a partir de la determinación social de la salud como metodología de análisis y la gestión del conocimiento como su modelo gerencial.

2. Trabajar porque la acción intersectorial se constituya, progresivamente, en una cultura organizacional que contribuyan a la reducción de las desigualdades e inequidades en salud.

3. Incrementar capacidades de propuesta y de respuesta en la generación de bienes públicos comunitarios con valor público agregado.

Para ello, el Foro Regional Intersectorial plantea e implementa cuatro procesos:

1. Rectoría efectiva para asegurar el desempeño del Foro.
2. Generar o asegurar recursos novedosos y asertivos: i) capital humano con una visión regional, ii) infraestructura física y virtual dinamizada para contribuir a los objetivos del Foro, y iii) conocimiento novedoso y útil sobre las desigualdades e inequidades para la acción intersectorial.
3. Asegurar los flujos de conocimiento para la inclusión de otros actores regionales y extrarregionales en el Foro.
4. Contribuir de manera directa y/o indirecta a que los ministerios de salud constitutivos del COMISCA fortalezcan sus propios sistemas y aseguren su sostenibilidad.

Los resultados de los dos Foros realizados a la fecha han permitido la definición de cinco prioridades regionales. Ver gráfico 9.

Las prioridades del Foro Intersectorial Regional para la Salud de Centroamérica y República Dominicana

En la construcción del bienestar comunitario de salud regional de la región SICA, el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) ha ido reconfigurando de manera progresiva el contenido y alcance de su quehacer regional a través de su Secretaría Ejecutiva (SE-COMISCA). En la gestión de las problemáticas regionales de salud, COMISCA ha constituido el “Foro Intersectorial Regional para la Salud de Centroamérica y República Dominicana”, una instancia regional de carácter técnico-operativa habilitada para el análisis y propuesta fundamentadas en la Política Regional de Salud del SICA y el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016-2020 (PSCARD). Los productos del **foro** son resultado de aportes y esfuerzos hechos por la estructura operativa del COMISCA (Comisiones Técnicas, Grupos Especializados, Redes y Mecanismo), las Presidencias Pro Témpore, la Secretaría Ejecutiva, y por otros sectores. Producto de este esfuerzo, son las cinco **problemáticas** de salud **priorizadas** para la región en los foros realizados en Panamá (2017) y República Dominicana (2018): Ver gráfico 10.

Gráfico 10. Líneas estratégicas del Foro Intersectorial Regional para la Salud de Centroamérica y República Dominicana



Fuente: COMISCA, 2017; COMISCA, 2018.

La gestión de cada prioridad-problemática se realiza desde la perspectiva de la Determinación Social de la Salud, lo cual permite conocer cómo se han configurado y operan los distintos procesos y condiciones contextualizadas de determinación económica, social y cultural. Al considerar el carácter histórico, social y ecoambiental de cada problemática situada territorialmente, se debe hacer un análisis exhaustivo para que las intervenciones que se realicen a nivel regional complementen y apoyen a los Estados miembros del SICA. Concomitantemente, se demandan respuestas intersectoriales, multidisciplinarias y a multinivel, en el marco de las políticas públicas orientadas al bien común regional.



IV. Bienes Públicos Regionales Comunitarios

Aportes institucionales para la generación de valor público en las Políticas Públicas regionales

Recientemente se ha reacuñado el término de Bien Público por diversos actores, tales como Bienes Públicos Globales (Kaul, 1999) o Bienes Públicos Regionales¹² (BID, 2012). Los mismos guardan diferentes matices y alcances en su definición, aunque todos aluden a respuestas a las fallas del mercado que agudizaron las brechas de bienestar entre y dentro de los países como resultado de la globalización en las últimas décadas (BID, 2012; Mas-Colell, Whinston y Green, 1995). Ante ello, se ha planteado la creación de bloques comerciales regionales de cooperación para realizar acciones coordinadas en distintas áreas de política pública (Ferroni y Mody, 2004).

En el trasfondo de estas declaraciones están tanto las preocupaciones por problemáticas que traspasan y afectan a todos los países, y a las personas indistintamente de donde vivan.

Entre las problemáticas están las migraciones, el terrorismo, la seguridad pública, la corrupción, el deterioro medioambiental, mejorar la calidad de vida, etc. Estas nuevas problemáticas globales, demandan respuestas igualmente globales, en donde la inalienabilidad es la condición de ciertos bienes y servicios que no deben participar en el mercado, por cuanto "...representan una riqueza invaluable" por sus externalidades (Helfrich, 2008:32).

