AGENDA DE SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA

2009-2018

Aprobada en la XXIX Reunión Ordinaria del Consejo de Ministros de Salud del Sistema de la Integración Centroamericana
Tegucigalpa, 30 y 31 de Enero de 2009

Consejo de Ministros de Salud del Sistema de la Integración Centroamericana

Dr. Pablo Saul Marin
Ministerio de Salud de Belice
Ministro de Salud

Dra. María Luisa Ávila Agüero
Ministerio de Salud de Costa Rica
Ministra de Salud

Dr. José Guillermo Maza Brizuela
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Celso Cerezo Mulet
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Carlos Roberto Aguilar Pineda
Secretaría de Salud Pública de Honduras
Secretario de Estado en el Despacho de Salud

Guillermo González González
Ministerio de Salud de Nicaragua
Ministro de Salud

Rosario Turner M.
Ministerio de Salud de Panamá
Ministra de Salud

Bautista Rojas Gómez
Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana
Secretario de Salud Pública y Asistencia Social

Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica

Rolando Edgardo Hernández Argueta
Secretario Ejecutivo

AGENDA DE SALUD

DE

CENTROAMÉRICA

Y

REPÚBLICA DOMINICANA

2009-2018

Unidos por la salud de nuestros pueblos

CONTENIDO

Resumen Ejecutivo..... 3

I.- Introducción..... 5

II.- ¿Por qué una Agenda?..... 6

III.- Principios y Valores..... 7

IV.- Contexto..... 8

V.- Objetivos Estratégicos de la Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana Decálogo Estratégico en Salud..... 15

Notas y Referencias..... 25

Glosario..... 28

Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana
Resumen Ejecutivo

La Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana es un instrumento político con enfoque integracionista establecido por los gobiernos constitucionales de la región. La Agenda identifica prioridades estratégicas y busca elevar el nivel de salud de la población mediante el fortalecimiento del proceso de integración social regional, contribuir al avance de la democracia participativa, así como orientar y armonizar las acciones de los socios nacionales, regionales e internacionales que, desde el sector público, no gubernamental y privado estén comprometidos con el mejoramiento de la salud de los pueblos de esta región.

Con relación a los principios y valores, la Agenda enfatiza la necesidad de que los países avancen en su proceso de integración social como la alternativa más adecuada para enfrentar los viejos y nuevos retos que plantea el desarrollo humano sostenible en el contexto de los vertiginosos cambios que se están registrando en el orden internacional; declara que, en el marco del respeto a los derechos humanos, es un instrumento para contribuir a crear las condiciones concretas para el ejercicio por parte de la población de su derecho al nivel de salud más alto posible, lo que conlleva el compromiso de los Estados Centroamericanos y de República Dominicana a garantizar la universalidad, accesibilidad, inclusividad y equidad en los sistemas de salud; asume la solidaridad entre los países y la participación de la sociedad y sus organizaciones como valores y también requisitos para que esta Agenda pueda alcanzar los resultados esperados; reivindica la necesidad de lograr la igualdad del hombre y la mujer como un fin en sí mismo del desarrollo humano y como una condición para la implementación de esta Agenda; se sustenta en el respeto a la diversidad étnica y socio-cultural y en el reconocimiento de que es imperativo el fortalecimiento e interactuación de los sistemas tradicionales y occidentales de salud para reducir las inequidades en el acceso a la salud; reconoce a la Atención Primaria de la Salud como la estrategia fundamental para el desarrollo de sistemas de salud equitativos y con cobertura y acceso universales, basados en un enfoque de derecho y con perspectiva intersectorial y democrática.

La Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana define diez objetivos estratégicos para orientar la acción política y servir de base para la elaboración de los planes de acción y la asignación de recursos (tanto los de origen regional como los de la cooperación internacional). Dichos objetivos estratégicos son:

1. Fortalecer la integración social de Centroamérica y República Dominicana mediante la definición e implementación de políticas regionales de salud
2. Fortalecer la función rectora de la autoridad sanitaria nacional en el marco de la integración centroamericana.
3. Fortalecer y extender la protección social en salud garantizando el acceso a servicios de salud de calidad
4. Reducir las desigualdades e inequidades y exclusión social en salud dentro y entre los países
5. Reducir los riesgos y la carga de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, violencia de género y social, así como los relacionados con el ambiente y los estilos de vida
6. Fortalecer la gestión y desarrollo de las trabajadoras y trabajadores de la salud
7. Promover la investigación científica y el desarrollo de la ciencia y tecnología en salud y uso/aplicación de la evidencia en políticas públicas en salud
8. Fortalecer la seguridad alimentaria y nutricional y reducción de la desnutrición apoyándose en la institución especializada de la región, el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP)
9. Establecer mecanismos para incrementar la cobertura en la provisión de agua apta para consumo humano, así como la protección y mejoramiento del ambiente humano, apoyándose en la instancia regional Foro Centroamericano y de República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento (FOCARD-APS)
10. Reducir la vulnerabilidad ante los desastres de origen natural, las emergencias antrópicas y los efectos del cambio climático

Esta Agenda se complementa con el Plan de Acción correspondiente, tendrá vigencia en el período 2009-2018 y se alinea con la Agenda de Salud para las Américas, lanzada por los Ministros de Salud de las Américas en la Ciudad de Panamá, en junio de 2007. La elaboración de la Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana es producto de un proceso conducido por las autoridades sanitarias de los países que incluyó la realización de amplias consultas nacionales intersectoriales en los ocho países, así como consultas con las instancias y actores regionales. La ruta crítica se desarrolló siguiendo los acuerdos de la XXIII RESSCAD y la XXVII Reunión del COMISCA. OPS/OMS y AECID apoyaron técnica y financieramente este proceso.

I. INTRODUCCIÓN

La integración de Centroamérica y República Dominicana requiere el desarrollo de políticas sociales regionales que tengan como objetivo el desarrollo humano con base en la equidad, la inclusión y la justicia social. Un aporte esencial para la construcción y fortalecimiento de una política social regional es el que debe realizarse a través del campo de la salud, porque el derecho a la salud es un derecho humano fundamental, una condición para que las personas alcancen su máximo desarrollo individual y un requisito para la construcción de sociedades justas y democráticas. Esta Agenda es una contribución desde el campo de la salud al desarrollo humano de la región.

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

La necesidad de elaborar una Agenda y Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana como instrumentos para ejercer la rectoría del sector salud regional está declarado en el reglamento constitutivo del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COMISCA) aprobado en 2001. El COMISCA es un órgano perteneciente al Sistema de Integración Social (SISCA) del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) y su actividad está enmarcada en la Declaración de San Salvador, el Protocolo de Tegucigalpa y el Tratado de la Integración Social de Centroamérica[1].

La Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana es producto de un proceso participativo que fue conducido por las autoridades sanitarias de los países, las que designaron una Comisión Técnica Subregional para la Elaboración de la Agenda y Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana (COTESAS) que estuvo a cargo de coordinar las distintas fases de elaboración de la Agenda. Esto incluyó la realización de amplias consultas nacionales intersectoriales en los ocho países y consultas con las instancias regionales. La ruta crítica se desarrolló siguiendo los acuerdos de la XXIII Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD) realizada en El Salvador, el 11 y 12 de septiembre de 2007 y la XXVII Reunión del COMISCA realizada en Antigua, Guatemala, el 7 y 8 de diciembre del mismo año. OPS/OMS y AECID apoyaron técnica y financieramente a COTESAS en todo este proceso.

II.-¿POR QUÉ UNA AGENDA?

Los gobiernos constitucionales de la Región de Centroamérica y República Dominicana establecen esta Agenda de Salud como un instrumento político regional que complementa y se alinea con la Agenda de Salud para las Américas lanzada por los Ministros de Salud de las Américas en la Ciudad de Panamá, en junio de 2007.

Asimismo, esta Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana se enmarca en el fortalecimiento de la Agenda Estratégica Social de Centroamérica que fue aprobada por los Jefes de Estado y de Gobierno del Sistema de la Integración Social Centroamericana el 5 de diciembre de 2008 en San Pedro Sula, Honduras.

La Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana, que se trabajó de forma conjunta y concertada por los ocho países iniciando con los temas comunes de salud pública y de mayor interés político, está destinada a fortalecer la integración regional y sus instancias políticas e institucionales, orientar el plan de salud regional y lograr una efectiva alineación y armonización de los socios nacionales e internacionales en función de los objetivos estratégicos regionales enunciados y en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Esta Agenda tendrá vigencia para el período 2009-2018 y se complementa con el plan correspondiente.

La Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana está destinada a fortalecer la integración regional y sus instancias políticas e institucionales, orientar el plan de salud regional y lograr una efectiva alineación y armonización de los socios nacionales e internacionales en función de los objetivos estratégicos regionales enunciados y en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Por medio del abordaje regional integral se logrará fortalecer las capacidades políticas, de conducción, gestión, promoción, análisis, monitoreo y evaluación de las instituciones de la integración regional. Se avanzará en la definición de políticas comunes, armonización de políticas nacionales, estrategias, normas y mecanismos de regulación y en el desarrollo de sistemas regulatorios comunes que permitirán, entre muchas otras cosas, desarrollar sistemas de información y vigilancia epidemiológica comunes, laboratorios certificados de uso común, instituciones formativas regionales comunes o certificadas regionalmente, desarrollar una economía de escala en la compra de medicamentos y otros productos de interés sanitario, así como desarrollar sistemas de cooperación técnica entre países para el desarrollo y fortalecimiento de capacidades nacionales en diversas áreas.

El abordaje regional integral promoverá redes políticas, académicas e interorganizacionales vinculadas a las prácticas en salud para impulsar los cambios acordados, favorecer la identificación de problemas, construcción de consensos, negociación e intercambio de buenas prácticas. De igual modo, la estrategia de cooperación entre países resulta imprescindible para lograrlo, sin descartar las oportunidades de cooperación con otros países más allá de esta región.

III.- PRINCIPIOS Y VALORES

Integración

Enfatiza la necesidad de que los países de la Región de Centroamérica y República Dominicana avancen en su proceso de integración social como la alternativa más adecuada para enfrentar los viejos y nuevos retos que plantea el desarrollo humano sostenible de la región en el contexto de los vertiginosos cambios que se están registrando en el orden internacional.

Derecho al nivel de salud más alto posible

En el marco del respeto a los derechos humanos, es un instrumento para contribuir a crear las condiciones concretas para el ejercicio por parte de la población de su derecho al nivel de salud más alto posible, lo que conlleva el compromiso de los Estados Centroamericanos y de República Dominicana a garantizar la universalidad, accesibilidad, inclusividad y equidad en los sistemas de salud.

