



OPS



SECRETARÍA EJECUTIVA
COMISCA
CONSEJO DE MINISTROS DE SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA



SICA
Sistema de la Integración
Centroamericana



Estrategia de **COOPERACIÓN EN SALUD**

para Centroamérica y República Dominicana
2019 - 2025





OPS



SECRETARÍA EJECUTIVA
COMISCA
CONSEJO DE MINISTROS DE SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA



SICA
Sistema de la Integración
Centroamericana

Estrategia de **COOPERACIÓN** **EN SALUD**

para Centroamérica y República Dominicana
2019 - 2025

Aprobada en la L Reunión de COMISCA, Resolución COMISCA 09-2019,
Antigua Guatemala, Guatemala, 12 de junio 2019.

ÍNDICE

SIGLAS.....	6
TERMINOLOGÍA RELEVANTE.....	8
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO 2. SITUACIÓN DE SALUD Y DESARROLLO.....	15
2. Análisis del contexto político, social y económico en Centroamérica y República Dominicana.....	15
2.1. Contexto político.....	15
2.2. Contexto social.....	16
2.2.1. Migración.....	17
2.3. Crecimiento Económico.....	18
2.3.1. Género y empleo.....	18
2.3.2. Remesas.....	19
2.4. Medio Ambiente.....	20
2.4.1. Análisis de situación de salud en Centroamérica y República Dominicana.....	23
2.5. Salud en el curso de vida.....	22
2.5.1. Fecundidad y salud materna.....	23
2.5.2. Mortalidad neonatal, infantil y malnutrición.....	24
2.5.3. Adolescencia en CA y RD.....	25
2.5.4. Adulto mayor.....	25
2.6. Mortalidad y morbilidad en Centroamérica y República Dominicana.....	27
2.6.1. Enfermedad Renal Crónica de causas No Tradicionales (ERCnT).....	30
2.6.2. Enfermedades Transmisibles.....	30
2.6.3. Malaria, Tuberculosis y VIH.....	31
2.6.4. Reducir los riesgos y la carga de las enfermedades transmisibles.....	33
2.6.5. Salud Mental.....	34
2.6.6. Violencia y accidentes de tránsito.....	35
2.7. Ambiente, Salud y Cambio Climático.....	35
2.7.1. Salud Ambiental.....	35
2.7.2. Contexto Centroamericano de adaptación sostenible e incluyente ante el Cambio Climático.....	37
2.7.3. Agua, saneamiento y necesidades básicas.....	41
2.7.4. Contaminación del aire.....	41
2.7.5. Vulnerabilidad y gestión de riesgos a desastres.....	41
2.8. Respuesta de los Sistemas Nacionales de Salud en Centroamérica y República Dominicana.....	43
2.8.1. Aspectos generales.....	44
2.8.2. Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades.....	44

2.8.3. Fortalecer la rectoría y la gobernanza.....	46
2.8.4. Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios.....	47
2.9. Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar la determinación social y los determinantes de la salud.....	49
3. Alianzas para el Desarrollo.....	50
3.1. Sistema de la Integración Centroamericana (SICA).....	50
3.1.1. Relanzamiento de la Integración Centroamericana.....	51
3.1.2. Subsistema de la Integración Social.....	52
3.1.2.1. Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA).....	53
3.1.3. Subsistema Ambiental.....	53
3.1.3.1. Consejo de Ministros de la Comisión Centroamericana de Ambiente y Desarrollo (CCAD).....	54
3.1.4. Subsistema de la Integración Económica Centroamericana.....	54
3.1.4.1. Consejo de Ministros de Integración Económica (COMIECO).....	55
3.2. Colaboración con el Proyecto Integración y Desarrollo de Mesoamérica.....	56
3.3. Colaboración con el Sistema de las Naciones Unidas.....	56
3.4. Otros Socios Estratégicos.....	58
4. Examen de la cooperación de la OPS/OMS en el marco de la Estrategia de Cooperación en Salud para Centroamérica y República Dominicana precedente.....	58
CAPÍTULO 3. DEFINICIÓN DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE COOPERACIÓN DEL PROGRAMA SUBREGIONAL PARA CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA DE LA OPS/OMS.....	61
3.1. Metodología para el desarrollo de la consulta con actores claves.....	63
3.2. Consolidación de objetivos y ámbitos de actuación pertinentes a las funciones básicas de la Organización.....	66
CAPÍTULO 4. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO: REPERCUSIONES PARA LA SECRETARÍA DE OPS.....	79
CAPÍTULO 5. SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DE LA ECS.....	83
5.1. Participación en el seguimiento y evaluación de la ECS.....	83
5.2. Calendario.....	83
5.3. Metodología de evaluación.....	83
5.4. Seguimiento periódico.....	83
5.5. Evaluación de mitad de ciclo.....	84
5.6. Evaluación final.....	84
ANEXOS.....	86
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y SITIOS WEB.....	90

SIGLAS

SIGLA	NOMBRE COMPLETO
CA	Centroamérica
CA y RD	Centroamérica y República Dominicana
CAM	Programa Subregional para Centroamérica
CAMCAYCA	Confederación de Asociaciones de Municipalidades de Centroamérica y el Caribe
CEDIM	Centro de Estudios e Investigación Maya
CEPREDENAC	Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en América Central
CEIP	Comité Ejecutivo para la Implementación del Plan de Salud
CIES	Centro de Investigación y Estudios de Salud
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
COMIECO	Consejo de Ministros de Integración Económica Centroamericana
CCAD	Coordinación Centroamericana de Ambiente y Desarrollo
CSUCA	Consejo Superior Universitario Centroamericano
CT	Comisión Técnica
CTCC	Comisión Técnica de Enfermedades Crónicas y Cáncer
CTGS	Comisión Técnica de Género y Salud
CTEGERS	Comisión Técnica de Gestión de Riesgos en Salud
CTIS	Comisión Técnica de Investigación para la Salud
COTEVISI	Comisión Técnica de Vigilancia para la Salud y Sistemas de Información
CTRM	Comisión Técnica Regional de Medicamentos
ECS	Estrategia de Cooperación en Salud
ENT	Enfermedades No Transmisibles
ERCA	Estado de la Región de Centroamérica
FIRS	Foro Intersectorial Regional para la Salud de Centroamérica y República Dominicana
GTEN	Grupo Técnico de Entomología
GTFV	Grupo Técnico de Farmacovigilancia
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
REDCAM	Red Centroamericana de Autoridades Reguladoras de Medicamentos y otras Tecnologías Sanitarias
REDCEC	Red Centroamericana de Epidemiología de Campo
REDCOM	Red Regional de Comunicadores en Salud

REDLAB	Red Regional de Laboratorios de Referencia de Centroamérica y República Dominicana
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RD	República Dominicana
SE-COMISCA	Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
SE-CECC	Secretaría General de la Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana
CSUCA	Secretaría General del Consejo Superior Universitario Centroamericano
SICA	Sistema de la Integración Centroamericana
SIECA	Secretaría de Integración Económica Centroamericana
SISCA	Secretaría de la Integración Social Centroamericana
SNU	Sistema de Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la infancia

TERMINOLOGÍA RELEVANTE

ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD: implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura, que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad. [<https://www.paho.org/>].

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL: tiene como objetivo asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos. Para que una comunidad o un país pueda alcanzar la cobertura sanitaria universal se han de cumplir varios requisitos, a saber: un sistema de salud sólido; un sistema de financiación de los servicios de salud; acceso a medicamentos y tecnologías esenciales; personal sanitario bien capacitado. [<https://sites.paho.org/universalhealth>]

CONSEJO DE MINISTROS DE SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA: Órgano del SICA integrado por los Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana a quienes les compete analizar y decidir sobre los ámbitos relacionados con el sector salud regional en el marco de la integración centroamericana.

Posee su fundamento jurídico en el Protocolo de Tegucigalpa, suscrito el 13 de diciembre de 1991 y el Reglamento COMISCA 01-2017. Reglamento de Organización y Funcionamiento del COMISCA y su Secretaría Ejecutiva.

DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD: enfoque que asume que la explicación del proceso salud-enfermedad de un colectivo humano está sujeto al modo en que se inserta en el sistema productivo, condiciones de vida y a la adscripción sociocultural que lo caracteriza; todo inserto en un particular e histórico medio eco ambiental. 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" [SE-COMISCA, Revista Salud Regional, 2018]

DETERMINANTES DE LA SALUD: los determinantes de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, el entorno y su interrelación con el ambiente. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales: a) mejorar las condiciones de vida cotidianas; b) luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; c) medición y análisis del problema. [<https://www.who.int>]

GOBERNANZA DE LOS SERVICIOS DE SALUD: la gobernanza para alcanzar redes integradas de servicios de salud, con un modelo de atención centrado en las personas y las comunidades, requiere de cambios en la regulación de diferentes relaciones o procesos: valores y concepciones de los actores involucrados en la red de servicios de salud; regulaciones sobre las interacciones entre actores involucrados en la organización, gestión y atención de los servicios de salud; regulación de la relación entre los servicios y la población; regulaciones intersectoriales, entre los servicios y otros sectores sociales. [<https://www.paho.org/>]

GOBERNANZA PARA LA SALUD UNIVERSAL: el concepto de gobernanza ha ido evolucionando desde una perspectiva centrada en atributos institucionales hacia una perspectiva que aborda la transformación de los mecanismos institucionales de regulación de actores y recursos críticos del sector de la salud. Este abordaje permite interpretar aquellas transformaciones de los sistemas de salud que, con el objetivo de alcanzar mejoras en las condiciones de acceso a la salud y de cobertura de salud, requieren cambios relevantes de la trama institucional del sector salud. [<https://www.paho.org/>]

GOBERNANZA REGIONAL: proceso que permite gestionar las respuestas a la realidad socioeconómica, sociocultural y eco ambiental, 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. [SE-COMISCA, Revista Salud Regional número 1 p.8, 2018]

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO: modelo administrativo-gerencial regional sustentado en las capacidades organizacionales y en las competencias de su capital humano, así como de SICA y de los socios para el Desarrollo orientado a difundir y fortalecer el conocimiento. [SE-COMISCA, Revista Salud Regional, número 1. 2018]

INEQUIDADES SANITARIAS: son las desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países. Esas inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades. Las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla. [<https://sites.paho.org/universalhealth>]

NUEVO PENSAMIENTO REGIONAL DE SALUD PÚBLICA: actualmente el COMISCA, a través de su Secretaría Ejecutiva ha impulsado un “Nuevo pensamiento regional de Salud Pública” que se plantea como el entramado conceptual, metodológico y administrativo para el actuar a nivel del Sector Salud en CA y RD, que conlleva a la interpretación del proceso salud-enfermedad a partir de la Determinación Social de la Salud [ASCARD 2019-2030. Aprobada por COMISCA en 2018]. Los cuatro pilares de este nuevo pensamiento de salud pública son:

- **La Seguridad Humana**, en este marco se busca que las acciones regionales deberán garantizar que las políticas económicas, sociales y medioambientales pongan a la salud de las personas como eje primordial para que la condición de la salud de las personas esté libre de las constantes amenazas del hambre, la enfermedad, el delito y la represión.
- **La Determinación Social de la Salud** asume que la explicación del proceso salud-enfermedad de un colectivo humano está sujeto al modo en que se inserta en el sistema productivo, condiciones de vida y a la adscripción sociocultural que lo caracteriza; todo inserto en un particular e histórico medio eco ambiental. Para lo que se propone un abordaje intersectorial orientado a promover la salud y el bienestar de la población de la región en el marco del Desarrollo Humano Sostenible y la Seguridad Humana.
- **La Gestión del Conocimiento:** promueve contribuir a documentar desigualdades socio sanitarias y la situación eco ambiental regional, así como 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.
- **Los Bienes Públicos Regionales Comunitarios:** estos se consideran como aquel bien, servicio o recurso final o intermedio, producido como resultado de un esfuerzo de uno, varios o todos los Estados de la región SICA con valor positivos, cuantificable o simbólico, específico, accesible y disponible para uso y disfrute común de los habitantes de la región, de una zona geográfica particular o por un grupo de población que comparta o no identidad cultural.

ÓRGANOS DEL SISTEMA DE LA INTEGRACIÓN CENTROAMERICANA: los órganos que componen el SICA, de conformidad al Protocolo de Tegucigalpa en su artículo 12 son: la Reunión de presidentes, el Consejo de Ministros, el Comité Ejecutivo y la Secretaría General. Otros órganos de la estructura principal del SICA son: el Parlamento Centroamericano [PARLACEN], la Corte Centroamericana de Justicia [CCJ] y el Comité Consultivo [CE]. [<https://www.sica.int>]

PROMOCIÓN DE LA SALUD: abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales

mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud y, no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación. La promoción de la salud tiene tres componentes esenciales: 1. Buena gobernanza sanitaria; 2. Educación sanitaria; 3. Ciudades saludables. (<https://www.who.int>)

En base al Marco referencial para el Plan Estratégico de Promoción de la Salud de Centroamérica y República Dominicana 2019-2025, aprobado por el COMISCA durante la XLIX Reunión, diciembre 2018, la Promoción de la Salud constituye un abordaje proactivo, integral, transformador y dinámico que implica un trabajo articulado intersectorialmente con actores sociales, incluyendo la comunidad y el medio ambiente, para actuar sobre los procesos y condiciones de determinación, así como en los factores protectores que fortalecen la salud de la población. Busca contribuir a preservar e incrementar la salud incidiendo sobre los estilos, condiciones y modos de vida.

RECTORÍA EN SALUD: se refiere a la capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud. (<https://sites.paho.org/>)

REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (RSI-2005): es un instrumento jurídico internacional de carácter vinculante para 194 países, entre ellos todos los Estados miembros de la OMS. Tiene por objeto ayudar a la comunidad internacional a prevenir y afrontar riesgos agudos de salud pública susceptibles de atravesar fronteras y amenazar a poblaciones de todo el mundo. El RSI, que entró en vigor el 15 de junio de 2007, requiere de los países comunicar a la OMS la ocurrencia de cualquier evento de salud pública de importancia internacional, de conformidad con el instrumento que aparece en el anexo II de propio reglamento. (<https://sites.paho.org/>)

SISTEMA DE LA INTEGRACIÓN CENTROAMERICANA: es el marco institucional de la integración regional de Centroamérica. Tiene por objetivo fundamental la realización de la integración de Centroamérica, para constituir la como Región de Paz, Libertad, Democracia y Desarrollo. (SG-SICA, p. 19, 2011)

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es el organismo de salud internacional más antiguo del mundo, con más de 110 años de experiencia orientados a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos. Como instancia especializada en promover la salud para las Américas, está comprometida a lograr que cada persona tenga acceso a la atención de salud que necesita de calidad, promueve y apoya el derecho de todos y todas a la salud, fomenta la cooperación entre países y trabaja en forma colaborativa con los Ministerios de Salud y otras agencias de gobierno, organizaciones de la sociedad civil, agencias internacionales, universidades, organismos de la seguridad social, grupos comunitarios y otros socios. Por ello, la OPS como parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), trabaja en el marco de los procesos de integración regional a fin de contribuir al desarrollo sostenible e inclusivo en los territorios y la mejora de la calidad de vida de su población.

El proceso de la integración centroamericana es un esfuerzo de carácter político de cada uno de los Estados miembros del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA). Se trata de una integración multidimensional en donde cada sector del proceso -delimitado según el Protocolo de Tegucigalpa- como: económico, político, social, cultural-educativo y medioambiental, tienen igual nivel de importancia y en cada uno de ellos hay avances significativos, así como grandes desafíos y oportunidades.

En el marco de la Cumbre Extraordinaria de los y las Jefes de Estado y de Gobierno de los países del SICA, celebrada el 20 de julio de 2010, los Jefes de Estado y de Gobierno acordaron relanzar el proceso de integración centroamericana mediante la priorización de acciones en cinco pilares: **1. Seguridad Democrática; 2. Prevención y mitigación de los desastres naturales y de los efectos del cambio climático; 3. Integración social; 4. Integración económica; y 5. Fortalecimiento de la institucionalidad regional.**

Por lo anterior, la OPS/OMS ha venido trabajando en el SICA, promoviendo iniciativas con los diversos socios de la cooperación internacional y dando respuesta a las demandas y orientaciones de los diversos Consejos de Ministros del área de la integración social, económica y medio ambiental con perspectiva de prevención y mitigación de los desastres naturales y, en el marco de un enfoque fundamentado en los determinantes sociales a la luz de la determinación social de la salud¹.

¹ Para efectos de la ECS se considerarán los términos Determinantes de la Salud como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, el entorno y su interrelación con el ambiente (WHO, 2008), y a la Determinación Social de la Salud como el enfoque que asume la explicación del proceso salud-enfermedad de un colectivo humano dependiendo de cómo está sujeto al modo en que se inserta en el sistema productivo, condiciones de vida y a la adscripción sociocultural que lo caracteriza (COMISCA 2015). En virtud de lo anterior la Determinación Social de la Salud es el resultado de las interacciones de múltiples Determinantes de la Salud (sean estos sociales, económicos o ambientales) en los cuales los individuos y las comunidades se desarrollan, coincidiendo ambos términos como ejes complementarios al análisis de la salud y la enfermedad y su relación con el entorno, los factores ambientales, económicos, políticos, sociológicos, ontológicos, entre otros.

La OPS/OMS se vincula formalmente con el SICA a través del Acuerdo de Relaciones de Cooperación firmado en 1995 con su Secretaría General (SG-SICA), el mismo define los términos de cooperación entre ambas instancias y establece una serie de mecanismos de cooperación y consulta, incluyendo la cooperación con los órganos e instituciones de cada una de ellas.

En diciembre del 2017, en el marco de la XLVII Reunión del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) la OPS/OMS y el Consejo formalizaron sus relaciones a través de la firma de un acuerdo de cooperación para la implementación del programa de trabajo subregional, adicional a su cooperación directa y estrecha con el COMISCA y su Secretaría Ejecutiva. El COMISCA promueve el nuevo pensamiento de salud pública basado en cuatro pilares: la seguridad humana, la determinación social de la salud; la gestión del conocimiento y, los bienes públicos comunitarios.

El presente documento contiene la primera **Estrategia de Cooperación en Salud para Centroamérica y República Dominicana 2019-2025 (ECS)** que la OPS/OMS, desarrolla con los países de Centroamérica y la República Dominicana, no obstante, la cooperación y asesoría técnica de la OPS/OMS con el SICA y con sus países miembros ha venido ocurriendo desde hace décadas, apoyando incluso en períodos de crisis política, así como ocurrió en alguno de éstos durante los conflictos armados de la década de 1980.

La ECS, constituye el instrumento con visión estratégica de mediano plazo de la OPS/OMS y tiene como objetivo general, orientar la labor de la OPS/OMS en Centroamérica y República Dominicana, atendiendo a sus prioridades concretas y los recursos institucionales necesarios para llevar a cabo las políticas, estrategias y planes de salud, así como las medidas estratégicas para alcanzar sus metas de acuerdo con la Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2019-2030, la Política Regional de Salud del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) 2015-2022² y, otros instrumentos político-estratégicos del SICA, así como del Sistema de Naciones Unidas.

Por ello, entre sus objetivos específicos se pueden considerar:

- Establecer las prioridades estratégicas y principales ámbitos de actuación a desarrollar en el marco de la región de Centroamérica y República Dominicana.

² La Política Regional de Salud del SICA (PRSS) 2015-2022 tiene como objetivo general, proveer a la región del SICA de un instrumento político que guíe y permita el desarrollo de la acción e integración regional en salud, para el fortalecimiento de la acción nacional y la solución de los procesos de jurisdicción regional, con un abordaje intersectorial y un enfoque de salud pública, con el fin último de mejorar la salud de las poblaciones y su capacidad de alcanzar su máximo potencial de salud. Las dimensiones de la PRSS son: la gestión del conocimiento, capacidades en salud, cooperación regional e institucionalidad regional. La PRSS se operativiza, a través del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016-2020, cuya finalidad es la contribución al bienestar en salud de la población de la región de Centroamérica y República Dominicana, desde un abordaje de la determinación social de la salud y con enfoque de derecho y generando valor público.

- Armonizar y complementar las acciones de trabajo con el COMISCA y otros Consejos Sectoriales de Ministros del SICA.
- Fomentar un modelo integral de cooperación con la institucionalidad del SICA, Sistema de Naciones Unidas y demás socios de la cooperación internacional al desarrollo.

En este marco la ECS contempla cinco prioridades estratégicas:

1. Mejora de la gobernanza y fortalecimiento del desempeño de la rectoría del sector salud a nivel de Centroamérica y República Dominicana en el marco de la protección social hacia la salud universal;
2. Gestión integral y desarrollo del recurso humano para la salud;
3. Conducción de esfuerzos colaborativos e intersectoriales en pro de la salud, la seguridad humana y el bienestar desde la determinación social de la salud, para no dejar a nadie atrás;
4. Centroamérica y República Dominicana resilientes ante emergencias de salud pública;
5. Gestión del conocimiento para la vigilancia en salud, la inteligencia sanitaria, la investigación y tecnología para CA y RD.

Cada prioridad estratégica cuenta con sus correspondientes ámbitos de actuación, los cuales se evaluaron en función al **nivel de relevancia, el enfoque integral de cooperación y la gestión intersectorial e interinstitucional que el ámbito aporta** y además se establecieron algunas acciones complementarias para cada una de ellas; lo que fue validado por medio de la realización de una consulta regional con diferentes actores.

La ECS demanda para su adecuada implementación: el liderazgo político, la coordinación técnica y la promoción de un esquema y modelo de trabajo intersectorial e interinstitucional de los diversos socios claves de la OPS/OMS y del COMISCA.

Finalmente, la ECS plantea una serie de desafíos: el posicionamiento de las prioridades estratégicas de la OPS/OMS dentro de un entorno cambiante y competitivo, con entidades que buscan posicionarse en la región SICA; la visibilidad de la cooperación técnica de OPS/OMS en el trabajo con los mecanismos de integración subregionales; la coordinación de acciones integradas e inter-programáticas con el nivel regional de OPS/OMS en cada uno de los países; la movilización de recursos [interna y externa] para implementar las Estrategias de Cooperación en Salud para CA y RD, entre otros.

CAPÍTULO 2. SITUACIÓN DE SALUD Y DESARROLLO

2. Análisis del contexto político, social y económico en Centroamérica y República Dominicana.

2.1. Contexto político



En Centroamérica y República Dominicana en los últimos años se ha tenido transiciones democráticas que han promovido el fortalecimiento de las diversas instituciones del Estado. Desde el año 2014, en todos los países de CA y RD se desarrollaron elecciones de diverso tipo y en tres de ellos hubo cambios en el partido de gobierno. La alternancia que se ha visualizado en CA y RD, cuando ha sido el caso, ha significado el respeto al Estado de Derecho y la garantía de instituciones fuertes en cada país y en ese sentido, la cooperación internacional ha continuado apoyando las diversas iniciativas nacionales y regionales. El panorama de gobernabilidad se presenta complejo en algunos países, además de la obligación de afrontar situaciones complicadas en las finanzas públicas.

A pesar de las situaciones particulares que se han presentado en algunos Estados miembros del SICA en términos de conflictividad social, y demandas de movimientos sociales en casos de corrupción e impunidad que están siendo investigadas, hay un reconocimiento sobre el importante rol que las instituciones tienen para garantizar la gobernabilidad en CA y RD.

CA y RD está conformada por economías pequeñas, orientadas al sector servicios y con un elevado grado de apertura externa, las cuales, a pesar de tener diferencias en el funcionamiento socioeconómico y político comparten problemas comunes. En este sentido, el reto para cada uno de los Estados miembros de la región y sus gobernantes estriba en construir un Plan de Nación participativo, con una visión de largo plazo que se complemente y articule con el esquema de integración a fin de promover el desarrollo sostenible e inclusivo de los hombres y mujeres de Centroamérica y República Dominicana y, cuando corresponda elegir a los próximos gobernantes, garantizar unas elecciones libres, transparentes, democráticas y participativas.

2.2. Contexto social



La región de los Estados miembros del SICA, con 570, 948 km² de extensión territorial [CEPALSTAT, 2016] cuenta con una población de 57 millones de habitantes [Ver ANEXOS, Tabla 1], de las cuales el 50.8% son mujeres y el 35% representa a la población joven menor de 35 años, cuenta con el 2% de la superficie terrestre y el 12% de biodiversidad mundial; el 89% de generación de energía renovable, 47 puertos y 29 aeropuertos y 18 sitios declarados patrimonio de la humanidad.[SIECA, 2017]

Es importante mencionar que, a pesar de que en algunos países el **bono demográfico** culminará en el 2020, CA y RD cuenta con un 35% de población entre 15 y 34 años, lo cual significa un importante segmento poblacional en edad productiva, sobre el cual se puede impulsar políticas de inclusión social y productiva.

La esperanza de vida en CA y RD en promedio era de 74.36 años para el período 2010-2015, aumentando en dos años más que hace diez años y manteniendo una diferencia de más de 6 años en favor de las mujeres: 77.7, en relación con 71.2 para los hombres.

En este marco y según el Panorama Social de América Latina y el Caribe de 2018, después de 12 años en que las tasas de **pobreza y pobreza extrema** de la región se redujeron considerablemente, en 2015 y 2016 se registraron incrementos sucesivos de ambas tasas. Las cifras de 2017 muestran un incremento adicional de la pobreza extrema, mientras que la tasa de pobreza no presentó variaciones respecto del valor registrado en el año anterior. Para 2018 se espera que el **crecimiento del PIB** contribuya a una ligera reducción de la tasa de pobreza y una mantención de la tasa de pobreza extrema.

El **incremento del número de personas pobres en CA y RD registrado en 2017** fue resultado de variaciones contrapuestas observadas o proyectadas en los países, según las estimaciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL, Ver ANEXOS, Gráfica 1]. La reducción de la pobreza extrema y de la pobreza continúa siendo un desafío clave para los países de CA/RD en un contexto de cambios sociales, políticos y económicos. De hecho, CEPAL indica que, aunque la región logró importantes avances entre la década pasada y mediados de la presente, desde 2015 se han registrado retrocesos, particularmente en lo referente a la pobreza extrema.