En el marco de los mandatos de la institucionalidad del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (SE-COMISCA) plantea la generación de bienes públicos intergubernamentales de alcance regional y goce comunitario.

La generación y suministro de estos Bienes Públicos Regionales Comunitarios (BPRC), parte de reconocer dos cuestiones. Una, que son los Estados los garantes de derechos de la ciudadanía y, la otra, que son productos del poder de la política para establecer normativamente objetivos públicos. Así, cada Estado se constituye como el garante de los derechos y responsabilidades de sus ciudadanos y el conductor del desarrollo nacional. A nivel de la región, el SICA se convierte en el garante del goce de derechos y obligaciones de orden regional.

Bajo estos supuestos, los Estados miembros que se integran en la plataforma político-económica del SICA generan, además de lo propio en cada país, procesos político-técnicos con valor público a través de sus órganos regionales (v. gr. COMISCA). Estos procesos serán considerados como BPRC de carácter regional, y su disfrute se verá reflejado directamente en la mejora de la efectividad de las administraciones y la eficiencia de las finanzas de los gobiernos e indirectamente en el acceso y cobertura de las y los ciudadanos de las poblaciones de la región.

Por cuanto se generan en el seno de una entidad intergubernamental-regional, y cuyo disfrute y utilización correspondiente de ese BPRC será tanto general para los ciudadanos habitantes de cada uno de los países miembros del SICA, como para las mismas administraciones públicas, estos tienen alcance poblacional regional y carácter intergubernamental y comunitario.

La propiedad de estos BPRC económicos y sociales serán intergubernamentales y su usufructo comunitario.

¹² Definición del BID (2012) "La creación de un bien público regional es un tipo de solución del ámbito transnacional para aquellas fallas de mercado...y responden a asuntos que, si bien surgen en el ámbito nacional, son compartidos por varios países".

Los BPRC observan tres principios inherentes a su uso: **i)** son indivisibles por cuanto que los beneficios de usufructo son producidos para el goce de todos los miembros de una sociedad o en casos particulares para grupos específicos, **ii)** no tienen rivales en su consumo, y **iii)** sus beneficios no serán excluyentes. De ello se desprende que cualquier BPRC debe cumplir con ciertos criterios para ser declarado como tal:

- Ser garantizados en su sostenibilidad por los Estados miembros del SICA
- Ser disfrutados de manera colectiva por la población regional
- Ser complementarios con otros similares regionales y/o nacionales
- Ser materiales o inmateriales (simbólicos)
- Ser de goce de, al menos, dos países de la región

Bajo esos criterios, SE-COMISCA plantea que un Bien Público Regional Comunitario es aquel bien, servicio o recurso final o intermedio que sirva de insumo, producido como resultado de un esfuerzo de uno, varios o todos los Estados de la región, con valor positivo, cuantificable o simbólico, específico, accesible y disponible para uso y disfrute común de los habitantes de toda la región, de una zona geográfica particular o por un grupo de población que comparta o no identidad o cultural.

V. Bibliografía

Asa Cristina Laurell, La Salud-Enfermedad como proceso social. Cuadernos Médico Sociales N° 19, enero (1982), pp. 1-11.

Asa Cristina Laurell, La salud enfermedad como proceso social, en Revista Latinoamericana de Salud, 1981, 2(1): 7-25.

Banco Mundial. (s.fb.). Banco Mundial. Recuperado el 2015, de <http://datos.bancomundial.org/indicador>

Banco Interamericano de Desarrollo.(2012) Marco lógico del Proyecto Promoción de la Administración del Agua como BPR en la Cuenca Alta del Río Lempa en la Región del Trifinio-RG-T1157.

Bourdieu Pierre (1991), El sentido práctico, Madrid, Taurus. Préteceille, 1977;

Breilh J, La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(supl 1): S13-S27.

Carolina Morales-Borrero, Elis Borde, Juan C. Eslava-Castañeda y Sonia C. Concha-Sánchez, ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas, Rev. salud pública. 15 (6): 797-808, 2013.

Castells Manuel (1999), Globalización, identidad y Estado en América Latina. Chile. PNUD.

COMISCA (2018), II Foro Intersectorial Regional para la Salud de Centroamérica y República Dominicana (2018). República Dominicana.