Solidaridad Participación

Asume la solidaridad entre los países de la integración y la participación de la sociedad y sus organizaciones como valores y también requisitos para que esta Agenda pueda alcanzar los resultados esperados.

Igualdad del hombre y la mujer

Reivindica la necesidad de lograr la igualdad del hombre y la mujer como un fin en sí mismo del desarrollo humano y como una condición para que la implementación de esta Agenda sea posible.

Respeto a la diversidad étnica y socio-cultural

Se sustenta en el respeto a la diversidad étnica y socio-cultural que presentan los países de esta región y en el reconocimiento de que es imperativo el fortalecimiento e interactuación de los sistemas tradicionales y occidentales de salud para reducir las desigualdades en el acceso a la salud.

Atención Primaria de la Salud

Reconoce a la Atención Primaria de la Salud como la estrategia fundamental para el desarrollo de sistemas de salud equitativos y con cobertura y acceso universales, basados en un enfoque de derecho y con perspectiva intersectorial y democrática.

IV.- CONTEXTO

a) Tendencias en el panorama socioeconómico y demográfico

Con una población total que supera los 50 millones[2] de personas viviendo en ocho países, la región tiene una extensión territorial de 570.360 km^2 y una densidad poblacional que varía ampliamente de acuerdo al país[3]. La región está experimentando cambios demográficos, la población continúa creciendo –aunque a un ritmo menor que en la década pasada- a pesar de los millones de personas que han emigrado fuera de la región durante los últimos 15 años[4]. El proceso de urbanización se acelera en casi todos los países y, en el presente, el 60 por ciento de la población vive en áreas urbanas, lo que indica un crecimiento relativo de un 20 por ciento en las últimas tres décadas[5]. Centroamérica y República Dominicana forman parte de una región que aumenta constantemente su población y estimula la migración.

La región no logra retener a sus habitantes. Los migrantes se han constituido en los nuevos y más importantes agentes para la captación y transferencia de recursos financieros que dan sustentabilidad económica a la mayoría de los países y han convertido a la migración fuera de la región en una necesidad estructural de las economías. Se estima que el 10% de la población ha emigrado fuera de la región[6].

Entre los países de esta región multiétnica, Guatemala observa la mayor proporción de población indígena, con estimaciones que varían entre 50 % y 73%, le siguen Honduras con un rango de 11% y 17%, Belice con un 11%, Panamá 5% a 9% y Nicaragua 4% a 7%, Costa Rica menor al 2%, en el caso de El Salvador, de acuerdo al Censo de 2007, la población que se identificó como indígena fue de 0.2%[7] y República Dominicana no reporta.

Las economías centroamericanas y la de República Dominicana han experimentado importantes cambios en la última década y todas las economías están más abiertas a la influencia de la economía internacional, en un marco de reducción del peso relativo de la agroexportación tradicional y del sector primario en su conjunto, mientras que el sector terciario constituido por los servicios, el turismo y el comercio ha devenido el sector más importante[8]. Esto en un contexto de cierta estabilidad macroeconómica explicada en su mayor medida por las remesas familiares[9 10].

La región ha experimentado un crecimiento económico que ha sido el mejor de las últimas décadas, pero el crecimiento del PIB por persona ha sido moderado y muy heterogéneo de acuerdo a los países. Los países con mayores ingresos son los que han experimentado un mayor crecimiento del PIB por persona, lo que ha llevado a aumentar las importantes brechas entre los países de mayores y menores ingresos[11].

La pobreza y la inequidad son características de la región. La pobreza afecta a alrededor del 40 por ciento de la población de la región. Las mayores tasas de pobreza están en las áreas rurales[12]. El sector informal constituye la fuente de ingresos más importante de los pobres y la mayor informalidad

laboral se encuentra en los países con mayor inequidad[13]. La última medición mundial de ODM aplaude la situación latinoamericana, pero advierte que también hay un lento y marginal ritmo de erradicación de la pobreza y que "la disparidad en el ingreso sigue siendo la mayor limitante de los países en desarrollo". Algunos de los países centroamericanos están entre los más desiguales del mundo[14].

Todos los países de la región han mejorado sus indicadores de desarrollo humano durante los últimos treinta años, y todos han mejorado sus valores en el Índice de Desarrollo Humano de manera constante desde el noventa. Estos elementos del desarrollo están íntimamente vinculados con el perfil de salud y sus tendencias. Entre 177 países[15], el país de la región que ocupa la mejor posición es Costa Rica (48) y se ubica dentro de la categoría de países con desarrollo humano alto (del puesto 1 al 70), en tanto que los otros siete países poseen un desarrollo humano considerado como medio (de puesto 71 al 155)[16].

El alfabetismo aumentó de 83.9 por ciento en 1980 a 88.6 por ciento en 2004, con diferentes incrementos en la asistencia escolar en la mayoría de los países. No obstante, el acceso a la educación sigue siendo mayor para hombres que para mujeres, particularmente en zonas rurales, y la calidad de la educación está diferenciada por el ingreso familiar[17]. La educación en esta región también está inversamente relacionada con la mortalidad infantil[18].

b) Tendencias en Salud

En toda la región se observa una tendencia a que la mortalidad por enfermedades no transmisibles supere a la mortalidad por enfermedades transmisibles, a pesar de lo cual la mortalidad por enfermedades transmisibles en Centroamérica y República Dominicana es la más alta de la Región de las Américas[19].

Entre los hombres, las primeras causas de muerte son homicidios, cirrosis, accidentes de transporte, efectos adversos del uso de sustancias psicoactivas (como el alcohol) y causas externas de intención no determinada. Entre las mujeres, las principales causas son neoplasias del útero, diabetes, enfermedad cerebrovascular, neumonía e influenza y enfermedad isquémica del corazón[20].

Los últimos datos disponibles muestran que, del total de muertes reportadas, el 13.6% corresponden a las enfermedades transmisibles (influenza 8.6% y enfermedades infecciosas intestinales 5%)[21]. La mortalidad por influenza/neumonía es la primera causa de muerte y la tasa reportada es aproximadamente el doble que las observadas en las Américas. Además, las enfermedades infecciosas intestinales son la cuarta causa de muerte general[22].

La mortalidad registrada por no-transmisibles representa el 86.4% del total de muertes, las cuales se pueden dividir en dos grandes grupos, lesiones de causa externa (8.2 %) y enfermedades crónico degenerativas (78.2%), con una tendencia ascendente. Con respecto a la diabetes, esta región presenta tasas relativamente menores comparadas con el resto de América Latina y el Caribe; sin embargo, las tasas de mortalidad por esta enfermedad son mucho mayores entre las mujeres. La hipertensión arterial, las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares son las más

importantes en el grupo de las enfermedades del sistema circulatorio, y estas en conjunto forman parte de las diez principales causas de muerte[23].

Se estima que cada año mueren aproximadamente 32.000 personas por todos los tipos cáncer en Centroamérica y República Dominicana (49% masculino y 51% femenino), con una tasa de mortalidad masculina y femenina de 95.1 y 89.6/100,000 habitantes respectivamente, siendo una de las cinco principales causas de muerte general. Asimismo, cada año se diagnostican en promedio 51.724 nuevos casos (46.3% masculino y 53.7% femenino), con una tasa de incidencia masculina y femenina de 146.1 y 153.3/100.000 habitantes respectivamente. Los cánceres con mayores tasas de mortalidad e incidencia en Centroamérica son cánceres de cuello uterino, mama, estómago y ovario en mujeres; y cánceres de próstata, estómago, pulmón y colorectal en los hombres. La principal causa de muerte debida al cáncer en Centroamérica es el cáncer cervicouterino en las mujeres y el cáncer de pulmón y el cáncer de próstata en los hombres[24].

Las lesiones de causa externa son la principal causa de mortalidad en el grupo de población de 5-60 años de edad, siendo el principal problema los homicidios, seguido por los accidentes de vehículo[25]. El sexo masculino es el más afectado, ya que se estima que, por cada muerte femenina hay aproximadamente 5.7 muertes masculinas. La contribución de la mortalidad masculina es tan elevada que, a pesar de ser la décima causa entre las mujeres, es la primera causa de muerte en la población total[26]. Los datos publicados en los Indicadores Básicos de la OPS y en Salud en las Américas de 2007 muestran que todos los países (con excepción de Panamá) aumentaron considerablemente sus tasas de homicidios. La violencia contra la mujer es un factor importante de morbilidad y mortalidad en la región que se está tratando de comenzar a estimar con menor subregistro que el que se presenta ahora, en especial en el caso del femicidio.

En mortalidad infantil, esta región presenta tasas que oscilan entre 9.7/100.000 nacidos vivos en Costa Rica a 39.0/100.000 en Guatemala. En la mayoría de los países las tasas de mortalidad infantil son superiores al promedio de América Latina. Las afecciones originadas en el período perinatal son la quinta causa de mortalidad general para toda la región centroamericana con una tasa de 26.4/1000 nacidos vivos (masculino 30.6/femenino 22.1/1000 nacidos vivos), que es además la primera causa de muerte infantil en Centroamérica y República Dominicana.

Uno de los grandes retos que afronta la Región de Centroamérica y República Dominicana es lograr la reducción de las altas tasas de mortalidad materna. Cuando se la compara con el resto de la Región de las Américas (razón de mortalidad materna 71.9/100.000) se observa que Guatemala, Honduras, Nicaragua y República Dominicana tienen razones más altas[27]. Los principales problemas de mortalidad están asociados a hemorragia, preclampsia/eclampsia, parto obstruido y aborto. Además de la pobreza y la falta de acceso a servicios adecuados, hay otros factores asociados a la mortalidad materna, como es la situación de subordinación de las mujeres debido a lo cual no pueden tomar decisiones que afectan su salud sexual y reproductiva.

El embarazo en adolescentes es uno de los problemas de salud reproductiva más relevantes en la región, con un nivel promedio mayor al 17% del total de embarazos de mujeres en edad reproductiva[28].

En cuanto a morbilidad, entre las enfermedades transmisibles, los principales problemas lo constituyen las enfermedades vinculadas con el deterioro de las condiciones ambientales, la falta de saneamiento básico en combinación con la pobreza, el bajo nivel de escolaridad y bajo acceso a servicios básicos. Esta región contribuye con más del 6 por ciento de la carga malárica de América Latina y el Caribe. Y dentro de ella, Guatemala (57%) y Honduras (21%) contribuyen con más de dos terceras partes de los casos confirmados en el año 2006[29].