2.2.1. Migración



Resulta importante analizar la migración en CA y RD, la cual es un fenómeno complejo, que ha formado parte de la historia de Centroamérica desde el siglo XIX y tiene implicaciones sociales, económicas y culturales tanto para los países de destino como para las comunidades de origen.

El Cuarto Informe del Estado de la Región [2011], reportó que durante los años setenta y ochenta del siglo XX los factores determinantes de las migraciones dentro y fuera del Istmo fueron los conflictos civiles y políticos, pero en las décadas siguientes han estado asociadas a transformaciones económicas y al rezago social.

El Quinto Informe del Estado de la Región [2016], destaca que cerca de 4 millones de centroamericanos han migrado hacia diferentes destinos, siendo el más importante Estados Unidos para la mayoría de los países [Ver ANEXOS, Tabla 2]. Esta cifra representa aproximadamente un 7% del total de la población, siendo El Salvador [21%] y Belice [15.7%] los países con una proporción mayor de migrantes, en relación con el total de su población.

De tal manera que los estudios más recientes indican que los flujos de migración centroamericana se dan: i) a lo interno de los países, de las zonas rurales a las urbanas, ii) a lo interno de la región, entre países, y iii) hacia fuera la región, sobre todo hacia América de Norte y, en especial, a Estados Unidos.

El tema de la migración ha sido parte de las agendas de muchos foros y cumbres regionales, entre las más recientes se puede destacar la XXXV y XXXVI Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno del SICA, celebrada en Panamá en junio de 2010, se reitera la importancia de contar con una política migratoria regional integral. Asimismo, el COMISCA en su Resolución 22-2018 durante la XLIX Reunión realizada en diciembre, prioriza el tema de salud de los migrantes y materializar acciones encaminadas a la vigilancia y la atención de salud de la población migrante.

Así como, la Declaración Política suscrita entre El Salvador, Guatemala, Honduras y México, adoptada el pasado 1 de diciembre de 2018, en la Ciudad de México, para la construcción del plan de desarrollo integral e impulsar acciones que generen desarrollo y oportunidades a nivel local en los estados, lo que contribuiría a la prevención de la migración irregular³.

³ En abril de 2017, los y las ministras de Salud del Sistema Mesoamericano de Salud Pública firmaron la Declaración Ministerial de Salud y Migración, en ésta enfatizan la necesidad de velar por la mejora en la atención de las personas migrantes y reducir los riesgos a la salud pública regional y local.

2.3. Crecimiento Económico



Al analizar el ámbito y perspectiva económica, el Estudio Económico para América Latina y el Caribe de 2018 de la Comisión Económica Para América Latina (CEPAL), señala que la dinámica de crecimiento a nivel mundial se mantendrá en alrededor del 3,3% durante los próximos años, así mismo en 2018, el crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) de América Latina y el Caribe llegará al 1,5%, en virtud de las actuales condiciones financieras externas menos favorables, como de factores propios de cada país. Centroamérica y República Dominicana mantendrán el mismo ritmo de crecimiento que las economías exhibieron en 2017 (3,4%) mientras que el Caribe mostrará una expansión del 1,7% en 2018 tras su estancamiento el año anterior (0,0%). En definitiva, se puede hablar de la existencia de un crecimiento a nivel mundial, pero fuertemente heterogéneo y es precisamente esa heterogeneidad, un factor que incidirá fuertemente en la región centroamericana.

2.3.1. Género y empleo



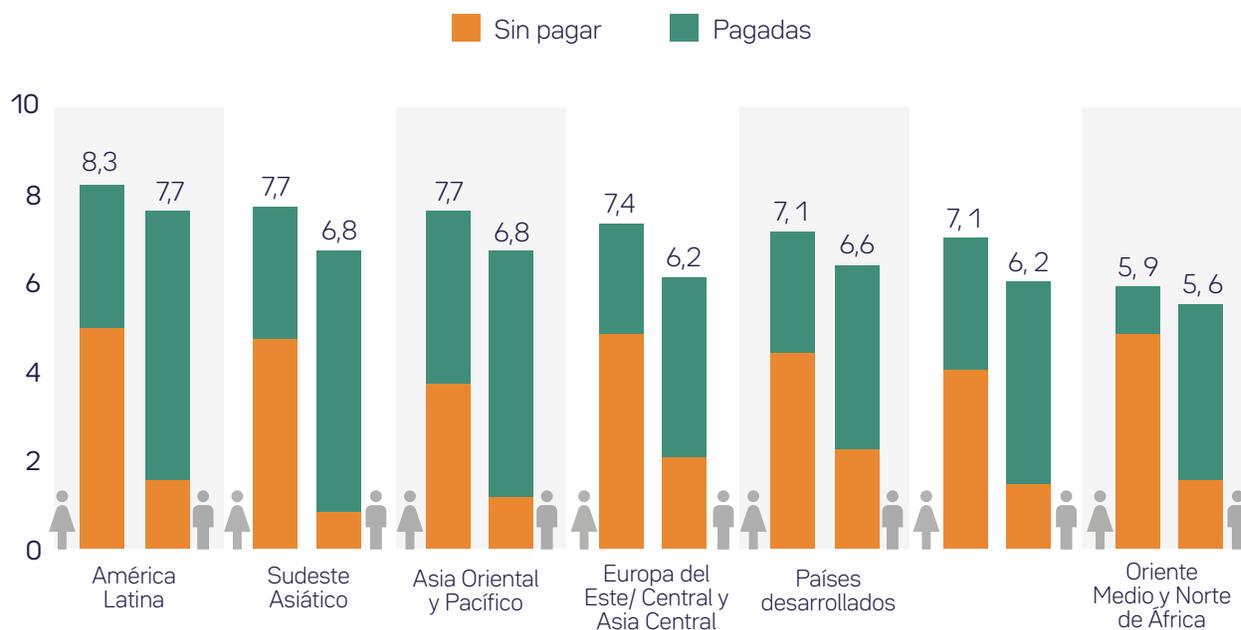
Según datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de 2017, a nivel mundial, solamente el 48% de las mujeres tiene un empleo, frente al 73% de hombres que lo tienen. En África, solo el 18% de mujeres tiene un empleo. En América Latina, el 53% de las mujeres que tienen un empleo trabajan en la economía informal: sin contratos, sin cobertura de seguridad social, sin derechos.

La brecha salarial entre hombres y mujeres por el mismo empleo es del 23% a nivel mundial. En Suecia y Francia la brecha salarial es del 31%; en Alemania es del 49%.

El género es uno de los ejes estructurales de desigualdad social observada en los países del SICA. En promedio, más del 50% de las mujeres de Centroamérica y República Dominicana no forma parte del mercado laboral mientras que este valor desciende a un 24% para los hombres, lo que implica que una mayor proporción de ellas se dedican a actividades que no son remuneradas y sin acceso a protección social.

Las investigaciones confirman que las mujeres trabajan más en todo el mundo; sin embargo el número de horas de trabajo diario pagadas es inferior al número de horas sin pagar, así en América Latina, la mujer en promedio trabaja 8,3 y solo le pagan 3 horas frente al hombre que trabaja 7,7 horas y le pagan 5; en el Oriente Medio y Norte de África la mujer trabaja 5,9 horas y solo le pagan 1 hora frente a los hombres que trabajan 5,6 y le pagan 3,6 horas [Gráfico 1].

Gráfico 1. Número de horas de trabajo diarias pagadas y sin pagar por género y región⁴



Fuentes: MenCare 2017, Dalberg Global development advisors.

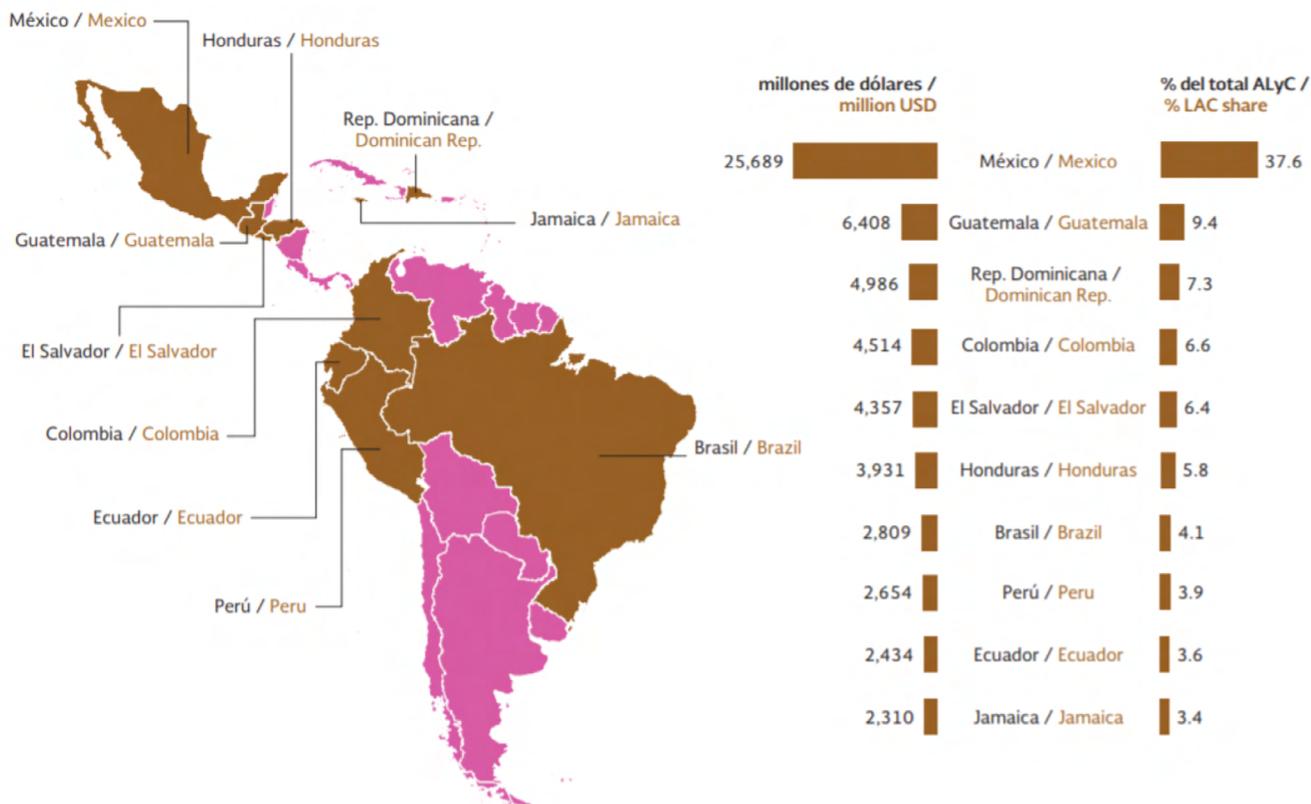
2.3.2. Remesas

Como resultado del importante flujo de migración en CA y RD, **las remesas** siguen siendo un factor importante en el desempeño de las economías en Centroamérica y República Dominicana, generando resultados positivos para la balanza de pagos y proyectando mayores niveles de consumo e inversión. Durante el período 2010-2013 ingresaron a la región 53.601 millones de dólares por este concepto; de ese total, un 35,7% fue enviado por guatemaltecos, un 28,0% por salvadoreños y un 21,4% por hondureños.

Resulta importante señalar que, en 2015, México fue el principal receptor de remesas en América Latina y el Caribe con 37,6% del total. Para Centroamérica, en los últimos tres años se ha registrado un notable crecimiento de los ingresos por remesas en los países de CA y RD, siendo mayor para Guatemala y Honduras. Sin embargo, son El Salvador y Honduras los países que presentan un mayor valor de las remesas como porcentaje del PIB, representando 18,3 % para El Salvador y 19,5 % para Honduras en 2017 [Ver ANEXOS, Tabla 3].

⁴ Un total de 75 países fueron analizados. Los promedios regionales no son ponderados y las cifras totales están redondeadas.

Mapa 1. Principales países receptores de remesas en América Latina y el Caribe, 2015



Fuente: www.migracionyremesas.org/

2.4. Medio Ambiente



Centroamérica es una región con un clima estable de temperaturas suaves y con abundantes precipitaciones debido a su posición geográfica. Los inviernos son suaves y en general no existe una marcada diferencia con las temperaturas de veranos frescos y las precipitaciones son abundantes y están bien distribuidas. Presenta áreas con

baja precipitación a lo largo de su territorio, fenómeno conocido como corredor seco, el cual se extiende desde Panamá hasta México. La suma de todos estos factores hace de la región un espacio rico en biodiversidad en flora y fauna y un espacio megadiverso considerando la amplia variedad de especies endémicas, exclusivas de la región. Se considera que la biodiversidad suma el 12% del total del planeta. La cobertura forestal es de 39%, mayor que la media mundial, sin embargo, entre 2000 y 2015 la cobertura forestal se redujo en los Estados miembros del SICA.

La región cuenta con una amplia oferta hídrica por habitante la cual supera los requerimientos mínimos estimados al año, pero prevalece una alta desigualdad en el acceso a dicho recurso, con grandes porcentajes de población sin acceso a ella, especialmente en zonas rurales, y con un uso extensivo de más de la mitad del recurso utilizado con destino al sector agrícola.

Mapa 2. Áreas propensas a la sequía en América Central (2010)



Fuente: Estrategia Regional de Cambio Climático. Comisión Centroamericana de Ambiente y Desarrollo – CCAD. Sistema de la Integración Centroamericana – SICA (2010)

Adicionalmente, se observa una vasta degradación y deterioro del entorno ambiental, con importantes consecuencias asociadas a restricciones a los procesos de desarrollo sostenible. A pesar de la gran diversidad de recursos ambientales persiste las diferencias entre explotar sus recursos o conservarlos para generaciones futuras.

Estos eventos incrementan los riesgos de enfermedades relacionadas al medio ambiente como enfermedades transmitidas por vectores, enfermedades respiratorias crónicas asociadas a la baja calidad del aire y dificultad de acceso a agua para consumo. Aumento en las temperaturas e inseguridad alimentaria.

Medidas como la reducción en la deforestación y degradación de los bosques, así como la recuperación de paisajes rurales ayudaría en el manejo de una mejor agenda económica, garantizar la preservación de las fuentes de agua y ayudar en la mitigación de impactos por el cambio climático. Entre las recomendaciones dadas por organismos como la CEPAL y la FAO están aumentar y fortalecer el sistema de Áreas Naturales Protegidas (más de 550 en la región) y corredores biológicos para abarcar mayor escala biogeográfica y dar mayor amplitud a la definición de zonas de protección y refugio climático. [CEPAL, 2012]

2.4.1. Análisis de situación de salud en Centroamérica y República Dominicana



El análisis de la situación de salud partiendo de los determinantes y la determinación social reviste particular importancia en CA y RD, dado que la inequidad y la desigualdad en materia de salud siguen siendo los principales obstáculos para el desarrollo sostenible e inclusivo.

Los países de CA y RD se enfrentan a una variedad y diversidad de problemas en el ámbito de la salud, los que representan los mayores retos y la mayor carga para la población de los Estados miembros del SICA. Por ello, en la presente sección, estos retos y problemas se analizan en cuatro temas convergentes:

- Los problemas de salud que se consideran cruciales debido a su gravedad;
- Alta prevalencia, costos asociados o impacto a largo plazo en la salud de la población;
- Los factores ambientales y sociales que están fuera del control directo o exclusivo del sector salud.
- Los obstáculos que se derivan de la falta de preparación de muchos sistemas de salud para hacer frente a los retos planteados por los problemas de salud y sus determinantes, en particular las inequidades generalizadas y prevalecientes.

Las metas de salud en CA y RD ya no se limitan a reducir la prevalencia o incidencia de las enfermedades, o a mejorar los servicios de salud, sino que también tienen como propósito reducir las inequidades en materia de salud, mediante la inclusión de la salud como parte de todas las políticas y la comprensión de que la salud es tanto un componente como un factor crucial para el desarrollo sostenible e inclusivo, bajo la perspectiva de la determinación social.

Por ello, es crucial proteger los logros, acelerar el progreso y reducir las desigualdades al aumentar y mejorar el acceso y la cobertura universal de la salud, centrados en las personas, las familias y las comunidades, lo cual es esencial para el logro de la salud universal y concuerda con las aspiraciones de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus 17 Objetivos de Desarrollo.

2.5. Salud en el curso de vida

En esta sección se analiza de manera general, la situación de salud a lo largo del ciclo de vida incluyendo la situación de los niños, las niñas, los adolescentes, las mujeres, los hombres y, los adultos mayores en CA y RD, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.

CA y RD presentan dos extremos de una realidad: por un lado, existen países con poblaciones mayoritariamente jóvenes frente a países con una población que está envejeciendo. Esto implica que coexistirán poblaciones con mayor demanda de cuidado y atención en los extremos del ciclo de vida (primera infancia y adultos mayores).

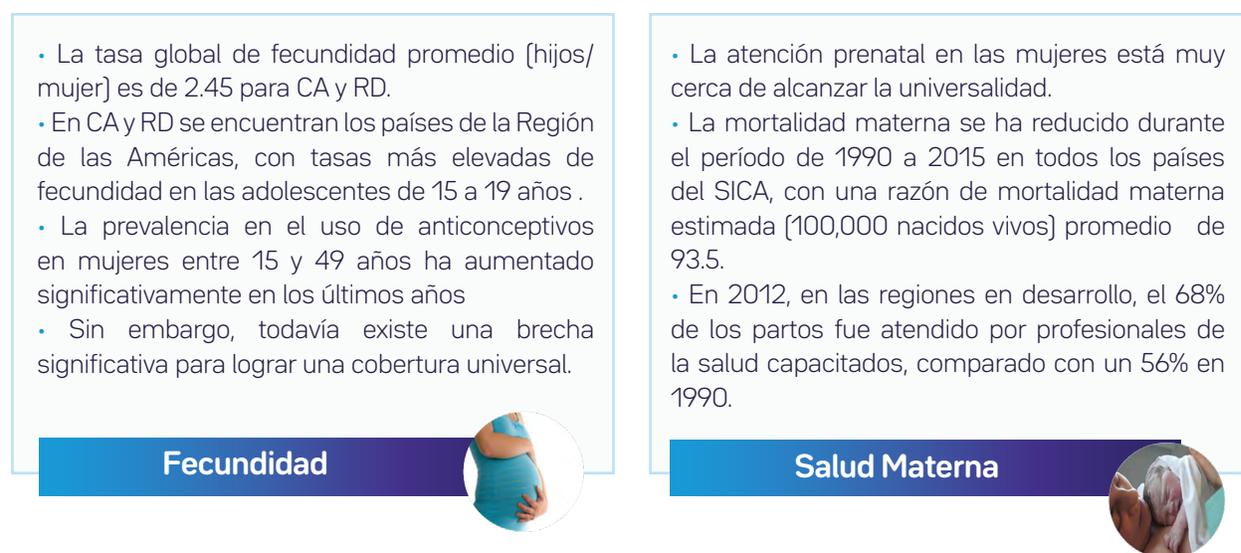
Se reconoce la interdependencia de los factores individuales, sociales, ambientales, temporales e intergeneracionales, así como los efectos diferenciales de estas interacciones en diversos períodos sensibles a lo largo del curso de la vida.

2.5.1. Fecundidad y salud materna

La salud de las mujeres puede afectar de manera directa a la salud de sus hijos/as. El ciclo que se crea a partir de esta dinámica puede dar lugar a desigualdades en materia de salud que se concentran en ciertos grupos poblacionales durante generaciones.

Para superar los obstáculos y lograr progresos, es indispensable que las políticas sociales reconozcan la función de género como un fuerte determinante estructural de la salud. La falta de acceso a los servicios básicos da lugar a muchas necesidades de atención de salud desatendidas, como las necesidades en materia de anticoncepción, los embarazos involuntarios, las infecciones de transmisión sexual y los cánceres sin diagnosticar.

Figura 1. Datos sobre fecundidad y salud materna en CA



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Observatorio Mundial de la Salud, OMS, 2018.

2.5.2. Mortalidad neonatal, infantil y malnutrición



Se estima que CA y RD alcanzaron el objetivo 4 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, gracias a una reducción de 67% en la tasa de mortalidad de menores de 5 años entre 1990 y el 2015, también disminuyeron las tasas de mortalidad de menores de 1 año y de neonatos. Más niños sobreviven al parto, y más niños llegan a cumplir 1 y 5 años. Sin embargo, las brechas nutricionales se mantienen en los dos extremos, por una parte, desnutrición y por otra, sobrepeso y obesidad.

Figura 2. Datos sobre mortalidad infantil

- La tasa de mortalidad neonatal reportada [1000 nacidos vivos] fue de 2.4 en CA y 16 en RD.
- Las muertes neonatales representan el 54.3% de las muertes en menos de 5 años en 2015 en CA.
- La mortalidad infantil se ha venido reduciendo en todas sus formas en la región; sin embargo, las muertes neonatales han tenido una menor reducción en CA (47%) con respecto a las muertes en menores de 1 a 5 años y de 28 días a un año.
- En todos los países de la región de CA y RD, la principal causa de las muertes neonatales se debe a la prematuridad.
- La tasa de mortalidad infantil reportada [1000 nacidos vivos] en el istmo centroamericano fue de 18.2 y en República Dominicana fue de 22.2.
- El grupo etario de 5 a 9 años de edad ha sido descuidado con respecto a las intervenciones de salud y los datos de medición, dado que su riesgo de muerte es inferior al de cualquier otro grupo de edad.

Mortalidad Neonatal e Infantil



- En los países de CA y RD la población afectada por la subalimentación, es decir, que no tiene un consumo de alimentos suficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaria continuamente ha disminuido en un 20% entre los años de 1990 y 2014 [FAO, 2014 a].
- No obstante, aún sigue habiendo 7.2 millones de personas subalimentadas, lo cual corresponde al 13% de la población del total de población de CA y RD.
- La desnutrición crónica en niños menores de 5 años en CA es una de las más altas en las Américas (30.1%).
- El porcentaje promedio de bajo peso al nacer (2500 g) en la subregión fue de 10.5 % y 14% en CA y RD respectivamente. Estos porcentajes son más altos que en la región Andina y en el Cono Sur (8.5% y 6.9% respectivamente).
- El sobrepeso y la obesidad han aumentado en niños menores de 5 años, superando el 5% en la mayoría de los países.

Malnutrición



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Observatorio Mundial de la Salud, OMS, 2018.

2.5.3. Adolescencia en CA y RD



El embarazo en adolescentes ha sido definido como tema prioritario por el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA), quienes, desde junio del 2014, aprobaron el Plan Estratégico Regional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes y; a partir de diciembre 2018, se cuenta con un Plan actualizado, para el período 2019-2023. En este Plan, se resalta en el Lineamiento Estratégico 2, la importancia que los servicios de salud deben estar preparados para asegurar la atención en salud integral en la adolescencia, no solamente por razones de embarazo.

Figura 3. Adolescencia y salud en Centroamérica y República Dominicana

Fecundidad, salud sexual y reproductiva

La población joven requiere que se atiendan sus necesidades específicas, incluyendo las relacionadas con la salud sexual y reproductiva, ya que el 2% de las mujeres en edad fecunda en América Latina y el Caribe tienen su primer hijo antes de los 15 años.

Mortalidad

- En CA y RD, las principales causas de muerte del adolescente son externas; el homicidio, las muertes causadas por el tránsito y el suicidio.
- La población joven es la que tiene mayor riesgo de sufrir hechos de violencia, generados por la misma violencia social o por la situación particular relacionada al accionar de pandillas que afecta particularmente a los países del denominado "Triángulo Norte de Centroamérica" desde hace aproximadamente 25 años.
- También se incluyen las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, enfermedades prevenibles o tratables.

Educación

- El porcentaje de adolescentes matriculados en la escuela secundaria es significativamente menor; en la mayoría de los países de CA y RD, varía entre 60% y 80%.

Salud mental y consumo de alcohol

- Los datos de las encuestas indican que los adolescentes varones se suicidan con mayor frecuencia, pero las adolescentes lo intentan con mayor frecuencia. La Región ocupa la segunda posición, después de Europa, en cuanto a la prevalencia de episodios de consumo excesivo de alcohol en los adolescentes de 15 a 19 años de edad [29,3% en los hombres y 7,1% en las mujeres].

Inactividad física y obesidad

- Cerca de 81% de los adolescentes que asisten a la escuela [entre 11 y 17 años] no practica suficiente actividad física, de allí que más del 35% de los jóvenes padezcan sobrepeso y obesidad en nuestros países.
- Los datos recopilados sobre la anemia, el sobrepeso y la obesidad indican que los adolescentes en CA y RD se enfrentan con la carga doble de la malnutrición, caracterizada por la desnutrición, por un lado, y el sobrepeso y la obesidad, por el otro.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Observatorio Mundial de la Salud, OMS, 2018.