COMISCA (2017), I Foro Intersectorial Regional para la Salud de Centroamérica y República Dominicana (2017). Panamá.

COMISCA (2016), Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016-2020. El Salvador.

COMISCA (2016), Intersectorialidad para superar las inequidades y brechas en salud. El Salvador.

COMISCA (2012), Análisis de Situación de Salud Regional. El Salvador.

Commission on Health Research for Development (1990), Health research. Essential link to Equity in Development. USA. Oxford University Press.

Estado de la Región (ERCA). Estadísticas de Centroamérica 2014. Costa Rica: Programa Estado de la Nación 2014.

Ferroni Marco, Ashoka Mody (2004), Bienes públicos internacionales. Incentivos, medición y financiamiento. Washington. Banco mundial en coedición con el Banco Interamericano.

Garcia de Lima Regina Aparecida, ¿Por qué investigación en salud?, en Rev Latino-am Enfermagem 2008 maio-junho; 16(3):339-40. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/es_01.pdf , última revisión, septiembre de 2015.

Helfrich Silke (Comp.) (2008), Genes, bytes y emisiones: bienes comunes y ciudadanía. Ediciones Böll, México, pp. 32.

Hellriegel Don, Susan Jackson, John Slocum Jr., (2005), Administración. Un enfoque basado en competencias. México, Thompson.

ICA2a (s/f), Innovación y tecnología, España.

ICA2b (s/f), Curso de gestión del conocimiento. Módulo 3. Estrategias para la gestión del conocimiento. España.

INCAP/CIIPEC (2012), Informe Regional Inventario en ECNT 2012. Guatemala.

Instancia Nacional de Salud (2002), Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente. Bases y lineamientos. Guatemala. Magna Terra editores.

Kaul, I, Grunberg I., Stern, M.A (1999). Bienes públicos mundiales. La cooperación internacional en el siglo XXI. New York. Oxford University Press.

López Arellano Oliva (2013), “Determinación social de la salud: desafíos y agendas posibles” en Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 49, p. 144-150, outubro 2013. XII Congreso ALAMES.

Majone Giandomenico (1997), Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas. México, FCE.

Marx Carlos (1971), El método en la economía política, México DF, Grijalbo.

Mas-Colell Andreu, Michael Whinston, Jerry Green (1995), Teoría microeconómica. New York. Oxford University Press.

Mendoza Montano Carlos (s/f), Esfuerzos a nivel regional y a nivel nacional para la prevención y control de las ENT en Centroamérica y República Dominicana. INCAP.

Mehry Emerson E (2006), Salud: Cartografía del trabajo vivo, Sao Pablo, Lugar Editorial.

Miranda José (2018), Los Bienes Públicos Regionales Comunitarios desde la perspectiva de la generación de valor público. El Salvador.

Miranda José (2012). Espacios estructurados e interacciones sociales en salud. Las prácticas de salud en los Centros de Salud San Julián Chinautla y San Pedro Ayampuc, Guatemala, 1996-2009. México, DF. COLMEX.

Préteceille, Edmon (1977), “Necesidades sociales y socialización del consumo”, en J P Terrail et al., Necesidades y consumo en la sociedad capitalista actual, México, Grijalbo, pp. 18-45.

PNUD (1994), Informe sobre Desarrollo Humano 1994. México, FCE.

Repetto Fabián (2004). Capacidad Estatal: requisito para el mejoramiento de la Política Social en América Latina. Estados Unidos. BID.

Róvere Mario (1993 [2006]), Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Washington DC, OMS/OPS.

SE-COMISCA (2017), Trazando el camino para la Gestión del Conocimiento y la acción en salud. El Salvador, pp. 7-10.

SE-COMISCA (2016) Intersectorialidad para superar las inequidades y brechas en salud. El Salvador.

SE-COMISCA, (2014). Política Regional de Salud del SICA 2015-2022. El Salvador.

Toledo Víctor M, Manuel Gonzáles de Molina (s/f), El metabolismo social: las relaciones entre la sociedad y la naturaleza, en <https://transecos.files.wordpress.com/2014/04/metabolismo-social-las-relaciones-entre-sociedad-y-naturaleza.pdf> , última revisión, 23 de septiembre de 2015.

Solidaridad entre los pueblos para la integración regional en salud

 www.sica.int/comisca  info.comisca@sica.int  (503) 2248 6901

 @SECOMISCA  Se-Comisca SICA  Secretaría Ejecutiva del COMISCA