El dengue en la región contribuye con más del 10% de los casos reportados en América Latina y el Caribe, de los cuales El Salvador (39%) y Costa Rica (21%) contribuyen con las tres cuartas partes de los casos. La prevalencia estimada de VIH/Sida oscila entre 0.2% en Nicaragua y 1.02% en República Dominicana[30]. La incidencia de la tuberculosis osciló, en el año 2006, entre 12.3 por 100.000 habitantes en Costa Rica a 47.4 por 100.000 habitantes en la República Dominicana que, junto a Panamá, Honduras y Nicaragua, presentan tasas de incidencia superiores a la media de América Latina y el Caribe (38.0 por 100.000 habitantes)[31].

En cuanto a la situación nutricional, el bajo peso al nacer oscila entre 6.8% en Costa Rica y 14.1% en Belice. Las tasas de desnutrición crónica en menores de cinco años oscilan entre 6.1% y 49.3%[32]. La tasa de desnutrición crónica de Guatemala supera a las tasas globales de la Región Africana (43.2%)[33] y la Región del Sudeste Asiático (41.6%). La tasa global es de 30% y la de la Región de las Américas es de 14.2% . En el período 1980-2000 mejoró la prevalencia de baja talla para la edad en varios países, pero el ritmo de disminución fue lento. En Guatemala y Panamá, sin embargo, hubo un ligero incremento en las últimas encuestas (2002 y 2003, respectivamente). El bajo peso para la edad o desnutrición global, es uno de los indicadores de los ODM en que la Región de Centroamérica y República Dominicana ha experimentado consistentemente mejoras sustanciales desde 1980 hasta el año 2000, pero a un ritmo menor (44%) que los demás países de América Latina[34]. La situación de las enfermedades carenciales como la anemia por deficiencia de hierro en niños menores de 5 años es crítica y Guatemala tiene la mayor prevalencia (40%). La prevalencia de esta carencia también se manifiesta en el grupo de mujeres de 15 a 49 años, que va desde 8.8% en El Salvador hasta 51.7% en Belice. En la deficiencia de Vitamina A en preescolares, Belice presenta la prevalencia más alta (24%)[35]. La desnutrición y las deficiencias alimentarias continúan siendo retos.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de cinco años se ha incrementado considerablemente en la última década. Alrededor de un tercio de las mujeres de 15 a 49 años presenta sobrepeso; en general, este fenómeno es consistentemente mayor en la población urbana que en la rural. La prevalencia de obesidad en ese mismo grupo oscila entre 13.8% y 21.8%. En las encuestas más recientes en niños menores de cinco años el sobrepeso oscila entre 3.0% (Honduras, 2001) y 8.6% (República Dominicana, 2002)[36].

El problema de tabaquismo sigue latente. La prevalencia de tabaquismo en adultos en Costa Rica es de 3.0% y en República Dominicana es de 13.2%; en ambos países no existe diferencia significativa entre hombres y mujeres. En Guatemala, la prevalencia de tabaquismo es de 4.1%, con predominio claro entre hombres (7.7%, contra 0.9% en mujeres). La prevalencia de tabaquismo en jóvenes es significativamente mayor que en los adultos, oscilando de 13.2% (Panamá) a 18.2% (Nicaragua). Esta información, desagregada por sexo, revela tendencia de mayor prevalencia en hombres[37].

c) Tendencias en la respuesta de los sistemas de salud

En la región, los sistemas de salud tienen una respuesta limitada a los problemas de salud de su población, con problemas de financiamiento, organización y gestión. La desigualdad en la atención de salud está dada por razones económicas, geográficas y socioculturales. Los sistemas de salud en la mayor parte de los países están fragmentados y segmentados, y un porcentaje importante de la población no tiene ningún tipo de cobertura[38].

En algunos países predomina el esquema de los cuatro proveedores de servicios de salud: Ministerio de Salud, Seguro Social, sector privado con fines lucrativos y proveedores de la medicina tradicional; en otros, el seguro social financia pero no provee servicios. Un crecimiento sustancial del sector privado se ha ido dando en los últimos 15 años, con escasa supervisión o control por parte de los ministerios de salud. Existen además otras redes de proveedores de servicios de salud, entre esos: los de las fuerzas armadas, los financiados con fondos sociales presidenciales y las ONG´s contratadas por los programas de extensión de cobertura[39].

Los sistemas de información en salud en todos los países se encuentran en revisión para mejorar la vigilancia de la salud y precisar las estrategias que den sustento a las políticas y programas sanitarios. Los sistemas escasamente proporcionan información desagregada por sexo, edad, pertenencia étnica, nivel socioeconómico, trabajo y/o esquema de cobertura, lo que limita el análisis de desigualdades. La información existente en términos de producción, cobertura y calidad demuestra las limitaciones de los sistemas de salud.

En cuanto a financiamiento[40], los países de la región de Centroamérica y República Dominicana son bastante heterogéneos. Las grandes diferencias en los niveles de gasto nacional en salud per cápita, en la importancia relativa de este gasto como proporción del Producto Interno Bruto (PIB) y en la composición público-privada de este gasto indican grandes desigualdades en el acceso y consumo de bienes y servicios de salud de la población de estos países. En el año 2006 el gasto sanitario nacional de la región se estimó en $ 9.200 millones de dólares. Este gasto representó alrededor del 7.9% del PIB de estos países. Esto representó un gasto sanitario nacional per cápita de 213 dólares[41]. El gasto público en salud fue de alrededor de $ 4.100 millones y representó el 45% del gasto total. El gasto privado se estimó en $ 5.100 millones y representó el 55% del gasto nacional en salud[42]. El sector público gastó menos de un dólar, $ 0.85 por cada dólar de gasto privado en bienes y servicios de salud. Las desigualdades en el gasto privado en consumo de bienes y servicios de salud son más pronunciadas que la distribución del ingreso de los países[43].

En la región, la población beneficiaría de los programas de enfermedad y maternidad de las instituciones de seguridad social se estimó en 11 millones de personas (un 25 % de la población) y el gasto del conjunto de las instituciones de seguridad social ascendió a $ 2.255 millones (y representó el 24% del gasto nacional en salud y 55% del gasto público en salud). El gasto público en salud a través de los ministerios de salud y del conjunto de instituciones públicas del gobierno central representó sólo el 20% del gasto sanitario nacional. El financiamiento externo es una parte relativamente minúscula de los flujos anuales de recursos gastados en salud[44].

Los cambios en el nivel y composición del gasto nacional en salud de los últimos años (entre el año 2000 y los años 2006-07), sugieren un incremento en las desigualdades en el acceso y consumo de bienes y servicios de salud de la población en la región. Durante este período el gasto nacional en salud creció a tasas mayores que la tasa de crecimiento económico de estos países. La participación del gasto sanitario nacional se incrementó de alrededor del 7.6% del PIB en el año 2000, a alrededor del 7.9% del PIB en el año 2006/07[45].

Contrariamente al caso del mercado de bienes y servicios de atención a la salud en los países más desarrollados, en los que el gasto público es el componente principal del gasto nacional, en esta región en la mayoría de los países hay mercados privados relativamente grandes.

En la región existen grandes diferencias en la composición público-privada del gasto nacional en salud. El gasto privado en salud representó alrededor del 70 % del gasto nacional en salud en Guatemala y el 75% en el caso de República Dominicana. El gasto público en estos dos países se encuentra significativamente por debajo del promedio regional de 3.5% del PIB. La importancia del gasto público como proporción del PIB se redujo del 3.9% en el año 2000 a 3.1% en el año 2006.

En los países con los mayores niveles de gasto público en salud como proporción del PIB (Costa Rica y Panamá), el gasto privado en salud representa alrededor del 40% del total de gasto sanitario nacional. En esos mismos países, la seguridad social da cobertura a más de dos terceras partes de la población y son los países con los mejores indicadores de salud y con las mayores tasas de crecimiento económico.

Como ocurre en general en la Región de las Américas, en Centroamérica y República Dominicana el personal de salud es escaso y mal distribuido. La emigración de profesionales hacia países más desarrollados es un problema en la mayor parte de los países. República Dominicana y Costa Rica son los países con mayor número de médicos por cada 10.000 habitantes (20.0) seguidos por Nicaragua y Panamá (16.4 y 13.8 respectivamente) siendo Belice y Guatemala (8.5 y 9.7 respectivamente) los países que disponen de menor cantidad de médicos por habitante[46]. En cuanto a camas hospitalarias disponibles por cada 1,000 habitantes, República Dominicana, dispone de 2 camas, Panamá 1.8, Costa Rica 1.3, mientras que El Salvador y Guatemala cuentan con 0.7 camas por cada 1.000 habitantes[47].

En atención de salud materna por personal capacitado, Panamá reporta una cobertura del 99.9 por ciento en prenatal y 91.9 por ciento en atención del parto, Costa Rica 91.7 por ciento de control prenatal y 94.3 por ciento de atención del parto, Belice el 99.8 por ciento en atención prenatal y 90.6 por ciento en atención del parto. Los países con menor cobertura en salud materna son El Salvador, que reporta el 51.1 por ciento en atención prenatal y 43.9 por ciento en atención del parto, y Guatemala, con un 79.9 por ciento en atención prenatal y el 31.4 por ciento de cobertura en atención del parto[48].

Los programas de inmunizaciones han sido tomados con responsabilidad. En todos los países se cuenta con una línea presupuestaria para la compra de vacunas, estos programas se han desarrollado con bastante éxito, lo que ha favorecido la reducción de la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles[49].

El gasto en el mercado privado de medicamentos en la región se incrementó en un 11.28 por ciento en el último año, sin correspondencia con la cantidad adquirida, lo que pudiera explicarse por el incremento de precios (lo que reduce el poder adquisitivo de los hogares y sus posibilidades de cubrir otras necesidades). Seis de los diez medicamentos más vendidos en el mercado privado no se ajustan al perfil epidemiológico y evidencian un uso irracional de medicamentos y un gasto desmedido de la población en productos que no resuelven sus principales problemas de salud. Como respuesta a esta problemática, y en el marco de los acuerdos de la XXII RESSCAD, la región formuló una política cuya implementación está siendo fortalecida al haberse acordado entre la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y SISCA su incorporación como componente del Programa de Cooperación Regional en Salud con Centroamérica y República Dominicana[50].

El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria viene desarrollando proyectos para incrementar la cobertura de atención con antirretrovirales y otros medicamentos para personas viviendo con VIH/Sida en Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Belice y República Dominicana. Para estos países es un importante soporte; sin embargo, la sostenibilidad sigue siendo un reto.

d) Tendencia de la cooperación internacional en salud: alineación y armonización de la cooperación internacional

El Sistema de Integración Centroamericana decidió impulsar la armonización y alineación de la cooperación internacional en apoyo a sus procesos de integración y desarrollo. Para ello, en mayo de 2006 realizó el Foro Especial de Armonización y Alineación de la Cooperación Regional para Centroamérica, denominado Foro de Viena, en el que se revisaron las estrategias institucionales y sectoriales de cooperación así como las estrategias de cooperación intersectorial y horizontal entre países, los mecanismos de coordinación con la cooperación internacional. En este foro se obtuvo el compromiso internacional de apoyar los mecanismos de armonización y alineación, flexibilizar los mecanismos de cooperación y disminuir costos de transacción y administración.