2.5.4. Adulto mayor



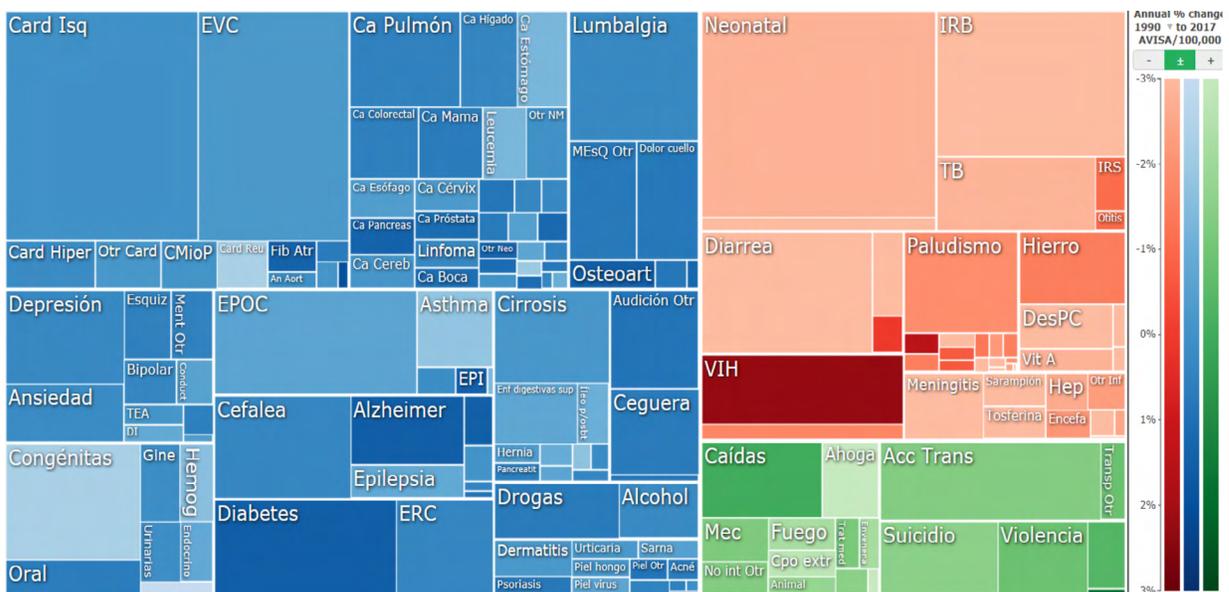
Centroamérica enfrenta una transición demográfica heterogénea, con poblaciones mayoritariamente jóvenes versus países con una población que está envejeciendo. El porcentaje de población adulta mayor alcanzó el 7% en CA. [Las Perspectivas de la Población Mundial 2017, publicado por el Departamento de Asuntos Sociales y Económicos de la ONU].

- Las necesidades derivadas de una población más numerosa y longeva significan una presión para el sistema económico debido al aumento en la demanda de los servicios de salud, educación, protección, así como de mayores niveles de bienestar [Estado de la Región, 2014]. Se requiere especial énfasis en un análisis de la determinación social de la salud que incida negativamente en este grupo poblacional.

2.6. Mortalidad y morbilidad en Centroamérica y República Dominicana

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Las 5 principales ENT son las enfermedades cardiovasculares (como la hipertensión, los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma), la diabetes y la carencia de salud mental. De hecho, representan la mayor carga de enfermedad en Centroamérica y República Dominicana, causando la muerte a una edad mucho más joven que en países de altos ingresos. A continuación, algunos aspectos importantes a destacar:

Figura 4. Principales Causas de mortalidad en Centroamérica, para ambos sexos, en todas las edades, año 2017.



Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

- Entre 2014 – 2015, las tasas de mortalidad por ENT (100,000 Hab.) para CA y RD se reportan en 476 y 472 respectivamente (Base Regional de Mortalidad, 2017), tasas ligeramente más altas que en la región Andina y en el Cono Sur (453 y 420.1 respectivamente).
- La razón de la mortalidad por causas no transmisibles y transmisibles en Centroamérica subió de 1:0 a 3:1 entre los períodos 1980-1985 y 1990-1995, respectivamente.
- De acuerdo con datos reportados por la OMS (2014), las muertes por ENT en Centroamérica aportan entre el 47% y el 83% del total.
- Las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebrovasculares afectan en mayor medida a hombres que a mujeres en todos los países de CA y RD.
- Las tasas de mortalidad por diabetes mellitus (100.000 hab.) son más altas entre las mujeres (59.4) que en hombres (53.4)- excepto en Costa Rica— lo cual podría estar relacionado con la mayor proporción de mujeres con sobrepeso y obesidad (BASE REGIONAL DE MORTALIDAD,2017).
- La Declaración política sobre Enfermedades No Transmisibles y Tuberculosis (denominada HLM3) fue adoptada en 2018 en la Tercera reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre ENT. Cuenta con 13 nuevos compromisos y transforma la agenda del 4 x 4 en 5 x 5, incluyendo la contaminación atmosférica como un factor de riesgo y la falta de salud mental como una enfermedad.

Cuadro 1. Cinco Factores de riesgo para las ENT en CA y RD

SOBREPESO Y OBESIDAD

Hay un importante aumento de la población con sobrepeso y obesidad, que constituye una doble carga de malnutrición para los países. La proporción de adultos que sufren esta condición aumentó en todos los países de CA y RD en el período comprendido entre 1990 y 2014. La región del SICA cuenta con la Estrategia para la Prevención del Sobrepeso y Obesidad en la Niñez y Adolescencia en Centroamérica y República Dominicana 2014-2025

CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

La región de las Américas es la zona del mundo en la que el consumo de alcohol contribuye con la mayor proporción relativa de mortalidad y años de vida perdidos por muerte prematura o discapacidad. Además, las proporciones más altas de los bebedores adolescentes se encuentran en las Américas. El 70% de los accidentes de tránsito que ocurren en República Dominicana involucra el consumo de alcohol.

CONTROL DEL TABACO

Se calcula que, en el 2013, la prevalencia normalizada según la edad del consumo actual de tabaco en personas de 15 años en adelante era de 17,5%. El consumo es mayor en los hombres que en las mujeres. El pleno cumplimiento del CMCT no se ha alcanzado en CA y RD. Además, el marco legal es complejo y crea barreras para imponer impuestos más altos que requieren más investigación y voluntad política.

INACTIVIDAD FÍSICA

Cerca de 81% de los adolescentes que asisten a la escuela [entre 11 y 17 años] no practica suficiente actividad física, de allí que más del 35% de los jóvenes padezcan sobrepeso y obesidad en nuestros países.

CONTAMINACIÓN DEL AIRE

Los países centroamericanos tienen estadísticas similares en cuanto a la calidad del aire, ya que presentan un grave deterioro de la atmósfera, producto de los altos niveles de polución, resultado de diversos factores, como el crecimiento poblacional, aumento de flota vehicular, hábitos de quema agrícola y quema de desechos sólidos. La contaminación del aire produce enfermedades respiratorias crónicas, entre otros efectos.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Observatorio Mundial de la Salud, OMS, 2017.

- En las poblaciones de CA y RD se observan cambios profundos en el estilo de vida de las personas, los cuales son producto de la migración masiva desde las zonas rurales hacia las zonas urbanas, los fenómenos de la globalización, el regreso de los migrantes y los intercambios entre culturas
- La incidencia de la industria de alimentos en temas como el etiquetado frontal de los alimentos, el control del tabaco, la promoción de la reducción del consumo de alcohol y la reducción de los contenidos de sal, azúcar y grasas saturadas, plantean una ardua tarea desde la perspectiva de salud pública y la obligada coordinación multisectorial para abordar los factores de riesgo con estrategias poblacionales.

2.6.1. Enfermedad Renal Crónica de causas No Tradicionales (ERCnT)

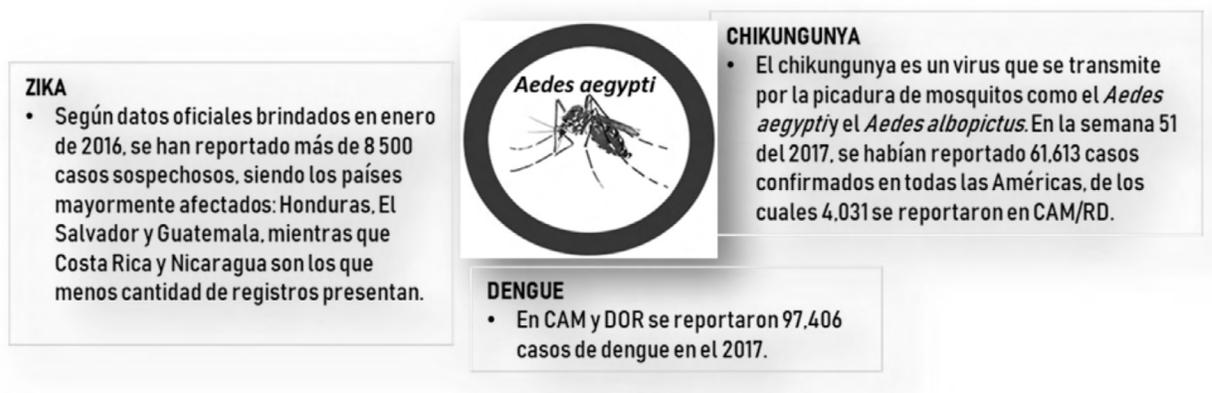
En el año 2013, se reconoció que la Enfermedad Renal Crónica de causas no Tradicionales (ERCnT) es un grave problema de salud pública que afecta a las comunidades agrícolas de Centroamérica, siendo más frecuente en los trabajadores agrícolas jóvenes de sexo masculino que viven en comunidades agrícolas tradicionalmente de escasos recursos socioeconómicos, expuestos a determinantes ambientales, como el uso indebido de productos agroquímicos, y riesgos ocupacionales, como la inadecuada higiene laboral e insuficiente ingesta de agua asociada a los golpes de calor. Se hace necesario emprender esfuerzos intersectoriales para mejorar las condiciones sociales, ambientales, ocupacionales y económicas de las comunidades afectadas.

2.6.2. Enfermedades Transmisibles

Las Enfermedades Transmisibles en CA y RD siguen siendo un problema prominente; aún representan tasas de mortalidad de 106.3 y 93.5 por cada 100.000 habitantes, respectivamente, siendo más altas las tasas en hombres que en mujeres.

En cuanto a las enfermedades transmitidas por vectores, es necesario una mejor comprensión de la relación con respecto al cambio climático, a fin de desarrollar un abordaje intersectorial en CA y RD.

Figura 5. Dengue, Zika y Chikungunya en Centroamérica y República Dominicana



Fuente: Elaboración propia con base a datos del Observatorio Mundial de la Salud, OMS, 2017.

2.6.3. Malaria, Tuberculosis y VIH

En el año 2017, cerca de 12,673 casos de malaria fueron reportados en CA y RD⁶. En este marco y de conformidad con los estudios realizados a nivel internacional se destaca que la tendencia hacia el descenso se ha revertido tras casi una década [2005-2014] de descenso sostenido en Latinoamérica. En 2016, ocho países notificaron a la OPS un aumento de casos, entre los que se incluyen El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá.

En Centroamérica, los casos de CA y RD se concentran en las poblaciones indígenas en mayor riesgo, incluyendo a los Misquitos en Honduras y Nicaragua, los Guna Yala en Panamá, los Emberá y los Wounaan en Panamá, por mencionar algunas. Se requiere intensificar las acciones en estas poblaciones.

En este marco, el COMISCA ha respaldado políticamente la operación de la Iniciativa Regional de Eliminación de la Malaria (IREM) en Centroamérica y República Dominicana, a través de un socio en el que participan el BID, como administrador de la facilidad, la OPS/OMS, SE-COMISCA, Proyecto Mesoamérica, Fondo Mundial y CHAI. Con el propósito de acelerar y apoyar los esfuerzos actuales de los países y los socios para ser la próxima región del mundo en alcanzar y mantener la eliminación de la malaria en el 2020.

La incidencia de **tuberculosis** (100.000 hab.) fue de 29.2 y 42.8 en el Istmo centroamericano y República Dominicana respectivamente en el 2016 (OMS, 2017). La tuberculosis está

⁶ Datos compilados por los Departamentos de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud; Salud Familiar, Género y Curso de Vida; y Emergencias en Salud, de los Ministerios de Salud o Agencias de los países. Washington, D.C., 2017. Última actualización: 15 de mayo de 2017.

estrechamente vinculada a factores socioeconómicos que contribuyen al aumento de la inequidad y de las desigualdades afecta a un alto porcentaje de las minorías étnicas (afrodescendientes, indígenas, migrantes) y a poblaciones pobres de barrios marginales de las grandes ciudades, personas privadas de libertad, habitantes de la calle, entre otros. En Centroamérica y República Dominicana, el COMISCA adopta durante la XLIX Reunión realizada en diciembre de 2018, por medio de la Resolución 14-2018, el Posicionamiento Político para Lograr el Fin a la TB al 2035.

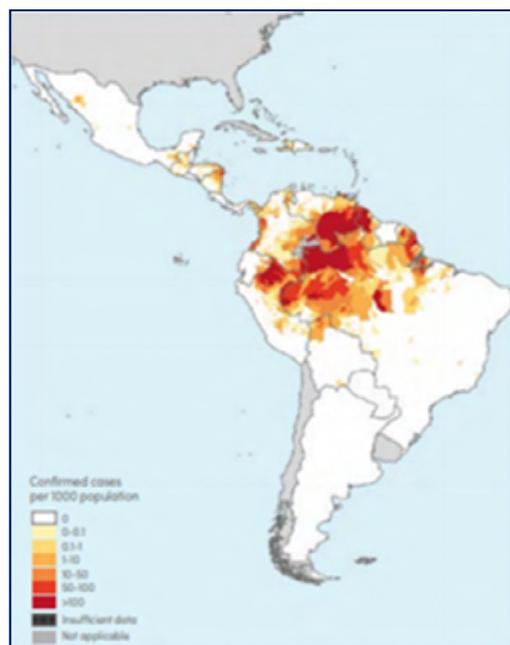
En relación con el **VIH de la población de los Estados miembros del SICA**, los estudios muestran mejorías en el control de la epidemia, con reducciones en el número de nuevas infecciones y de muertes, aunque de forma variable entre países. En Centroamérica, con el 7.3% de la población de América Latina, existe un 7.4% de personas que viven con VIH en la región, equivalente a 138,200 personas (sin República Dominicana, con el país es de 205,200). Las prevalencias en los países de la región oscilan entre 1.8% en Belice y 0.2% en Nicaragua. Así mismo el número de nuevos casos de VIH en CA y RD es de aproximadamente 100,100 personas que representa el 10% del total de América Latina.

La retención a 12 meses con medicamento antirretrovirales varía del 60% en Belice a 89% en Panamá; el diagnóstico tardío (CD4<200) 25% en República Dominicana a 48% en Guatemala y Honduras, la meta es reducir a igual o menor al 10%.

Los países de CA y RD, hacen esfuerzos por armonizar sus políticas y guías bajo las directrices de la Organización Panamericana para la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), las del Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH SIDA (ONUSIDA) el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (FM), el Programa de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el alivio del Sida (PEPFAR), así como, la Política Regional de Salud del SICA 2015-2022 y del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016-2020 y la Estrategia de Sostenibilidad de la Respuesta al VIH en Centroamérica y República Dominicana 2016-2021.

Finalmente se puede señalar que, en septiembre de 2016, los países miembros de la OPS aprobaron el *Plan de Acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016 -2021*. Este Plan se pretende promover como una respuesta acelerada, enfocada, más efectiva, innovadora y sostenible, allanando el camino hacia la meta de poner fin a las epidemias de sida e infecciones de transmisión sexual como problemas de salud pública en la Región de las Américas para el 2030.

Mapa 3. Casos Confirmados de Malaria en las Américas, 2017.



Fuente: WHO World Malaria Report, 2018.

2.6.4. Reducir los riesgos y la carga de las enfermedades transmisibles

A pesar de los importantes éxitos y avances conseguidos en la lucha anti epidémica en la región SICA en los últimos años, se debe continuar haciendo esfuerzos para enfrentar las enfermedades transmisibles con la generación de instrumentos que orienten la acción y permitan mejorar la capacidad de los Estados miembros del SICA para detectar, notificar y responder oportunamente a las amenazas a la Salud Pública a través del fortalecimiento del recurso humano.

De ahí que la Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2019 – 2030, hace una aproximación positiva del concepto de salud, superando la visión al daño o enfermedad. La Agenda enfatiza en cambiar el enfoque de la provisión de servicios de salud hacia una perspectiva integral, de calidad y oportuno; enfocado no solo en atender problemas de salud, sino a un ciclo integral de intervención: promoción, prevención, atención, rehabilitación e inserción. En el contexto del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, las intervenciones eficaces para prevenir, controlar, tratar y eliminar estas enfermedades se extienden más allá del sector de la salud y abarcan otros sectores, como el de educación, agua y saneamiento y trabajo; por ello la estrategia de intersectorialidad es de suma importancia.

2.6.5. Salud Mental

Los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias son una causa importante de morbilidad, discapacidad, traumatismos y muerte prematura, y aumentan el riesgo de padecer otras enfermedades y problemas de salud.

Las tasas de mortalidad por suicidio (100.00 hab) fueron de 8.6 en hombres y 2.5 en mujeres para CA, mientras que, para RD, fueron de 13.6 y 2.5 respectivamente (Base Regional de Mortalidad, 2017). Los datos revelan profundas brechas en el tratamiento entre las personas con trastornos mentales, que alcanzan hasta 73,5% en adultos con trastornos graves o moderados y 82,2% en niños y adolescentes (OPS, 2017).

Cuadro 2. Cantidad de Suicidios por Año, País y Sexo, en CA y RD 2010-2018

Año	Belice	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	República Dominicana	Total
2010	16	296	210	405	63	398	152	511	2051
2011	35	319	253	342	50	369	144	642	2154
2012	17	210	262	436	79	316	135	638	2093
2013	17	313	237	478	245	351	129	567	2337
2014	24	270	262	484	235	311	139	555	2280
2015	19	296	174	56	327	315	110	548	1845
2016	17	138	140		72		91	726	1184
2017	4		136				124	575	839
2018			101				100	310	511
Total	149	1842	1775	2201	1071	2060	1124	5072	15294

Fuente: http://comisca.net/content/observatorio_suicidio

Se presta más atención a los hospitales psiquiátricos a expensas del desarrollo de servicios comunitarios.

Los factores de riesgo sociales de muchos trastornos mentales comunes están asociados en gran medida con las desigualdades sociales como lo son los ingresos, el nivel de escolaridad, el sexo, la edad, la etnicidad y la zona geográfica de residencia, según lo cual, cuanto mayor es la desigualdad, mayor es el riesgo.

La repercusión de estos determinantes sociales en la salud mental puede acumularse durante el curso de la vida, lo cual aumenta la gravedad de los trastornos de salud mental y la incidencia de nuevos trastornos.

2.6.6. Violencia y accidentes de tránsito

CA y RD presentan cifras alarmantes en relación con la violencia social, a continuación, se destaca en este apartado la situación de los países del norte de Centroamérica:

- De 2006 al 2016 la mayoría de los países de CA y RD presentaron una reducción de sus tasas de homicidios, sin embargo, siguen siendo notablemente altas.
- Los accidentes de tránsito y suicidios también sugieren problemas relacionados a la convivencia, stress y situaciones de intolerancia.
- Sin duda el costo psicosocial y económico de la violencia es grande y afecta a los sectores público y privado, pero principalmente afecta a la población que sufre de este flagelo y en gran medida carga con las consecuencias de la violencia en sus diferentes expresiones.

2.7. Ambiente, Salud y Cambio Climático.

2.7.1. Salud Ambiental

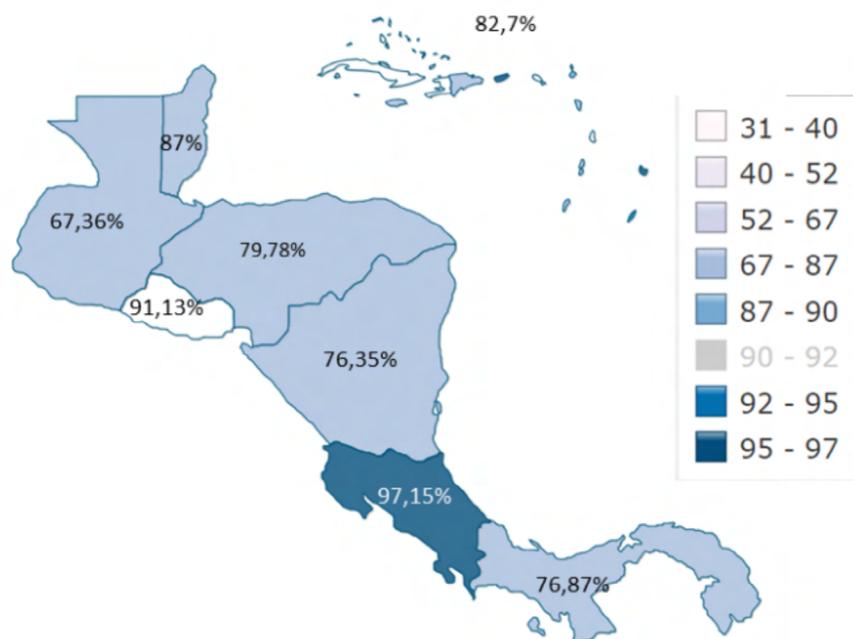
La salud ambiental como disciplina integra el análisis de los determinantes y su interacción en diferentes niveles [determinación⁷]. No está referida exclusivamente a los temas de saneamiento, la provisión de agua, la disposición de residuos sólidos o aguas negras, o la contaminación ambiental: abarca aspectos del comportamiento y conducta humana que influyen en la salud, como los aspectos sociales dentro de los que se incluye la pobreza, el hacinamiento y tugurización, la desnutrición, el adecuado o inadecuado manejo de los recursos naturales, la contaminación e incluso temas como el etiquetado de productos comerciales como alimentos o de limpieza, por mencionar algunos, pasando por temas como la higiene laboral y la salud del trabajador alimenticios o de confort doméstico, pasando por aspectos de ergonomía y la seguridad laboral.

La región presenta contrastes en los temas relacionados con el ambiente y la Salud: Respecto al saneamiento básico la región ha presentado un aumento en el acceso a servicios alcanzando más del 80% de la población [Banco Mundial 2016].

En este marco y de conformidad a lo establecido en La Economía del cambio climático en Centroamérica: evidencias de las enfermedades sensibles al clima [CEPAL,2012], la información disponible sobre enfermedades sensibles al cambio climático en Centroamérica establece:

⁷ Según la Organización Mundial de la Salud, la Salud Ambiental es la disciplina que entrelaza los aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida y el bienestar social, con los factores ambientales, sean estos físicos, químicos, biológicos, sociales y psico-sociales. Analiza la influencia y el impacto del medio ambiente, del entorno sobre la salud de los individuos y las comunidades, tanto en el presente como en las generaciones futuras.

Mapa 4. Personas que utilizan servicios de saneamiento básico (% de la población) 2015.



Fuente: WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply, Sanitation and Hygiene (washdata.org).

- Es una región con una oferta hídrica por habitante que supera los requerimientos mínimos estimados (1.700 metros cúbicos por habitante al año), se mantienen los problemas de acceso para la población, especialmente la rural. Para el 2015 menos del 40% tiene acceso a agua considerada apta para consumo humano (WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme, 2016).
- La región tiene experiencia valiosa en investigación, tratamiento y prevención de enfermedades tropicales, incluidas las transmitidas por vectores. Los registros de dengue, por ejemplo, indican la existencia de zonas endémicas con patrón estacional, principalmente en centros urbanos, pero los estudios que asocian la enfermedad con variables climáticas son escasos;
- La malaria fue preocupación constante durante todo el siglo pasado, especialmente durante la construcción del Canal de Panamá. La región tiene un activo sistema de vigilancia de esta enfermedad. Esto se ha traducido en una tasa de mortalidad baja y en la atención eficaz a brotes en años específicos. También se cuenta con bastante información sobre la distribución de los vectores y su relación con la degradación ambiental;
- La enfermedad de Chagas se considera una enfermedad desatendida en la región. Aunque existen iniciativas locales e internacionales para controlarla, su registro es deficiente y se desconoce su asociación con patologías crónicas. A pesar de la promoción de la investigación

epidemiológica de esta enfermedad, los estudios que la relacionan con variables climáticas son escasos y están orientados a definir sus características de distribución, estacionalidad y hábitat del vector;

- La incidencia de las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA's), tiene una larga trayectoria en la región, principalmente porque es un padecimiento asociado a la pobreza, concentrado en población infantil. Aunque son varios los estudios que ayudan a comprender las variaciones estacionales de la enfermedad, no se cuenta con estudios que proyecten cambios de ocurrencia bajo diferentes escenarios de temperatura y precipitación;
- La seguridad alimentaria y nutricional, los episodios de estrés y ansiedad y las enfermedades de la piel después de eventos hidrometeorológicos han sido poco exploradas; la aparición de cuadros de deshidratación, golpes de calor o estrés por calor y diversas patologías cardiorrespiratorias relacionadas con la contaminación atmosférica y el incremento de la temperatura en grandes ciudades tampoco han sido estudiadas.

Así mismo el documento plantea una serie de recomendaciones entre las cuales se pueden mencionar: promover una iniciativa regional de apoyo a la investigación de cambio climático y salud, que coordine a los grupos de investigación consolidados en diversas disciplinas y establezca alianzas con diversos sectores; estandarizar enfoques y metodologías para realizar comparaciones adecuadas y llegar a una mejor comprensión de los resultados; analizar las implicaciones de los escenarios de temperatura y precipitación, y la evolución de la estructura demográfica de cada país en los estudios de clima y salud; ampliar en las comunicaciones nacionales los estudios sobre el impacto del cambio climático en la salud, considerando regiones ecológicas, hidrográficas, agrícolas y otras unidades de análisis relevantes, entre otras.

2.7.2. Contexto Centroamericano de adaptación sostenible e incluyente ante el Cambio Climático⁸



La Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (CMNUCC), ha evidenciado que Centroamérica “al ser un istmo estrecho entre dos continentes y entre los océanos Pacífico y Atlántico, Centroamérica tiene extensas costas con áreas de baja altura; es una región recurrentemente afectada por sequías, lluvias intensas, ciclones y el fenómeno El Niño-Oscilación Sur (ENOS); alberga bosques y ecosistemas de alta biodiversidad dentro de zonas montañosas, los cuales no sólo enfrentan degradación y extremos”.

⁸ En el Quinto Reporte del IPCC (AR5), se informó sobre un amplio rango de efectos climáticos en la región centroamericana, incluyendo alza de temperatura y del nivel del mar, eventos de blanqueamiento de corales, eventos extremos, atraso en el inicio de las lluvias y mayor irregularidad e intensidad de éstas.

Existen una serie de iniciativas nacionales y regionales que evidencian y dan seguimiento a tendencias en temperatura, tormentas tropicales, huracanes⁹, inundaciones y sequías en la región, entre éstas se destacan el Foro del Clima -foro regional de aplicación de pronósticos climáticos a la seguridad alimentaria y nutricional- la base de datos internacional de desastres¹⁰ [EMDAT, por sus siglas en inglés], y la red de sistemas de *alerta temprana* para casos de hambruna¹¹ [FEWSNET, por sus siglas en inglés]. Además, la Iniciativa de la Economía del Cambio Climático para Centroamérica [ECCCA] y otras han generado estimaciones de los impactos potenciales del cambio climático para la región en sectores como los recursos hídricos, la agricultura, la biodiversidad y los bosques y la hidroelectricidad, entre otros.