La región ha venido estrechando relaciones con el resto del mundo y sosteniendo foros permanentes de cooperación con diversos países[51]. Asimismo, la región ha recibido cooperación bilateral de carácter regional de varios países, de organismos multilaterales y otros bloques de integración. Además, la región participa en esquemas de cooperación de mayor extensión geográfica.

La formulación de una Agenda de Salud de Centroamérica y República Dominicana es un paso fundamental para el alineamiento de la cooperación externa, ya que será el instrumento que brinde la dirección política y las prioridades de inversión. Asimismo, representando el compromiso para avanzar en la homologación de las condiciones de vida y posibilidades de desarrollo equitativo de los países en materia de salud, se espera que promueva mayores inversiones y oriente las políticas y planes nacionales, no sólo del sector salud, sino de todos aquellos sectores cuyo accionar impacta en los determinantes sociales de la salud.

V.- OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE LA AGENDA DE SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA

DECÁLOGO ESTRATÉGICO EN SALUD

1	Fortalecer la integración social de Centroamérica y República Dominicana mediante la definición e implementación de políticas regionales de salud
2	Fortalecer la función rectora de la autoridad sanitaria nacional en el marco de la integración centroamericana.
3	Fortalecer y extender la protección social en salud garantizando el acceso a servicios de salud de calidad
4	Reducir las desigualdades e inequidades y exclusión social en salud dentro y entre los países
5	Reducir los riesgos y la carga de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, violencia de género y social, así como los relacionados con el ambiente y los estilos de vida
6	Fortalecer la gestión y desarrollo de las trabajadoras y trabajadores de la salud
7	Promover la investigación científica y el desarrollo de la ciencia y tecnología en salud y uso/aplicación de la evidencia en políticas públicas en salud
8	Fortalecer la seguridad alimentaria y nutricional y reducción de la desnutrición apoyándose en la institución especializada de la región, el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP)
9	Establecer mecanismos para incrementar la cobertura en la provisión de agua apta para consumo humano, así como la protección y mejoramiento del ambiente humano, apoyándose en la instancia regional Foro Centroamericano y de República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento (FOCARD-APS)
10	Reducir la vulnerabilidad ante los desastres de origen natural, las emergencias antrópicas y los efectos del cambio climático

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1

Fortalecer la integración social de Centroamérica y República Dominicana mediante la definición e implementación de políticas regionales de salud

Para fortalecer la integración social de Centroamérica y República Dominicana, salud debe consolidarse como un eje central en la agenda política regional respaldada por las cumbres de presidentes. Los países deben consolidar los mecanismos políticos, jurídicos y financieros orientados a fortalecer la autoridad sanitaria regional y sus espacios de integración sectorial, para que sea viable y factible la formulación, negociación e implementación de políticas de salud regionales con enfoque integracionista. Asimismo, es necesario fortalecer la voluntad política para revisar y armonizar marcos legales nacionales, normas y mecanismos de regulación que incluyen aspectos económicos[52], profesionales[53], limítrofes[54], de protección social[55], sistemas de información[56] y la construcción de consensos interinstitucionales e intersectoriales para abogar por la revisión de aquellos marcos que proveen incentivos contrarios a la mejora de los determinantes de la salud y los intereses de la integración social. Es necesario garantizar el establecimiento de mecanismos para que cada país cumpla con los compromisos y acuerdos, incluyendo las correspondientes formas para su seguimiento y evaluación.

Una política social regional desde salud debe definir niveles mínimos estandarizados de salud para la población y niveles mínimos de cobertura y calidad de los sistemas y servicios de salud en un marco de respeto a los modelos de desarrollo elegidos por cada país, y dentro de los principios comunes identificados por los países en esta Agenda, la renovación de la Atención Primaria de la Salud y el cumplimiento de los Objetivos del Milenio. Asimismo, debe promover la integración social comunitaria y de las organizaciones sociales en la definición y ejecución de las políticas de salud regionales mejorando los sistemas de expresión de la sociedad civil dentro del SICA/SISCA para fortalecer la interacción entre los gobiernos y las organizaciones sociales y para favorecer la coordinación con otros mecanismos centroamericanos como el COMMCA, que velan por los derechos de las mujeres, y considerando la participación de otros sectores importantes, aglutinados en este caso en el Comité Consultivo del SICA (CC-SICA).

Asimismo, se debe fortalecer la articulación con los otros sectores del Subsistema Social con el apoyo del SISCA, con el objetivo de coordinar acciones para optimizar resultados.

La cooperación internacional, la cooperación interregional (CARICOM-SICA), la cooperación entre países y la cooperación transfronteriza son aspectos vitales del proceso de integración. En el marco de la Declaración de París[57], se debe incrementar la capacidad regional de negociación en un marco de armonización y alineamiento de los donantes externos con los principios, valores y objetivos estratégicos expresados en esta Agenda para incrementar el volumen de la cooperación, una distribución más justa y equitativa de sus recursos, y definir mecanismos apropiados -tales como una mesa de cooperantes- para el entendimiento, la negociación y seguimiento de los acuerdos.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2

Fortalecer la función rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional en el marco de la integración centroamericana

Los ministerios de salud de los países deben cumplir y desempeñar eficientemente su papel de autoridad sanitaria en la conducción de la producción social de la salud, profundizando su rol rector, desarrollando sus capacidades nacionales y regionales de liderazgo, manteniendo la abogacía para que salud ocupe un lugar más relevante en las agendas políticas nacionales y regionales que se exprese en mayores recursos públicos para el sector[58]-tanto en términos absolutos como relativos- y participando activamente en la definición de las políticas dirigidas al abordaje de los determinantes de la salud. En este sentido, quedan incorporados dentro del fortalecimiento de la función rectora los subsectores como el de agua potable y saneamiento, que participan en el logro de la producción social de la salud. El diálogo, coordinación y colaboración de los ministerios de salud con los de finanzas y planificación debe centrarse en la previsión, estabilidad y continuidad de la asignación de recursos financieros y para la consecución de las metas nacionales de desarrollo humano.

Los países de la región están listos para desarrollar sistemas comunes de gestión que incluyan la rendición de cuentas y sistemas comunes de información estratégica y de calidad para la toma de decisiones. La información estratégica en salud debe declararse de interés y utilidad pública y deben crearse sistemas de información que permitan el seguimiento y monitoreo de los precios y disponibilidad de los medicamentos y otros productos de interés sanitario en el sector público y el privado. Para fortalecer la toma de decisiones basada en la evidencia es posible y necesario abordar regionalmente la producción de información de calidad, definiendo, implementando y alimentando sistemas integrados de información para la vigilancia epidemiológica, el análisis de las desigualdades sociales y en salud[59], la exposición a riesgos[60], cobertura y calidad de sistemas y servicios de salud, monitoreo de la implementación de la estrategia de atención primaria de la salud, financiamiento sectorial, entre otros, con pautas estandarizadas de recolección de la información para generar datos de calidad y comparables entre países. Además, es necesario promover sistemas de vigilancia intersectoriales de carácter regional en colaboración con los sectores de agua y saneamiento, educación, trabajo y agricultura.

La Autoridad Sanitaria Nacional debe avanzar en la modernización y armonización de las legislaciones y normativas nacionales e integrar una estrategia intersectorial que permita la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional y abordar otros riesgos para la salud pública en la región.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3

Fortalecer y extender la Protección Social en Salud garantizando el acceso a servicios de salud de calidad

Se debe impulsar una política regional que tienda a eliminar las barreras financieras, económicas de acceso a la salud y promueva sistemas integrados de servicios de salud que resuelva el alto grado de fragmentación y segmentación que presentan actualmente[61]. Se debe lograr la extensión de la protección social transnacional comenzando por grupos vulnerables específicos[62] y con la aspiración de que esa protección social cubra a toda la población en el futuro, la creación de seguros colectivos para las poblaciones migrantes temporales y el desarrollo de programas transfronterizos de cooperación entre países con un enfoque intersectorial[63] para aumentar la cobertura de los servicios de salud, reducir costos y hacer frente a las emergencias sanitarias y desastres.

Es necesario apoyar y fortalecer la Política Regional de Medicamentos que está comenzando a implementarse en la región. La política regional debe incluir la negociación y compra consolidada de medicamentos y de tecnologías (que incluya la planificación familiar), el desarrollo de mecanismos regionales para controlar y garantizar su calidad, estudios de calidad de medicamentos, el desarrollo de lineamientos para la introducción de nuevos medicamentos, desarrollo de esquemas básicos de tratamientos en concordancia con compra y sistemas de rendición de cuentas para el control social de los gastos realizados en este rubro. Es una necesidad imperiosa crear laboratorios regionales, establecer cooperación con un ente internacional que certifique y apoye el mantenimiento de los laboratorios existentes y desarrollar programas regionales para mejorar el acceso a tecnologías de punta en salud que sean adquiridas en conjunto, administradas por un país y brinden servicios a la región.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4

Reducir las desigualdades e inequidades y exclusión social en salud dentro y entre los países

En la región, existen grandes brechas relacionadas con las condiciones de vida y atención de salud de los más pobres, marginados, grupos vulnerables, mujeres, pueblos indígenas, afro descendientes, migrantes, campesinos y menores. La identificación y el reconocimiento de esas brechas debe ser el punto de partida para superarlas. Se hace imperativo realizar esfuerzos conjuntos para caracterizar la magnitud de estos problemas y buscar las acciones intersectoriales requeridas.

Se debe garantizar que la salud sexual y reproductiva sea abordada con un enfoque de derechos

humanos, género, diversidad e interculturalidad para hombres y mujeres a lo largo del ciclo de vida y abogar por el involucramiento activo de los hombres en el cuidado de su salud sexual y reproductiva, de su familia y su pareja. Se debe hacer explícito el derecho a la educación para la vivencia de una sexualidad saludable como un derecho central de la salud y enfatizar en la elaboración de políticas para el desarrollo integral de los(as) adolescentes, adolescentes gestantes y madres. Se requiere fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para responder mejor a los retos de la salud sexual y reproductiva, principalmente la atención pre y pos natal de la madre y el niño, complicaciones del aborto, prevención y atención a las infecciones de transmisión sexual, especialmente VIH/Sida, detección de cáncer cérvico-uterino, consejería y atención a la violencia basada en género, la provisión de información y acceso a anticonceptivos a las mujeres y adolescentes que son sexualmente activas, y la atención de la demanda insatisfecha de planificación familiar.