En Centroamérica, existe amplia evidencia de los impactos ocasionados por la variabilidad climática, la cual se define como la desviación de las pautas normales del clima o climatología en un lugar determinado. Esta variabilidad puede ocurrir en diversas escalas de tiempo, desde variabilidad intra-estacional hasta de varios años o décadas. La variabilidad del clima se asocia con fenómenos que producen impactos de importantes consecuencias y se ve exacerbada por el cambio climático. [MARN, INERV, 2017].

El estudio y análisis del impacto del cambio climático en la salud humana en los países de Centroamérica es limitado y relativamente reciente, entre los más destacables se puede mencionar *La Economía del cambio climático en Centroamérica: evidencias de las enfermedades sensibles al clima* [CEPAL,2012] el cual constata que son varios los países que han incursionado en los estudios de clima y salud, como Guatemala, Nicaragua, Panamá y El Salvador en dengue; Belice y Panamá en malaria y Guatemala y Belice en Chagas. Así mismo, se evidencia el valor agregado de las investigaciones desarrolladas en Costa Rica ya que además de tener adecuados sistema de información meteorológica y salud, sus comunicaciones nacionales reportan avances del análisis de la salud en relación con el cambio climático. Algunas proyecciones sugieren probables disminuciones de malaria en la temporada de transmisión en áreas donde se prevé un descenso de la precipitación. Para Nicaragua se estima un incremento de la incidencia de la enfermedad. En Guatemala se investigó el impacto potencial en infecciones respiratorias agudas [IRA´s], enfermedades diarreicas agudas [EDAS´s] y malaria, encontrando que podrían no seguir patrones estacionales tradicionales. Otro ejemplo es el sistema de alerta temprana del vector transmisor del dengue en Panamá el cual permite al sector salud dirigir su programa de control y otras actividades para reducir el número de casos.

⁹ Entre los más impactantes en la historia de la región centroamericana se puede mencionar el huracán Mitch el cual fue uno de los ciclones tropicales más poderosos y mortales con una velocidad máxima de vientos sostenidos de 290 km/h. Mitch pasó por América Central del 22 de octubre al 5 de noviembre en la temporada de huracanes en el Atlántico de 1998. Se informó que hubo 11 mil personas muertas y otras más desaparecidas. También causó miles de millones de dólares en pérdidas materiales.

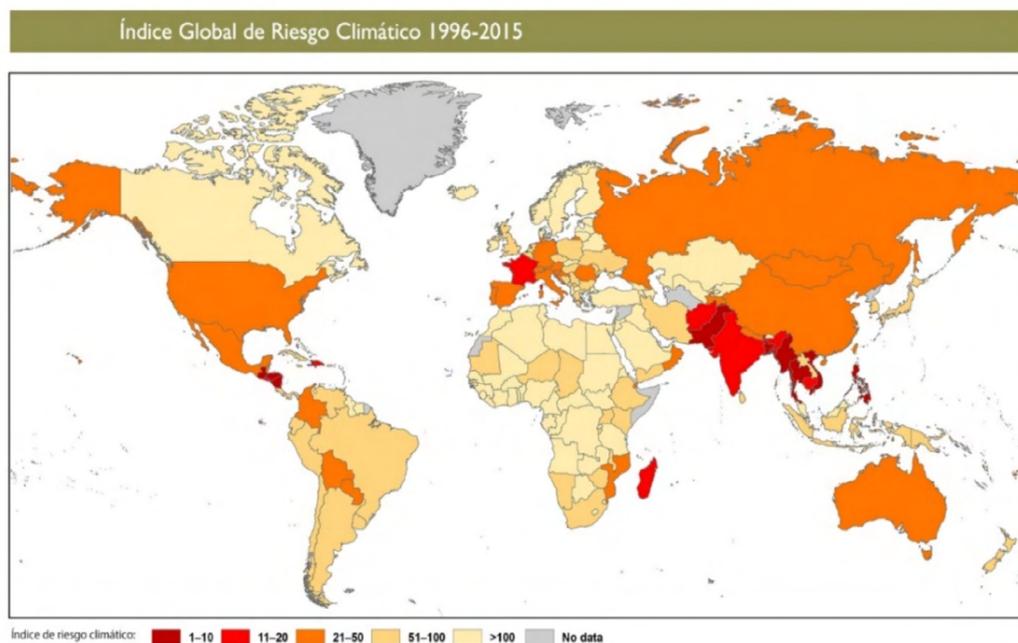
¹⁰International Disaster Database.

¹¹Famine Early Warning Systems Network.

En los últimos diez años, los Estados miembros del SICA han participado activamente en la creación de la institucionalidad en el marco de CMNUCC para la adaptación, para las pérdidas y daños asociadas al cambio climático, así como el Fondo Verde del Clima, insistiendo en el trato equitativo de la adaptación frente a la mitigación. Han generado propuestas innovadoras e integradoras, como el Enfoque de Paisajes, Mitigación basada en la Adaptación [MbA] para el Programa de las Naciones Unidas para la Reducción de Emisiones causadas por la Deforestación y la Degradación de los Bosques [Programa UN-REDD, por sus siglas en inglés]¹², la perspectiva del “rostro humano” al cambio climático y la alianza para la educación frente al cambio climático, la cual es liderada por la República Dominicana (CEPAL, 2017).

Asimismo, en el contexto de las negociaciones mundiales de Cambio Climático, la región SICA ha mostrado su voluntad política y compromiso regional en la Estrategia Regional de Cambio Climático [ERCC]; para actuar y salvaguardar el patrimonio regional, biodiversidad, multiculturalidad frente al desafío que supone el Cambio Climático y su impacto sobre la población, medios de vida, ecosistemas y producción de la región.

Mapa 5: Índice Global de Riesgo Climático 1996-2015

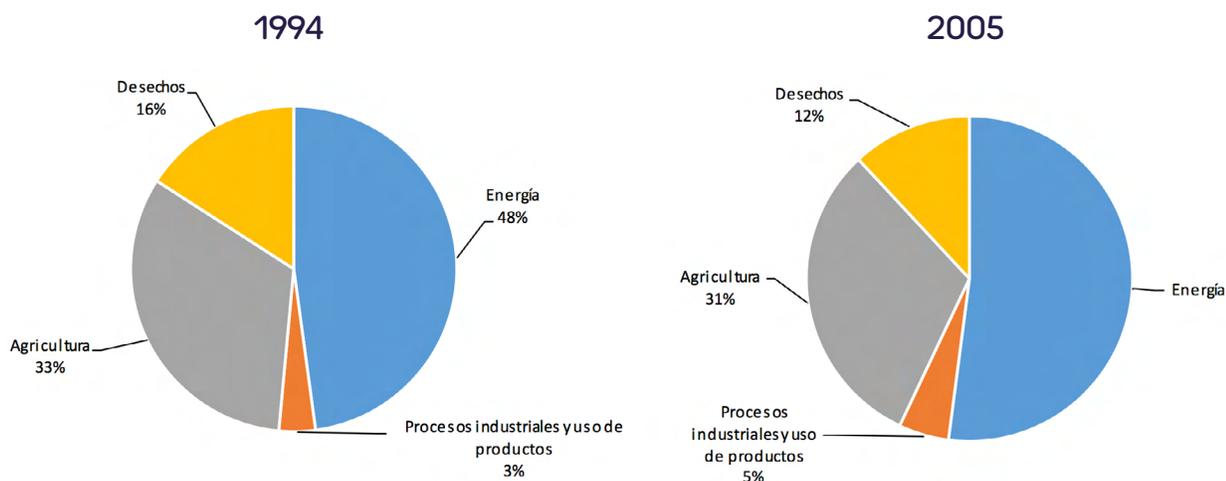


Fuente: Germanwatch y Munich Re NatCatSERVICE 2017

¹² REDD + representa los esfuerzos de los países para reducir las emisiones derivadas de la deforestación y la degradación de los bosques, y promover la conservación, la gestión sostenible de los bosques y el aumento de las reservas forestales de carbono. Fuente <https://www.forestcarbonpartnership.org/what-redd>

Los Estados miembros del SICA han insistido en la necesidad de lograr una reducción de las emisiones globales de Gases de Efecto Invernadero (GEI) consistentes con un límite de 1,5 °C en el alza de la temperatura global con respecto a la época preindustrial. De hecho, se evidencia que los países están contribuyendo a la reducción de emisiones de GEI en el marco de responsabilidades comunes pero diferenciadas, de sus capacidades y condiciones nacionales y de un apoyo internacional favorable y previsible, abarcando medios de implementación, como son financiamiento, desarrollo y transferencia de tecnología y fortalecimiento de capacidades. Siete¹³ de los ocho países del SICA han presentado sus Contribuciones nacionalmente determinadas (NDC, por su sigla en inglés), y todos incluyen elementos de adaptación como de mitigación).

Gráfico 2. Emisiones de GEI por sector sin emisiones de cambio de uso de suelo en Centroamérica y República Dominicana., 1994 y 2005.



Fuente: Comisión Económica para América Latina, 2018.

La Agenda de Desarrollo Sostenible 2030 impulsa, con sus metas interrelacionadas, la adaptación sostenible e incluyente con una transición a economías ambientalmente sostenibles y bajas en emisiones de GEI, evidenciando el vínculo entre la reducción de emisiones con la necesidad de evolucionar de forma urgente a patrones de producción y consumo cualitativamente más sostenibles. Debe ser enfatizado que la respuesta a los objetivos de la Agenda ODS 2030 requiere una mejora significativa de la coordinación entre sectores, instituciones y disciplinas, como lo puntualiza el ODS 17.

¹³ Nicaragua aún está en proceso.

2.7.3. Agua, saneamiento y necesidades básicas



- Los datos disponibles reflejan la existencia de brechas de acceso a estos servicios, en particular en aquellos países donde la pobreza por ingresos es más elevada.
- Más del 85% de la población en todos los países tiene acceso a fuentes mejoradas de agua potable. A pesar de este positivo avance, aún permanece una brecha por área geográfica.
- En las zonas urbanas el acceso supera el 95% mientras que en las zonas rurales difícilmente supera el 80% de la población.
- En el caso del acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento, las brechas son aún mayores. En los países más pobres de la región, 1 de cada 3 personas carece de dicho servicio. La falta de acceso a este servicio en las zonas rurales de la población llega a proporciones mayores al 40%.
- La falta de acceso a estos dos servicios se relaciona con la imposibilidad de superar la pobreza, así como también con un conjunto de enfermedades transmisibles que todavía son responsables por múltiples muertes en los países de la región.

2.7.4. Contaminación del aire



En Centroamérica y la República Dominicana, según datos de la OMS, los niveles de polución del aire medidos por los niveles de PM 2,5 microgramos por metro cúbico, muestran que todos los países de la región superan los valores

de PM 2,5 ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) de media anual fijados en las directrices establecidas por la OMS, dado que son todos superiores a $10\mu\text{g}/\text{m}^3$. Estos factores están asociados al aumento en el uso de combustibles fósiles, los procesos industriales y el aumento en la carga de micro particulados en el aire producto de la descertificación. De ahí que una de las grandes necesidades en cuanto a la calidad del aire es el abordaje intersectorial, incluyendo la generación de evidencia de impacto de la contaminación atmosférica en la población.

2.7.5. Vulnerabilidad y gestión de riesgos a desastres

De acuerdo con los datos del Estado de la Región de Centroamérica (ERCA) de 2014, en Centroamérica durante el período 2000-2012 se registraron 190 desastres naturales que dejaron como resultado, aproximadamente, cinco mil [5,000] muertes. Guatemala es el

país con más eventos naturales que se convirtieron en desastres [4 ocasiones], seguido de Nicaragua [3 casos]. El resto de los países solamente reportaron dos desastres cada uno. [ERCA, 2014; COMISCA, 2012]

En la historia reciente de Centroamérica, el huracán Mitch [1998] marcó un hito importante en relación con el Desarrollo Socioeconómico de la Región y con el abordaje conceptual de la Gestión del Riesgo de Desastres. Por sus consecuencias, a este fenómeno se le llamó el peor desastre del siglo en Centroamérica.

El huracán Mitch concentró en forma significativa la mayor cantidad de daños y pérdidas económicas en todos los sectores en la región, alcanzando un monto de alrededor de 6 mil millones de dólares americanos. A las pérdidas por Mitch, le siguen en importancia las producidas por el huracán Joan en 1988, con un valor acumulado de 1.412,7 millones de dólares americanos (10.4% del total perdido) y las producidas por la tormenta tropical Stan en 2005, que representaron 1,361 millones de dólares americanos, equivalentes al 10% de las pérdidas totales registradas. [CEPRENAC, Prevenir, 2018]

Resulta importante señalar que desde 2009 aproximadamente, los países de la región SICA han logrado avances importantes en materia de financiación para la gestión de riesgo a desastres, es decir más allá de la cooperación financiera no reembolsable [Cuadro 3]; en este sentido, el reto los retos son complejos ya que se debe velar por una correcta gestión técnica y financiera de los proyectos, para que estos incidan en un abordaje directo y significativo en la materia.

Cuadro 3. Financiamiento de la Región SICA en el marco de la gestión de riesgo a desastres

PAÍS	AÑO	MONTO [Millones de US\$]
Costa Rica	2009	65
Guatemala I	2009	85
El Salvador	2011	50
Panamá	2012	66
República Dominicana	2017	150
Guatemala II [en formulación]	2019	145

Fuente: Portafolio en gestión del riesgo de desastres para Latinoamérica y el Caribe, Banco Mundial, 2018.

A 20 años del Huracán Mitch, a nivel nacional, cada país cuenta con instituciones gubernamentales rectoras de la Gestión de Riesgos de Desastres, con marcos legales que fundamentan su trabajo y plataformas intersectoriales para la Gestión Integral de Riesgo de

Desastres. Entre estas se pueden mencionar: Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE), República de Costa Rica; Dirección General de Protección Civil, Prevención y Mitigación de Desastres, República de El Salvador; entre otras.

2.8. Respuesta de los Sistemas Nacionales de Salud en Centroamérica y República Dominicana

La región de Latinoamérica tiene importantes desafíos para mejorar el acceso, calidad, gobernanza, y financiamiento de sus sistemas nacionales de salud. Para enfrentar estos retos los países han evolucionado en tres direcciones principales: algunos han optado por cambios en la gobernanza de la oferta, otros por arreglos institucionales de aseguramiento, y unos más por modalidades mixtas. Los países de CA y RD experimentan retos similares, por lo que vienen implementando procesos de reforma que tienen niveles variados de avance y que incluyen estrategias tales como la descentralización, la separación de funciones, y la participación de proveedores no estatales.

El 53° Consejo Directivo de OPS/OMS de 2014 aprobó la Estrategia para el Acceso Universal a la salud y la Cobertura Universal de Salud¹⁴, que definió cuatro líneas estratégicas que se enuncian a continuación: 1) Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades; 2) Fortalecer la rectoría y la gobernanza; 3) Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios; y 4) Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud. Estas líneas estratégicas conglomeran los aspectos fundamentales de respuesta de un sistema nacional de salud y su análisis permitirá valorar el nivel de avance hacia la salud universal en los países de Centroamérica y República Dominicana.

El presente análisis de la respuesta de los sistemas nacionales de salud no busca resumir la situación del SNS de cada uno de los ocho países de CA y RD, sino identificar las tendencias desde una perspectiva regional, utilizando datos de los países únicamente para evidenciarlas.

¹⁴ En la Resolución CD53.R14 se insta a los Estados Miembros a tomar acción, teniendo en cuenta su contexto y prioridades nacionales, por lo cual todos los países se comprometen a elaborar la hoja de ruta para la implementación de la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. En virtud de ello, en el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana se consideró como uno de sus objetivos estratégicos "Fortalecer el acceso universal a la salud y la cobertura universal en salud en el marco de la garantía del derecho a la salud", cuyo resultado esperado es Fortalecidos los sistemas de salud para la implementación de las estrategias para el acceso universal y cobertura universal en salud y se monitorea su cumplimiento por medio del porcentaje de países que han cumplido al menos el 70% de la Hoja de Ruta de la Estrategia para el Acceso Universal y Cobertura Universal en Salud (AUCUS).

2.8.1. Aspectos generales

Los países de CA y RD conocen las características de los sistemas de salud eficaces y se han nutrido de las experiencias de países dentro y fuera de la Región de las Américas. Sin embargo, poner en práctica estrategias que permitan mejorar el acceso y la cobertura universal es aún un reto para la mayoría de los países. En CA y RD **persiste la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud**, que se perpetúan por la falta de capacidad regulatoria y la falta de integración a nivel de la prestación de los servicios. Incluso países que se han caracterizado por sus logros en la salud pública consideran que existe un debilitamiento de la rectoría del Ministerio de Salud, entre otras razones, debido a problemas de organización, seguimiento y evaluación, separación inconclusa de funciones y débil coordinación con los otros actores del sistema. De hecho, los países en su mayoría reconocen en su marco legal el derecho a la salud, pero no todos lo garantizan de manera explícita.

En este marco, los países de CA y RD se enfrentan a grandes desafíos para avanzar hacia el acceso y la cobertura universal de salud entre los cuales se pueden señalar: progreso significativo en la historia reciente; compromiso político en respuesta a necesidades en salud; grandes brechas de inequidad en los resultados de salud; nuevos patrones epidemiológicos y demográficos; barreras de acceso y grupos excluidos; déficit del financiamiento de salud e ineficiencias; debilidad de la acción intersectorial para abordar DSS; debilidad de la rectoría del sector; falta de calidad e integralidad; segmentación y fragmentación en los sistemas de salud.

2.8.2. Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades.

El logro del acceso y cobertura universal muestra un variado nivel de avance en CA y RD. Sin embargo, persisten grupos de población sin ninguna cobertura y cada vez es mayor la cobertura de salud por parte de proveedores privados, con paquetes básicos a grupos poblacionales focalizados. El aseguramiento de la población a una entidad pública o privada es bajo en la mayoría de los países.

Así mismo, todos los países han optado por un modelo de atención basado en APS, que incluye los aspectos clave para la prestación oportuna y de calidad, por nivel de complejidad. Sin embargo, los modelos de atención no siempre responden a las necesidades y expectativas de la población, ya que presentan limitaciones de equidad, calidad y oportunidad. La mayoría de los países han adoptado la incorporación de equipos de salud familiar en el primer nivel de atención.

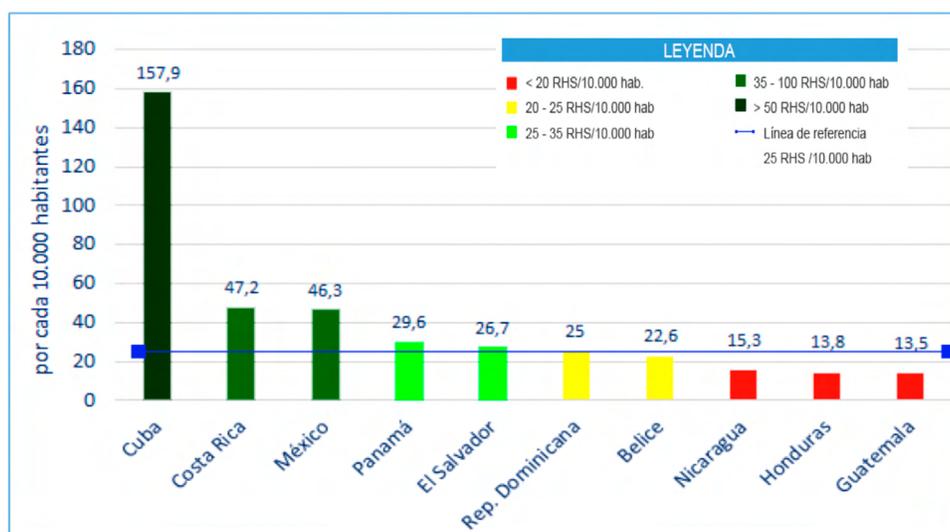
Los países de CA y RD buscan conformar Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), como una estrategia para fortalecer la provisión de servicios de salud integrales, integrados, oportunos, de calidad y calidez. La inversión en establecimientos de salud se ha dado con

más o menor fuerza en CA y RD. En El Salvador, de 2009 a 2017 se construyeron, ampliaron o remodelaron 401 establecimientos de salud y en 2018 el país aprobó un préstamo de USD 170 millones del BID para construir nuevos hospitales públicos. En República Dominicana se construyó Ciudad de la Salud, un complejo sanitario que consta de cuatro hospitales de diferentes especialidades y en Panamá se construyeron cinco hospitales y 20 centros de atención primaria en salud innovadora entre 2010-2015.

El recurso humano en salud de CA y RD es aún insuficiente y la brecha de personal sanitario se profundiza más en zonas rurales y marginales. La mayoría de los países se sitúa por debajo de la tasa de 25 médicos y enfermeras por diez mil habitantes (Gráfico 3), considerada como meta en 2015. La formación no responde a los modelos de atención basados en APS y son menos los profesionales sanitarios que optan por carreras relacionadas con la atención primaria, como medicina familiar, optando por especialidades que dan más réditos económicos y prestigio. Algunos países están incorporando la APS como eje transversal en la formación de carreras de salud. Apenas 16.5% de las carreras de medicina están acreditadas en CA y RD, lo que implica una dispersión de temas curriculares, tiempos de formación y serios desafíos para alcanzar la calidad en la formación de nuevos profesionales.

CA y RD han optado por equipos de atención primaria de salud para ampliar la cobertura y acceso especialmente en zonas vulnerables, como es el caso de los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) en Costa Rica, los Equipos de Salud Familiar en Honduras, los Equipos Comunitarios de Salud de El Salvador. Estos equipos están conformados en su mayoría por médico, enfermera y promotor de salud.

Gráfico 3. Disponibilidad de Médicos y Enfermeras por cada 10.000 habitantes, Año 2015.



Fuente: Indicadores básicos de la OPS: Situación de Salud en las Américas, 2016. Nota: Los datos se refieren a profesionales médicos y enfermeras. No se consideró la categoría ocupacional "parteras" para garantizar la comparabilidad entre países. Las enfermeras certificadas no incluyen personal auxiliar y sin licencia.

En América Latina y el Caribe, un número creciente de países ha adoptado planes explícitos de beneficios para cubrir a toda la población o a grupos prioritarios con planes de alcance integral o limitado. En Centroamérica, varios países han optado por conjuntos amplios de prestaciones garantizadas de salud, como ejercicio explícito del cumplimiento del derecho a la salud presente en los marcos legales nacionales, pero que en muchos casos quedan como simples enunciados. Los avances en el tema son variados en CA y RD. Desde 2013, Honduras viene trabajando en su conjunto garantizado de prestaciones de salud con el apoyo de la OPS/OMS, incluyendo un primer ejercicio de costeo, y para el 2017 contaba con una versión en espera de aprobación.

El principal desafío en el desarrollo de planes de beneficios/conjuntos de prestaciones es el compromiso de recursos públicos suficientes y la sostenibilidad de la inversión. Otro desafío para CA y RD es contar con el talento humano con las competencias para elaborar, priorizar y costear un conjunto de prestaciones. A nivel político, el desafío es “defender la legitimidad de no financiar la prestación de algunas tecnologías disponibles”, o que las decisiones de inclusión o no de prestaciones en el listado dependan de sectores externos al de salud [i.e. ministerios de economía y hacienda] donde priman criterios netamente económicos y no los sanitarios.

2.8.3. Fortalecer la rectoría y la gobernanza.

Los países de CA y RD reconocen la importancia de la **rectoría y gobernanza de la autoridad sanitaria nacional** en la construcción de sistemas de salud resilientes y buscan fortalecerla a través de diferentes estrategias, que incluyen el desarrollo de un marco legal sanitario, cambios y adaptaciones del modelo de sistema nacional de salud, la separación de funciones, entre otros. Con todos los esfuerzos realizados, la rectoría y gobernanza en CA y RD continúa siendo débil. En todos los países de CA y RD la rectoría del sistema reposa en los ministerios de salud, aunque en varios países otras entidades han asumido algunas de las funciones rectoras. La presencia de entidades que asumen funciones rectoras podría contribuir a la fragmentación y debilitamiento de las autoridades sanitarias nacionales.

Los países de CA y RD vienen realizando un importante esfuerzo por elaborar o reformar el marco legal sanitario y la política pública en salud para fortalecer los sistemas de salud, aprobando leyes específicas como la Ley Marco de Protección Social en Honduras, el anteproyecto de Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud en El Salvador. En estos marcos legales sanitarios en CA y RD se incorporan los siguientes elementos: el derecho a la salud, la separación de funciones, el fortalecimiento del modelo de atención, redes integradas de servicios y de atención primaria, al igual que proponen la creación de nuevas entidades de regulación, control y supervisión.

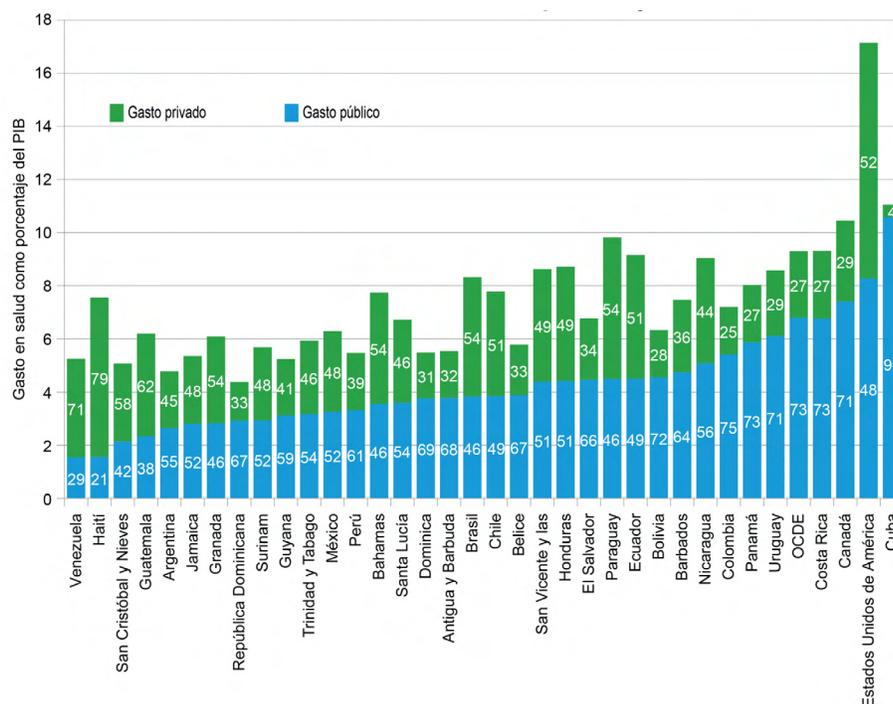
2.8.4. Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios.

La insuficiencia de financiamiento, la ineficiencia en la asignación y el uso de los recursos disponibles para la atención de la salud representan retos importantes para el avance hacia la equidad y la protección financiera en CA y RD. La OPS/OMS recomienda una inversión pública de 6% del PIB para el financiamiento de la salud, porcentaje que permite avanzar en el acceso y la cobertura universal de la salud. La mayoría de los países experimentaron recortes del gasto público en salud, alcanzando en algunos los más bajos en América Latina.

Por otro lado, se evidencia un incremento del gasto privado en salud, especialmente a expensas del gasto directo, que se encuentra por encima del 20% del gasto total en salud en la mayoría de los países de CA y RD.

Cabe mencionar que los gobiernos de la región invirtieron en salud, en promedio durante 2005-2014, el 4.0% de su producción. Es importante destacar que, en América Latina, durante el periodo en análisis, destina en salud el 7.3% del PIB, lo que evidencia que, en CA y RD, el gasto en salud se encuentra por debajo del promedio latinoamericano. Esto es indicativo de que la inversión en salud no se ha tomado como elemento imperativo para encaminar al desarrollo humano.

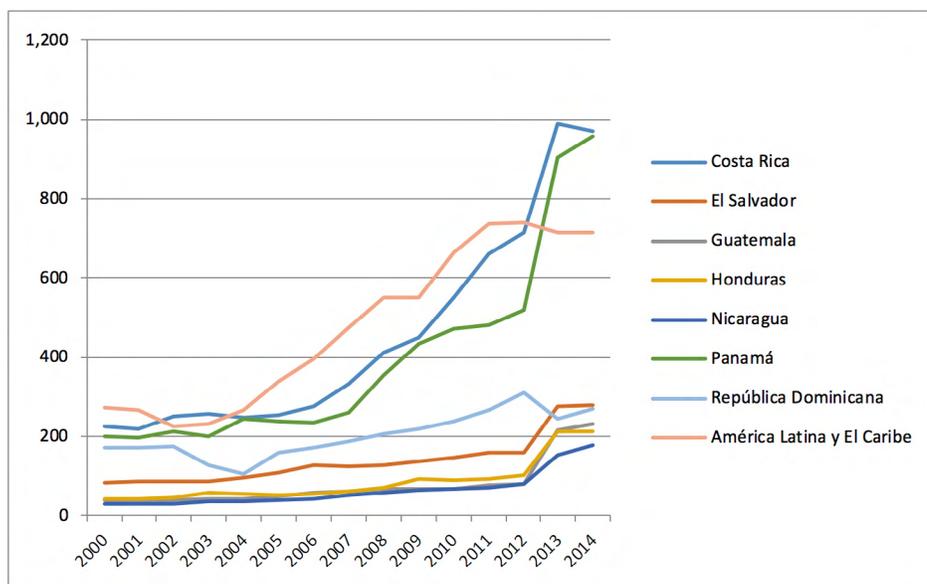
Gráfico 4. Gasto Público en salud como porcentaje del PIB, 2016.



Fuente: OMS, Global Health Expenditure Database. Consultada en junio del 2016.

Los países de la región presentan cargas tributarias relativamente bajas, con algunas excepciones, lo cual restringe las posibilidades de inversión en política social. A ello se agrega que el gasto de bolsillo representa cargas inequitativas para las poblaciones de algunos países. [PSCARD 2016-2020, p. 10].

Gráfico 5. Inversión en salud por persona (dólares per cápita) en CA y RD



Fuente: OPS/OMS. Salud en las Américas, 2017.

De tal manera que, resulta importante realizar un diagnóstico de los retos de financiamiento para el acceso y la cobertura universal de salud en los países de la Región de CA y RD; incluyendo análisis de:

- Asignación de rentas sustitutivas para reemplazar en forma planificada la reducción del gasto de bolsillo para aumentar la protección financiera;
- Mecanismos de incorporación de la población sin permiso de residencia y trabajadores informales;
- Asignación de recursos y definición de mecanismos de financiamiento en función de las necesidades para garantizar la homogeneidad de atención a toda la población

Así mismo, se requiere producción de información económica en salud; incluyendo:

- Institucionalización de la producción de cuentas de salud.
- Definición de costos de la cartera de servicios, homologación de estos con criterios de calidad y adopción de una metodología estandarizada de cálculo de costos de producción de servicios.
- Evaluación de la eficiencia, vinculado al alcance de resultados e impacto en salud.

2.9. Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar la determinación social y los determinantes de la salud.

De acuerdo con la OMS, los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. A ellos se suman los determinantes ambientales, los cuales enmarcan las condiciones ambientales y los factores físicos como, por ejemplo, la calidad del aire y del agua, o los factores en el entorno creado por el hombre como la calidad y seguridad de donde vive, su lugar de trabajo, la comunidad en la cual se desarrolla también son fuertes influencias en la determinación de la salud. Los determinantes de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. Un enfoque que permita actuar en el marco de los determinantes de la salud facilita realizar intervenciones que contribuyan a disminuir las inequidades sanitarias en todos los niveles.

En CA y RD, los determinantes sociales y ambientales, la promoción de la Intersectorialidad y la búsqueda de mayores niveles de equidad y la garantía del derecho a la salud forman parte de las prioridades marcadas en las Estrategias de Cooperación en el ámbito nacional, actualmente en vigencia. En CA y RD existen disparidades en cuanto al trabajo que se realiza para fortalecer la coordinación intersectorial para el abordaje de los determinantes de la salud, sin embargo, hay ejercicios sumamente valiosos en varios países de CA y RD. De ahí que el marco legal ha contribuido a fortalecer la intersectorialidad para abordar los determinantes de la salud en algunos países.

Figura 6. La ECS y su Enfoque Integral de Coordinación Intersectorial



Fuente: Elaboración propia.

3. Alianzas para el Desarrollo

3.1. Sistema de la Integración Centroamericana [SICA]



El proceso de la integración centroamericana es un esfuerzo de carácter político de cada uno de los países miembros del Sistema de la Integración Centroamericana [SICA]. Éste dio inicio formalmente en el año de 1951, con la suscripción de la carta de San Salvador, la cual fundó la Organización de Estados Centroamericanos [ODECA]. Posteriormente en 1960, se firmó el Tratado General de Integración Económica Centroamericana, instrumento jurídico que instituyó el denominado Mercado Común Centroamericano [MCCA]. Y en 1991, se firmó el Protocolo de Tegucigalpa a la Carta de la Organización de Estados Centroamericanos [denominado Protocolo de Tegucigalpa], el cual funda al SICA como “el marco institucional de la Integración Regional de Centroamérica”. [SICA, 2011, p. 19].

El Sistema de la Integración Centroamericana [SICA], de conformidad a lo establecido en el artículo 3 del Protocolo de Tegucigalpa a la Carta de la Organización de Estados Centroamericanos, tiene como objetivo fundamental la realización de la integración de Centroamérica, para constituir la como Región de Paz, Libertad, Democracia y Desarrollo.

Se trata de una integración multidimensional en donde cada sector del proceso -delimitado según el Protocolo de Tegucigalpa- como: económico, político, social, cultural-educativo y medioambiental, tienen igual nivel de importancia y en cada uno de ellos hay avances significativos, así como grandes desafíos y oportunidades. En este sentido, los propósitos que deben trabajarse son amplios, pero en el marco de la presente estrategia, se pueden resaltar dos:

- Lograr un sistema regional de bienestar y justicia económica y social para los pueblos centroamericanos.
- Promover, en forma armónica y equilibrada, el desarrollo sostenido económico, social, cultural y político de los Estados miembros y de la región en su conjunto. [SG-SICA, 2011, p.20]

Para lograr estos propósitos, los Estados se han comprometido a buscar el equilibrio macroeconómico y la estabilidad interna y externa de sus economías, mediante la aplicación de políticas macroeconómicas congruentes y convergentes, ajustándose en todo momento a los principios de legalidad, consenso, gradualidad, flexibilidad, transparencia, reciprocidad, solidaridad, globalidad, simultaneidad y complementariedad. Así mismo se promueve el respeto a la vida en todas sus manifestaciones y el reconocimiento del desarrollo social como un derecho universal; además resulta vital el concepto de la persona humana, como centro y sujeto del desarrollo, lo cual demanda una visión integral y articulada entre los diversos aspectos de este, de manera que se potencie el desarrollo social sostenible.

El 12 de octubre de 1994, los Presidentes de las Repúblicas de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y el Representante del Primer Ministro de Belice, reunidos en la Cumbre Ecológica Centroamericana para el Desarrollo Sostenible, celebrada en Managua, Nicaragua, firmaron la Alianza para el Desarrollo Sostenible (ALIDES), la cual se define como una “iniciativa de políticas, programas y acciones a corto, mediano y largo plazo que delinea un cambio de esquema de desarrollo, de nuestras actitudes individuales y colectivas, de las políticas y acciones locales, nacionales, y regionales hacia la sostenibilidad política, económica, social, cultural y ambiental de las sociedades”.

De hecho, la ALIDES establece: “Desarrollo sostenible es un proceso de cambio progresivo en la calidad de vida del ser humano, que lo coloca como centro y sujeto primordial del desarrollo, por medio del crecimiento económico con equidad social y la transformación de los métodos de producción y de los patrones de consumo y que se sustenta en el equilibrio ecológico y el soporte vital de la región”. Por ello, este instrumento se presenta como un precedente relevante a la Agenda de Desarrollo 2030 y ODS y establece un marco de complementariedad idóneo para la región de los países miembros del SICA.



Por lo anterior, entre los mayores retos en el marco de la integración centroamericana está el de trascender a esquemas de trabajo colaborativos y fomentar el trabajo interinstitucional e intersectorial. Los fundamentos para el trabajo entre diversos órganos e instituciones del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) están plasmados en los principales instrumentos jurídicos del Sistema y se ha fundamentado en el Protocolo de Tegucigalpa.

3.1.1. Relanzamiento de la Integración Centroamericana.

La reunión de presidentes es el máximo órgano de decisión del SICA, establecido en el Protocolo de Tegucigalpa a la Carta de la Organización de Estados Centroamericanos (ODECA), correspondiéndole particularmente definir y dirigir la política del SICA y fortalecer la identidad regional dentro de la dinámica de la consolidación de una región unida, sustentada en el marco jurídico fundamental y complementario del SICA.

En el marco de la Cumbre Extraordinaria de los y las Jefes de Estado y de Gobierno de los países del SICA, celebrada el 20 de julio de 2010, los Jefes de Estado y de Gobierno acordaron relanzar el proceso de integración regional mediante la priorización de acciones en cinco pilares: 1. Seguridad Democrática; 2. Prevención y mitigación de los desastres naturales y de los efectos del cambio climático; 3. Integración social; 4. Integración económica; y 5. Fortalecimiento de la institucionalidad regional.

Por lo anterior, la OPS ha venido trabajando con el SICA, promoviendo iniciativas con los diversos socios de la cooperación internacional y dando respuesta a las demandas y orientaciones de los diversos Consejos de Ministros del área de la integración social,

económica y medio ambiental con perspectiva de prevención y mitigación de los desastres naturales, en el marco de un enfoque que comprenda los determinantes sociales de la salud. En este sentido, la ECS pretende articular el trabajo que se ha venido realizando con la institucionalidad del SICA.

3.1.2. Subsistema de la Integración Social

El Artículo 2 del Tratado de Integración Social (TISCA), suscrito en 1995 establece que “la integración social pondrá en ejecución una serie de políticas, mecanismos y procedimientos que, bajo el principio de mutua cooperación y apoyo solidario, garantice tanto el acceso de toda la población a los servicios básicos, como el desarrollo de todo el potencial de los hombres y mujeres centroamericanos, sobre la base de la superación de los factores estructurales de la pobreza, que afecta a un alto porcentaje de la población de la región centroamericana”. [SG-SICA, 2011, p.1159]

En la actualidad, el Subsistema de la Integración Social Centroamericana, está integrado por tres Secretarías Técnicas y tres Instituciones especializadas. En carácter de Secretarías se encuentran: la Secretaría de la Integración Social Centroamericana (SISCA); la Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamericana y República Dominicana (SE-COMISCA) y la Secretaría Técnica de la Mujer del Consejo de Ministras de la Mujer de Centroamérica y República Dominicana (STM-COMMCA); la Secretaría Ejecutiva de la Coordinación Educativa y Cultural (CECC/SICA) y la Secretaría General del Consejo Superior Universitario (SG-CSUCA). Entre las instituciones especializadas se destacan: el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP); el Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP) y el Foro Centroamericano y República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento (FOCARD-APS).

El Subsistema de la Integración Social Centroamericana, ha iniciado en los últimos años un proceso de coordinación y sinergia de trabajo en el cual la SISCA, desempeña un rol articulador, -en su carácter de instancia coordinadora del pilar social. En este sentido, se están realizando esfuerzos para que las acciones que se lleven a cabo en el marco del Subsistema Social, se coordinen de manera conjunta y que, conduzcan a la identificación de sinergias y acciones complementarias, por medio de la implementación de la Agenda Regional sobre Protección Social e Inclusión Productiva (ARIPSIP) 2018-2030, como un instrumento que permita desarrollar estrategias intersectoriales que fortalezcan las capacidades de los Estados miembros del SICA para incrementar la protección social e inclusión productiva de las presentes y futuras generaciones

Entre los Consejos de Ministros que integran este Subsistema se encuentran: Consejo de Ministros de Integración Social (CIS); Consejo de Ministros de Salud de Centroamericana y República Dominicana (COMISCA); Consejo de Ministras de la Mujer de Centroamérica y República Dominicana (COMMCA); entre otros.

3.1.2.1. Consejos de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana [COMISCA]



El Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) constituye el Órgano del SICA integrado por los Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana a quienes les compete analizar y decidir sobre los ámbitos relacionados con el sector salud regional en el marco de la integración centroamericana.

El COMISCA dispone de su **Secretaría Ejecutiva [SE-COMISCA]** como instancia ejecutiva técnica permanente que representa la institucionalidad del COMISCA en el SICA, teniendo como principal objetivo cumplir las decisiones del Consejo y coordinar las actividades que permita el buen desarrollo del proceso de la integración regional en el área de la salud. Se instauró el 10 de septiembre de 2007 tiene como visión “ser la instancia regional clave en la articulación intersectorial, en el marco de la determinación social de la salud, mediante la gestión del conocimiento y de la cooperación para el desarrollo sostenible de la región”.

Actualmente el COMISCA, a través de su Secretaría Ejecutiva ha impulsado un “Nuevo pensamiento regional de Salud Pública” que se plantea como el entramado conceptual, metodológico y administrativo para el actuar a nivel del Sector Salud en CA y RD, que conlleva a la interpretación del proceso salud-enfermedad a partir de la Determinación Social de la Salud.

3.1.3. Subsistema Ambiental¹⁵

En el marco de la Cumbre Presidencial realizada en San Isidro Coronado, Costa Rica, los días 10, 11 y 12 de diciembre de 1989, los presidentes de Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Costa Rica firmaron el Convenio Centroamericano para la Protección del Ambiente y el Convenio Constitutivo de la Comisión Centroamericana de Ambiente y Desarrollo [CCAD]. El Convenio fue ratificado y entró en vigor el 14 de junio de 1990. Por medio del Convenio, los Estados Contratantes establecieron un régimen regional de cooperación para la utilización óptima y racional de los recursos naturales del área, el control de la contaminación, y el restablecimiento del equilibrio ecológico, para garantizar una mejor calidad de vida a la población del istmo centroamericano.

¹⁵ El Art. 8 del Protocolo de Tegucigalpa hace referencia al funcionamiento de la estructura institucional del SICA, la cual deberá garantizar el desarrollo, equilibrado y armónico, de los sectores económico, social, cultural y político. Por ello, algunos autores cuestionan la existencia del subsistema de medio ambiente: En la presente ECS se considera como sector y prioridad estratégica del SICA.

Entre los principales objetivos del mismo se encuentran: valorizar y proteger el Patrimonio Natural de la Región, caracterizado por su alta diversidad biológica y eco-sistemática; establecer la colaboración entre los países centroamericanos en la búsqueda y adopción de estilos de desarrollo sostenible, con la participación de todas las instancias concernidas por el desarrollo; promover la acción coordinada de las entidades gubernamentales, no gubernamentales e internacionales para la utilización óptima y racional de los recursos naturales del área, el control de la contaminación, y el restablecimiento del equilibrio ecológico, entre otros aspectos.

El trabajo de este subsistema se coordina por la Coordinación Centroamericana de Ambiente y Desarrollo, [CCAD] y su principal vínculo lo tiene con las instituciones: el Foro Centroamericano y República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento [FOCARD-APS]; el Comité Regional de Recursos Hidráulicos [CRRH]; y el Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en América Central [CEPREDENAC].

3.1.3.1. Consejo de Ministros de la Comisión Centroamericana de Ambiente y Desarrollo [CCAD]



Este Consejo de Ministros constituye el órgano responsable de la agenda ambiental regional y su objetivo principal consiste en contribuir al desarrollo sostenible de la región Centroamericana,

fortaleciendo el régimen de cooperación e integración para la gestión ambiental.

El Consejo dispone de la Secretaría Ejecutiva de la CCAD, la cual fue creada el 12 de diciembre de 1989 y tiene como mandato ejecutar los acuerdos del Consejo de Ministros en Materia de Medio Ambiente y Recursos Naturales de cada Estado miembro, propone y elabora los planes estratégicos, evalúa y da seguimiento a los proyectos regionales ejecutados directamente por la Comisión, o bajo el marco de su agenda regional.

3.1.4. Subsistema de la Integración Económica Centroamericana

El Artículo 3 del Protocolo al Tratado General de Integración Económica Centroamericana – suscrito en 1993 y conocido como Protocolo de Guatemala – establece que el objetivo básico del Subsistema de Integración Económica, es alcanzar el desarrollo económico, social, equitativo y sostenible de los países centroamericanos, que se traduzca en el bienestar de sus pueblos y el crecimiento de todos los países miembros, mediante un proceso que permitirá la transformación y modernización de sus estructuras productivas, sociales y tecnológicas, eleve la competitividad y logre una reinserción eficiente y dinámica de Centroamérica en la economía internacional.

En la actualidad, el Subsistema de la Integración Económica, está integrado por cinco [5] Secretarías¹⁶ Técnicas y trece [13] Instituciones especializadas¹⁷. Este subsistema ha desarrollado un fuerte mecanismo de coordinación y seguimiento a través de la Secretaría de Integración Económica Centroamericana [SIECA].

3.1.4.1. Consejo de Ministros de Integración Económica [COMIECO]



El Consejo de Ministros de Integración Económica [COMIECO], tiene la competencia de "ejecutar las decisiones de la Reunión de Presidentes en materia de integración económica e impulsar la política económica integracionista en la región" [SG-SICA, 2011, p. 22]

Así mismo y como se establece en el Art. 13 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de los Consejos de Ministros de Integración Económica, intersectorial de ministros de integración económica y sectorial de ministros de integración económica, le corresponde al COMIECO: la formulación de propuestas de políticas generales y directrices fundamentales del Subsistema, con la finalidad de alcanzar el desarrollo económico y social equitativo y sostenible de los países centroamericanos; la coordinación, armonización, convergencia o unificación de políticas económicas de los Estados Parte del Protocolo de Guatemala; la formulación de un sistema de financiamiento autónomo para los órganos e instituciones del Subsistema de Integración Económica, entre otros.

Para la ejecución y cumplimiento de las resoluciones del Consejo, el COMIECO cuenta con la Secretaría de Integración Económica Centroamericana [SIECA] la cual a su vez coordina el Subsistema de la Integración Económica.

¹⁶ En carácter de Secretarías se encuentran: Secretaría de Integración Económica Centroamericana [SIECA], que es Secretaría del Consejo de Ministros de Integración Económica [COMIECO] y del Consejo Sectorial de Ministros de Transporte, Infraestructura y Logística [COMITRAN]; Secretaría de Integración Turística Centroamericana [SITCA]; Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Hacienda o Finanzas de Centroamérica, Panamá y República Dominicana [SE-COSEFIN]; Secretaría Ejecutiva del Consejo Agropecuario Centroamericano [SE-CAC] y la Secretaría Ejecutiva del Consejo Monetario Centroamericano [SE-CMCA].

¹⁷ Mientras que las Instituciones especializadas son: El Banco Centroamericano de Integración Económica [BCIE]; la Comisión de Ciencia y Tecnología de Centroamérica [CCTE]; el Comité de Cooperación de Hidrocarburos de América Central [CCHAC]; el Consejo de Electrificación para América Central [CEAC]; el Centro Regional para la Promoción de la Micro, Pequeña y Mediana Empresa Centroamericana [CENPROMYPE]; la Comisión Centroamericana de Transporte Marítimo [COCATRAM], la Comisión Técnica Regional de Telecomunicaciones [COMTELCA], el Consejo Centroamericano de Protección al Consumidor [CONCADECO], el Consejo Registral Inmobiliario de Centroamérica y Panamá [CRICAP], la Comisión Regional de Interconexión Eléctrica [CRIE], el Ente Operador Regional [EOR], el Instituto Centroamericano de Administración Pública [ICAP] y, la Organización del Sector Pesquero y Acuícola de Centroamérica [OSPESCA].

3.2. Colaboración con el Proyecto Integración y Desarrollo de Mesoamérica



El Proyecto de Integración y Desarrollo de Mesoamérica “Proyecto Mesoamérica”, fue lanzado oficialmente por los Presidentes y Jefes de Estado y de Gobierno de México, Centroamérica y Colombia, el 28 de junio de 2008 en el marco de la X Cumbre del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla¹⁸, celebrada en Villahermosa, México, como resultado de un proceso de reestructuración institucional y destacando la “importancia de avanzar en la convergencia de los diversos foros y mecanismos de integración que existen en América Latina y el Caribe, y manifestando su plena disposición para promover, en el marco del proceso de renovación del Plan Puebla Panamá, la cooperación y la comunicación con otras instancias de integración, así como la eventual participación de nuevos miembros, que manifiesten su interés en participar, conforme a los procedimientos establecidos y que estén dispuestos a fortalecer esta instancia de integración regional” (Acta de Institucionalización, Julio 2009).

El Proyecto Mesoamérica pretende potenciar la complementariedad y la cooperación entre Belice, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá y República Dominicana a fin de ampliar y mejorar sus capacidades y de hacer efectiva la instrumentación de proyectos que redunden en beneficios concretos en materia de infraestructura, interconectividad y desarrollo social.

El Proyecto Mesoamérica cuenta con dos ejes de trabajo: a) Eje Económico, en el cual se abordan las temáticas de transporte, facilitación comercial y competitividad, energía y telecomunicaciones b) Eje Social: cuyas principales áreas son salud, medio ambiente, gestión del riesgo, vivienda, seguridad.

3.3. Colaboración con el Sistema de las Naciones Unidas

Las Naciones Unidas (ONU), es una organización intergubernamental establecida el 24 de octubre de 1945 para promover la cooperación internacional. Fue fundada para reemplazar a la Liga de las Naciones después de la Segunda Guerra Mundial y para evitar otro tipo de conflicto. En sus inicios contaba con 51 Estados Miembros y en la actualidad existen 193.

Los objetivos de las Naciones Unidas son: mantener la paz mundial; mejorar las condiciones de vida de personas de todo el mundo; y, hacer un mejor mundo para vivir.

Entre las principales instancias del Sistema de la ONU con las cuales OPS/OMS posee alianzas y busca su fortalecimiento en el marco de la Estrategia se pueden mencionar:

¹⁸En este sentido el antecedente del Proyecto Mesoamérica se remonta al año 2001, surgiendo en el marco del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, foro de diálogo político impulsado permanentemente por México y Centroamérica, el cual se ha ampliado con la incorporación de República Dominicana y Colombia.

Cuadro 4. Principales Alianzas OPS/OMS en el marco del Sistema de Naciones Unidas

La Comisión Económica para América Latina (CEPAL)	Es una de las cinco comisiones económicas establecidas por Naciones Unidas para analizar en otras tantas regiones, el origen y la naturaleza de los problemas socioeconómicos que las afectan.
La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)	Tiene como objetivo lograr la seguridad alimentaria para todos y todas y, al mismo tiempo garantizar el acceso regular a alimentos suficientes y de buena calidad para llevar una vida activa y sana.
El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)	Tiene como objetivo garantizar el cumplimiento de los derechos de la infancia.
La Organización Internacional del Trabajo (OIT)	Se funda en 1919 y reúne a los gobiernos, empleadores y trabajadores de 187 Estados Miembros, a fin de establecer las normas del trabajo, formular políticas y elaborar programas promoviendo el trabajo decente de todos los hombres y mujeres.
La Organización Internacional para las Migraciones (OIM)	Trabaja para ayudar a enfrentar los crecientes desafíos que plantea la gestión de la migración a nivel operativo; fomentar la comprensión de las cuestiones migratorias; alentar el desarrollo social y económico a través de la migración; velar por el respeto de la dignidad humana y el bienestar de los migrantes.
El Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA)	Es el organismo creado en junio de 1972 para atender los problemas ambientales y proporcionar liderazgo y promoción de los esfuerzos conjuntos para el cuidado del medio ambiente, alentando, informando y capacitando a las naciones y a los pueblos para que mejoren su vida sin comprometer la de las futuras generaciones.
El Programa Mundial de Alimentos (PMA)	Fue fundado en 1961 para la asistencia alimentaria del Sistema de las Naciones Unidas y su misión es salvar vidas y medios de subsistencia y mejorar la nutrición, seguridad alimentaria y autosuficiencia de las personas más pobres y vulnerables del mundo.
El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA)	Fue creado en 1996, para coordinar las actividades de los distintos organismos especializados de la ONU en su lucha contra el sida. Lidera el esfuerzo mundial para erradicar la epidemia de sida como amenaza para la salud pública para 2030.