Desde salud se debe aportar a la gestión de la migración, de la salud del trabajador, la salud sexual y reproductiva de la trabajadora y de la salud del trabajador migrante. Reconociendo que la migración originada en condiciones estructurales de pobreza es un determinante del desarrollo humano en la región, se debe abogar por el establecimiento de mecanismos bilaterales y regionales de protección al trabajador migrante. Igual importancia merece la atención a la salud del trabajador; es prioritario formular e implementar una política intersectorial que incluya a la empresa privada y a los representantes de los(as) trabajadores(as) y el acceso a los servicios de salud para atender esta demanda. Es necesario contar con laboratorios regionales acreditados de referencia para el diagnóstico en higiene industrial, enfermedades profesionales, ergonomía, y problemas e intoxicaciones originados en los químicos de uso industrial.

Se debe garantizar la protección de la salud integral de las personas adultas mayores con énfasis en el mantenimiento de la funcionalidad (vejez activa) y la abogacía por la combinación de subsidios económicos y alimentarios como base de la protección social a este grupo.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5

Reducir los riesgos y la carga de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, violencia de género y social, así como los relacionados con el ambiente y los estilos de vida

Es necesario implementar estrategias regionales que abarquen componentes de promoción de estilos de vida saludables, identificación, atención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles, en especial las cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, cáncer, diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas en consonancia con la Estrategia Regional y Plan para un Enfoque Integrado sobre la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas y que incluya la incorporación del modelo de atención de las enfermedades crónicas en los servicios de salud. Asimismo, es necesario desarrollar una estrategia que abarque la ratificación regional del Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco y el seguimiento para su implementación en los países; la adopción de la Estrategia de Dieta y Actividad Física (DPAS) y de mecanismos que permitan hacer frente a la transición de

riesgos para la salud en el orden ambiental: desde los riesgos ¨tradicionales¨ relacionados con el impacto de los fenómenos naturales y los grados insuficientes de desarrollo, a los riesgos ¨modernos¨, asociados con los rasgos de insostenibilidad en el desarrollo mismo.

Se debe incluir al sector privado mediante el desarrollo de un sistema de certificación regional de empresas que cumplan con las reglamentaciones laborales y ambientales y que incorporen hábitos saludables y promoción de la salud del trabajador[64].

En cuanto a las enfermedades transmisibles, se debe ampliar y mejorar la estrategia regional de control del VIH/Sida e incrementar los esfuerzos regionales para reducir la carga de las enfermedades transmitidas por vectores (en especial dengue, malaria y Chagas), estandarizando el abordaje de las enfermedades transmitidas por vectores en toda la región y estableciendo una meta regional vinculante que garantice la eliminación de alguna de ellas como problema de salud pública en un mediano plazo.

Se debe afrontar regionalmente la violencia contra las mujeres para reducir la cantidad de mujeres que viven en situaciones inaceptables de violencia física, sexual, psicológica y económica, fortaleciendo los mecanismos intersectoriales de atención que articulen el sector salud con el sector justicia. Asimismo, es necesario fortalecer la medicatura forense y la atención en los diferentes niveles del sistema de salud. Es imperativo promover acciones regionales para prevenir la violencia social, incentivando la elaboración de programas y proyectos sociales para la protección de las familias, entre otros, a través del fomento de estilos de vida y espacios saludables. Es necesario avanzar en el análisis regional intersectorial para establecer las características de la violencia, la correlación entre violencia, posesión de armas, tráfico de personas, abuso de drogas y alcohol, así como el rol que cumple la desintegración de la familia y la violencia intrafamiliar y contra la mujer en estos componentes. Asimismo, se debe avanzar en la construcción de una alianza intersectorial contra la violencia en cuya conducción participen las organizaciones de la sociedad civil.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 6

Fortalecer la gestión y desarrollo de las trabajadoras y trabajadores de la salud

Los trabajadores de salud son los sujetos de funcionamiento del sistema de salud y una parte importante de los desafíos críticos que se atraviesan en esta área deben ser abordados regionalmente. La región ha realizado avances significativos que deben ser fortalecidos o retomados. Es necesario aumentar el compromiso de los países para apoyar los mandatos globales y de la Región de las Américas en desarrollo de recursos humanos. En el marco del Plan Decenal de Desarrollo de Recursos Humanos 2006-2015 debe urgirse la formación, con carácter permanente, de la Comisión Técnica Centroamericana para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud y se debe apoyar el proyecto de Centroamérica y República Dominicana de desarrollo de recursos humanos en salud que se está gestionando a través del SISCA y que tiene como propósito contar, en el ámbito regional, con políticas, estrategias y una adecuada gestión de recursos humanos en salud que sean sostenibles a mediano y largo plazo[65].

Una política regional debe alentar alianzas duraderas entre los sectores salud y educación en el plano nacional y regional, y debe promover la coordinación con el Consejo Superior Universitario Centroamericano (CSUCA) e institutos de investigación en apoyo a la formación y desarrollo de los recursos humanos. Dentro de la vinculación salud y educación están las condiciones dadas para implementar un sistema de acreditación y certificación regional de programas y carreras impartidos por las instituciones formadoras y la creación de una agencia de acreditación regional de instituciones formadoras en ciencias de la salud (incluyendo técnicos) y el desarrollo de sus instrumentos regulatorios. Asimismo, debe avanzarse en la definición de estándares regionales para la certificación y recertificación de técnicos y profesionales para facilitar el flujo y la contratación de los trabajadores de salud entre los países de la región y enfrentar los déficits de personal en las áreas identificadas. La cooperación entre los países de la región es vital en esta área y se debe verificar la viabilidad y factibilidad para descentralizar la formación del personal técnico y profesional en alianza con escuelas técnicas y universidades, formulando e implementando una estrategia regional para el fortalecimiento de la oferta de algunas instituciones formadoras que puedan ser utilizadas por todos los países. Esto debe incluir una estrategia de educación permanente para los trabajadores de salud mediante el aprendizaje en red y el uso de tecnologías para la capacitación a distancia, telemedicina y teleeducación y formación de personal en servicio, en áreas prioritarias de salud pública y para el desarrollo de una medicina intercultural. Se debe buscar la participación activa de las universidades estimulando programas regionales de estandarización de la formación en salud, orientando esta formación, tanto en el pregrado como en el postgrado, de acuerdo a los compromisos adquiridos por los gobiernos de reorientar los sistemas de salud a la Atención Primaria de Salud.

La carrera sanitaria debe estandarizarse en la región y debe permitir diseñar en los países políticas salariales que incentiven los destinos rurales de los trabajadores de salud[66] como parte de una política destinada a reducir las inequidades en las áreas rurales. Asimismo, se debe apoyar la producción de información estratégica para la toma de decisiones y establecer un sistema de vigilancia que permita atender la salud de los trabajadores de la salud.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 7

Promover la investigación científica y el desarrollo de la ciencia y tecnología en salud y uso/aplicación de la evidencia en políticas públicas de salud

Una política regional de ciencia y tecnología debe abogar por la asignación de un porcentaje del PIB para la investigación en salud y dar prioridad a la elaboración de agendas nacionales de investigación que se discutan en el nivel regional en un proceso que incluya, a su vez, el desarrollo de una estrategia regional de investigaciones científicas en salud, la creación de un Comité Regional de Ética e Investigación, la constitución de un fondo regional para el financiamiento de las investigaciones prioritarias y la incorporación de las universidades e instituciones de investigación. La política regional debe incluir asimismo la creación de un programa para el manejo y aprovechamiento de tecnologías innovadoras en salud. Se debe apoyar las iniciativas regionales en marcha como la

del Foro Centroamericano de Investigación en Salud para que respalde una estrategia regional de investigaciones esenciales en salud, que incluyan las investigaciones orientadas a transversalidad de género y etnia en salud. Se debe fortalecer la participación de Centroamérica y República Dominicana en la Red Iberoamericana Ministerial de Investigación y Enseñanza en Salud (RIMAIS) y las iniciativas de investigación en ciencia y tecnología para el desarrollo social que promueven los fondos nacionales de ciencia y tecnología.

Para facilitar la producción, circulación y difusión del conocimiento se debe promover la formación de nodos intersectoriales e interinstitucionales de investigadores en salud y tecnología e incluir a las existentes bibliotecas virtuales en salud.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 8

Fortalecer la seguridad alimentaria y nutricional y reducción de la desnutrición apoyándose en el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, INCAP, institución especializada de la región

Una política regional en este campo debe basarse en una estrategia intersectorial nacional y regional que promueva la seguridad alimentaria y nutricional en todos sus componentes críticos: disponibilidad, acceso a alimentos en cantidad y calidad suficiente, consumo, utilización biológica de alimentos nutritivos e inocuos, vigilancia alimentaria y nutricional, acciones de información, educación y comunicación alimentaria nutricional a la población, orientación al consumidor y búsqueda de alternativas alimentarias, así como la vigilancia de la canasta básica de alimentos y la abogacía por la creación de mecanismos en caso de escasez de alimentos y lo relativo a las enfermedades crónicas relacionadas a la nutrición cuyo abordaje son prioridades de la región. La promoción de la salud en este campo debe incorporar a las organizaciones sociales, los organismos no gubernamentales y a los medios de comunicación en el apoyo a una alimentación que aproveche el valor nutritivo de alimentos de producción local, así como la lactancia materna como una acción de nutrición.

La Seguridad Alimentaria y Nutricional también juega un papel importante en la consecución de otros objetivos estratégicos de la Agenda, a saber: El fortalecimiento del rol rector del sector salud y de otros sectores involucrados en el desarrollo humano, sobre la reducción de las desigualdades e inequidades y exclusión social al aplicar el enfoque de los determinantes sociales y la Atención Primaria de la Salud, sobre la reducción del riesgo y carga de enfermedades crónicas no transmisibles, sobre la investigación y el desarrollo de la ciencia y tecnología en nutrición y alimentación, y la reducción de la vulnerabilidad ante los desastres de origen natural y los efectos del cambio climático.

Esta estrategia regional debe incluir el fortalecimiento de la investigación y la formación de recursos humanos en el campo alimentario-nutricional, en especial el fortalecimiento de las carreras de nutrición y alimentación, la investigación nutricional y el peso de la formación en nutrición en las carreras de ciencias de la salud en todos los países de la región.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 9

Establecer mecanismos para incrementar la cobertura en la provisión de agua apta para consumo humano, así como la protección y mejoramiento del ambiente humano apoyándose en la instancia regional, el Foro Centroamericano y de República Dominicana de Agua Potable y Saneamiento, FOCARD-APS

La integración regional debe apoyarse en el FOCARD-APS como el organismo líder para la coordinación y planificación sectorial. Se debe promover una política regional para agua potable y saneamiento básico que incluya un esfuerzo importante destinado a la identificación y movilización regional de recursos financieros para el fortalecimiento del sector, considerando cuatro elementos fundamentales: fortalecimiento institucional, reforma sectorial, cambio de comportamiento sobre buenas prácticas higiénicas con énfasis en lavado de manos y conservación del agua y ampliación de cobertura, de tal forma de garantizar la sostenibilidad eficiente y responsable en la prestación de los servicios, dando sustento al precepto "El agua es un derecho humano fundamental para la vida y el desarrollo".

Esta política debe buscar dar prioridad al saneamiento en las políticas de desarrollo nacionales a través de la construcción de las agendas nacionales de saneamiento, cuyo propósito es desarrollar un instrumento con estrategias claras y acciones concretas que sean factibles de desarrollarse por los actores claves del sector, para inducir a un cambio en gran escala sobre la situación del saneamiento, de tal forma de promover el incremento de la cobertura mediante sistemas de alcantarillado sanitario, plantas de tratamiento de aguas residuales, letrinización -que incluya la extensión de la cobertura de los programas de letrinización en las zonas rurales y urbanas marginales- y promueva la gestión integral de residuos sólidos, bajo la estrategia RRR (Reducir, Re-usar y Reciclar). Asimismo, se debe abogar por la formulación e implementación de una política regional para el manejo de los desechos sólidos hospitalarios y el fortalecimiento de la capacidad institucional en esta direccionalidad. El manejo integral de las cuencas hídricas es igualmente importante; se debe dar prioridad al agua para consumo humano y estimular la promoción de modelos de gestión para la administración del recurso hídrico y la creación de incentivos para su uso responsable en coordinación con la autoridad ambiental y otras secretarías del Sistema de la Integración Centroamericana, como la CCAD y el CRRH, con quienes se está promoviendo la Estrategia Centroamericana de Gestión Integrada del Recurso Hídrico (ECAGIRH). Asimismo, se debe vigilar regionalmente el deterioro de la calidad del aire en las ciudades por efecto de la contaminación que produce la flota vehicular y la industria.

Finalmente, deberá apoyarse el fortalecimiento de los sistemas de información del sector, con la identificación de indicadores claros y medibles que pongan en perspectiva la situación del sector en la región de forma oportuna, para lo cual deberá promoverse la armonización de conceptos básicos entre los países.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 10

Reducir la vulnerabilidad ante los desastres de origen natural, las emergencias antrópicas y los efectos del cambio climático

Una política regional para reducir la vulnerabilidad de la población ante los desastres naturales, las emergencias antrópicas, el cambio climático y el binomio cambio climático-desastres, debe partir de la integración intersectorial. Desde salud se debe formar parte con mayor énfasis en la definición de una política regional orientada a reducir los riesgos, realizar preparativos y mitigar los daños a la salud y al ambiente provocados por los desastres naturales y antrópicos y que permita una mayor integración de salud dentro de las instancias regionales pertinentes como es el Centro de Coordinación para la Prevención de los Desastres Naturales en América Central (CEPREDENAC). Dentro de esta política se deben establecer alianzas con las organizaciones sociales que implementan programas de alta cobertura en salud comunitaria, promoviendo su integración activa en la prevención y manejo de desastres.

Se debe avanzar en la acción transfronteriza para la mitigación de los daños a la salud provocados por los desastres a través de la ampliación de planes que incluyan fuentes alternativas de abastecimiento de agua, alimentos y disponibilidad de servicios de salud, integrando la articulación con las redes sociales de apoyo y la preparación para desastres en las áreas fronterizas de alto riesgo.

Se debe promover la creación de redes regionales, integrar grupos y redes multidisciplinarios de alcance regional para el fortalecimiento de los programas nacionales de salud relacionados con la gestión de riesgos, emergencias y desastres. Es necesario fomentar el intercambio de experiencias y buenas prácticas entre los países de la región y promover la conformación de un frente humanitario dirigido a resguardar, salvar vidas y a mitigar los daños a la salud. Asimismo, es necesario fortalecer las evaluaciones nacionales del impacto en la salud producido por el cambio climático, promover la investigación y el desarrollo de estrategias de adaptación a los cambios climáticos, así como desarrollar mecanismos de coordinación entre las organizaciones responsables de la vigilancia epidemiológica y las instituciones responsables del manejo de emergencias y desastres.

Es necesario incorporar el componente de salud mental en las estrategias de abordaje para la reducción de la vulnerabilidad hacia los desastres naturales y antrópicos, así como garantizar los recursos y servicios de salud mental de las víctimas potenciales y sobrevivientes de los desastres.

NOTAS Y REFERENCIAS

[1] La XIX Cumbre de Presidentes de Centroamérica realizada en 1997, también llamada PANAMÁ II, establece entre los mandatos adoptados la necesidad de hacer cumplir el Tratado de Integración Social de Centroamérica. La Cumbre da instrucciones a los consejos de Ministros para elaborar y dar cumplimiento a los reglamentos que los ampara como marco jurídico de actuación. En el caso del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA), en 2001 se aprobó el reglamento que aún continúa vigente. En el Capítulo III del Reglamento del COMISCA, artículo 5, se explicita que: "Corresponderá a la Reunión de Ministros: a) Definir la política general y establecer las prioridades y estrategias para la consecución de los objetivos de COMISCA; b) ejercer la rectoría del Sector Salud Regional, identificando y priorizando los problemas regionales de salud que requieren ser abordados mediante una Agenda y un Plan Centroamericano de Salud". SISCA. Reglamento del COMISCA, San Salvador 2001.

[2] Las estimaciones para el año 2006 dan 50.3 millones de personas de las cuales el 50,1 por ciento son mujeres y el 49,9 por ciento son hombres. INCAP/PRESANCA. Indicadores de Situación de Seguridad Alimentaria y Nutricional en Centroamérica y República Dominicana, mayo de 2007.

[3] La densidad de la población oscila entre los 12 habitantes por km2 en Belice y los 332 habitantes por km2 en El Salvador. Comisión Económica para América Latina. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, Santiago de Chile 2005.

[4] El crecimiento poblacional proyectado para el periodo 2005-2010 es de 2.2 por ciento, observándose una leve disminución con relación al período 2000-2005, con excepción de Guatemala que mantiene una tasa de 2.5 por ciento. Con la excepción de Costa Rica (2.1) las tasas de fecundidad superan la tasa promedio de América Latina y el Caribe (2.4). Comisión Económica para América Latina. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, Santiago de Chile 2005 y Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Situación de Salud en las Américas, Washington DC 2007.

[5] CEPAL ib.

[6] Leyva Flores R, Caballero M, Infante Xibillé C y Bronfman M. VIH/Sida y movilidad poblacional en México y Centroamérica: respuestas regionales en contextos de vulnerabilidad social. Instituto de Salud Pública, México 2006.

[7] CEPAL, PMA, PNUD. Análisis del Impacto Social y Económico de la Desnutrición Infantil en América Latina. Santiago de Chile, junio 2007. La información sobre Belice fue extraída del CSO Belice Census 2000.

[8] Informe Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible 2008, Resumen. Programa Estado de la Nación-Región, Costa Rica, Setiembre 2008.

[9] Ib.

[10] El PNUD estimó que, a nivel mundial, El Salvador y República Dominicana contabilizan el 4% del total de las remesas, mientras que para Latinoamérica y el Caribe estas representan el 18%.del total En el mismo reporte, se observa que las remesas representan entre el 3.1% y el 22% del total del PIB en la subregión (Guatemala 3.1%, Honduras 7.5%, República Dominicana 10%, El Salvador17%). Casi el 80% de estas remesas se utilizan para la compra de alimentos. Orozco M y Lapointe M. Migration: Remittances and the Rural Sector in Latin America. UNDP, Nueva York 2005.

[11] Informe Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible 2008, op.cit.

[12] En el año 2003, de los 18,7 millones de personas pobres que había en la región, 12 millones vivían en las áreas rurales (el 64%). RUTA. Estudio sobre trabajadores rurales en el Istmo Centroamericano 2007.

[13] Esto se observa en países como Honduras y Guatemala que muestran la más alta informalidad por arriba del promedio de America Latina (50.3% de los trabajadores no agrícolas) junto a la mayor concentración de ingresos, en contraposición con Costa Rica (de menor inequidad) que, junto con Panamá, presentan la menor informalidad, por debajo del promedio pero con tendencia a la expansión. El Salvador es el único que tiene una tendencia a la disminución de la informalidad, pero está por arriba del promedio de América Latina (55%). Comisión Económica para América Latina. Informalidad, inseguridad y cohesión social en América Latina, Santiago de Chile 2007.

[14] Naciones Unidas. Crime and Development in Central America. Nueva York, mayo 2007.

[15] Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe de Desarrollo Humano 2007-2008. Nueva York 2008 (presenta datos del año 2005).

[16] Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe de Desarrollo Humano 2007-2008. Nueva York 2008.

[17] Sistema de Integración Económica Centroamericana (SIECA). Centroamérica en cifras. San Salvador, enero 2008.

[18] Nicaragua, Honduras y Guatemala, que presentan tasas de alfabetismo que no superan el 80%, tienen una tasa de mortalidad infantil que está entre las más altas en las Américas (17.7 por 1000 nacidos vivos), como es el caso de Guatemala (39 por 1000nv), Nicaragua (31.0 por 1000 nv), República Dominicana (30.6 por 1000 nv), El Salvador (25

por 1000 nv), Honduras (23 por 1000 nv), Belice (19.6 por 1000 nv.) y Panamá (19.4 por 1000nv). Mientras que Costa Rica, con una tasa de alfabetismo general del 94% y alfabetismo en mujeres del 96%, registra una tasa de mortalidad infantil de 9 por 1000nv (entre las mejores del mundo). Organización Mundial de la Salud. World Health Statistics. Ginebra 2007.

[19] Calculado con base en Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos. Washington DC 2007.

[20] Ib.

[21] El dato sobre porcentaje de mortalidad por enfermedades se estimó con base en la tabla sobre enfermedades transmisibles que se encuentra en el Tomo I de Salud en las Américas, página 80, Cuadro 3. Tasas (100.000 habitantes), proporción y proporción acumulada (sobre causas definidas) de las 10 principales causas de muerte, según sexo. Datos de 2002.

[22] Calculado con base en Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos. Washington DC 2007.

[23] Ib.

[24] Ib.