Fuente: Elaboración propia.

3.4. Otros Socios Estratégicos

La presente estrategia busca de igual manera fortalecer el trabajo regional con:

- Sociedad Civil de la región de Centroamérica y República Dominicana.
- La Academia, Universidades y Centros de Investigación.
- Centros de Pensamiento con visión Regional.
- Organizaciones de Mujeres, Comunidades Indígenas, Afrodescendientes, Jóvenes, Adulto mayor.
- Movimiento Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales (LGBTI).
- Asociaciones de la empresa privada.

4. Examen de la cooperación de la OPS/OMS en el marco de la Estrategia de Cooperación en Salud para Centroamérica y República Dominicana precedente.

A partir de la conformación en 1951 de la Organización de Estados Centroamericanos (ODECA), transformada en 1991 en el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), la OPS/OMS ha venido cooperando en la definición e implementación de la agenda de salud para los países miembros del SICA. Así en 1956 se registra la participación y cooperación de la OPS en las reuniones de Ministros de Salud, denominada **Reunión de Ministros de Salud de Centroamérica y Panamá**, (REMCAP), promoviendo el trabajo intersectorial, desde dicha fecha, la OPS abogó por la incorporación de las Instituciones de Seguridad Social y la participación de otros delegados de las Instituciones de Agua y Saneamiento, constituyéndose así la **Reunión del Sector Salud de Centroamérica y Panamá** (RESSCAP) luego RESSCAD ante la incorporación de República Dominicana), la OPS fungió como Secretaría Técnica de dicha Reunión. A partir de su creación en 1985 y hasta su transformación en el Foro Intersectorial Regional para la Salud de Centroamérica y República Dominicana en el 2016, por decisión del COMISCA, en su XLVI Reunión en diciembre de 2017, aprueba sus Normas Generales de Funcionamiento e instruye a que sea coordinado por la SE-COMISCA con el liderazgo de la correspondiente Presidencia Pro Tempore del COMISCA¹⁹.

La trayectoria y cooperación técnica de la OPS/OMS con la región de los Estados miembros del SICA ha sido muy dinámica y constante, de hecho, fue capaz de superar períodos de crisis y conflictos así, la OPS/OMS se mantuvo presente durante el período de guerra en Centroamérica y contribuyó al mejor entendimiento entre los países y eventualmente al

¹⁹ El Foro Intersectorial Regional para la Salud se un espacio de análisis y formulación de propuestas técnicas que son de insumo para el análisis de decisión política y estratégica en el seno de los Consejos de Ministros del SICA y particularmente del COMISCA.

retorno de la paz en CA y RD. En 1984 los países de Centroamérica y la OPS, como parte de la iniciativa Salud Puente para la Paz, firmaron el **Primer Plan de Necesidades Prioritarias de Salud de Centroamérica y Panamá** [PPS/CAP] en el cual se identificaron siete áreas prioritarias: fortalecimiento de los Servicios de Salud, medicamentos esenciales, recursos humanos, alimentación y nutrición, enfermedades tropicales, medio ambiente y salud, y supervivencia infantil.

La OPS/OMS se vincula formalmente con el SICA a través del Acuerdo de Relaciones de Cooperación firmado en 1995 con su Secretaría General [SG-SICA]. Este instrumento estableció los términos de cooperación entre ambas instancias y una serie de mecanismos de cooperación y consulta, incluyendo la cooperación con los órganos e instituciones de cada una de ellas [i.e., las secretarías e instituciones especializadas que funcionan en el ámbito de todo el SICA]. Estos mecanismos incluyen la firma de convenios específicos para el desarrollo de actividades conjuntas, la oportunidad de conformar comisiones mixtas para estudiar temas de interés común, y el intercambio de información sobre estos asuntos.

Entre los actos administrativos desarrollados de manera reciente se puede señalar que, en septiembre del 2017, la OPS/OMS y el COMISCA formalizaron sus relaciones a través de la firma de un acuerdo de cooperación con el objeto de, establecer los términos y condiciones bajo los cuales el COMISCA y la OPS/OMS coordinarán acciones y cooperarán para ejecutar actividades y proyectos dirigidos al cumplimiento de los objetivos comunes de las Partes y a mejorar las condiciones de salud de la población de CA y RD.

Así mismo y con el fin de fortalecer la implementación del **Programa de Trabajo Subregional para Centroamérica**, adicional a su cooperación directa y estrecha con el COMISCA y su Secretaría Ejecutiva, la OPS/OMS, mantiene cooperación con la Secretaría de Integración Turística [SITCA]; la Secretaría de Educación y Cultura [CECC-SICA]; la Coordinación Centroamericana de Ambiente y Desarrollo [CCAD]; con la Secretaría Técnica de la Mujer del Consejo de Ministras de la Mujer de Centroamérica y República Dominicana [STM-COMMCA]; con el Consejo de Instituciones de la Seguridad Social [CISSCAD]; con el Foro Centroamericano de Agua Potable y Saneamiento [FOCARD-APS]; con el Consejo Superior de Universidades de Centroamérica [CSUCA]; el Parlamento Centroamericano [PARLACEN], el Centro Regional para la Prevención de los Desastres en América Central y República Dominicana [CEPREDENAC], entre otras.

La CT de la OPS/OMS con la región de los países miembros del SICA fue reconocida funcional, programática y presupuestariamente a través de la Política Regional de Presupuesto de la Organización aprobada por el Consejo Directivo de la OPS en el 2005 y posteriormente ratificada en la subsecuente Política Regional de Presupuesto del 2012.

De igual manera, resulta importante señalar que, partiendo de los lineamientos generales emitidos por los Cuerpos Directivos de la Organización se han implementado seis Programas de Trabajo Bienales [PTBs] a partir del establecimiento del nivel subregional como entidad

de programa-presupuesto. Los componentes programáticos de cada uno de ellos se han definido en base a las prioridades expresadas en los marcos de planificación estratégica de la OPS/OMS que coinciden con las prioridades expresadas en los marcos de planificación de los órganos e instituciones del SICA con funciones o mandatos orientados a mejorar la salud, el bienestar y el medio ambiente de los Estados Miembros del SICA.

CA y RD constituyen una subregión²⁰ para OPS/OMS, que en sus inicios apoyó la elaboración 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 CT de la OPS ha jugado un papel importante en la preparación de estos instrumentos estratégicos.

Actualmente, el marco político y estratégico de la región lo constituyen la Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2019-2030 y, el Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2016-2020.

Como parte del proceso de consolidación del sector salud de la región SICA, el COMISCA crea la Secretaría Ejecutiva del COMISCA (SE-COMISCA), el 10 de septiembre de 2007. Estableciéndose como la instancia ejecutiva y técnica permanente que fortalece la función rectora del COMISCA. La SE-COMISCA se ha fortalecido estructural y funcionalmente, posibilitando el avance de los temas de salud en el proceso de integración centroamericana.

De tal manera que la OPS/OMS ha logrado contribuir en la formulación de una serie de instrumentos técnicos regionales, el fortalecimiento de la institucionalidad en materia de salud entre otros aspectos.

No obstante, conforme los Estados Miembros incrementalmente cooperan entre sí a través de los procesos subregionales de integración y otras entidades fuera de los procesos de integración tradicionales, la OPS/OMS debe desarrollar e implementar estrategias y mecanismos para continuar su cooperación técnica estratégicamente. De ahí la necesidad y razón de ser de la presente ECS.

²⁰ La OPS/OMS cuenta con tres programas de cooperación subregional: Caribe (14 países y territorios), Suramérica (12 países) y Centroamérica República Dominicana (8 países)

CAPÍTULO 3. DEFINICIÓN DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE COOPERACIÓN DEL PROGRAMA SUBREGIONAL PARA CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA DE LA OPS/OMS

El programa estratégico consiste en un conjunto de prioridades estratégicas y ámbitos de actuación establecidos con miras a brindar la cooperación de la OPS en la región del SICA para apoyar las políticas, estrategias y planes subregionales de salud. El programa es plenamente compatible con los ODS relacionados con la salud, y se basa en el análisis llevado a cabo en el capítulo 2. Este programa se ha definido en conjunto con las más altas instancias de los mecanismos de integración regional y con los asociados, en particular, con otros organismos de las Naciones Unidas, y se acuerda a través de un proceso de consulta.

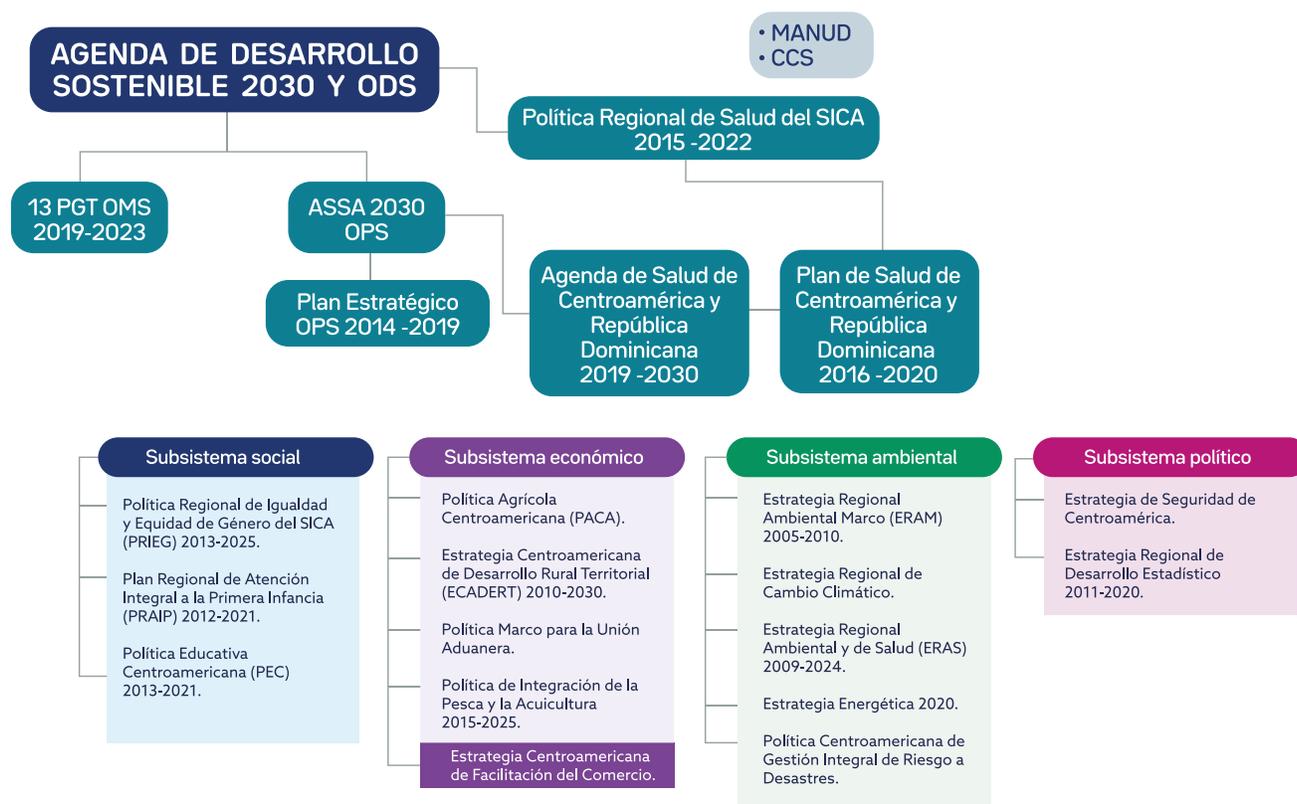
Las prioridades estratégicas de la ECS constituyen las prioridades a medio plazo de la cooperación prestada por la OPS para Centroamérica y República Dominicana y en las que la Organización concentrará la cooperación técnica a lo largo del ciclo de la ECS. Cada prioridad estratégica contribuye a satisfacer al menos una prioridad de las políticas, estrategias y planes regionales de salud, así como las metas de los ODS relacionadas con la salud establecidas y la contribución en la generación de bienes regionales comunitarios, entre otros. Las prioridades estratégicas deben reflejar la finalidad de la cooperación técnica de la Organización y todas tienen la misma importancia. La responsabilidad del logro de cada prioridad estratégica incumbe conjuntamente a los mecanismos de integración y a la OMS.

Los ámbitos de actuación de la ECS son las áreas en las que se plasmarán los logros previstos que es necesario alcanzar para alcanzar una prioridad estratégica de la ECS. El listado de temas a incluir debe ser resultado del análisis previo del cruce de prioridades globales, regionales y subregionales incluyendo principalmente:

- El Plan Estratégico de OPS/OMS (todas las áreas programáticas del Plan Estratégico Vigente para las categorías 1 al 5),
- El Programa General de Trabajo de OMS,
- La Agenda de Salud Sostenible de las Américas 2030
- la Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2019-2030
- El Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana, 2016-2020
- La Política Regional de Salud del SICA 2015-2022.
- La Agenda Regional Intersectorial sobre Protección Social e Inclusión Productiva [ARIPSIP] 2018-2030.
- Cuatro Pilares del Pensamiento Regional en Salud del COMISCA 2018.

También se analizarán los documentos de otros sectores de interés en la región y que pudieran aportar a la salud de los centroamericanos desde un enfoque intersectorial. En la Figura 7 se ilustra el modo en que los ODS, las políticas, estrategias y planes de salud, y otros elementos contribuyeron a la formulación del programa estratégico.

Figura 7. Marco Estratégico de Planificación para la ECS para CA y RD.



Fuente: Elaboración propia.

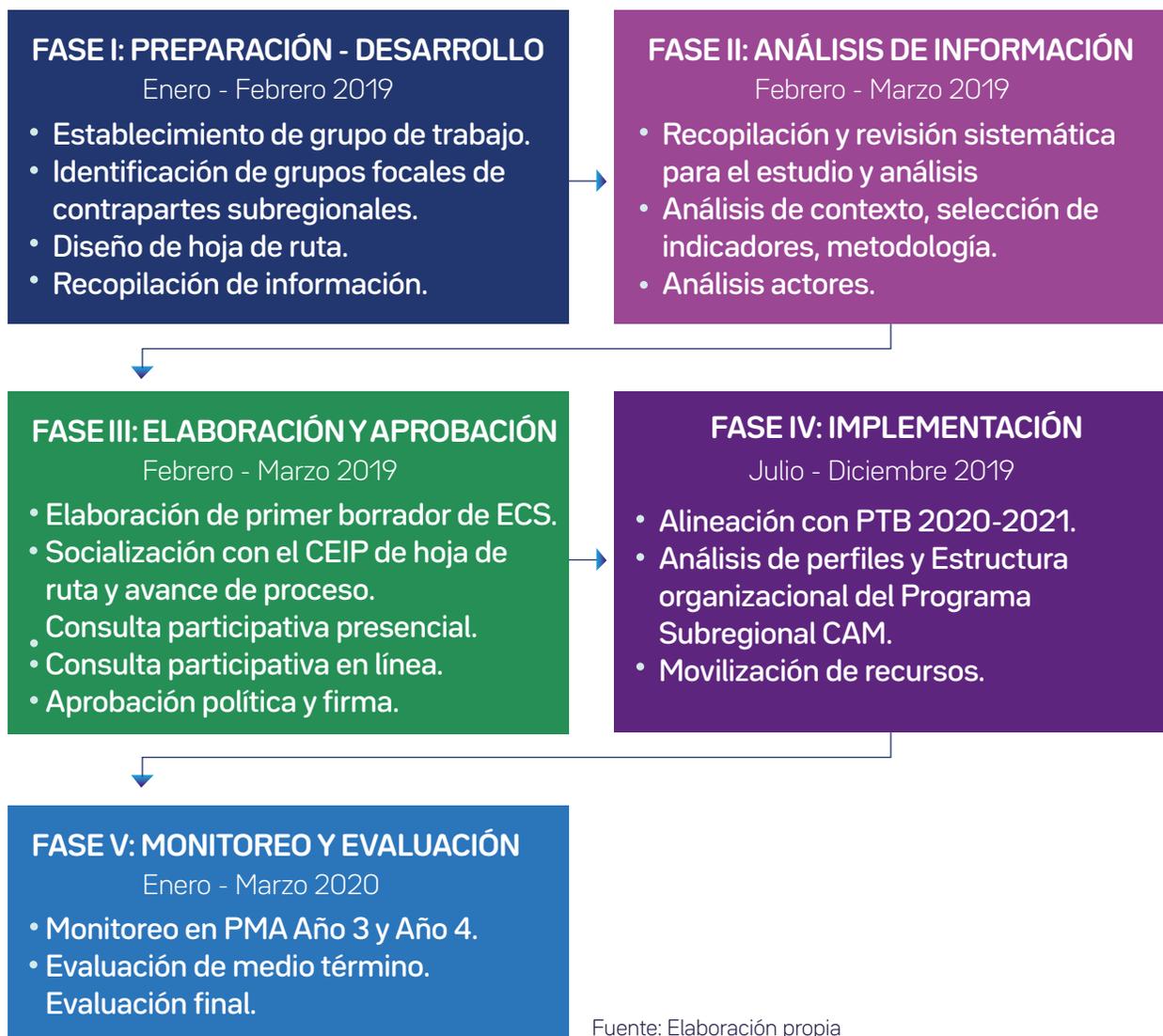
3.1. Metodología para el desarrollo de la consulta con actores claves.

La elaboración de la ECS comprendió un proceso de construcción integral y participativo para el cual se identificaron cinco fases: Preparación y Desarrollo; Análisis de información; Elaboración y aprobación; Implementación y Monitoreo y evaluación.

La Figura 9 contempla las principales acciones realizadas en cada etapa y dentro de éstas se destaca la etapa de consulta participativa²¹ desarrollada en la Fase III, la cual consistió en un ejercicio de selección de prioridades y ámbitos para su inclusión efectiva en la ECS. Las prioridades estratégicas fueron establecidas después de finalizado el análisis del contexto en CA y RD y de las políticas/planes/estrategias de desarrollo y salud elaboradas en el ámbito de CA y RD, con los miembros del Grupo de trabajo de la ECS y el CEIP.

²¹ La consulta participativa se desarrolló el 26 de febrero de 2019 en San Salvador, El Salvador y contó con la presencia de autoridades importantes entre las cuales se puede mencionar: así como la Ingeniera Ana Treasure, Coordinadora de la Coordinación de Países y Subregiones de la OPS/OMS; el Dr. Juan Manuel Sotelo, Coordinador [a.i.] del Programa de Cooperación Subregional para Centroamérica [CAM] de la OPS; el Dr. Guillermo Solís, Secretario Ejecutivo del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana; el Dr. Werner Vargas, Director Ejecutivo de la Secretaría General del Sistema de la Integración Centroamericano. De igual manera se contó con la participación de más de cincuenta personas de la institucionalidad regional: Grupo de trabajo para la ECS [OPS/OMS y SE-COMISCA], Representantes de OPS/OMS provenientes de algunos de los países de la subregión, actores claves y socios estratégicos de la cooperación internacional al desarrollo invitados; Sociedad civil y grupos más vulnerables en la región [indígenas, afrodescendientes, entre otros]; miembros seleccionados del Comité Ejecutivo para la Implementación del Plan de Salud [CEIP], entre otros.

Figura 8: Proceso de Desarrollo de la ECS



De igual manera se contrastaron los resultados de la consulta en línea y ello condujo al establecimiento de las prioridades estratégicas y ámbitos de actuación de mayor incidencia política-estratégica e impacto en el largo plazo.

Fundamentalmente el instrumento realizado para el desarrollo de la consulta presencial segmentó a los participantes en grupos y a cada uno se le asignó la prioridad estratégica específica en función a la naturaleza y carácter de la institución a la cual pertenece; por ello, las preguntas se fraccionaron en el marco de los ámbitos de actuación de cada una de las prioridades específicas. Así las preguntas clave analizadas por el grupo de trabajo fueron las siguientes: a) ¿Hay algún ámbito de actuación no identificado en la que considera fundamental la cooperación de OPS/OMS?; b) En el marco de sus competencias cómo puede su institución contribuir a la implementación del ámbito de actuación?

Una vez se ha finalizado con las preguntas abiertas, los grupos procedieron con las preguntas claves que cuentan con ponderación, éstas fueron:

- c)** ¿Considera que los ámbitos de actuación propuestos son relevantes para el contexto y necesidades, según lo expresado en los Planes, resoluciones y acuerdos de la OPS/OMS y de los mecanismos de integración centroamericana? [Muy relevante: 3, Relevante: 2; Poco relevante: 1].
- d)** En qué ámbito de actuación debería la OPS/OMS enfocar su cooperación? [Muy relevante: 3, Relevante: 2; Poco relevante: 1].
- e)** ¿Contribuye a la gestión intersectorial e interinstitucional? Muy relevante: 3, Relevante: 2; Poco relevante: 1].

El nivel de **relevancia del ámbito de actuación** radica en el valor agregado que la temática brinda en CA y RD, asociada por tanto a la importancia o trascendencia institucional que la misma reviste, y que contribuye para el bien común en CA y RD. Al momento de valorar la relevancia se consideraron las siguientes variables:

1. Capacidad de incidir en el ámbito de la salud en CA y RD.
2. Vinculación con la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030 y los ODS.
3. Institucionalidad regional encargada para su implementación.
4. Agenda de Salud Sostenible para las Américas & Agenda de Salud de CA y RD.
5. Incidencia en la mejora de la cobertura y acceso de salud universal.

El **enfoque integral de la cooperación** esperado es aquél capaz de incidir en el desarrollo sostenible e incluyente de la CA y RD y, por tanto, se debe velar por acciones de impacto en el largo plazo en donde se logre la eficacia y eficiencia en la gestión y uso de recursos. Las variables ponderadas fueron:

1. Armonización con políticas, proyectos, planes;
2. Alineación.
3. Impacto en la salud.
4. Indicadores para análisis y toma de decisión.
5. Rendición de cuentas y transparencia.

La **gestión intersectorial e interinstitucional** considerada es aquella capaz de incidir en la implementación de políticas públicas regionales, que formen parte del Sistema de Naciones Unidas, el SICA y otros procesos de integración. Las variables ponderadas fueron:

1. Articulación de acciones intersectoriales.
2. Dinamización y retroalimentación del trabajo con los Consejos Intersectoriales de Ministros/as.
3. Negociación política en salud.
4. Desempeño de las comisiones técnicas.

Así mismo se realizó la consulta digital a 56²² actores claves identificados en el marco de tres prioridades específicas: P1 “Mejora de la gobernanza y fortalecimiento del desempeño de la rectoría del sector salud a nivel de Centroamérica y República Dominicana en el marco de la protección social hacia la salud universal”; P4: “Centroamérica y República Dominicana resilientes ante emergencias de salud pública”; P5: “Gestión del conocimiento para la vigilancia en salud, la inteligencia sanitaria, la investigación y tecnología para Centroamérica y República Dominicana ya que los resultados del trabajo presencial en las prioridades P2 y P3 fueron sustantivos y suficientes para la propuesta.

3.2. Consolidación de objetivos y ámbitos de actuación pertinentes a las funciones básicas de la Organización.

Los objetivos y ámbitos propuestos fueron revisados, agrupando objetivos similares, verificando su pertinencia de acuerdo con las funciones básicas de la Organización, corroborando la contribución de los objetivos propuestos al logro de la prioridad y tratando de obtener un consenso para seleccionar hasta tres objetivos por prioridad.

Tabla 4. Prioridades Estratégicas, ámbitos de actuación y acciones complementarias para la ECS en CA y RD

PRIORIDAD ESTRATÉGICA	ÁMBITO DE ACTUACIÓN	ACCIONES COMPLEMENTARIAS
P1: Mejora de la gobernanza y fortalecimiento del desempeño del Sector Salud a nivel de Centroamérica y República Dominicana en el marco de la protección social hacia la Salud Universal	Fortalecidos y armonizados los mecanismos de rectoría, incluyendo la regulación sanitaria orientada a favorecer el acceso y uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias de carácter estratégico para la atención en salud con equidad.	Fortalecimiento de la gestión administrativa de la red hospitalaria.
		Apoyo en el diseño, aprobación e implementación de la Estrategia y Plan de Acción de Promoción de la Salud.
	Fortalecido el liderazgo del COMISCA como la entidad rectora en salud, su vinculación con los diferentes órganos e instancias del SICA y con los respectivos mecanismos de coordinación, para una mayor incidencia en la regulación sanitaria en el marco del derecho comunitario y potenciar el trabajo intersectorial en Centroamérica y República Dominicana.	Desarrollo e implementación de iniciativas intergubernamentales que ayuden a coordinar lo regional con lo nacional.
Promoción de presupuesto por resultados en materia de salud.		

²² Así mismo se contó con la participación y asesoría del Comité Ejecutivo para la Implementación del Plan de Salud y miembros de las Comisiones Técnicas Regionales. El período de la consulta digital comprendió del 13 al 21 de marzo de 2019.

PRIORIDAD ESTRATÉGICA	ÁMBITO DE ACTUACIÓN	ACCIONES COMPLEMENTARIAS
	<p>Promovida la coordinación interinstitucional, política y técnica para la provisión solidaria de servicios de salud de calidad y para la universalización de la salud, incluyendo la seguridad social a poblaciones en situación de vulnerabilidad incluyendo poblaciones (indígenas y afrodescendientes, poblaciones transfronterizas, trabajadores, personas migrantes, retornadas y sus familias).</p>	<p>Apoyo para incidir en la celeridad del cumplimiento de las resoluciones del COMISCA.</p>
<p>P2: Gestión integral y desarrollo del recurso humano para la salud</p>	<p>Promovido el desarrollo de marcos normativos incluyendo lineamientos básicos de Carrera Sanitaria y la Estrategia Regional de Gestión de Recursos Humanos a través de una agenda conjunta y orientada a la integración de Centroamérica y República Dominicana.</p>	<p>Impulsar procesos de innovación, armonización e integración regional de los sistemas de educación pública de la región del SICA.</p>
<p>P3: Conducción de esfuerzos colaborativos e intersectoriales en pro de la salud, la seguridad humana y el bienestar desde la determinación social de la salud, para no dejar a nadie atrás.</p>	<p>Promovida la gestión integral y desarrollo de recursos humanos para la innovación y homologación de programas de formación en salud, acreditación de carreras, así como los programas de capacitación en servicio de salud pública que se correspondan con las necesidades de la región de Centroamérica y República Dominicana.</p>	<p>Desarrollo de planes de estudios armonizados para innovar el proceso de enseñanza aprendizaje de Centroamérica y República Dominicana.</p>
		<p>Desarrollo de alianzas estratégicas entre las instituciones formadoras y la institucionalidad que integra el sistema de salud a fin de promover y vincular el modelo de atención con los planes de formación.</p>
		<p>Diseño de Programas y Estrategias que velen por los derechos de las personas y garantizar un ambiente seguro, productos seguros y de calidad.</p>
		<p>Promoción de la economía preventiva para la protección y el desarrollo sostenible de la región SICA.</p>

PRIORIDAD ESTRATÉGICA	ÁMBITO DE ACTUACIÓN	ACCIONES COMPLEMENTARIAS
	<p>Impulsadas las estrategias e iniciativas que incidan sobre las condiciones ambientales y sociales de la determinación, así como factores de riesgo de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, violencia y salud mental, cambio climático, contaminación ambiental y riesgos laborales desde un abordaje intersectorial</p>	<p>Contemplar el desarrollo de alianzas con sectores claves a fin de promover el enfoque de intersectorialidad y la promoción de políticas transversales.</p> <p>Desarrollo de un plan regional sobre enfermedades desatendidas y que considere poblaciones y sectores vulnerables y excluidos (migrantes, población afrodescendiente, entre otros)</p> <p>Incluir los impactos ambientales en el abordaje de temas prioritarios a la cooperación Regional: Protección y el uso sostenible de la diversidad biológica y los recursos naturales, Cambio Climático, Acceso a agua segura, Enfermedades Tropicales desatendidas, Enfermedades transmitidas por vectores, Enfermedades no Transmisibles y Determinación de la Salud.</p>
<p>P4: Centroamérica y República Dominicana resilientes ante emergencias de salud pública.</p>	<p>Incrementadas las capacidades en Centroamérica y República Dominicana, para implementar medidas intersectoriales de adaptación y mitigación al cambio climático, que reduzcan su impacto en salud.</p>	<p>Promoción de medidas de mitigación y gestión del riesgo en salud que integra todo lo relativo a las acciones que se anticipan, dan respuesta y rehabilitan en materia de salud.</p>

PRIORIDAD ESTRATÉGICA	ÁMBITO DE ACTUACIÓN	ACCIONES COMPLEMENTARIAS
	Fortalecidas las capacidades básicas desde el nivel regional para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional.	<p>Crear instrumentos y metodologías para la reducción de la vulnerabilidad y aumento de la capacidad de adaptación al cambio climático.</p>
		<p>Promoción del trabajo sectorial e intersectorial dentro del marco de la Estrategia Regional Ambiental Marco (ERAM), la Estrategia Regional de Cambio Climático (ERCC), la Política Centroamericana de Gestión Integral del Riesgo (PCGIR) y demás instrumentos de política y estrategias del SICA correspondientes al subsistema ambiental.</p>
	Fortalecidas las capacidades en Centroamérica y República Dominicana para la gestión integral de riesgo y desastres ambientales ante emergencias de salud pública.	<p>Transversalizar el enfoque de mitigación y adaptación al cambio climático y la gestión integral del riesgo en todas las políticas y planes nacionales de los países miembros del SICA, para asegurar la protección de la vida de la población de la región y de sus bienes públicos y privados.</p>
	<p>Identificación y análisis de zonas vulnerables en cuanto a nivel socioeconómico, educativo, acceso a la información y comprensión de datos, acceso a rutas y diseño de la estrategia para atender las zonas vulnerables ante el cambio climático, rutas de migrantes, entre otras.</p>	

PRIORIDAD ESTRATÉGICA	ÁMBITO DE ACTUACIÓN	ACCIONES COMPLEMENTARIAS
		<p>Apoyo en el diseño, aprobación e implementación de la Propuesta Marco de respuesta Multiamenaza del sector salud en Centroamérica y República Dominicana, así como en la reemisión de información sobre alertas de emergencias por parte de OPS/OMS al COMISCA, a través de la SE-COMISCA.</p> <p>Priorización de acciones de prevención, mitigación y respuesta en el área de la salud pública.</p>
<p>P5: Gestión del conocimiento para la vigilancia en salud, la inteligencia sanitaria, la investigación y tecnología para Centroamérica y República Dominicana.</p>	<p>Promovido el desarrollo de plataformas y sistemas de información para la inteligencia sanitaria y la toma de decisiones basadas en evidencia</p>	<p>Vinculados centros de excelencia a través de redes para el análisis y formulación de documentos de referencia que apoyen las acciones estratégicas para la integración en salud, en Centroamérica y República Dominicana.</p>
	<p>Promovido el desarrollo de plataformas y sistemas de información para la inteligencia sanitaria y la toma de decisiones basadas en evidencia</p>	<p>Formación del recurso humano en epidemiología y otras áreas de interés para la región SICA.</p>
	<p>Promovida la investigación en salud y la incorporación de ciencia, tecnología e innovación, para avanzar en los temas priorizados en la región SICA.</p>	<p>Diseño e implementación de colaboraciones conjuntas en los ámbitos de acción seleccionados, especialmente investigaciones de alto impacto regional.</p>
		<p>Desarrollo de mecanismo para la coordinación de la gestión del conocimiento a nivel local y nacional, es decir a fin de promover un modelo integral y complementario con lo regional.</p>

Fuente: Elaboración propia en base a resultados de consultas y entrevistas claves.

Tabla 5: Alineamiento, Armonización y Coherencia de las Prioridades Estratégicas y Ámbitos de Actuación

PRIORIDAD ESTRATÉGICA	ÁMBITO DE ACTUACIÓN	VINCULACIÓN CON PLAN ESTRATÉGICO DE OPS 2014-2019	VINCULACIÓN CON AGENDA DE SALUD DE CA Y RD 2019-2030	VINCULACIÓN CON AGENDA DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y ODS	SOCIOS CLAVES
Mejora de la gobernanza y fortalecimiento del desempeño del Sector Salud a nivel de Centroamérica y República Dominicana en el marco de la protección social hacia la Salud Universal	Fortalecido el liderazgo del COMISCA como la entidad rectora en salud, su vinculación con los diferentes órganos e instancias del SICA y con los respectivos mecanismos de coordinación, para una mayor incidencia en la regulación sanitaria en el marco del derecho comunitario y potenciar el trabajo intersectorial en Centroamérica y República Dominicana.	6.1. Mayor coherencia en la salud regional, con la OPS/OMS desempeñando un papel destacado en la habilitación de los muchos actores diferentes para contribuir eficazmente a la salud de todas las personas en las Américas.	4.1.1. Fortalecimiento de la capacidad rectora y la gobernanza de la salud a nivel regional.	3.d Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.	*SG-SICA: Secretaría General del SICA*COMISCA: Consejo Sectorial de Ministros de Salud de CA y RD*CE-SICA: Comité Ejecutivo del SICA*CC-SICA: Comité Consultivo del SICA*SE-COMISCA: Secretaría Ejecutiva del COMISCA*CEIP: Comité Ejecutivo para la Implementación del Plan de Salud de CA y RD.
		5.5. Todos los países responden adecuadamente a las amenazas y emergencias con consecuencias para la salud pública.	4.1.2 Fomentar la intersectorialidad e Inter institucionalidad para generar bienes públicos regionales	3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.	*Consejos Sectoriales de Ministros del SICA
	Fortalecidos y armonizados los mecanismos de rectoría, incluyendo la regulación sanitaria orientada a favorecer el acceso y uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias de carácter estratégico para la atención en salud con equidad.		4.3.5 Garantizar la correcta provisión de medicamentos, vacunas y otras tecnologías sanitarias		*COMISCA *SE-COMISCA *CEIP *Comisión Técnica Regional de Medicamentos.

PRIORIDAD ESTRATÉGICA	ÁMBITO DE ACTUACIÓN	VINCULACIÓN CON PLAN ESTRATÉGICO DE OPS 2014-2019	VINCULACIÓN CON AGENDA DE SALUD DE CA Y RD 2019-2030	VINCULACIÓN CON AGENDA DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y ODS	SOCIOS CLAVES
		<p>4.3. Mejor acceso y uso racional de medicamentos seguros, eficaces y de calidad, productos médicos y tecnologías de la salud.</p>	<p>4.3.1 Garantizar el acceso universal y cobertura universal a los servicios de salud impulsando la Atención Primaria en Salud (APS)</p>	<p>5.6 Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.</p>	<p>*SG-SICA: Secretaría General del SICA* COMISCA: Consejo de Ministros de Salud de CA y RD*CE-SICA: Comité Ejecutivo del SICA* CC-SICA: Comité Consultivo del SICA* SE-COMISCA: Secretaría Ejecutiva del COMISCA-CEIP: Comité Ejecutivo para la Implementación del Plan Regional de Salud de CA y RD.</p>
<p>Promovida la coordinación interinstitucional, política y técnica para la provisión solidaria de servicios de salud de calidad y para la universalización de la salud, incluyendo la seguridad social a poblaciones en situación de vulnerabilidad incluyendo poblaciones (indígenas y afrodescendientes, poblaciones transfronterizas, trabajadores, personas migrantes, retornadas y sus familias).</p>	<p>5.3. Los países tienen un programa de gestión de riesgos de emergencia para un sector sanitario resiliente a los desastres, con énfasis en las poblaciones vulnerables.</p>	<p>4.2.4 Priorizar el trabajo intersectorial desde la Determinación Social de la Salud, a partir de los compromisos del Foro Intersectorial Regional de Salud de Centroamérica y República Dominicana (en salud del migrante, ambiente saludable, alimentación saludable, salud mental y salud de la mujer)</p>	<p>17.16 Mejorar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible, complementada por alianzas entre múltiples interesados que movilicen e intercambien conocimientos, especialización, tecnología y recursos financieros, a fin de apoyar el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en todos los países, particularmente los países en desarrollo.</p>	<p>*CISCCAD: Consejo de Instituciones de Seguridad Social de Centro América y República Dominicana* CC-SICA: Comité Consultivo del SICA*Agencias de la Cooperación Internacional al Desarrollo.</p>	

PRIORIDAD ESTRATÉGICA	ÁMBITO DE ACTUACIÓN	VINCULACIÓN CON PLAN ESTRATÉGICO DE OPS 2014-2019	VINCULACIÓN CON AGENDA DE SALUD DE CA Y RD 2019-2030	VINCULACIÓN CON AGENDA DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y ODS	SOCIOS CLAVES
<p>Gestión integral y desarrollo del recurso humano para la salud</p>	<p>Promovido el desarrollo de marcos normativos incluyendo lineamientos básicos de Carrera Sanitaria y la Estrategia Regional de Gestión de Recursos Humanos, a través de una agenda conjunta y orientada a la integración de Centroamérica y República Dominicana.</p>	<p>4.5. Disponibilidad adecuada de una salud competente, culturalmente apropiada, bien regulada, bien distribuida y bastante tratada de la fuerza laboral</p>	<p>4.3.2 Fortalecer la gestión y el desarrollo de los recursos humanos para la salud</p>	<p>4.3 De aquí a 2030, asegurar el acceso igualitario de todos los hombres y las mujeres a una formación técnica, profesional y superior de calidad, incluida la enseñanza universitaria programas nacionales</p>	<p>*SG-SICA: Secretaría General del SICA*CSUCA: Consejo Superior Universitario Centro Americano*Ministerios de Salud Pública de los Países miembros del SICA; *ICAP: Instituto Centroamericano de Administración Pública*SE-COMISCA: Secretaría Ejecutiva del COMISCA.</p>
	<p>Promovidos la gestión integral y desarrollo de recursos humanos para la innovación y homologación de programas de formación en salud, acreditación de carreras, así como los programas de capacitación en servicio de salud pública que se correspondan con las necesidades de la región de Centroamérica y República Dominicana.</p>	<p>6.2. La OPS opera de manera responsable y transparente y tiene una gestión y evaluación del riesgo que funciona mediante los marcos normativos.</p>		<p>3.c. Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países</p>	<p>*SG-SICA: Secretaría General del SICA*CSUCA: Consejo Superior Universitario Centro Americano*Ministerios de Salud Pública de los Países miembros del SICA; *ICAP: Instituto Centroamericano de Administración Pública*SE-COMISCA: Secretaría Ejecutiva del COMISCA. *Agencias de la Cooperación Internacional al Desarrollo.</p>

PRIORIDAD ESTRATÉGICA	ÁMBITO DE ACTUACIÓN	VINCULACIÓN CON PLAN ESTRATÉGICO DE OPS 2014-2019	VINCULACIÓN CON AGENDA DE SALUD DE CA Y RD 2019-2030	VINCULACIÓN CON AGENDA DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y ODS	SOCIOS CLAVES
<p>Conducción de esfuerzos colaborativos e intersectoriales en pro de la salud, la seguridad humana y el bienestar desde la determinación social de la salud, para no dejar a nadie atrás.</p>	<p>Impulsados los mecanismos en Centroamérica y República Dominicana que promuevan la coordinación y el diálogo de los sectores y actores relevantes para favorecer la soberanía, el agua segura, la seguridad alimentaria y la alimentación saludable en el curso de vida.</p>	<p>2.5. Reducción en los factores de riesgo nutricional.</p>	<p>4.2.1 Mejorar el estado de salud de las personas a lo largo del curso de vida</p>	<p>3.b Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales y asequibles de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio respecto a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • INCAP* CISCCAD: Consejo de Instituciones de Seguridad Social de Centro América y República Dominicana* CC-SICA: Comité Consultivo del SICA* Secretarías e instituciones especializadas del SICA (OSPESCA-CONCADECO-CENPROMYPE-entre otras.
		<p>3.3. Mayor capacidad del país para integrar el género, la equidad, los derechos humanos y la etnia en la salud.</p>	<p>4.2.4 Priorizar el trabajo intersectorial desde la Determinación Social de la Salud, a partir de los compromisos del Foro Intersectorial Regional de Salud de Centroamérica y República Dominicana (en salud del migrante, ambiente saludable, alimentación saludable, salud mental y salud de la mujer)</p>		

PRIORIDAD ESTRATÉGICA	ÁMBITO DE ACTUACIÓN	VINCULACIÓN CON PLAN ESTRATÉGICO DE OPS 2014-2019	VINCULACIÓN CON AGENDA DE SALUD DE CA Y RD 2019-2030	VINCULACIÓN CON AGENDA DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y ODS	SOCIOS CLAVES
	<p>Impulsadas las estrategias e iniciativas que incidan sobre las condiciones ambientales y sociales de la determinación, así como los factores de riesgo de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, violencia y salud mental, desde un abordaje intersectorial.</p>	<p>3.4. Mayor liderazgo del sector sanitario para abordar los determinantes sociales de la salud.</p>	<p>4.2.2 Reducir los riesgos y la carga de las enfermedades transmisibles.</p>	<p>3.b Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio respecto a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.</p>	<p>*COMISCA: Consejo Sectorial de Ministros de Salud de CA y RD*SE-COMISCA: Secretaría Ejecutiva del COMISCA*CEIP: Comité Ejecutivo para la Implementación del Plan de Salud de CA y RD. *SE-CCAD: Secretaría Ejecutiva de la Coordinación Centroamericana de Ambiente y Desarrollo de Centroamérica y República Dominicana.</p>

PRIORIDAD ESTRATÉGICA	ÁMBITO DE ACTUACIÓN	VINCULACIÓN CON PLAN ESTRATÉGICO DE OPS 2014-2019	VINCULACIÓN CON AGENDA DE SALUD DE CA Y RD 2019-2030	VINCULACIÓN CON AGENDA DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y ODS	SOCIOS CLAVES
	<p>Incrementadas las capacidades en Centroamérica y República Dominicana, para implementar medidas intersectoriales de adaptación y mitigación al cambio climático, que reduzcan su impacto en salud.</p>	<p>3.5. Reducción de las amenazas ambientales y ocupacionales a la salud.</p>		<p>13.2 Incorporar medidas relativas al cambio climático en las políticas, estrategias y planes nacionales</p>	
	<p>Fortalecidas las capacidades básicas desde el nivel regional para la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional.</p>	<p>5.1. Todos los países tienen las capacidades básicas mínimas requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional [2005] para los riesgos alerta y respuesta.</p>		<p>13.3 Mejorar la educación, la sensibilización y la capacidad humana e institucional respecto de la mitigación del cambio climático, la adaptación a él, la reducción de sus efectos y la alerta temprana</p>	

PRIORIDAD ESTRATÉGICA	ÁMBITO DE ACTUACIÓN	VINCULACIÓN CON PLAN ESTRATÉGICO DE OPS 2014-2019	VINCULACIÓN CON AGENDA DE SALUD DE CA Y RD 2019-2030	VINCULACIÓN CON AGENDA DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y ODS	SOCIOS CLAVES
<p>Gestión del conocimiento para la vigilancia en salud, la inteligencia sanitaria, la investigación y tecnología para Centroamérica y República Dominicana.</p>	<p>Promovido el desarrollo de plataformas y sistemas de información para la inteligencia sanitaria y la toma de decisiones basadas en evidencia</p>	<p>4.4. Todos los países tienen sistemas de información sanitaria y de investigación sanitaria.</p>	<p>4.3.4 Fortalecer los sistemas de información e impulsar el uso de las tecnologías de la información y la comunicación</p>	<p>17.6 Mejorar la cooperación regional e internacional Norte-Sur, Sur-Sur y triangular en materia de ciencia, tecnología e innovación y el acceso a estas, y aumentar el intercambio de conocimientos en condiciones mutuamente convenientes, incluso mejorando la coordinación entre los mecanismos existentes, en particular a nivel de las Naciones Unidas, y mediante un mecanismo mundial de facilitación de la tecnología</p> <p>17.17 Fomentar y promover la constitución de alianzas eficaces en las esferas pública, público-privada y de la sociedad civil, aprovechando la experiencia y las estrategias de obtención de recursos de las alianzas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SG-SICA: Secretaría General del SICA*CSUCA: Consejo Superior Universitario Centro Americano*Ministerios de Salud Pública de los Países miembros del SICA *ICAP: Instituto Centroamericano de Administración Pública*SE-COMISCA: Secretaría Ejecutiva del COMISCA. *Agencias de la Cooperación Internacional al Desarrollo.
	<p>Vinculados centros de excelencia a través de redes para el análisis y formulación de documentos de referencia que apoyen las acciones estratégicas para la integración en salud, en Centroamérica y República Dominicana.</p>	<p>6.1. Mayor coherencia en la salud regional, con la OPS/OMS desempeñando un papel destacado en la habilitación de los muchos actores diferentes para contribuir eficazmente a la salud de todas las personas en las Américas.</p>	<p>4.3.3 Promover la investigación y el uso de las evidencias para la formulación de políticas públicas y la incorporación de nuevas tecnologías.</p>		

PRIORIDAD ESTRATÉGICA	ÁMBITO DE ACTUACIÓN	VINCULACIÓN CON PLAN ESTRATÉGICO DE OPS 2014-2019	VINCULACIÓN CON AGENDA DE SALUD DE CA Y RD 2019-2030	VINCULACIÓN CON AGENDA DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y ODS	SOCIOS CLAVES
	<p>Promovida la investigación en salud y la incorporación de ciencia, tecnología e innovación, para avanzar en los temas priorizados en la región SICA.</p>	<p>6.2. La OPS opera de manera responsable y transparente y tiene una gestión y evaluación del riesgo que funciona mediante los marcos normativos.</p>		<p>17.9 Aumentar el apoyo internacional para realizar actividades de creación de capacidad eficaces y específicas en los países en desarrollo a fin de respaldar los planes nacionales de implementación de todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluso mediante la cooperación Norte-Sur, Sur-Sur y triangular</p>	
	<p>Impulsada la cooperación en materia de investigación y el desarrollo de la tecnología en los Estados miembros de Centroamérica y República Dominicana</p>	<p>6.5. Mejora de la comprensión pública y de las partes interesadas del trabajo de la OPS/OMS.</p>		<p>17.7 Promover el desarrollo de tecnologías ecológicamente racionales y su transferencia, divulgación y difusión a los países en desarrollo en condiciones favorables, incluso en condiciones concesionarias y preferenciales, según lo convenido de mutuo acuerdo</p>	

Fuente: Elaboración propia.

CAPÍTULO 4. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO: REPERCUSIONES PARA LA SECRETARÍA DE OPS

La **Estrategia de Cooperación en Salud para Centroamérica y República Dominicana (ECS)** es la primera Estrategia de este tipo establecida para los Estados Miembros del SICA. En este sentido, un valor agregado que presenta desde el inicio la ECS lo representa su misma implementación y la generación de un esquema de coordinación que promueva la colaboración y la creación de sinergias intersectoriales e institucionales a lo interno/externo del SICA, Sistema de las Naciones Unidas y, otros procesos de integración regional en pro de la salud y en bienestar en la región centroamericana.

La ECS como instrumento de planificación estratégica servirá para replantear, complementar y priorizar los productos y servicios del Programa de Trabajo Subregional de OPS/OMS para Centroamérica y República Dominicana en función a las prioridades estratégicas y ámbitos de actuación definidos, así como para analizar el funcionamiento de la estructura organizacional y perfiles del capital humano del Programa Subregional.

Por lo anterior, entre las principales acciones a realizar en este marco se describen en la figura 10:

Figura 10. Esquema de Ejecución para Implementar ECS



Fuente: Elaboración propia.

Entre los principales desafíos de la ECS se pueden mencionar:

- Posicionamiento de las prioridades estratégicas de la OPS/OMS dentro de un entorno cambiante y competitivo, con entidades que buscan posicionarse en la Subregión.
- Visibilidad de la Cooperación Técnica de OPS/OMS en el trabajo con los mecanismos de integración subregionales.
- Coordinación de acciones integradas e inter-programáticas con el nivel regional de OPS/OMS en los países de la subregión.
- Movilización de recursos (interna y externa) para implementar las Estrategias de Cooperación en Salud para CA y RD.

Para la adecuada ejecución de las acciones previstas serán necesarios los recursos financieros, humanos, políticos y estratégicos siguientes:

Recursos financieros

- El Programa subregional de OPS/OMS para Centroamérica y República Dominicana cuenta con la asignación presupuestaria de recursos regulares de la organización y recursos de contribuciones voluntarias en un contexto general con disminución en la disponibilidad de recursos para la cooperación internacional.
- Deberá realizarse un presupuesto en los Planes de Trabajo Anual subsiguientes, producto de un adecuado análisis y acorde con las prioridades estratégicas identificadas y ámbitos de actuación definidos en la ECS y de acuerdo a las modalidades de cooperación definidas en consideración de los recursos institucionales del SICA.

Capital Humano

- Las prioridades estratégicas y ámbitos de actuación presentan requerimientos técnicos y de coordinación en las siguientes áreas temáticas, las cuales serán desarrolladas por el personal técnico de la OPS en sus diferentes modalidades y colaboradores de las diferentes instancias de los mecanismos de integración, socios y agencias de NU.

-Enfermedades Transmisibles (VIH, Zoonosis e Inocuidad de alimentos).

-Enfermedades No Transmisibles.

-Determinantes de la Salud.

-Salud Universal, Sistemas y Servicios de Salud, Recursos Humanos para la Salud, medicamentos y tecnologías sanitarias.

-Liderazgo y gestión, asociaciones y movilización de recursos.

Recursos Político-Estratégicos

- Comprende las necesidades de la oficina subregional para la movilización de recursos en el marco de la ECS, así como el diseño y fortalecimiento de los mecanismos de cooperación técnica, alianzas ya existentes, el establecimiento de asociaciones, entre otros. Para esto se requiere:

- Movilización de recursos.
- Mecanismos de cooperación técnica.
- Alianzas estratégicas.
- Incidencia política.

Así:

a) Movilización de recursos: se ha considerado el desarrollo de reuniones y giras regionales para socialización y fortalecimiento de alianzas a fin de propiciar acuerdos y delimitar trabajos concretos que contribuyan a la captación de recursos y además se desarrollará una fuerte coordinación con la oficina de ERP, CSC, y SAM. Además, se promoverá de manera especial la modalidad de cooperación sur-sur y triangular.

b) Mecanismos de cooperación técnica: se contempla continuar implementando los acuerdos y memorandos de entendimiento ya existentes, acuerdos marcos de cooperación técnica, entre otros. Y, por tanto, se buscará la armonización para evitar la duplicidad de acciones.

c) Alianzas estratégicas: se debe potenciar las alianzas ya existentes con los mecanismos de integración, con los centros regionales especializados y los centros colaboradores de OPS/OMS en la subregión. Además, se incluirán las asociaciones con otras agencias del SNU, el Sistema Interamericano, la cooperación bilateral con presencia subregional, la cooperación multilateral con actuación subregional, instituciones académicas y centros de investigación, asociaciones profesionales, las organizaciones de la sociedad civil y las empresas privadas.

d) Incidencia política: se socializará y promoverá en el marco de las reuniones Sectoriales e Intersectoriales de Ministros del SICA, así como también se incidirá en los cuerpos directivos de OPS y OMS, mediante la presentación de los resultados del trabajo conjunto de los diferentes mecanismos de integración subregionales, entre otros aspectos.

Implicaciones para la Secretaría Ejecutiva del COMISCA

Reuniones periódicas de alto nivel: el Secretario Ejecutivo será la persona que conducirá la adecuada implementación de la ECS desde la SE-COMISCA y facilitando la rectoría de salud regional ejercida por el COMISCA.

Coordinación del equipo técnico: dentro de la estructura orgánica de la SE-COMISCA se designará el responsable de la coordinación y monitoreo de la ECS, con el acompañamiento del CEIP y en estrecha comunicación con el equipo subregional de la OPS. Las Comisiones Técnicas Regionales, Grupos Técnicos Especializados y Redes tendrán un rol importante para la validación y búsqueda de consensos técnicos, que permitan los avances y se espera asuman las responsabilidades requeridas para la implementación de los ámbitos de actuación de la Estrategia.

Intercambios de lecciones aprendidas: se compartirán experiencias con otros mecanismos de integración de Las Américas a fin de favorecer la gestión de conocimiento y buenas prácticas para la región SICA.

Coordinación e interlocución entre el COMISCA, la Secretaría General y la institucionalidad del SICA con el Programa Subregional de la OPS/OMS para el fortalecimiento y avance significativo en la implementación de la ECS.

Implicaciones conjuntas OPS/OMS y SE-COMISCA:

Incidencia política: se socializará y promoverá en el marco de las reuniones Sectoriales e Intersectoriales de Ministros del SICA, así como también se incidirá en los cuerpos directivos de OPS y OMS, mediante la presentación de los resultados del trabajo conjunto de los diferentes mecanismos de integración subregionales, entre otros aspectos.

Generación de propuestas: se espera un trabajo técnico de alto nivel a fin de generar perfiles de proyecto sólidos, publicaciones científicas de impacto, entre otras.

Rendición de cuentas al COMISCA: se realizará un informe anual de rendición de cuentas sobre los principales resultados alcanzados y desafíos en el marco de la implementación de la ECS, que será presentado al COMISCA.

CAPÍTULO 5. SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DE LA ECS

5.1. Participación en el seguimiento y evaluación de la ECS

La oficina de OPS que trabaja con CA y RD, bajo la dirección de su coordinador, con el apoyo de la oficina de Coordinación de Países y Subregiones de la OPS/OMS (CSC) y la Sede, debe supervisar y evaluar la ECS, contando a su vez con la plena participación y coordinación de los mecanismos de integración subregional, las partes interesadas y otros asociados que hayan contribuido en la formulación de la misma. Este es el primer paso para evaluar el desempeño de la OPS en la subregión.

5.2. Calendario

A lo largo de su ejecución, se hace un seguimiento periódico de la ECS; se evalúa a mitad de ciclo y de nuevo hacia el final de este, coincidiendo con otros procesos de examen en la subregión.

5.3. Metodología de evaluación

El proceso de evaluación está dirigido por la oficina CSC. Este designa un grupo de trabajo de evaluación para ese fin, integrado por miembros del personal de la Sede, de CAM y oficinas de país. También puede contarse con la participación de un consultor y de otras partes interesadas, en especial en la evaluación final. CSC en conjunto con el coordinador de CAM podrán decidir si la evaluación final se llevará a cabo mediante evaluadores externos.

5.4. Seguimiento periódico

Llevar a cabo un seguimiento periódico tiene por objeto comprobar constantemente:

- Si las prioridades de la ECS y los ámbitos de actuación estratégica se reflejan en el plan de trabajo bienal de la OPS para el país y el modo en que se aplican las prioridades y las estrategias; y
- Si el personal de base de la oficina del país posee las competencias básicas necesarias para obtener resultados en los distintos ámbitos de actuación.

El seguimiento periódico es un sistema de alerta temprana que permite advertir sobre la necesidad de reorientar los planes de trabajo bienales y ajustar en la medida de lo posible la dotación de personal o tratar de obtener asistencia técnica complementaria mediante mecanismos de contratación o a través de la Sede. Este marco de seguimiento específico debe armonizarse con otros procesos de evaluación y seguimiento.

5.5. Evaluación de mitad de ciclo

La evaluación de mitad de ciclo debe centrarse en:

- Determinar los progresos realizados en los ámbitos de actuación (establecer si se avanza convenientemente hacia los logros previstos);
- Definir los obstáculos y los posibles riesgos que pueden requerir cambios en las prioridades estratégicas y los ámbitos de actuación; y
- Definir las medidas necesarias para potenciar el avance conseguido en la segunda mitad del ciclo de la ECS.

La evaluación de mitad de ciclo es un instrumento de gestión del riesgo para alertar a la oficina, a fin de que se centre en los ámbitos que puedan requerir especial atención, la aplicación de medidas correctivas (incluida las orientaciones revisadas para la elaboración del presupuesto por programas y la asignación de recursos a nivel nacional), o la revisión de las prioridades estratégicas a las que contribuyen. Una situación de emergencia importante o un cambio sustancial en el contexto de la subregión puede requerir que se examine, se revise y se renueve la ECS.

El marco específico para la evaluación de mitad de ciclo debe armonizarse con otros procesos de seguimiento y evaluación²³.

5.6. Evaluación final

La evaluación final es más exhaustiva que la evaluación de mitad de ciclo y se centra en lo siguiente:

- Valorar la consecución de determinadas metas de los ODS establecidas, vinculadas al programa estratégico de la ECS;
- Definir los logros y las deficiencias en la aplicación del programa estratégico de la ECS.
- Determinar el grado en que las prioridades estratégicas de la ECS están integradas en las políticas, estrategias y planes de salud o influyen en ellos, y tienen efectos en la labor que llevan a cabo en la subregión otros asociados en pro del desarrollo y en la consecución de los ODS.
- Definir los factores decisivos de éxito y los impedimentos; y
- Determinar las enseñanzas que deben aplicarse en el siguiente ciclo de la CCS.

En el documento de evaluación final deben describirse los logros, las deficiencias, los desafíos, las enseñanzas extraídas y las recomendaciones.

²³ Se espera incluso armonizarlo con el Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana (PSCARD) 2016-2020, el cual se sustenta y tiene como marco referencial la gestión por resultados.

El proyecto de documento debe enviarse a la Oficina Regional y a la Sede para que puedan formular observaciones. Las enseñanzas extraídas en las evaluaciones de la ECS deben intercambiarse con otros países, en particular con subregiones de características similares; también deben comunicarse a la Secretaría, a los organismos públicos y a otros asociados.

ANEXOS

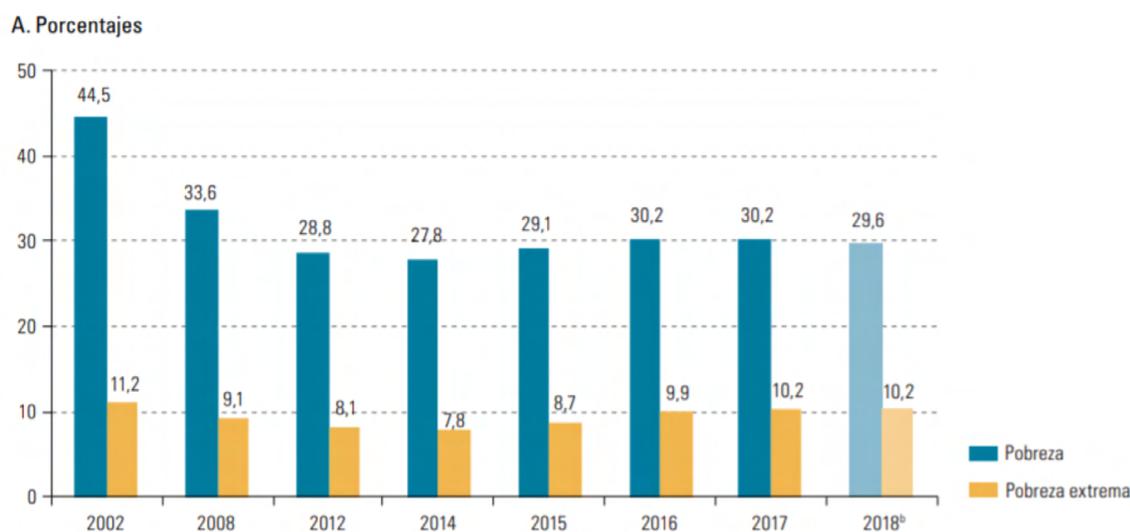
CUADROS, FIGURAS Y TABLAS COMPLEMENTARIAS

Tabla 1. Población en Centroamérica y República Dominicana
(Año 2015. Habitantes por país)

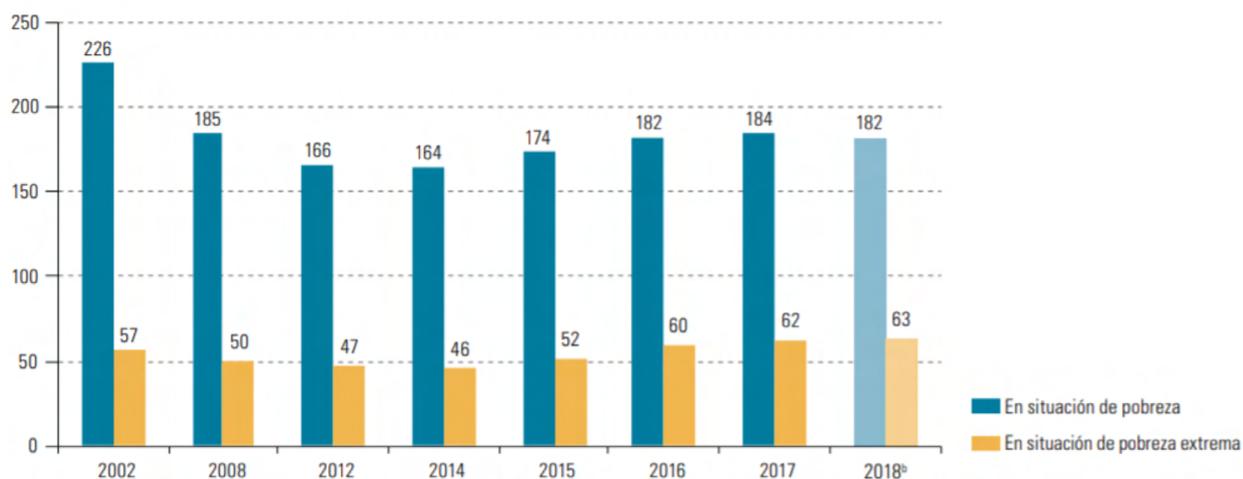
País	Total	Hombres	Mujeres
Belice	348,000	174,000	174,000
Guatemala	16.176,133	7.903,664	8.272,469
El Salvador	6.460,271	3.042,036	3.418,235
Honduras	8.576,532	4.394,875	4.181,657
Nicaragua	6.236,000	3.083,000	3.153,000
Costa Rica	4.832,234	2.439,333	2.392,901
Panamá	3.975,404	1.995,695	1.979,709
República Dominicana	9.980,243	4.988,245	4.991,398
TOTAL	56.584,817	28.020,848	28.563,369
%	100	49.52	50.48

Fuente: si-ESTAD, Sistema de la Integración Centroamericana.

Gráfica 1. América Latina (18 países): tasas de pobreza y pobreza extrema (en porcentajes y millones de personas)



B. Millones de personas



Fuente: CEPAL, 2018.

Tabla 2. Población Migrante según principales países de destino. Año 2015.

País de Destino	País de Origen						
	Belice	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Alemania		1,62	0,10	0,21	0,23	0,25	0,57
Argentina	0,01	0,11	0,01	0,01	0,01	0,02	0,12
Belice			0,64	2,35	1,35		
Brasil	0,01	0,40	0,02	0,04	0,02	0,07	0,48
Chile	0,00	0,40	0,02	0,02	0,04	0,04	0,40
Costa Rica	0,26		1,05	0,28	0,64	48,38	9,03
El Salvador	0,62	0,75		0,90	1,85	1,26	0,35
España	0,06	2,86	0,68	0,75	5,89	3,02	3,28
Estados Unidos	90,88	73,67	94,34	89,09	83,98	41,60	83,25
Francia	0,02	0,65	0,08	0,30	0,09	0,11	0,39
Guatemala	1,67	1,00	1,42		1,33	1,38	0,23
Honduras	0,49	0,54	0,48	0,34		0,92	0,22
México	5,77	2,12	0,74	5,37	2,38	0,87	1,36
Nicaragua	0,04	9,24	0,18	0,18	1,97		0,31
Panamá	0,16	6,65	0,24	0,16	0,24	2,09	
Total de personas migrantes	54,758	116,627	1,353,047	989,072	631,872	618,774	129,547
Porcentaje de la población total	15,7	2,3	21,1	6,1	7,5	9,9	3,3

Fuente: Estado de la Región, 2015.

Tabla 3. Remesas a Centroamérica, crecimiento en 2017 (Millones de US\$)

País	Ingreso de remesas			% de crecimiento		Remesas como % del PIB
	2015	2016	2017	2016	2017	
República Dominicana	4,963	5,261	5,895	6	12	7.8
Guatemala	6,285	7,160	8,192	14	14	11.5
El Salvador	4,284	4,576	5,021	7	10	18.3
Honduras	3,651	3,847	4,331	5	13	19.5
Nicaragua	1,193	1,264	1,409	6	11	10.2
Costa Rica	517	515	530	0	3	0.1
Panamá	473	426	442	-10	4	0.8
TOTAL	21,366	23,049.00	25,820			

Fuente: El diálogo, liderazgo para las Américas, 2017.

Tabla 4. Indicadores básicos en Centroamérica y República Dominicana

Indicadores básicos	Belice	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	República Dominicana	CA y RD
Población total en miles de habitantes (año)	367	4,857	6,146	16,673	8,190	6,150	3,990	10,649	423,655
Crecimiento poblacional anual	2,1	1,0	0,3	2,0	1,4	1,1	1,5	1,1	
Población en edad media	24	32	27	21	24	26	29	26	
% de la población menor de 15 años (año)	32	22	26	36	31	30	27	30	
% de la población mayor de 65 años (año)	4	9	8	5	5	5	8	7	
Esperanza de vida al nacer de hombres y mujeres (año)	70,2	79,8	73,5	72,3	73,5	75,5	77,9	73,8	
Esperanza de vida al nacer de hombres (año)	67,6	77,5	68,8	68,8	71,1	72,5	75,0	70,8	
Esperanza de vida al nacer de mujeres (año)	73,2	82,2	77,9	75,8	76,1	78,4	81,0	77,0	
Tasa de mortalidad neonatal por cada 1000 nacidos vivos (año)	11,3	5,9	6,6	8,9	18,0	8,0	7,9	16,9	
Tasa de mortalidad de niños <5 años por cada 1000 nacidos vivos (año)	19,3	8,9	11,8	25,3	29,0	21,0	17,4	35,0	
Razón de mortalidad materna reportada por cada 100 000 nacidos vivos (año)	107,0	26,5	42,3	113,4	74,0	42,8	58,5	98,8	
% de cobertura de la vacuna DTP3 en niños de un año (año)	94	92	91	74	99	100	73	85	
% de partos hospitalarios (año)	91,9	92,4	91,1	66,0	72,0	88,0	93,9	68,6	

Número de médicos por cada 10 000 habitantes (año)	11,5	22,8	15,5	7,5	10,0	9,0	16,0	21,2
Número de enfermeras por cada 10 000 habitantes (año)	11,1	24,4	11,2	6,0	3,8	6,3	13,6	3,8
Gasto público general en salud como % del PBI (año)	3,9	6,8	4,5	2,3	4,4	5,1	5,9	2,9
Gasto privado en salud como % del PBI (año)	1,9	2,6	2,3	3,9	4,3	3,9	2,2	1,5
Años de escolaridad promedio (año) total	10,5	8,7	6,6	7,0	6,2		9,3	7,7
Años de escolaridad promedio (año) hombres	10,5	8,7	6,9	7,1	6,1		9,0	7,4
años de escolaridad promedio (año) mujeres	10,5	8,7	6,2	7,0	6,2		9,5	7,9
Población que utiliza fuentes de agua potable mejoradas (%) urbano (año)	99	100	98	98	97	99	98	85
Población que utiliza fuentes de agua potable mejoradas (%) rural (año)	100	92	87	87	84	69	89	82
Población que utiliza sistemas de saneamiento mejorados (%) urbano (año)	94	95	82	78	87	77	84	86
Población que utiliza sistemas de saneamiento mejorados (%) rural (año)	88	92	60	49	78	56	58	76
Coefficiente de Gini		49,2	43,5	52,4	53,7	45,7	51,7	47,1

Fuente: Elaboración propia en base a Indicadores Básicos. Situación de salud en las Américas. OPS/OMS 2016.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y SITIOS WEB

ASAMBLEA GENERAL DE NACIONES UNIDAS [2011]. "Declaración política de la Tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles". Nueva York, Estados Unidos.

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO [2014]. "Planes de beneficios en salud de América Latina: Una comparación regional". Washington, D.C. Estados Unidos.

BASE REGIONAL DE MORTALIDAD. Washington, D.C. Última actualización: 17 de junio de 2017. [<http://apps.who.int/gho>]

CENTRO DE COORDINACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LOS DESASTRES NATURALES EN AMÉRICA CENTRAL [2018]. "Revista Regional Conmemorativa: "A 20 años del Huracán Mitch, Ejes Estratégicos de la Política Centroamericana de Gestión Integral de Riesgo de Desastres"". Ciudad de Guatemala, República de Guatemala.

CENTRO DE COORDINACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LOS DESASTRES NATURALES EN AMÉRICA CENTRAL [2011]. "Política Centroamericana de Gestión de Riesgo de Desastres". San Salvador, El Salvador. Centroamérica.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE [2018]. "Estudio Económico de América Latina y el Caribe 2018: Evolución de la inversión en América Latina y el Caribe: hechos estilizados, determinantes y desafíos de política" LC/PUB.2018/17-P, publicación de las Naciones Unidas, México, D.F.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, CONSEJO DE MINISTROS DE HACIENDA Y FINANZAS DE CENTROAMÉRICA Y PANAMÁ, COMISIÓN CENTROAMERICANA DE AMBIENTE Y DESARROLLO, DEPARTAMENTO DE DESARROLLO INTERNACIONAL DEL GOBIERNO BRITÁNICO y ORGANISMO DANES DE DESARROLLO INTERNACIONAL [2012a]. "La economía del cambio climático en Centroamérica: Síntesis 2012", Publicación de la CEPAL, [LC/MEX/L.1076], México, D. F.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, CONSEJO DE MINISTROS DE HACIENDA Y FINANZAS DE CENTROAMÉRICA Y PANAMÁ, COMISIÓN CENTROAMERICANA DE AMBIENTE Y DESARROLLO, DEPARTAMENTO DE DESARROLLO INTERNACIONAL DEL GOBIERNO BRITÁNICO y ORGANISMO DANES DE DESARROLLO INTERNACIONAL [2012]. "La economía del cambio climático en Centroamérica: Evidencia de Enfermedades Sensibles al clima", Publicación de la CEPAL, [LC/MEX/L.1069]. México, D. F.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE [2011]. "La Economía del cambio climático en Centroamérica Reporte técnico". México. D.F.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE [2015]. Cambio climático en Centroamérica: Impactos potenciales y opciones de política pública. Publicación de la CEPAL, [LC/MEX/L.1196], México, D. F.

GARCÉS, A. & OTROS [2014]. "Conference report on tobacco taxes in Central America: current situation and opportunities to reduce prevalence and increase fiscal revenues". Nicotine Tob Res. 2014 Jan; 16 Suppl 1:S65-70.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS [2016]. "Encuesta Nacional de Condiciones de Vida-ENCOVI 2014". Ciudad de Guatemala, Guatemala.

JEAN, M. et al. [2008]. "Public purchasers contracting external primary care providers in Central America for better responsiveness, efficiency of health care and public governance: Issues and challenges". Health Policy 87 [2008] 377-388.

MINISTERIO DE SALUD DE EL SALVADOR [2017]. "La salud es un derecho: Estamos para garantizarlo. Informe de labores 2016-2017". San Salvador, El Salvador.

MINISTERIO DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES [2017]. Informe Nacional del Estado de los Riesgos y Vulnerabilidades. MARN. El Salvador.

MINISTERIO DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES [2017]. Tercera Comunicación de Cambio Climático de El Salvador. MARN, Julio 2017.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [2017]. "Salud en las Américas, edición 2017. Panorama regional y perfiles de país." Washington D.C. Estados Unidos.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [2017]. "Reporte Global de Tuberculosis 2016". Acceso 12 de junio de 2017. [http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/].

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [2017]. "Serie Perspectivas y Proyecciones de la Reforma Sanitaria en Honduras N°5: Desarrollo del Conjunto Garantizado de Prestaciones y Servicios de Salud en Honduras 2014-2017". Tegucigalpa, Honduras.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [2017]. "Serie Perspectivas y Proyecciones de la Reforma Sanitaria en Honduras N°2: Estrategia de Fortalecimiento de RISS en Honduras 2015-2017. Tegucigalpa, Honduras.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [2017]. "Desarrollo del Marco Legal sanitario en Honduras 2014-2017. Serie N°1 Perspectivas y Proyecciones de la Reforma Sanitaria en Honduras". Tegucigalpa, Honduras.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [2017]. "Serie N°1 Perspectivas y Proyecciones de la Reforma Sanitaria en Honduras. Regulación sanitaria en Honduras 2014-2017". Tegucigalpa, Honduras.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [2017]. "Estrategia de Cooperación de País, El Salvador 2017-2020". San Salvador, El Salvador.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [2017]. "Estudio sobre procesos de evaluación y acreditación de carreras de medicina y enfermería en Centroamérica". Washington, D.C. Estados Unidos.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [2017]. "Panorama regional y perfiles de país". Washington, D.C. Estados Unidos.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [2017]. "Datos compilados por los Departamentos de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud; Salud Familiar, Género y Curso de Vida; y Emergencias en Salud, de los Ministerios de Salud o Agencias de los países". Washington, D.C. Estados Unidos. Última actualización: 15 de mayo de 2017.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [2016]. "Estrategia de Cooperación de País, Nicaragua 2016-2021. En pro de la salud: desarrollo sostenible y equidad". Managua, Nicaragua.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [2016]. "Reporte Global de Tuberculosis 2016". Último acceso 12 de junio de 2017.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [2016]. "Estrategia de Cooperación con Costa Rica 2016-2019". San José, Costa Rica.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [2016]. "Estrategia de Cooperación de País, Nicaragua 2016-2021. En pro de la salud: desarrollo sostenible y equidad". Managua, Nicaragua.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [2016]. "Indicadores Básicos: Situación de Salud en las Américas. Washington, D.C. Estados Unidos.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [2014]. "Plataforma de Información en Salud de las Américas [PLISA]". Datos del 2014 en <http://www.paho.org/data/index.php/es/mnu-mortalidad/principales-causas-de-muerte.html?showall=&start=2>).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [2014]. "Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. CD53/5", Washington, D.C. Estados Unidos.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [2013]. "Estrategia de Cooperación en el País. Guatemala 2013-2017". Ciudad de Guatemala, Guatemala.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [2013]. "Estrategia de Cooperación en el País. República Dominicana 2013-2017". Santo Domingo, República Dominicana.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [2008]. "Alcohol y atención primaria de la salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas". Washington, D.C.

ORGANIZACIÓN DE COOPERACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL [2017]. "Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud. Costa Rica: evaluación y recomendaciones". San José, Costa Rica.

PROGRAMA ESTADO DE LA NACIÓN EN DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE [2016]. "Quinto Informe Estado de la Región / PEN CONARE". - 5 edición. San José, Costa Rica.

PUERTA, A.B. & OTROS [2017]. "Career choice in primary care: pre- and post-comparison of Honduran physicians completing social service". República de Panamá.

REVEIZ, L. & OTROS [2013]. "Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura". Revista Panamericana de Salud Pública. 34(1):213-222.

SECRETARIA EJECUTIVA DEL CONSEJO DE MINISTROS DE CENTROAMÉRICA [2018]. Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2019-2030. Placencia, Belice.

SECRETARIA EJECUTIVA DEL CONSEJO DE MINISTROS DE CENTROAMÉRICA [2014]. Política Regional de Salud del SICA 2015-2022. San Salvador, El Salvador.

SECRETARÍA GENERAL DEL SISTEMA DE LA INTEGRACIÓN CENTROAMERICANA [2015]. "Plan Estratégico FOCARD-APS 2015-2020". San Salvador, El Salvador.

SECRETARÍA GENERAL DEL SISTEMA DE LA INTEGRACIÓN CENTROAMERICANA [2011]. "Protocolo al Tratado General de Integración Económica Centroamericana". Instrumentos Jurídicos del Sistema de la Integración Centroamericana. Centroamérica. 3º Edición pp.427-438.

SECRETARÍA GENERAL DEL SISTEMA DE LA INTEGRACIÓN CENTROAMERICANA. [2011]. "Protocolo al Tratado General de Integración Económica Centroamericana". Tratado de Integración Social Centroamericana. 3° Edición pp.1159-1170.

SECRETARÍA GENERAL DEL SISTEMA DE LA INTEGRACIÓN CENTROAMERICANA. [2011]. "Protocolo de Tegucigalpa a la Carta de la Organización de Estados Centroamericanos". Instrumentos Jurídicos del Sistema de la Integración Centroamericana. Centroamérica. 3° Edición pp.19-31.

COMISIÓN CENTROAMERICANA DE AMBIENTE Y DESARROLLO - CCAD. SISTEMA DE LA INTEGRACIÓN CENTROAMERICANA - SICA [2010]. Estrategia Regional de Cambio Climático.

WORLD POPULATION PROSPECTS [2017]. "The 2017 Revision". Nueva York. Acceso 5 de Julio de 2017. [<http://esa.un.org/wpp/>]. Para países < 300.000 hab: Oficina del Censo de los EUA. International Database. Actualización agosto de 2016. Acceso 3 de Julio de 2017. [<http://www.census.gov/ipc/www/idb>].

SITIOS WEB:

estadisticas.cepal.org/cepalstat/Portada.html

<http://www.ilo.org/global/lang--es/index.htm>

<https://www.sieca.int/>

<https://www.who.int/>



OPS



SECRETARÍA EJECUTIVA
COMISCA
CONSEJO DE MINISTROS DE SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA



SICA
Sistema de la Integración
Centroamericana