[25] Aunque el Informe Mundial de Violencia de la OMS de 2002 tiene seis años de antigüedad, se evidencia que El Salvador (50.2/100.000) tiene la segunda tasa de mortalidad por homicidios (en un país sin guerra) más alta del mundo en el grupo de 10-29 años de edad, tan sólo superada por Colombia (84.4/100.000). Organización Mundial de la Salud . Informe Mundial de Violencia. Ginebra 2002.

[26] Ib.

[27] Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos. Washington DC 2007. Datos de entre 2001 y 2006, dependiendo del país.

[28] PNUD y UNIFEM. Perfil de Género en la Economía del Istmo Centroamericano. Nueva York 2005.

[29] Calculado con base en Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos. Washington DC 2007.

[30] Organización Mundial de la Salud. World Health Statistics. Ginebra 2007.

[31] Ib.

[32] INCAP/PRESANCA. Indicadores de Situación de Seguridad Alimentaria y Nutricional en Centroamérica y República Dominicana 2007.

[33] Organización Mundial de la Salud. World Health Statistics. Ginebra 2007.

[34] Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2007-2008. New York, 2008.

[35] INCAP/PRESANCA. Op.cit.

[36] Ib.

[37] Pan American Tobacco Information Online System (PATIOS), http://www.paho.org/patiosHome.asp

[38] En El Salvador casi el 43% de la población no tiene acceso a servicios de salud públicos, de la seguridad social o privado (Encuesta DIGESTYC 2002), en Guatemala ese porcentaje se encuentra entre el 13 y el 27% (Mesa-Lago C. Las reformas de salud de América Latina y el Caribe: impacto en los principios de la seguridad social. CEPAL 2005), en Honduras pasa el 30% (Mesa Lago ib.), en Nicaragua el 28% (ib), en Panamá el 20% (CISS. Reforma de los esquemas de la seguridad social. Informe de la seguridad social en América 2004) y en República Dominicana el 16% (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Exclusión social en salud en países de América Latina y el Caribe 2004).

[39] Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe. Análisis de las Reformas del Sector Salud en Centroamérica y la República Dominicana. Washington DC, 2ª edición, julio 2002.

[40] La información sobre financiamiento ha sido extraída de la Nota Sobre Financiamiento especialmente preparada por el equipo de Economía y Financiamiento de la Salud, Área de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, junio de 2008. Equipo coordinado por Rubén Suárez.

[41] El gasto nacional en salud per cápita en este grupo de países estuvo alrededor de $ 213 dólares y representó el 7.9 % del PIB, lo que está por encima del promedio observado para América Latina y el Caribe (7.1% del PIB). En promedio, el valor del consumo de bienes y servicios de salud de Costa Rica ($ 411 dólares) es casi el doble que el promedio regional, más de cuatro veces el nivel de consumo de la población de Honduras ($ 95 dólares), y más de seis veces el consumo per cápita de la población de Nicaragua ($ 65).

[42] Al menos que se indique de otra manera, las cifras en dólares son expresadas en dólares constantes del año 2006.

[43] Cfr. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Salud en las Américas 2007.

[44] En el año 2006 el portafolio de proyectos de salud en ejecución financiados por el Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo ascendió a alrededor $ 416 millones de dólares. Esto equivale a un flujo anual de gasto de

$ 71 millones de dólares, alrededor de $ 1.6 dólares per cápita. Esto es, el flujo anual de gasto en salud financiado con los préstamos de estas instituciones representa menos del 1% del flujo de gasto anual que se realiza en la región.

[45] Estimados para el año 2000 provienen del documento sobre Invertir en salud para el desarrollo humano: gastos del sector salud y financiamiento en los países de la subregión; contribución de OPS/OMS al Informe sobre El Estado de la Región 2003; y Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Salud en las Américas 2002. Washington DC 2002.

[46] Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos. Washington DC 2007.

[47] Ib.

[48] Ib.

[49] En el año 2006 no se reportó ningún caso de polio y sarampión, en difteria existen reportes únicamente en República Dominicana y Tétanos neonatal han reportado Guatemala y República Dominicana con 2 y 4 casos confirmados respectivamente en el 2006. Los países con menor cobertura de inmunizaciones son Nicaragua y Honduras que reportan porcentajes menores al 90 por ciento. Ib.

[50] SISCA-OPS/OMS. Política de Medicamentos en Centroamérica y República Dominicana. Guatemala, 2006.

[51] SICA. Propuesta de Armonización y Alineación de la Cooperación Regional para Centroamérica. Foro realizado en Viena, mayo 2006.

[52] Por ejemplo, sistemas de compra de medicamentos.

[53] Por ejemplo, acreditación de instituciones, armonización curricular.

[54] Por ejemplo, articulación de servicios de salud transfronterizos.

[55] Por ejemplo, definición de sistemas solidarios de protección social interpaís para cobertura de migrantes.

[56] Por ejemplo, vigilancia epidemiológica, de cobertura y calidad de los sistemas y servicios de salud.

[57] El 2 de marzo de 2005 en París, ministros y otras autoridades de alto nivel de aproximadamente 90 países desarrollados y en desarrollo, y jefes y funcionarios de 27 organismos de asistencia, aprobaron la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda: identificación, armonización, coordinación, resultados y responsabilidad mutua. La Declaración de París constituye uno de los hitos de los esfuerzos a nivel mundial para aumentar la eficacia con que se utilizan los recursos para el desarrollo y es el corolario de una sucesión de compromisos e iniciativas que se pusieron en marcha en los años noventa y que comprenden la Cumbre del Milenio (en 2000), ocasión en la que se establecieron los objetivos de desarrollo del milenio; la Conferencia de Monterrey (en 2002); el Foro de alto nivel de Roma sobre armonización (en 2003), y la Mesa redonda de Marrakech sobre gestión orientada a los resultados (en 2004).

[58] Aumento absoluto y relativo al PIB de la inversión pública en salud.

[59] Los datos deben ser colectados y analizados por sexo, edad y etnia.

[60] Conductuales, ambientales y del ambiente laboral.

[61] La fragmentación es uno de los determinantes del bajo acceso, la baja capacidad resolutiva y la ineficiencia de los servicios de salud en la región.

[62] En estos grupos vulnerables debe incluirse a los migrantes pobres documentados e indocumentados.

[63] Debe incluir, pero no limitarse, a agua y saneamiento básico.

[64] Empresas Saludables, Empresas Libres de Humo de Tabaco.

[65] SISCA. Protocolo Centroamericano de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, 2007.

[66] Incluye salario, derecho a rotación, derecho a la educación permanente y otros incentivos.

GLOSARIO

Accesibilidad: ausencia de barreras geográficas, financieras, organizacionales, socioculturales, de género y/o estructurales para la participación en el sistema de salud y/o para la utilización de los servicios de salud y otros servicios sociales. Es fundamental que las personas puedan recibir servicios de salud acordes con sus necesidades. OPS/OMS: Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Documento de Posición de OPS/OMS. Washington DC, agosto de 2005

Antrópico: de origen humano, humanizado, opuesto a lo natural. Antropogénico.

Autoridad Sanitaria: La Autoridad Sanitaria Nacional es el custodio del bien público en salud y su objetivo primordial es la protección y promoción de la salud de la población. Se expresa como la potestad del Estado para incidir sobre las funciones, responsabilidades, y competencias sustantivas que le son propias e indelegables, para efectivamente velar por el bien público en materia de salud. Se observan diferencias estructurales en la composición de la Autoridad Sanitaria en función del carácter federal o unitario del país y de la organización e institucional del sector salud. Los Ministerios de Salud son las principales organizaciones públicas depositarias de la «Autoridad Sanitaria» y en ese carácter son los entes primarios responsables de ejercer la rectoría sectorial. OPS/OMS-USAID: Lineamientos Metodológicos. Perfiles de los Sistemas de Salud OPS-USAID, Washington DC, 2006.

Atención Primaria de la Salud (APS): en 1978 la Declaración de Alma Ata definió a la APS como "atención esencial en salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, accesible a los individuos y a las familias en la comunidad, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan asumir para mantenerla… La APS forma parte integral del sistema de salud de un país, así como del desarrollo económico y social de la comunidad… acercando la atención en salud, tanto como sea posible, al lugar donde la gente vive y trabaja, constituyéndose en el primer elemento de un proceso continuo de atención de salud". OPS/OMS: Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Documento de Posición de OPS/OMS. Washington DC, agosto de 2005.

Cobertura universal: manejo financiero y organizacional para cubrir las necesidades de toda la población, eliminando la capacidad de pago como barrera de acceso a los servicios de salud. OPS/OMS: Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Documento de Posición de OPS/OMS. Washington DC, agosto de 2005

Derecho al nivel de salud más alto posible: la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y los tratados internacionales sobre derechos humanos reconocen el derecho al "nivel de salud más alto posible". El derecho a la salud hace énfasis en la relación entre estado de salud y dignidad humana, la no discriminación, la justicia y la participación y comprende la libertad de controlar (por ejemplo el control de las propias decisiones reproductivas) y la libertad de defender el derecho (por ejemplo a la atención en salud y a las condiciones saludables de vivienda). El enfoque de derechos supone obligaciones y rendición de cuentas por parte de los actores responsables (como por ejemplo gobiernos) que garanticen a los ciudadanos el ejercicio de sus demandas en salud. El derecho a la salud implica conducta ética y responsabilidad de parte de los proveedores, investigadores y tomadores de decisiones. Algunos tratados internacionales definen los derechos de los ciudadanos como: el derecho a liberarse de condiciones que interfieran con el máximo nivel de salud posible; a defender su derecho a la atención en salud y a las condiciones saludables de vivienda y trabajo; y a satisfacer sus expectativas en términos de estándares de conducta ética en provisión de servicios e investigación. El Estado, por su parte, entre sus obligaciones tiene la de respetar (evitar interferir con el disfrute de la buena salud), proteger (establecer medidas para prevenir que terceros interfieran con el derecho de los ciudadanos a alcanzar el nivel de salud más alto posible), y garantizar (los Estados deben adoptar medidas necesarias, legislativas, administrativas, presupuestales, judiciales, promocionales y otras para satisfacer la realización plena del derecho a la salud). OPS/OMS: Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Documento de Posición de OPS/OMS. Washington DC, agosto de 2005

Desarrollo humano: "es un proceso de ampliación de las opciones de las personas… a través de la expansión de las capacidades y funciones. Las tres condiciones esenciales para el desarrollo humano en todos los niveles de desarrollo son: la capacidad de alcanzar una vida larga y saludable, tener acceso al conocimiento y a estándares aceptables para una vida digna. Pero el campo del desarrollo humano va más allá: las opciones altamente valoradas por las personas van desde las oportunidades sociales, económicas y políticas para ser creativo y productivo, hasta el disfrute de autoestima, sentido de su propio valor y derechos y de pertenencia a una comunidad". OPS/OMS: Renovación de la Atención Primaria de Salud

en las Américas, Documento de Posición de OPS/OMS. Washington DC, agosto de 2005

Equidad en los servicios de salud: ausencia de diferencias en acceso a servicios para iguales necesidades en salud (equidad horizontal) y aumento en el acceso u otros recursos para grupos definidos de población en el aspecto social, el demográfico o el geográfico, con mayores necesidades de salud (equidad vertical). OPS/OMS: Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Documento de Posición de OPS/OMS. Washington DC, agosto de 2005

Fragmentación: Coexistencia de muchos subsistemas pequeños no integrados; dificulta la garantía de acceso y prestación de servicios en condiciones similares entre los afiliados a cada uno de esos subsistemas. OPS/OMS-USAID: Lineamientos Metodológicos. Perfiles de los Sistemas de Salud OPS-USAID, Washington DC, 2006.

Función Rectora en Salud: Ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud que le son propias e indelegables en el contexto del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad en el Estado moderno, es competencia característica del gobierno, y es ejercida mediante la Autoridad Sanitaria. Su propósito es definir e implementar las decisiones y acciones públicas para satisfacer y garantizar, en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud del conjunto de los actores sociales. OPS/OMS-USAID: Lineamientos Metodológicos. Perfiles de los Sistemas de Salud OPS-USAID, Washington DC, 2006.

Índice de Desarrollo Humano (IDH): es una medición por país, elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Se basa en un indicador social estadístico compuesto por tres parámetros: Vida larga y saludable (medida según la esperanza de vida al nacer). Educación (medida por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y superior, así como los años de duración de la educación obligatoria). Nivel de vida digno (medido por el Producto Interno Bruto per cápita Paridad Poder Adquisitivo en dólares).

Intersectorialidad: la medida en que la APS se integra a los esfuerzos dirigidos a la intervención de los determinantes de salud externos al sector salud, tales como agua y saneamiento, vivienda, educación y coordinación del desarrollo y puesta en marcha de un amplio rango de políticas públicas y programas que afectan y comprometen sectores externos a los servicios de salud. La intersectorialidad requiere de una articulación estrecha entre las áreas pública, privada y no gubernamental, tales como empleo, educación, vivienda, producción de alimentos, agua y saneamiento y atención social, tanto en el interior de los servicios de salud tradicionales, como fuera de ellos y que tienen un efecto sobre el estado de salud y el acceso a la atención en salud. OPS/OMS: Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Documento de Posición de OPS/OMS. Washington DC, agosto de 2005

Justicia social: es un concepto ético basado, en gran medida, en las teorías del contrato social. La mayoría de las variaciones sobre el concepto sostienen que los gobiernos fueron instituidos por los pueblos en beneficio de ellos mismos. Aquellos gobiernos que no logran orientarse hacia el bienestar de los ciudadanos están incumpliendo su parte del contrato social y, por lo tanto, son injustos. El concepto incluye generalmente la defensa de los derechos humanos, pero no está limitado a esta, y se emplea también para referirse a la justicia de una sociedad en su conjunto, en sus divisiones y distribuciones de recompensas y obligaciones. OPS/OMS: Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Documento de Posición de OPS/OMS. Washington DC, agosto de 2005

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): la Declaración del Milenio es un marco para el trabajo conjunto de los países y la mejora de su desarrollo; reconoce como valores esenciales, para las relaciones internacionales en el Siglo XXI: la libertad, la igualdad, la solidaridad, la tolerancia, el respeto por la naturaleza y la responsabilidad compartida. Los objetivos del Desarrollo del Milenio fueron formulados en el marco de los acuerdos internacionales contenidos en la Declaración del Milenio, estos objetivos incluyen: la erradicación de la pobreza extrema y el hambre; el logro de la educación primaria universal; la promoción de la equidad de género y la transferencia de poder a las mujeres; la reducción de la mortalidad infantil; la mejora de la salud materna; la lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades; la garantía de la sostenibilidad ambiental; y el establecimiento de una alianza mundial para el desarrollo. OPS/OMS: Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Documento de Posición de OPS/OMS. Washington DC, agosto de 2005

Orientación hacia la calidad: la medida en la cual los servicios de salud dirigidos a individuos y poblaciones aumentan la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son compatibles con el saber profesional actual. Los pilares fundamentales de la calidad son: efectividad, eficiencia, optimización (balance entre los costos de la atención y los efectos de la atención), aceptabilidad, legitimidad y equidad; este concepto integra la calidad técnica y la satisfacción del usuario

con los servicios. OPS/OMS: Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Documento de Posición de OPS/OMS. Washington DC, agosto de 2005

Participación: grado en el que una persona participa y comparte la toma de decisiones con relación a su propia atención. El "autocuidado" es un concepto similar, así como el suministro de información a los miembros de una comunidad para permitirles tomar medidas para cuidarse a sí mismos y saber cuándo necesitan buscar ayuda profesional. La participación social es el derecho y la capacidad de la población para participar de forma efectiva y responsable en las decisiones sobre la atención en salud y su implementación. La participación social en salud es una faceta de la participación civil, una condición inherente al ejercicio de la libertad, la democracia, el control social sobre la acción pública y la equidad. OPS/OMS: Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Documento de Posición de OPS/OMS. Washington DC, agosto de 2005

Rendición de cuentas: proceso que obliga a los actores a responder por sus actos. En el caso de los gobiernos incluye la obligación de entregar y divulgar regularmente, en forma coherente y detallada, los propósitos, principios, procedimientos, relaciones, resultados, ingresos y gastos, a todas las partes interesadas e involucradas directa e indirectamente, de forma tal que puedan ser evaluados por las partes interesadas. Incluye la necesidad de transparencia en el grado de éxito en salud en la población y en la adecuación de los mecanismos para alcanzarlo. OPS/OMS: Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Documento de Posición de OPS/OMS. Washington DC, agosto de 2005

Seguridad alimentaria y nutricional (SAN): es el estado en el cual todas las personas gozan en forma oportuna y permanente de acceso físico, económico y social a los alimentos que necesitan, en cantidad y calidad, para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar general que coadyuve al logro de su desarrollo. Iniciativa de Seguridad Alimentaria Nutricional en Centroamérica. Ciudad de Guatemala, Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, 2002.

Sistema de salud: la OMS define el sistema de salud como el ente que "comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos que producen acciones cuyo propósito principal es mejorar la salud". Un sistema de salud puede caracterizarse también de acuerdo con sus actores principales: el gobierno o los profesionales que estructuran y regulan el sistema; la población, incluidos los pacientes, quienes en su condición individual o colectiva pagan por el sistema de salud (a través de impuestos u otros mecanismos) y reciben los servicios; agentes financieros, quienes recaudan fondos y los asignan a proveedores o compran servicios a nivel nacional y otros niveles inferiores; organizaciones comunitarias y locales (por ejemplo voluntariados, comités de salud, iniciativas privadas) que colaboran en la organización y apoyo logístico, financian directa e indirectamente y algunas veces prestan servicios; y los proveedores de servicios que a su vez pueden categorizarse de diversas formas. Los sistemas de salud pueden también definirse de acuerdo con sus funciones principales: administración (o vigilancia); financiación (recaudo, banca o compra) y prestación o provisión de servicios. OPS/OMS: Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Documento de Posición de OPS/OMS. Washington DC, agosto de 2005

Solidaridad: se considera como la unión de intereses, propósitos y afinidades entre los miembros de una sociedad para crear las condiciones necesarias para mejorar las situaciones sociales. La solidaridad se ejerce mediante la participación activa, tanto individual como colectiva, a través de los esfuerzos organizados con otros miembros de la sociedad. Implica trabajar conjuntamente para el logro de metas, que no pueden alcanzarse individualmente. Esto es posible por los intereses comunes, que se forjan gracias a la interacción intensa y frecuente entre los miembros de un grupo. Se caracteriza por la promoción de metas comunes al grupo en el marco de sus propios derechos. Para algunos, un adecuado nivel de solidaridad social es esencial para la supervivencia humana. OPS/OMS: Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, Documento de Posición de OPS/OMS. Washington DC, agosto de 2005.

AGRADECIMIENTO

La Comisión Técnica Subregional para la Agenda de Salud (COTESAS) designada por las autoridades sanitarias nacionales tuvo a su cargo la elaboración de este documento. COTESAS convocó a más de quinientos trabajadores y trabajadoras de salud pública, la seguridad social, agua y ambiente, universidad, líderes comunitarios y de las asociaciones profesionales, representantes del sector privado, organizaciones no gubernamentales y otras diversas asociaciones de la sociedad civil que participaron en las consultas nacionales realizadas entre mayo y julio de 2008 en los ocho países del sistema de la integración centroamericana. Asimismo, se realizó una consulta regional entre octubre de 2008 y enero de 2009 a las instancias e instituciones de la integración, organizaciones sociales con presencia regional y la cooperación internacional.

Los representantes de COTESAS que condujeron el proceso de elaboración de la Agenda de Salud son: Dr. José Marenco (Belice), Dr. Francisco Golcher Valverde (Costa Rica), Dra. Carmen Margarita Vilanova de Denys (El Salvador), Lic. Juan Luis Orantes y Dr. Salvador España (Guatemala), Dr. Jorge Sierra Barahona, Dr. Alejandro Solís (Nicaragua), Dra. Nadja Porcell (Panamá) y Dra. Ilda Natera (República Dominicana). Asimismo, apoyaron el proceso el Dr. Rolando Hernández Argueta, Secretario Ejecutivo de COMISCA, y la Licenciada Hazel Escrich, Secretaria de la Integración Social de SISCA. La coordinación del proceso estuvo a cargo del Dr. Jorge Sierra, por la Presidencia Pro-Témpore-Honduras de COMISCA.

OPS/OMS brindó apoyo técnico y logístico. Facilitó el proceso de elaboración de este documento la Dra. Laura Nervi. Los responsables de acompañar el trabajo de COTESAS por parte de OPS/OMS en los ocho países fueron: Dr. Guillermo Troya (Belice), Dr. Federico Hernández Pimentel (Costa Rica), Dr. Gerardo de Cosío y Dra. Laura Nervi (El Salvador), Dra. Hilda Leal de Molina (Guatemala), Dra. Iris Padilla (Honduras), Dra. María Angélica Gomes (Nicaragua), Dr. Gustavo Vargas (Panamá) y Dr. Miguel Machuca (República Dominicana). AECID apoyó técnica y financieramente la elaboración de este documento. El apoyo técnico fue brindado por el Dr. Julio Valdés, coordinador de la línea de salud AECID/SISCA.

COMISCA
Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica

SISCA

AGENCIA
ESPAÑOLA DE
COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

Organización
Panamericana
de la Salud
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud