



**UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO**

---

**División de Ciencias Políticas y Humanidades  
Maestría en Ciencias Sociales Aplicadas a los  
Estudios Regionales**

**Tesis  
Cooperación Internacional en Materia de salud  
entre México y los países de la región  
centroamericana (2000-2014)**

**Presenta**

**Luis Antonio Hernández Vergara**

**DIRECTOR DE TESIS**

**Dr. Leonardo Hector Rioja Peregrina**

**Chetumal, Quintana Roo, a 29 de junio del 2015.**





**UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO**

División de Ciencias Políticas y Humanidades

Maestría en Ciencias Sociales Aplicadas a los Estudios Regionales

**Cooperación Internacional en materia de salud Entre  
México y los países de la región centroamericana  
(2000-2014)**

**TESIS**

para obtener el grado de

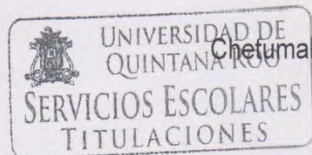
**MAESTRO EN CIENCIAS SOCIALES APLICADAS A LOS  
ESTUDIOS REGIONALES**

Presenta:

**Luis Antonio Hernández Vergara**

Director de tesis:

**Dr. Leonardo Héctor Rioja Peregrina**



Chetumal, Quintana Roo, México, junio 2015.



# UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

División de Ciencias Políticas y Humanidades


Maestría en Ciencias Sociales Aplicadas a los Estudios Regionales

Tesis elaborada bajo la supervisión del Comité de Tesis del programa de  
Maestría en Ciencias Sociales Aplicadas a los Estudios Regionales y aprobada  
como requisito para obtener el grado de:

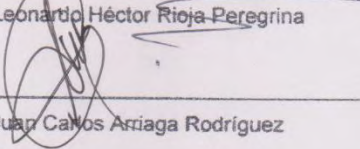
## MAESTRO EN CIENCIAS SOCIALES APLICADAS A LOS ESTUDIOS REGIONALES

### COMITÉ DE TESIS

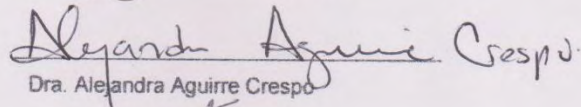
Director:

  
Dr. Leonardo Héctor Rioja-Peregrina

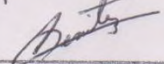
Asesor Titular:

  
Dr. Juan Carlos Ariaga Rodríguez

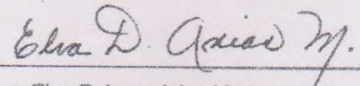
Asesor Titular:

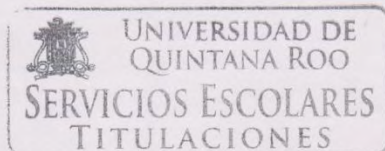
  
Dra. Alejandra Aguirre Crespo

Asesor Suplente:

  
Dra. Jazmín Benítez López

Asesor Suplente:

  
Dra. Elva Dolores Arias Merino



## **Agradecimientos**

Agradezco y dedico esta tesis a todos mis familiares y amigos que me apoyaron desde el principio para poder instalarme en un lugar desconocido para mí, principalmente a mis profesores de la Universidad Veracruzana quienes nunca dudaron en que podía lograr este objetivo que hoy se ve materializado, a mi madre Rosa Vergara Reyes por sus palabras de aliento, a mi compañera inseparable durante el tiempo que duro el programa de maestría Yuridia Odalis Mendoza Duarte, quien me brindo su cariño y fortaleza para concluir este episodio de mi vida.

Aprovecho estas líneas para agradecer de igual manera al comité de tesis por sus importantes sugerencias y recomendaciones para mejorar constantemente el trabajo de investigación, al Dr. Leonardo Héctor Rioja Peregrina por su paciencia, por facilitarme la oportunidad de realizar estancias de investigación dentro y fuera de México, con lo cual pude consolidar el planteamiento del problema de esta investigación, también por su orientación y cuidado en compartir consejos y experiencias enriquecedoras en lo personal y académico.

Finalmente agradezco a todo el personal que labora en la Universidad de Quintana Roo por las facilidades y apoyos concedidos en mi formación intelectual.

Gracias a Dios por brindarme tanto amor y permitirme proyectarlo a las personas que están a mi lado.

## **Resumen**

Este trabajo de investigación intitulado Cooperación Internacional en materia de salud entre México y los países de la región centroamericana (2000-2014) forma parte de los resultados del programa de la Maestría en Ciencias Sociales Aplicadas a los Estudios Regionales de la Universidad de Quintana Roo, cuenta con el auspicio del Programa Nacional de Posgrados de Calidad del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

En la presente, se analiza y profundiza en las características propias de la cooperación internacional a partir de las relaciones diplomáticas entre el gobierno Mexicano -en conjunto con la Secretaria de Salud- con los Estados Nacionales de la región centroamericana y sus respectivos ministerios de salud. Partiendo de las condiciones económicas, políticas, sociales y culturales, determinantes que afectan las condiciones de salud.

A su vez, se identifica la participación de las economías centrales sobre las economías periféricas con el objetivo de reconocer dentro del contexto internacional (con el apoyo de la teoría del sistema mundo y los enfoques del desarrollo y la dependencia) la participación de México como una economía semiperiférica.

Para analizar tales características, se abordan las capacidades institucionales con las que cuenta México en su calidad de donante, para contribuir según sus posibilidades a los esfuerzos por reducir las condiciones de morbilidad y mortalidad en la región, a través de la actualización del personal médico, así como en el manejo de infraestructura médica y transmisión de experiencias y conocimientos, procedente de los tipos de instrumentos de cooperación internacional que suscribe la Secretaria de Relaciones Exteriores y la Secretaria de Salud con los gobiernos, las cancillerías y ministerios de salud de los países de la región.

Además con el objetivo de reconocer el impacto de la cooperación que brinda México a los países de la región, se identifican las necesidades y fortalezas de cada uno de los 8 Estados Nacionales de la región bajo los criterios de la USAID, OMS y OPS, para elaborar un análisis comparativo que se ira haciendo más pormenorizado hacia el final de la investigación.

De este modo se caracterizan las transformaciones políticas y el marco jurídico de la Secretaría de Relaciones Exteriores que ha promovido tratados y acuerdos internacionales suscritos por los países de la región centroamericana con México.

Con esto, se logró identificar cual es el aporte y la significación de la Cooperación Internacional en materia de salud entre México y Centroamérica entre el 2000 al 2014. Con resultados que invitan a la reflexión sobre el papel de donante de México, en diferentes aspectos como son: la transferencia de recursos financieros que puedan ser aplicables a las necesidades de los países de la región, el fomento de actividades técnicas y científicas que incluyan la transferencia de infraestructura médica que aún puede ser útil para las necesidades de los países de la región, así como la investigación de expertos mexicanos sobre la aplicación de posibles soluciones para los problemas constantes, sobre todo en el tema de enfermedades transmitidas por vector.





# ÍNDICE

<b>Introducción</b>	1
<b>Capítulo 1 Elementos teóricos, metodológicos y conceptuales para el análisis de la Cooperación Internacional en Materia de Salud.</b>	6
1.1 Consideraciones teóricas, metodológicas y conceptuales para el estudio de la Cooperación Internacional en Materia de Salud.	7
1.1.1 El sistema mundo en la relación centro-periferia-semiperiferia e implicaciones para la salud humana.	8
1.1.2 Cooperación Internacional y tipos de Cooperación Internacional en Materia de Salud.	19
<b>Capítulo 2. Desarrollo de la Cooperación Internacional en Materia de Salud entre México y los países de la región centroamericana.</b>	32
2.1 Marco Histórico de la Cooperación Internacional en Materia Salud 1940- 1989.	32
2.2 Actores clave para la Cooperación Internacional en Materia de Salud entre México y los países de la región centroamericana.	40
2.3 Instrumentos para la Cooperación Internacional en Materia de Salud entre México y los países de la región centroamericana.	43
2.4 La Cooperación Internacional en Materia de Salud orientada hacia la región centroamericana, 1990-2014.	46
<b>Capítulo 3 Perfiles de los sistemas de salud en el proceso de cambio y reforma estructural México-Centroamérica.</b>	62

3.1	Comparación de los principales indicadores sociales y económicos de México y los países de la región centroamericana.	62
3.2	Perfiles de los sistemas de salud de México y los países de la región centroamericana.	67
3.2.1	Perfil del sistema de salud de México.	68
3.2.2	Perfil del sistema de salud de Belice.	71
3.2.3	Perfil del sistema de salud de Costa Rica.	74
3.2.4	Perfil del sistema de salud de El Salvador.	78
3.2.5	Perfil del sistema de salud de Guatemala.	81
3.2.6	Perfil del sistema de salud de Honduras.	84
3.2.7	Perfil del sistema de salud de Nicaragua.	87
3.2.8	Perfil del sistema de salud de Panamá.	92

**Capítulo 4. Cooperación Internacional en Materia de Salud entre México y los países de la región centroamericana.** 97

4.1	Transformaciones institucionales del marco jurídico de la Cooperación Internacional para el Desarrollo en México.	97
4.1.1	Proceso de transformación política institucional de la Secretaría de Relaciones Exteriores.	97
4.1.2	El marco jurídico de México sobre la Cooperación Internacional en Materia de Salud.	101
4.2	Acuerdos y tratados vigentes de Cooperación Internacional en Materia de Salud entre México y Centroamérica.	105
4.3	Registro de Acuerdos Interinstitucionales en materia de Salud entre México y Centroamérica.	110
4.4	Acuerdos y tratados suscritos por los Gobiernos y sistemas de salud de la región.	114

4.5	Programas y Proyectos de Cooperación Internacional en Materia de Salud desarrollados por la Dirección General de Cooperación Técnica y Científica.	.119
4.6	Situación actual de la Cooperación Internacional en Materia de Salud entre México y Centroamérica	124
	Conclusiones	127
	Anexos	133
	Referencias	148

## Índice de figuras Y tabla.

Figura 1 Cooperación internacional bilateral	23
Figura 2 Cooperación internacional trilateral	24
Figura 3 Cooperación internacional triangular	24
Figura 4 Cooperación multilateral	25
Figura 5 Esquemas de la cooperación internacional	26
Figura 6 Ayuda oficial para el desarrollo de la salud en Centroamérica por receptor 2002-2010 (Desembolso en millones de dólares a precio del 2010)	53
Figura 7 Ayuda oficial para el desarrollo de la salud en Centroamérica por donante (desembolso en millones de dólares a precio del 2010)	54
Figura 8 Asistencia para el desarrollo de la salud en Centroamérica por fuente 1990- 2009 (desembolso en millones de dólares a precio del 2009)	56
Figura 9 Ayuda oficial para el desarrollo de la salud por canal (desembolso en millones de dólares a precio del 2010 )	57
Figura 10 Ayuda oficial para el desarrollo de la salud por área temática (desembolso en millones de dólares a precio del 2010)	57
Figura 11 Gasto en salud. Sector público 2004-2012 (% del PIB)	58
Figura 12 Gasto en salud. Sector privado 2004-2012 (% del PIB)	59
Figura 13 Gasto en salud. Sector público 2004-2012 (% del gasto de gobierno)	60
Figura 14 Gasto en salud. Sector público 2004-2012 (% del gasto total en salud)	60
Figura 15 Gasto en salud total 2004-2012 (% del PIB)	61
Figura 16 Evolución de la Dirección General de Cooperación Técnica y Científica de la Secretaria de Relaciones Exteriores de México 1971-2011	101
Figura 17 Estructura porcentual de las acciones de Cooperación Técnica-Científica Por área o sector (2000-2014)	121
Figura 18 Programas y/o proyectos de cooperación técnica-científica (2000-2014)	123

Tabla 1 Principales resultados y problemas de las reformas sectoriales en salud de las décadas de 1980 y 1990	49
Tabla 2 Indicadores de gasto en salud en Centroamérica (2000, 2006, 2009)	65
Tabla 3 Gasto total en salud per cápita 2000-2009	66
Tabla 4 Presupuesto destinado a la operación del Plan Puebla-Panamá/Proyecto Mesoamérica	103
Tabla 5 Acuerdos y tratados celebrados entre México y los países centroamericanos, Con implicaciones en la salud	108
Tabla 6 Registro de Acuerdos Interinstitucionales (R.A.I.)	111
Tabla 7 Acuerdos Internacionales vigentes y no vigentes suscritos por los ministerios de salud de la región centroamericana, la Secretaria de Salud de México y los gobiernos de México y los países de la región centroamericana	115
Tabla 8 Acuerdos Internacionales vigentes y no vigentes suscrito por la Secretaria de Salud de México y los países de la región centroamericana (2000-2014 )	116
Tabla 9 Relación de programas y proyectos de cooperación técnica y científica por país (2000-2012)	120
Tabla 10 Cooperación técnica-científica por área o sector en número y en porcentaje (2000-2014)	121
Tabla 11 Numero de programas o proyectos de cooperación técnica y científica por Región o país en número y porcentaje (2000-2014)	123





## **Introducción**

Desde hace más de un siglo, los países desarrollados idearon mecanismos de Cooperación Internacional en materia de salud que han ido tomando un papel de mayor relevancia dentro del discurso internacional, para el fortalecimiento de medidas, programas y proyectos en beneficio de la población de los Estados-Nacionales, así como de regiones completas que comparten un pasado, una misma lengua y problemas comunes, tal como sucede entre México y los países de la región centroamericana.

Sin embargo, nos encontramos ante un panorama que parece imposible sin la interdependencia que existe entre las economías centrales, semiperiféricas y las periféricas, debido al rol que cumplen dentro del sistema de producción capitalista, en consecuencia, las economías centrales y semiperiféricas, han logrado mayores beneficios, en comparación con los países menos desarrollados cuya situación desfavorable impacta de manera directa e indirecta la salud de la población, por ello la Cooperación Internacional referente a la salud se pretende como un apoyo solidario desde México hacia la región centroamericana

En ese razonamiento, los países de mayor desarrollo se han visto comprometidos a apoyar a sus socios a través de distintos tipos de cooperación, en diferentes sectores. En décadas recientes el tema de la salud ha ido tomando prioridad en la agenda internacional, por lo que esta investigación permite caracterizar los sistemas de salud de la región, las necesidades y la Cooperación Internacional relacionada con la salud entre México y la región centroamericana.

Es importante aclarar que la investigación ha sido limitada a los instrumentos de Cooperación Internacional de la Secretaría de Salud y de la Secretaría de Relaciones Exteriores, aunque no quedan excluidas del análisis el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en su papel como coadyuvantes en la generación de programas y proyectos de salud hacia la región centroamericana dependientes de la Secretaría de Salud, lo mismo que con las diferentes direcciones y comisiones de la Secretaría de Relaciones Exteriores.

No obstante, se dejó fuera del análisis, el papel de la Cooperación Internacional Descentralizada, que no toma parte en los registros de la Secretaría de Relaciones Exteriores,



para que la investigación se enfoque en el papel del México como figura política que participa del desarrollo de la salud de la región mediante la Cooperación Internacional (CI).

En todo caso el análisis de la Cooperación Internacional descentralizada requeriría de un análisis diferente, en cuanto al manejo de las fuentes de información, así como de los actores participantes.

Por lo tanto, la siguiente investigación tiene como objetivos, identificar las necesidades de los países de la región como sujetos de estudio y caracterizar los resultados de lo que en adelante denominamos Cooperación Internacional en Materia de Salud (CIMS) entre México y los países de la región centroamericana a través del análisis de los convenios, acuerdos, tratados, programas y proyectos que desarrolla México en conjunto con los ministerios de salud de la región.

De esto se desprenden dos preguntas fundamentales como guía de la investigación:

¿Cuáles han sido los procesos históricos-sociopolíticos más significativos en las últimas décadas que han dado forma al estado actual de la cooperación internacional en materia de salud entre México y los países de la región centroamericana?

¿Cuáles son las características y las prioridades de la cooperación internacional en materia de salud, de México y los países de la región centroamericana como parte de las acciones que el Estado mexicano realiza para posicionarse como un actor clave para el desarrollo de la región en los últimos años?

De ese modo se ha planteado dar respuesta a la hipótesis de investigación, que indica la posibilidad de que en México, como en Nicaragua, El Salvador, Honduras, Belice, Guatemala, Costa Rica y Panamá, ubicados en el istmo Centroamericano. Los diversos instrumentos signados entre Estados-nacionales e instituciones no poseen un carácter vinculante y obligatorio, lo que ha ocasionado que las acciones acordadas para mejorar las situaciones de salud no se realicen del modo como fueron programadas, incluso se cancelen o pospongan por razones políticas y económicas por alguna de las partes.

Para ello, se recurre a un análisis de los sistemas de salud, así como de los diversos instrumentos de la cooperación internacional por lo que se analizan de manera particular los determinantes sociales y económicas de los países de la región, con el objetivo de reconocer el

perfil de cada uno, así como las actividades que se llevan a cabo en relación con las prioridades sanitarias en cada país.

Para todo lo anterior, el presente trabajo de investigación intitulado cooperación internacional en materia de salud entre México y los países de la región centroamericana 2000-2014, se expone a través de cuatro capítulos, como resultado del proceso de esta investigación. De este modo, el capítulo uno parte de la perspectiva del sistema mundo, planteada por Immanuel Wallerstein, para explicar el papel de los países en la economía mundo capitalista, dependiendo del lugar que ocupan dentro del sistema político y de producción internacional. En este sentido, se destaca que la lógica del sistema internacional se caracteriza por la incesante acumulación de capitales, basadas en la explotación de las economías menos desarrolladas hacia las economías centrales.

Además, el análisis teórico se apoya en los planteamientos de la perspectiva del “desarrollo y la dependencia” que explican la situación de desigualdad en la que participan las economías periféricas y centrales en la conformación del sistema económico mundial. Paralelo a esto, se toma en consideración la propuesta del materialismo histórico y dialéctico para la conformación de un cuerpo teórico que explique cómo los fenómenos tienen una relación mutua, en el que los problemas de los sistemas de salud, son producto del propio sistema social, político y económico, tomando en cuenta su evolución histórica, que ha producido desigualdades que afectan o modifican los estilos de vida, a su vez dichos problemas intentan ser solucionados con estrategias que contienen otra clase de contradicciones.

Al respecto, la cooperación internacional se presenta como una oportunidad para sobrellevar los problemas en salud que por sí solos los países subdesarrollados y dependientes no podrían resolver, dada las condiciones estructurales del sistema político y económico internacional. En este plano, en el caso de México, la participación de la Secretaría de Salud y la Secretaria de Relaciones Exteriores, se toman como referencia algunos aspectos que derivan de los esfuerzos emprendidos por las organizaciones internacionales con mayor arraigo en la Cooperación Internacional en Materia de Salud en la región. Se destacan de manera particular, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Este es un tema que se aborda considerando

la perspectiva de la salud pública bajo los criterios de la OPS y la OMS y el Instituto Nacional de Salud Pública, como algunas de las principales instituciones que desarrollan investigaciones en salud pública, producen material actualizado para investigadores, docentes, otras instituciones públicas, privadas y para el público en general con información cuantitativa y cualitativa sobre la realidad sanitaria en la región y que inciden en a política sanitaria actual de México.

En el segundo capítulo se analiza el marco histórico de la Cooperación Internacional en Materia de Salud, a partir de la década de los cuarenta a retomando el papel de la OMS y la OPS principalmente como actores claves para el desarrollo de la salud de la región, pero también resalta el papel del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional cuyas prioridades son distintas a las de los países menos desarrollados, quienes optaron por recurrir a tipos de cooperación entre países en desarrollo, intentando alejarse de los esquemas tradicionalmente paternalistas de los países más desarrollados. Posteriormente se analiza el andamiaje político internacional, que regula las acciones que deberán llevarse a cabo, de acuerdo con los instrumentos internacionales que suscriben las partes involucradas para formalizar la colaboración entre países.

En el tercer capítulo se analizan los diferentes sistemas de salud de los 8 países sujetos de estudio que geográficamente abarcan desde México hasta Panamá, sobre la base del proceso de reforma en el sector salud, momentos en los que las economías centrales y las instituciones financieras, recomiendan ciertos cambios al interior de los sistemas de salud de los países de la región con diferentes objetivos, mejorar las oportunidades de la población, diversificar la cooperación internacional, abrir los servicios de salud a la iniciativa privada. Asimismo, reconocer las capacidades de respuesta hacia los problemas de salud, para ello se realiza una comparación sobre los indicadores sociales y económicos entre los países de la región a fin de visualizar a cuánto asciende el gasto en salud, desde el sector público y privado en cada uno de los países, así como otros indicadores que tienen que ver con la formación de recursos humanos, medicamentos y gasto de bolsillo de la población.

En el cuarto capítulo, se desarrollan los resultados de la investigación bibliográfica y documental, para analizar las transformaciones del marco jurídico de la Secretaria de Relaciones Exteriores que dieron paso a múltiples iniciativas, como el mecanismo de diálogo y concertación

de Tuxtla desde los 90 del siglo XX, con la cual se logró el consenso con todos los países de la región centroamericana, que propició la creación de la Comisión Mexicana para la Cooperación con Centroamérica, hasta lo más actual, la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo y la creación de la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

Por lo tanto, los acuerdos y tratados tanto entre Estados-nacionales, como entre ministerios de salud de los países involucrados, han permitido desarrollar los esquemas de Cooperación Internacional en materia de salud hacia la región, lo cual se verifica a través de la revisión de los diferentes instrumentos y acciones concretas que se llevaron a la práctica a través de programas y proyectos que permitieron incluir a funcionarios y sociedad civil, en cursos, capacitaciones, transferencia de conocimientos y tecnologías hacia la región.

Con base en lo anterior, se realizaron algunos esquemas analíticos, modelos, tablas, figuras y gráficos correspondientes a la cooperación Internacional en materia de salud, que sirven de apoyo a la exposición de los resultados y que se expresan tanto en el cuerpo de trabajo, como en los anexos que permiten visualizar a detalle los instrumentos y las acciones que se desarrollan en materia de salud de 2000 a 2014 entre México y los países de la región centroamericana.

De modo que, el aporte de esta investigación consiste en proveer las características que presenta la CIMS entre México y los países de la región centroamericana entre los años 2000 y 2014, con el objetivo de elaborar propuestas que contribuyan a mejorar los resultados obtenidos en estas interacciones entre los diferentes actores, así como señalar las debilidades de los procesos e instrumentos vigentes.

# **CAPÍTULO 1 ELEMENTOS, TEÓRICOS, METODOLÓGICOS Y CONCEPTUALES PARA EL ANÁLISIS DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN MATERIA DE SALUD**

El presente capítulo tiene por objetivo, presentar las bases teóricas, metodológicas y conceptuales que permitan analizar el fenómeno de la cooperación internacional en materia de salud (CIMS) entre México y los países de la región centroamericana. En tal sentido, las bases teóricas parten de considerar el sistema mundial como un todo, en el que uno de los fenómenos se refiere a la problemática de la cooperación internacional (CI) en general, utilizando el método dialéctico y definiendo los conceptos que son útiles para el presente trabajo en cada uno de los apartados.

Por tal motivo, se analiza la CI considerando la importancia de la cooperación técnica (CT), lo que implica abordar conceptual y metodológicamente algunos rasgos de la política internacional, así como la influencia de la CT [Ramón y María Oralia, 1987:69-70] sobre los sistemas de salud que derivan en políticas nacionales en materia técnica y científica orientadas al sector salud.

Por lo tanto, el análisis se realiza a partir de la identificación de las condiciones que se crean en la sucesión de eventos a lo largo del tiempo, en el que intervienen elementos coyunturales y estructurales de las sociedades que originan la creación de instituciones y medidas de contención para tratar los crecientes problemas de salud en la región a través de la CIMS.

## **1.1 Consideraciones teóricas, metodológicas y conceptuales para el estudio de la Cooperación Internacional en Materia de Salud**

El presente apartado aborda las premisas teóricas del sistema mundo, la dependencia y el subdesarrollo, con las cuales se destacan la dialéctica como método y la definición de algunos de los conceptos más importantes. Cabe señalar que tal ejercicio no se hace de manera exhaustiva, aunque si se resalta la relevancia de los mismos, considerando en principio algunos aportes propios de la Sociología, las Relaciones Internacionales y elementos de la Economía. Por tal motivo, se destaca la génesis del fenómeno de la CI dada la diversidad de eventos que se han desarrollado entre los Estados-Nacionales, los cuales emprenden esfuerzos referentes a la CIMS a fin de tratar de reducir las condiciones de morbilidad y mortalidad en la región, cuestión que repercute en el nivel de desarrollo de los países en cuestión.

Por otro lado, la tesis apunta que dicho desarrollo se ve obstaculizado, por lo que la CIMS, no logra los resultados esperados, puesto que se ven interrumpidos o cancelados proyectos, iniciativas y acuerdos institucionales por diferentes razones; es decir que no existe obligatoriedad ni sanción entre los países e instituciones participantes, lo que puede impedir que los resultados esperados durante la planeación de programas y proyectos no se lleven a cabo.

Para el análisis de este fenómeno, se requiere además, un esfuerzo de comprensión interdisciplinario, propio de los estudios en Ciencias Sociales, debido a que en la problemática que atañe a esta investigación se utilizan conceptos afines a diferentes disciplinas como las Relaciones Internacionales, la Sociología, la Economía, la Salud Pública y el Derecho, por nombrar solo algunos campos de conocimiento que convergen en el tema aquí planteado.

### *1.1.1 El sistema mundo en la relación centro-periferia-semiperiferia e implicaciones para la salud humana*

En este apartado se aborda de manera general el enfoque del sistema-mundo, el cual implica considerar los aportes de las denominadas teorías del desarrollo, la dependencia y el subdesarrollo. Que indica la importancia del proceso histórico, económico y social del mundo y sus regiones, especialmente de América Latina y el Caribe para la conformación de las instituciones, incluidos los sistemas de salud.

Entre los teóricos que han retroalimentado dichos postulados se encuentra Ruy Mauro Marini quien sugiere un análisis de las transformaciones más allá de la dimensión económica, para incluir un enfoque histórico y político de la realidad, acorde a las transformaciones políticas y jurídicas de la CI sobre todo en el contexto de la globalización del mundo moderno. Esto se entiende como la interconexión a la que están sometidos todos los espacios locales, en la mayoría de los sistemas sociales, políticos y culturales, tras un modelo de apertura y difusión de los medios de comunicación y el sistema mercantil actual, que incluye también los aspectos de las políticas públicas en materia de salud.

Se ha interpretado que este modelo ha aumentado la vulnerabilidad social, al pugnar por la liberación del acceso a la explotación de los recursos naturales y propiciar la creación de mercados de producción y comercialización asimétricos en favor de los países desarrollados, teniendo como algunas de sus consecuencias la disminución del ingreso medio de los trabajadores y el aumento de las relaciones precarias de trabajo, con impacto negativo en los niveles de vida de las familias y profundizando las iniquidades sociales [OPS, 2005: 91].

Aunque también desde la perspectiva sociológica del sistema-mundo, pueden existir diversos puntos de vista, dependiendo del contexto socioeconómico en el que se emplea tal concepto:

No se trata de afirmar que el capitalismo global es una invención reciente (Braudel, 1985), sino destacar que la estabilidad/inestabilidad del sistema económico internacional se debe a hechos que realmente colocan al analista ante situaciones inéditas, reflejadas en parte a través de los diversos significados adquiridos por la globalización. En otros términos la globalización tiene diferentes significados, que dependen tanto de los contextos teóricos como de los discursos ideológicos [Vite, 2002: 43].

Por otro lado como síntesis de los debates teóricos y conceptuales del concepto globalización Luis Antonio Cruz Soto <sup>1</sup> [1999:47], nos refiere que:

La globalización debemos entenderla como un proceso histórico mundial que forma parte del capitalismo en el que, por un lado, existe una sociedad más participativa que modifica la relación con su entorno, de tal manera que adquiere mayor conciencia de los problemas que aquejan a la humanidad, dentro de un espacio común; y, por el otro, en el que los mercados comerciales y financieros tienden a unificarse en un contexto económico desigual entre los países desarrollados, en desarrollo y subdesarrollados.

Para entender mejor los tópicos del subdesarrollo, el desarrollo y la dependencia, es necesario partir de las diferencias históricas y sociales entre las economías periféricas y las centrales, que Cardoso [1979: 37-48] describe con gran lucidez en una conferencia en Colombia durante el 5 al 8 de junio de 1979 con motivo de la “Segunda Reunión Interregional sobre Investigación, Comunicación y Enseñanza en Materia de Desarrollo.”

De modo que tales propuestas teóricas han evolucionado desde la década de los cincuenta, cuando las economías tradicionalmente agrícolas, proveedoras de materias primas diversificaron

---

<sup>1</sup> Docente de Ciencias Económico-administrativas de la Universidad Nacional Autónoma de México.



sus actividades, gracias a la elaboración de productos altamente industrializados lo que les permitió invertir a favor del desarrollo de la infraestructura adecuada con que competir a nivel local. Incluso han contribuido en la economía internacional por medio de nuevos productos no tradicionales exportados, fenómeno que sería visto como un problema, por parte de las oligarquías de los países desarrollados y los sectores trabajadores que se oponían a la baja de los precios. A mediados de 1960 pudo permanecer en el nivel local, mientras que las oligarquías se extendieron al nivel global a través de la acción de las empresas multinacionales [Cardoso, 1979: 40-41].

Durante este periodo, la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) alentó a los países desarrollados para acelerar la industrialización en la periferia, principalmente recurriendo al endeudamiento, por medio de créditos. La tesis que subyacía de todo esto, fue que “[...] la relación centro-periferia continuaría dándose a través de la explotación de recursos primarios y la alianza latifundio-imperialismo, que sería salvaguardada por el Estado local y los ejércitos (de “ocupación”, se decía)” [Cardoso, 1979: 41]

A mediados de 1960, la corriente de opinión referida al tema del desarrollo enfatizó el análisis de la dependencia externa de las economías latinoamericanas. Por lo que durante la siguiente década se siguió dando el tipo de dependencia centro-periferia en el que las oligarquías locales beneficiaron a las economías centrales. Mientras que los países subdesarrollados continuaron elevando el monto de la deuda, asimismo la necesidad de divisa ahorcaba la economía local cuando no se demandaban las exportaciones de bienes industrializados, por lo que se tuvo que volver a recurrir a la exportación de productos primarios principalmente. De esta manera la periferia se convertiría en la fuerza del motor industrial para las economías centrales [Cardoso y Faletto, 1969:132-140].

Así, en la etapa posterior al análisis de la dependencia y el desarrollo, resultó importante el proceso de circulación de capital, tecnología y conocimiento, que acentuó las relaciones de desigualdad entre centro y periferia, valiéndose de la superexplotación de los trabajadores, que profundizó las dificultades económicas y sociales de los países de la región. Por eso en los estudios actuales de la dependencia, se nota una evolución, hacia diferentes vertientes, en las que se han desarrollado teorías sobre los diferentes estilos de desarrollo y subdesarrollo, en dichos

análisis predomina la orientación del estudio del fenómeno a través de la economía y el mercado, aunque hoy día diversos autores reconocen la importancia de análisis multidisciplinarios[Domingues,2012].

Por otra parte, dichas relaciones de dependencia y desarrollo se producen dentro de lo que algunos autores denominan sistema-mundo. Por esto es indispensable reconocer el aporte de los teóricos tanto del sistema-mundo como de la dependencia y el subdesarrollo. En este aspecto, el aporte más importante proviene del estadounidense Immanuel Wallerstein [2005; Dos Santos, 1998], que desde su perspectiva, dicha categoría se basa en argumentaciones y críticas previas sobre la división internacional del trabajo (DIT).

Como producto socio-histórico, dicho sistema debe ser entendido como economía mundo-capitalista, se trata de una gran zona geográfica donde existe una división del trabajo, con su consecuente intercambio de bienes básicos, así como un flujo de capital y trabajo, con diferentes estructuras políticas, vinculadas entre sí dentro de un sistema interestatal, con muchos grupos culturales, con diversas religiones y costumbres, en donde la prioridad es la incesante acumulación de ganancias económicas, consecuentemente la inversión en salud debe ser visto como un importante insumo para la riqueza de las naciones y el mejoramiento constante en los estilos de vida.

La economía-mundo capitalista es un sistema que incluye una desigualdad jerárquica de distribución basada en la concentración de ciertos tipos de producción (producción relativamente monopolizada, y por lo tanto de alta rentabilidad), en ciertas zonas limitadas, que por eso mismo pasan inmediatamente a ser sedes de la mayor acumulación de capital. Esa concentración permite el reforzamiento de las estructuras estatales, que a su vez buscan garantizar la supervivencia de los monopolios correspondientes. Pero como los monopolios son intrínsecamente frágiles, a lo largo de toda la historia del sistema mundial moderno esos centros de concentración han ido reubicándose en forma constante, discontinua y limitada, pero significativa [Wallerstein, 1998: 29].

Aunque no se pretende hacer un análisis histórico exhaustivo de la teoría de la dependencia y el subdesarrollo, basta con decir que se relacionan al proceso actual de globalización, que se desprende de los enfoques que se han planteado desde los 60's con autores como Enzo Faletto y Henrique Cardoso como antecesores de Wallerstein, así como la *Teoría del desarrollo*, planteada por Theotonio Dos Santos, y la *Dialéctica de la dependencia* de Ruy Mauro Marini. Sin embargo, para introducir la temática del desarrollo, dentro del actual sistema mundo, se retoman algunos postulados al respecto, a fin de conceptualizar el telón de fondo en el que se dan las relaciones internacionales, con un impacto regional y global.

No es de otra manera sino como lo expresa Wallerstein, al referir que este sistema-mundo es un tipo de mercado que existe desde el siglo XVI en el que desde entonces han existido capitalistas como personas que se procuraban la acumulación de capital y que detentan estructuras de saber, que se apoderan del conocimiento y tecnología para aplicarla a la consecución de intereses personales y grupales.

En opinión de otro teórico, Theotonio Dos Santos:

El enfoque del Sistema-Mundo busca analizar la formación y la evolución del modo capitalista de producción como un sistema de relaciones económico-sociales, políticas y culturales que nace a finales de la Edad Media europea y que evoluciona en dirección a convertirse en un sistema planetario y confundirse con la economía mundial. Este enfoque, aún en elaboración, destaca la existencia de un centro, una periferia y una semi-periferia, además de distinguir, entre las economías centrales, una economía hegemónica que articula el conjunto del sistema [Dos Santos, 2012].

Por los planteamientos anteriores se puede considerar que el sistema-mundo se refiere a un área geográfica amplia que abarca casi a todas las sociedades que habitan el planeta y contiene una diversidad de actores, sociedades y culturas, donde se interrelacionan los países periféricos y semiperiféricos con los centrales, siendo estos últimos quienes juegan un papel más importante en la evolución del sistema mundo [Gandasegui, 2007]. Dicho sistema se encuentra en una crisis continua de ciclos y fases económicas y políticas a escala mundial. Como parte de la naturaleza del sistema-mundo, se distingue por ser un sistema que incluye desigualdades, basadas en la

concentración de ciertos tipos de producción -prácticamente monopolizada y de alta rentabilidad- en ciertas regiones del planeta, donde regularmente se ubican los países periféricos y semiperiféricos. Estos son una parte importante del proceso de acumulación de capital que permite el reforzamiento de estructuras estatales que buscan garantizar la supervivencia de las grandes corporaciones y sus prácticas monopólicas [Wallerstein, 1998]

En la perspectiva del sistema-mundo, se explican las relaciones de los países desarrollados, así como los subdesarrollados y dependientes cuya estructura no se ha modificado sustancialmente desde mediados del siglo XX hasta lo que va del siglo XXI. A juicio de Wallerstein, el sistema-mundo capitalista es producto del desarrollo histórico que tiene su génesis en el siglo XVI.

Sin embargo, en el contexto actual, con la consolidación del sistema-mundo capitalista, las regiones geográficas y geopolíticas han desarrollado distintos modelos de desarrollo, y subdesarrollo, por lo que vale la pena aclarar en este punto algunas características. El sistema mundo capitalista ha dividido a las economías en tres tipos distintos dependiendo de sus características, económicas, políticas y sociales, en tres tipos: centro, semiperiferia y periferia. Por ejemplo, a escala del continente americano, se puede decir que Canadá y Estados Unidos pertenecen al primer tipo; México y Brasil al segundo; mientras que el resto de los países se encuentran en la periferia ya que si bien el desarrollo de Costa Rica y Panamá, son superiores a los demás países de la región, esto es insuficiente para considerarlos como semiperiféricos, dada su diversificación en la planta productiva y el impacto de estos en la DIT. Los demás países que se abordan en esta investigación por lo tanto, son considerados periferia [Cardoso 1980; Marini, 1991].

Una de las características de los países semiperiféricos es que, cuentan con una diversificación mucho mayor, según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), debido a que sus procesos productivos en comparación con los países periféricos, demuestran una estructura económica que genera mayor valor agregado, pero que no dejan de depender del mercado exterior. Además que cuentan con un ancho margen de la sociedad en el mercado informal, cuentan con altos niveles de pobreza; expresados en desigualdad, precarias condiciones de salud y vivienda, así como con una estructura productiva predominantemente agrícola y una

incipiente industrialización. Como rasgo característicos de los países semiperiféricos en comparación con los periféricos, los sistemas de salud son notablemente más desarrollados con mayores oportunidades de servicios de salud para la población y un mejor acceso a insumos médicos como de tecnologías disponibles.

Si bien, el subdesarrollo se identifica por contar con una estructura económica basada en el sector primario, el resto de las actividades productivas son poco significativas respecto al valor agregado que se produce a escala nacional donde predomina el mercado externo sobre el interno. Esto es insuficiente para definir a un determinado tipo de sociedad, además hay que analizar cómo se conformaron los grupos sociales internos que lograron definir esas relaciones con el exterior, a través de un enfoque que reconozca la dependencia existente en el plano político-social que implica una forma de dominación en el sistema capitalista en función de las economías desarrolladas. Faletto y Cardoso proponen el esquema de economías centrales y periféricas que “[...] se propone hallar las características de las sociedades nacionales que expresan las relaciones con lo externo” [Cardoso y Faletto, 1969:27].

El subdesarrollo entonces, presenta un grado de diferenciación en el sistema productivo y no es un equivalente de periferia ni de país dependiente, es una característica económica con sus consecuencias sociales independientemente de su formación interna y externa. Tampoco podemos suponer que una economía desarrollada es un país central y *per se* autónomo, aun cuando estas características son económicas, para diferenciar a los países periféricos de los semiperiféricos hay que tener en cuenta que de lo que se trata es, de identificar el papel que juega cada una de las sociedades dentro del sistema global de relaciones de producción [Cardoso y Faletto, 1969].

Por su parte, las economías centrales cuentan con los conocimientos tecnológicos, grados avanzados de organización empresarial y cuantiosas sumas de capital para ser invertido, necesarios para el desarrollo científico, acumulación de capital y complejidad de la estructura social, lo que lleva a una estrecha interdependencia entre estados centrales y periféricos.

Desde la perspectiva de la dependencia, podemos encontrar la creciente necesidad impulsar mecanismos de CI, particularmente en materia de salud. Al respecto, los países de la región centroamericana, en comparación con los el mundo desarrollado, cuentan con limitaciones

en los campos de innovaciones tecnológicas y científicas asimismo en la investigación. Empero, cabe señalar que México en su calidad de país semiperiférico, tiene una mayor capacidad de negociación dado que tiene acceso a una mayor cantidad de insumos, conocimiento, tecnología y capital, en comparación con sus socios centroamericanos, así como un mejor posicionamiento dentro de los esquemas de CI en la región, dado su papel dentro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

De esta manera, un acercamiento para explicar el fenómeno de la CI, nos permite abordar los problemas, sociales y económicos que los países periféricos y semiperiféricos que por sí solos no podrían solventar. Sin embargo, en la lógica del capitalismo el intercambio desigual y la DIT establece que estos últimos quedan constreñidos a la producción de materias primas y productos agrícolas, lo cual permite la acumulación en los países centrales. Al respecto, Marini indica como la gran industria moderna se hubiera visto obstaculizada si no contara con los bienes de origen agropecuario provenientes de América Latina y el Caribe que permitió profundizar la división social del trabajo convirtiendo a los países industriales en productores de manufacturas [Marini, 1986: 16-23].

Además, la acumulación de capital en las economías centrales tiene sus repercusiones en los países de América Latina y el Caribe, de manera que en el proceso de explotación de la periferia no es suficiente aumentar la capacidad de la producción, sino también la explotación de la fuerza de trabajo, para lograr una plusvalía relativa producto de la capacidad productiva del trabajador, mediante salarios muy bajos.

En general, esto significa que la mayor parte de la población que trabaja, obtiene un salario que le permite cubrir sus necesidades mínimas de subsistencia, lo cual se refleja en las condiciones de pobreza generalizada en la mayoría de estos países. Por consiguiente, el fenómeno de la pobreza incide las condiciones de salud de la población, dado que para la atención a los malestares y enfermedades que aquejan a la población significa un costo que los Estados no suelen cubrir del todo, lo mismo sucede con los grandes daños a largo plazo e incluso para la reinserción a la vida productiva de sujetos con graves daños físicos y psicológicos. Mientras que a nivel regional, se traduce en un rezago sobre el cumplimiento de las necesidades básicas de

salud de la población, razón por la cual los gobiernos suelen estar dispuestos a cooperar [Marini, 1986: 40- 43].

Al hablar de periferia y semiperiferia se considera el telón de fondo referente al tipo de relaciones entre países de la región, empresas y organizaciones internacionales, gubernamentales y no gubernamentales; lo nacional, lo local, lo público y lo privado, elementos que interactúan en el actual sistema-mundo en torno a la salud. De modo que, en las relaciones de dependencia los países menos desarrollados tienen desventajas estructurales respecto a los más desarrollados. De ahí la necesidad de establecer políticas de CI a través el diseño de objetivos, estrategias, acciones, decisiones, mecanismos y metas a seguir en la materia.

En lo concerniente al análisis de la CI se emplea el método dialectico, que en su acepción más común en el ámbito académico deriva de la tradición filosófica, que incluye a pensadores como Heráclito, Kant, Hegel, Feuerbach Engels y Marx, quienes se abocan a estudiar las contradicciones que suceden dentro de los procesos naturales e histórico- sociales.[Pelayo, 1995]

La palabra dialéctica viene del griego "dialego", que quiere decir diálogo o polémica. Los antiguos entendían por dialéctica el arte de descubrir la verdad poniendo de manifiesto las contradicciones en la argumentación del adversario y superando estas contradicciones.[Blacutt, 2013] Algunos filósofos de la antigüedad entendían que el descubrimiento de las contradicciones en el proceso discursivo y el choque de las opiniones contrapuestas era el mejor medio para encontrar la verdad.

Al respecto, la perspectiva materialista de la historia y la sociedad considera tres postulados centrales sobre la dialéctica: a) La ley de la unidad y la lucha de los contrarios [Blacutt, 2013: 388]. Establece que, lo objetivo, se expresa en unidades contrapuestas en lucha permanente como esencia del desarrollo de lo objetivo, para la dialéctica materialista dichas contradicciones se expresan en lo externo y lo interno, es decir, en primer lugar se analizan las relaciones que existen con el entorno y lo que hay en él. Por su parte, en las contradicciones internas se analiza las contraposiciones en el objeto dado, que es la fuente de desarrollo del objeto mismo. De este modo las contradicciones antagónicas existen entre las clases sociales cuyos intereses resultan irreconciliables dentro del régimen social existente y mantienen a la sociedad en su conjunto en un conflicto permanente, mientras que las contradicciones no antagónicas

pueden solucionarse dentro del *status quo* que puede fundamentar una alianza entre grupos en pugna. Mientras que la contradicción fundamental se da entre sistemas sociales distintos que influye en todas las contradicciones. b) La Ley de los cambios cuantitativos a cualitativos. En este caso las cualidades conforman la calidad de un objeto y lo diferencia de los demás, mientras que la cantidad hace que las cosas sean ponderables y cuantificables ya sea en número, peso, tamaño o intensidad, tanto cantidad como calidad son indisolubles del objeto, “[...] sin embargo, un cambio constante de la cantidad y que traspase ciertos límites ocasiona un cambio de la calidad [...]”, [Blacutt, 2013: 388] lo que produce su transformación, de modo que los cambios cuantitativos producen cambios cualitativos, dichos cambios pueden ser lentos o abruptos [Blacutt, 2013: 388- 389]. c) La Ley de la negación de la negación, constituye un cambio de lo viejo por lo nuevo, una sustitución que representa la tendencia general del desarrollo, puesto que se basa en las contradicciones internas del objeto y su negación forma parte del proceso de transformación, al respecto en la sociedad se han sustituido regímenes obsoletos por nuevos regímenes sociales, aunque existe una discrepancia de opiniones sobre si el esclavismo, fue sustituido por el capitalismo y este será sustituido por el socialismo, o si las tres sistemas conforman solo una fase del desarrollo caracterizada por la propiedad sobre los medios de producción. Sin embargo, la negación del capitalismo implica el regreso a una fase sin propiedad privada pero con un nivel en las condiciones de vida de las sociedades muy superior, constituyendo así la negación de la negación en el proceso de evolución de la sociedad [Engels, 2003].

Para el caso del enfoque de la dependencia, ciertos autores argumentan la necesidad de estudiar las conexiones y contradicciones entre el sistema económico, la organización social y política de las sociedades subdesarrolladas, tanto entre estas como con las sociedades desarrolladas como parte del sistema productivo mundial. Con base en los postulados teóricos y metodológicos, nótese que el método dialéctico, permite estudiar la realidad como una totalidad, compuesta de partes que convergen y se contradicen de manera dinámica, y ascendente, pero en constante desarrollo y transformación, opuesto a los planteamientos de la metafísica que plantean un estudio lineal, ascendente, equilibrado y sin complicaciones. Existe una distinción entre la estructura social y económica de las sociedades subdesarrolladas y las de los centros



industrializados, lo cual implica un cúmulo de contradicciones semiperiferia-periferia [Cardoso y Faletto, 1969: 16-23].

Los países de la región centroamericana representan una estructura económica dependiente que acentúan su condición de subdesarrollo. Por consiguiente, los términos que expone Ruy Mauro Marini en torno a la dialéctica de la dependencia, deja de lado la tradición de los primeros teóricos de que trataban de explicar la realidad de América Latina y el Caribe por medio de teorías del comercio internacional. Para dar paso a la importancia al análisis multidisciplinario que incluya el desarrollo histórico que lleva implícito el método dialectico en los estudios sociológicos de la dependencia y el desarrollo de las economías periféricas, cuestión que surge del ejemplo de Marx en el *Capital* al utilizar dicho método para explicar los procesos de circulación y posteriormente los de la producción:

Más allá del simple ordenamiento formal de la exposición, ello tiene que ver con la esencia misma del método dialéctico, que hace coincidir el examen teórico de un problema con su desarrollo histórico; es así como esa orientación metodológica no sólo corresponde a la fórmula general del capital, sino que también da cuenta de la transformación de la producción mercantil simple en producción mercantil capitalista [Marini, 1991:153].

Por otro lado, la creciente demanda de divisas y el aumento de la deuda externa siguen vigente y en aumento en muchos países de América Latina y el Caribe. Los estudios sobre la dependencia del siglo XX demuestran que los intereses de las economías centrales coinciden con los intereses de las clases dominantes en los países subdesarrollados, intereses de grupos de clases externos e internos que generan pactos políticos y se manifiestan en el seno del Estado. El problema del desarrollo dejó de ser un problema económico, para convertirse en un problema político, ya que el sistema social está basado en la explotación de las clases y donde lo externo es representado por el imperialismo y lo interno por el estado nación como una entidad política económica [Cardoso, 1979: 39-42].

En este sentido, se puede afirmar, tal como se señaló en la hipótesis de trabajo, que existen intereses que desvirtúan los esfuerzos de la CIMS y se tiende a privilegiar acuerdos

políticos y de intereses particulares, que derivan en programas, proyectos, acuerdos y tratados internacionales de cooperación, que no redundan en beneficios para la mayoría de la población de dichos países.

Por todo lo anterior, resulta importante para la tesis, examinar con estas bases teóricas y conceptuales ¿por qué sigue predominando la brecha de desigualdad en materia de salud, a pesar de los esfuerzos de propuestas técnico-científicas bilaterales y multilaterales, con la participación de los gobiernos de los Estados nacionales de la región?

Se debe agregar que, en torno a las acciones que emprenden los sistemas de salud de México y los países de la región centroamericana, se toma como marco de acción a las relaciones semiperiferia-periferia. El discurso oficial sobre los esfuerzos que realiza el gobierno de México, a través de la SRE, se basan los tratados internacionales, así como en los acuerdos interinstitucionales, que destacan como objetivo central la reducción de la brecha de la desigualdad social de acceso a la prestación de servicios sanitarios. A fin de favorecer las condiciones de salud de los habitantes de la región, los gobiernos trabajan en el ámbito técnico científico y de recursos humanos, para contribuir a mejorar las condiciones de salud en la región.

Dicho lo anterior, se identificó que las dinámicas que se suceden entre las economías semiperiféricas y periféricas de la región han producido diversos acuerdos y esfuerzos conjuntos entre los países en cuestión. Sin embargo, en la actualidad, el sistema económico internacional, da cuenta de las desigualdades en la región, para lo que se han establecido alianzas, con el objetivo de disminuir los problemas sociales, políticos y económicos.

### *1.1.2 Cooperación Internacional y tipos de Cooperación Internacional en Materia de Salud*

Este apartado analiza los fenómenos de la CI y su vinculación con el tema de la salud. El concepto más común utilizado en este trabajo es el de *cooperación*. La Real Academia [2001] nos remite a la acción o efecto de cooperar. Es decir, colaborar junto con otro u otros para

alcanzar un mismo fin, un concepto, que sin lugar a dudas forma parte de la historia misma de la humanidad, ya sea en alianzas entre hombres de un mismo grupo como con otras sociedades.

Pero, en lo que se refiere a la CIMS, el Campus virtual de salud pública de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como un “Conjunto de acciones y herramientas de carácter internacional orientadas a movilizar recursos e intercambiar experiencias para alcanzar metas comunes, con criterios de solidaridad, equidad, eficacia, sostenibilidad, corresponsabilidad e interés mutuo” [Castro, 2012].

Entonces, retomando ambos conceptos, se reconoce el significado de cooperación desde su concepto básico, con el que concuerdan diversos autores de las Relaciones Internacionales (RI) [Rodríguez, 2010], a la vez que se reconoce el aporte de James Robinson, investigador y catedrático del Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM), quien indica [...] “la cooperación internacional, en sí misma, no puede ser ni buena ni mala, sino que es simplemente una forma de interacción humana que sirve como medio para alcanzar un fin”[Robinson, 2008: 69] En este punto cabe señalar que, para la manera como se aborda en esta investigación el estudio de la CI, este concepto va acompañado de otro término complementario, que es el desarrollo [PNUD, 2003:,8]. Sin embargo, estos autores reconocen la vaguedad del término cooperación internacional para el desarrollo (CID), puesto que existen argumentaciones contrapuestas que discuten que, cada concepción de desarrollo resulta distinta, dependiendo del sistema social, político y económico [Pollack, 2010:10], para el caso de México dichos autores retoman el concepto de la CID que emana de la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo (LCID), que dio paso a la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AMEXCID), que a la letra dice:

La Cooperación Internacional para el Desarrollo (CID) alude a los flujos de intercambio no lucrativos que se producen entre diversos actores del Sistema Internacional para promover el desarrollo integral y sustentable del orbe, a través de acciones que pueden incluir la movilización de recursos financieros, humanos, técnicos y tecnológicos [SRE, 2014].

A partir de estas definiciones complementarias entre sí, se aprecia que la CID hace referencia a un tipo de CI en la que se expresa que el desarrollo va más allá de la esfera económica, que involucra el bienestar físico y psicológico de los individuos, al mismo tiempo que se amplían las capacidades de participación económica, política y cultural de la población. A modo de paréntesis resalta el hecho que “[...] el *desarrollo* tiene muchas interpretaciones, sentidos y significados que dependen de la perspectiva de quién lo interpreta y aplica. Además, puede estar acompañado de distintos adjetivos (económico, sustentable, local, rural, endógeno, humano, etc.)” [Rodríguez, 2010: 9- 10].

De este modo, resulta indispensable aclarar también en qué consisten las modalidades de la CI, por medio de las cuales se podrá describir la manera en que participan los actores involucrados en las acciones clave de la CIMS en la región. Como la transferencia de recursos financieros, humanos, técnicos y tecnológicos.

La premisa fundamental de la cooperación técnica y científica se sustenta en la formación, actualización y profesionalización del capital humano de los países de la región a través del intercambio de experiencias en aquellos sectores prioritarios establecidos por ambos países conforme a sus Planes Nacionales de Desarrollo.[SRE, 2014]

Aunque hay que reconocer que existen iniciativas como la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), con una gran trayectoria a nivel global, dado que es el tipo de cooperación más tradicional y que alude a el financiamiento, que puede incluir una parte de donación y préstamos que llevan a cabo las economías más desarrolladas a fin de contribuir en el desarrollo de los países subdesarrollados.

Por su parte Albuquerque (1991) sostiene que la AOD se refiere a la

[...] aportación de fuentes externas, ya sea de manera bilateral o multilateral, suministrada a países subdesarrollados en condiciones concesionales, con objeto de contribuir a financiar programas o proyectos de desarrollo económico y social, excluyendo las inversiones extranjeras,

los préstamos de los bancos comerciales y los créditos a la exportación [Albuquerque, 1991:43].

Por su parte, la Dirección General de Cooperación Técnica y Científica (DGCTC) de la Secretaría de SRE, define a la AOD en los mismos términos del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la OCDE, dicha ayuda incluye los flujos de las agencias oficiales, gobiernos estatales y locales que se destina a los países en desarrollo y a las instituciones multilaterales, esta ayuda no puede ser de carácter comercial ni militar, sino que busca promover el desarrollo económico y social; en adición, el beneficiado tiene que estar incluido en la lista de países receptores del CAD[SRE, 2011:3-4].

Existe una estrecha relación entre los tipos de CI y los criterios geopolíticos, con los que la literatura propia de la materia se refiere a la focalización e interacción entre actores, para marcar las directrices que han de guiar a los planes y programas. Por criterios geopolíticos la AMEXCID distingue a los países desarrollados, con la denominación de “NORTE”, mientras que los países menos desarrollados son conocidos como los del “SUR”. De modo que la Cooperación Norte-Sur (CNS) representa la forma más tradicional de la CI, que empezó con fines asistencialistas, es decir, que se otorga a los países en vías de desarrollo sin aportaciones de estos últimos, principalmente a través de la AOD, instrumento de la OCDE.

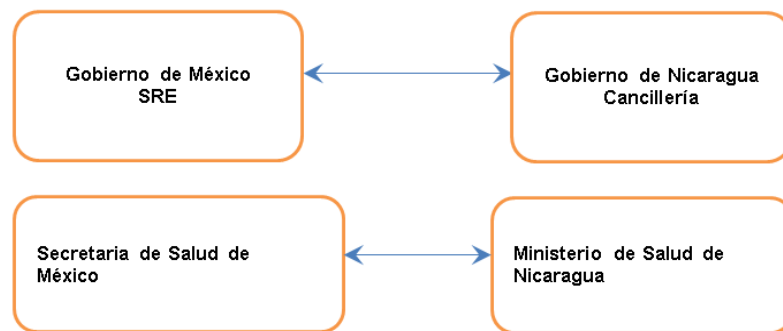
Mientras que el fenómeno objeto de estudio se representa mejor con el tipo de Cooperación Sur- Sur (CSS) [Kern, 2009]. Esta vertiente geopolítica de la CI, también puede ser identificada dentro de la terminología de la CID en México como cooperación horizontal, en este tipo de CI los intercambios se propician entre países en vías de desarrollo, o en el caso de México, de un país de desarrollo intermedio hacia otro de menor desarrollo relativo.

De ahí que estos esquemas de CNS y CSS han logrado consolidar lazos entre una enorme diversidad de actores de todos los sectores, sean, Estados, Organizaciones Internacionales (OI), Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), Instituciones Educativas (IE), de investigación, privadas, gobiernos locales y municipales entre otros, sobre temas tan diversos como la seguridad nacional, la economía, intercambio de información, entre otros temas importantes para el desarrollo.

Además de estos tipos de CID, identificados según los criterios geopolíticos como CNS y CSS, existen otros tipos de cooperación, dependiendo del número de actores, con esto tenemos que la cooperación puede ser según la Secretaría de Relaciones Exteriores [2011:5]:

- a) Bilateral. Cuando la cooperación se da entre dos países y en la mayoría de los casos se sustentan por un marco normativo (generalmente un convenio), también se dan acuerdos de cooperación entre la Secretaría de Salud y los Ministerios de salud de los países de la región.

**Figura 1 Cooperación internacional bilateral**



Fuente: Elaboración propia.

- b) Asimismo, se reconoce que la Cooperación Trilateral, también conocida como Cooperación Triangular (CTR), refuerza las acciones bilaterales, al hacer más eficiente y complementar las actividades de asociación, de recursos humanos, tecnológicos y financieros de uno o más países oferentes hacia otro u otros países receptores, si bien este tipo de cooperación empezó ofreciéndose desde los países desarrollados, hoy día también se da en relaciones Sur-Sur hacia países menos desarrollados.

**Figura 2 Cooperación internacional trilateral.**



Fuente: elaboración propia.

- c) Triangular, cuando participan al menos tres diferentes actores, el primero puede ser un país desarrollado, en vías de desarrollo, o algún organismo internacional que aporte recursos financieros, el segundo actor debe ser un país que tenga mayores ventajas comparativas que le permita contribuir en recursos humanos, técnicos y científicos en sectores determinados. Y la tercera figura o actor debe ser un país o grupos de países que puedan verse beneficiados por los recursos arriba mencionados.

**Figura 3 Cooperación internacional triangular.**



Fuente: elaboración propia

- d) Multilateral. Este tipo de CI se refiere a las acciones y políticas entre los países y organismos internacionales cuyas actividades se enmarcan a través de un convenio o

acuerdo internacional, los foros, cumbres y reuniones son acciones de Cooperación Multilateral (CML), en donde los participantes buscan alcanzar objetivos comunes. A su vez la Cooperación Regional, es un tipo de CML, ya que se dirige hacia una zona geográfica en específico en la que participan los países de una región determinada mediante organismos y mecanismos especializados por región. Se desarrolla dentro de los organismos que concentran a los Estados-Nacionales en conglomerados regionales o internacionales de mayor alcance, organismos en los que se concentran los recursos para posteriormente ser orientados hacia los proyectos destinados dentro de la programación multilateral.

En cuanto a la CI que ofrece México a la región centroamericana, se trata de un tipo de cooperación en el que los recursos financieros no son primordiales, sino que se coopera, transfiriendo conocimientos y experiencias técnicas, a través de cursos o envío de expertos, por ejemplo, que aporten experiencia técnica que puedan aprovechar los países receptores como región, a fin de incorporar esquemas innovadores dentro de sus políticas públicas, este tipo de cooperación puede incluirse también en el esquema de CTR.<sup>2</sup>

**Figura 4 Cooperación Multilateral.**



Fuente: Elaboración propia.

<sup>2</sup> Vale la pena mencionar, que estas figuras representan esquemas de los diferentes tipos de cooperación internacional, diseñadas con fines ilustrativos y que, las discrepancias y coincidencias con la realidad son mera coincidencia, por lo que deberán situarse con fines ilustrativos, como ejemplos.



Conviene subrayar que la CT promueve la experiencia técnica antes que el flujo de recursos financieros, por lo tanto la SRE reconoce que la cooperación técnica y científica (CTC)

Es una modalidad de la CID entendida como el flujo de recursos técnicos, pericias, información especializada, innovaciones científicas, tecnológicas, experiencias y conocimientos que conjugan mecanismos de asociación para desarrollar y extender la frontera del conocimiento científico; propicia el desarrollo conjunto de productos tecnológicos, coadyuva a resolver problemas específicos del aparato productivo y a fortalecer las capacidades científicas y tecnológicas dentro de la estrategia de desarrollo económico y social del país [SRE, 2011: 7].

**Figura 5 Esquemas de la cooperación internacional**



Fuente: Transparencia Mexicana. Disponible en <http://www.tm.org.mx/conociendo-la-cooperacion-internacional-para-el-desarrollo-y-lo-que-mexico-hace-para-asegurar-su-eficacia/#>

Al referirnos a la Cooperación Técnica [Instituto Mora, 2012: 11-12] en materia de salud por parte de México en las últimas décadas consideramos otros tipos de CT acompañada de otros

adjetivos [BID, 2013]. Más recientemente se ha multiplicado la cooperación desde los gobiernos locales y las organizaciones no gubernamentales (ONG'S) toda vez que “ [...] en el marco de la *cooperación descentralizada* se registran experiencias impulsadas por los consejos estatales, como es el ejemplo de los distintos acuerdos interinstitucionales y relaciones de cooperación que sostienen con otras instancias en el extranjero” [Instituto Mora, 2012]

Otros conceptos empleados por las Ciencias Sociales, y en las Relaciones Internacionales en particular, tienen que ver con la Diplomacia, o los instrumentos jurídicos propios del Derecho Internacional, en este respecto cabe mencionar que los dos documentos con los que se llevan a cabo compromisos de CI son, los tratados y los acuerdos interinstitucionales [SRE, 1991]. Por su parte los tratados se celebran entre el gobierno y uno o más sujetos de Derecho Internacional Público (un gobierno u organismo internacional de carácter gubernamental), estos tratados por lo regular son firmados por el gobierno de la República o cualquier persona que este último autoriza con pleno derecho, aprobados por el senado y posteriormente se publican en el Diario Oficial de la Federación (DOF). Mientras que, los acuerdos interinstitucionales se celebran por los organismos descentralizados de la administración pública de los gobiernos nacionales, locales o estatales y uno o varios órganos gubernamentales, pueden o no derivar de un tratado previo. Tanto los acuerdos interinstitucionales como los tratados pueden llevar diferentes nombres indistintamente, lo único que los diferencia es su calidad de ley cuando esta entra en vigencia una vez publicada oficialmente.

En lo que corresponde a los conceptos básicos de salud pública, utilizados por los principales actores de la CIMS, cabe aclarar que cada organismo trabaja con sus propios elementos y posibilidades, tratando de satisfacer sus intereses y los de sus socios, por ello se plantean diversos puntos de vista, bajo los que se enmarca el papel de la CIMS a nivel institucional entre México y los países de la región centroamericana, ya que el “[...]sector salud es un tema prioritario a nivel mundial por las implicaciones directas que tiene con el desarrollo humano y la calidad de vida de las personas. Asimismo, es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)” [Instituto Mora, 2012: 29]

Para ello, es indispensable revisar la utilidad de las categorías y conceptos que se asocian con las condiciones generales de salud en la población. En virtud de lo anterior, se emplean los

aportes de la Secretaría de Salud de México (SSA) principalmente. Así como de la terminología propia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ya que esta última cuenta con reconocimiento y relevancia, dado el grado de participación en los asuntos de la salud en el continente americano así como en la elaboración de los perfiles de los sistemas de salud. Por lo tanto,

La salud es una inversión para un desarrollo con oportunidades. A medida que el país se transforma, su sistema de salud debe hacerlo también. El desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional dependen de la buena salud de la población. No puede haber progreso general sin un sistema de salud que responda a las aspiraciones de los mexicanos [OPS, 2005: 26].

Es importante retomar el concepto de salud que se desprende de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud adoptada por la conferencia sanitaria Internacional en 1946 que define a la salud pública bajo las siguientes características:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.

Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos. [ONU, 2006 : 1]

Con base en lo anterior, se considera el Reglamento Sanitario Internacional del 2005, que entró en vigor en el año 2007, que es uno de los instrumentos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que en su artículo 14 “Cooperación de la OMS con organizaciones intergubernamentales y órganos internacionales” y el artículo 44 “Colaboración y asistencia” declara que la Cooperación Bilateral (CBL), se instrumenta a través de redes regionales de la OMS, organizaciones intergubernamentales y órganos internacionales" [OMS, 2008: 42]. De modo que este tipo de cooperación como colaboración y asistencia, define bastante bien la manera como se relaciona México con los países de la región centroamericana para contribuir a cerrar la brecha en salud en la región a la vez que dicha definición se ajusta a los parámetros descritos por la SRE en párrafos anteriores.

Una vez aclarado el término de CIMS, resulta necesario identificar y definir las políticas de salud en la región. Por su parte el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), define a la Salud Global como un bien público mundial. En este sentido, sus

[...características,] son que gira en torno a la equidad, la ética y el respeto a los derechos humanos; analiza temas y riesgos nuevos y re-emergentes; privilegia el trabajo con grupos poblacionales en desventaja social; responde a los retos comunes con profundidad local y alcance global; promueve la participación ciudadana; impulsa la interdisciplinariedad e intersectorialidad; vincula a agentes económicos, políticos y sociales; traduce hallazgos a acciones concretas y cuantificables, y enfatiza colaboraciones horizontales y procesos compartidos entre países (INSP, 2011).

Mientras que para la OPS y la OMS, la salud consta de, además de la ausencia de dolencias y enfermedades, de un estado de completo bienestar, físico y mental (este mismo concepto de salud es compartido por la ley general de salud, Título primero y la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo 4), el cual debe ser un derecho fundamental garantizado sin distinciones de raza, credo o posición económica, cuya condición depende de la cooperación de las personas y los Estados como un reflejo de la paz y la seguridad

de la población, principalmente de los niños y los pobres “[...]mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas” [OPS, 2009].

También vale la pena mencionar que en cuanto al cuidado de la integridad física, existen distintos niveles de atención:

*[...]El primer nivel de atención realiza las acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria a la morbilidad más frecuente, brindado por médicos generales o familiares y personal de enfermería, apoyados por personas de la comunidad - promotores de salud-. El segundo nivel de atención comprende a las especialidades básicas, está a cargo de médicos especializados y enfermeras, quienes brindan atenciones ambulatorias y a encamados en hospitales generales o de especialidad, contando con servicios de apoyo diagnóstico de imagenología y laboratorio. El tercer nivel de atención realiza las atenciones especializadas de mayor complejidad, así como investigaciones clínicas y básicas, a cargo de médicos especialistas con apoyo de enfermería especializada y otros profesionales” [OPS, 2005: 22].*

Sin embargo, las inequidades sociales que produce la marginación, aparece ligado a otro problema que es la exclusión [OPS, 2009] de la población hacia diferentes bienes como derechos, se trata de un fenómeno social que influye en la incapacidad por parte de los individuos para gozar de las mismas oportunidades al acceso a los beneficios y derechos de la sociedad, en relación con otro grupos o habitantes, al respecto el Consejo Nacional de Población (CONAPO) refiere que:

La marginación es un fenómeno estructural que se origina en la modalidad, estilo o patrón histórico de desarrollo; se expresa, por un lado, en la dificultad para propagar el progreso técnico en el conjunto de la estructura productiva y en las regiones del país, y por otro, en la exclusión

de grupos sociales del proceso de desarrollo y del disfrute de sus beneficios [CONAPO, 2004].

De modo que la marginación puede incluir la carencia al acceso a los servicios básicos como son vivienda, educación y por supuesto salud. Mientras que la vulnerabilidad es definida como “[...] la susceptibilidad o factor de riesgo interno de un componente o del sistema como un todo, de ser dañado total o parcialmente por el impacto de una amenaza. A la magnitud del daño cuantificado o medido se le denomina vulnerabilidad” [Farrer, 1996].

Para continuar con el análisis teórico y conceptual, referente a las condiciones de salud, solo resta mencionar que, las inequidades sanitarias a las que se hace alusión, se refiere al resultado de las desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades, en las que las condiciones sociales y económicas tienen efecto en la vida de la población y determinan el riesgo de enfermar y las medidas para evitar que la población enferme" [OMS, 2014].

## **CAPÍTULO 2 DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN MATERIA DE SALUD ENTRE MÉXICO Y LOS PAÍSES DE LA REGIÓN CENTROAMERICANA**

Este capítulo tiene como objetivos: a) examinar las etapas más significativas de la CI desde el nivel global al regional; b) analizar las características de la CI entre la región centroamericana y México y c) analizar el marco jurídico con el cual desarrollan los procesos de CIMS entre México y los países de la región centroamericana, a partir de la CT en el periodo del 2000 al 2014.

### **2.1 Marco histórico de la Cooperación Internacional en Materia de Salud 1940- 1989**

Para hacer un análisis de la CIMS entre México y Centroamérica, se requiere considerar el contexto histórico, político, social y económico de la región, en el que se han configurado acciones políticas de los países orientadas a disminuir la disparidad social y económica. En tal sentido, la salud cobra mayor relevancia en la medida en que los esfuerzos nacionales y las políticas de los organismos internacionales especializados como la OMS y la OPS, entre otros, pretenden lograr mayores grados de desarrollo, social y económico, específicamente en lo que a salud se refiere.

La ONU, se funda en octubre de 1945, en 1946, en Londres se celebra la primera asamblea general. Con la fundación de la ONU, se organizan diferentes agencias especializadas, orientadas a diversos sectores algunas de ellas de interés en esta investigación son: el Banco Mundial (BM[1945]), la Organización de la Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la

Cultura (UNESCO-1946), el Consejo Económico y Social (1946) y la Organización Mundial de la Salud (OMS-1948).

En el nivel global en las décadas de los años cincuenta y sesenta. Tomó trascendencia el papel de los países que empezaban su proceso de descolonización, lo que fue configurando diferentes posturas en la organización de los países, tanto en África como en Europa. En este contexto se fueron desarrollando alianzas por bloques geoestratégicos, a fin de, aminorar las contradicciones que se sucedían y cooperar al interior de las regiones [Tassara,2012]. En consecuencia. La actividad constante que se sucedería en años posteriores llevaría a los años 1960 a ser reconocida como la “década del desarrollo”, con diferentes esfuerzos de cooperación, con planes de largo y corto plazo. Por ejemplo, llevando a la aportación de los países más desarrollados a proveer a la CI con 1% de su producto Interno Bruto (IPB) en 1961, mientras que se proponía que los países menos desarrollados debían aumentar su tasa de crecimiento anual al 5% antes de 1970.

Durante la década de los sesenta los países más desarrollados comienzan a crear sus propias agencias de CI, con el fin de estrechar los lazos y al mismo tiempo ejercer una mayor influencia en los nuevos Estados Nacionales descolonizados y los países latinoamericanos. Entre otras cosas, también para evitar la influencia del bloque soviético. Otra de las estrategias de los países más industrializados, fue la creación de la OCDE, al principio contó con la participación de 20 países miembros, que a través del CAD diseñan las directrices de la AOD. Así como la conocida “Alianza para el progreso”, proyecto propuesto por el presidente de Estados Unidos, John F. Kennedy, que involucraba a los países latinoamericanos, y ratificado por todos los países de la OEA excepto por Cuba, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida en América Latina, a través de la consolidación de la democracia, la formulación y aprobación de reformas agrarias y financieras, liberalizando el comercio e impulsando la inversión extranjera, así como inversiones para mejorar las condiciones de salud, vivienda, educación y modernización de la infraestructura necesaria para aumentar la producción.



Sin embargo, Carlo Tassara<sup>3</sup> [2012: 10] reconoce que a pesar de todo lo anterior “Durante los años ,60 no se dieron cambios sustanciales en las relaciones entre el Norte y el Sur del mundo y tampoco se dieron avances sustanciales en la financiación al desarrollo”.

En definitiva durante las décadas de los cincuenta y sesenta los paradigmas del crecimiento económico fueron cuestionados por los teóricos de la dependencia que criticaban la dualidad centro-periferia que sostenía la economía internacional y que tanto afectaba a los países menos desarrollados. A los países menos desarrollados se les concedía un rol periférico como productores de materias primas con bajo valor agregado, este enfoque tuvo repercusiones dentro de las conferencias UNCTAD I y II y encontró un aliado dentro de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe dirigida por el argentino Raúl Prebisch de 1950 a 1963 [Alfonso y Miguel, 1993].

En este tenor, resalta la figura de Raúl Prebisch como Secretario Ejecutivo de la Comisión Económica de las Naciones Unidas (NU) para América Latina y posteriormente Secretario General de la Conferencia de la ONU sobre Comercio y Desarrollo (Ginebra, 1964). “En este contexto, la idea de generar una dinámica de relaciones Sur-Sur estaba íntimamente ligada a la posibilidad de reorientar y priorizar los vínculos, al reforzamiento de relaciones bilaterales ya existentes”[Kern,2009]. Gracias a él se lograron articular algunas de las necesidades de los países latinoamericanos, además de impulsar la evolución de nuevos enfoques de la diplomacia multilateral para el desarrollo.

En los años 60 tampoco se originaron cambios relevantes entre los actores de la cooperación internacional, ni se modificó el enfoque “jerárquico” y “paternalista” de las actividades de cooperación al desarrollo impulsadas por los gobiernos. Quizás, la única novedad importante fue la aparición de las agencias de cooperación de los países industrializados [Tassara, 2012: 11].

---

<sup>3</sup> Licenciado en Sociología y Doctor en Teoría e Investigación social. Cuenta con unos 30 años de experiencia en la cooperación internacional al desarrollo. Es asesor de cooperación internacional y profesor en varias universidades italianas (Università “La Sapienza” de Roma) y colombianas (entre ellas: Pontificia Universidad Javeriana, Universidad EAFIT, Universidad Externado de Colombia, Universidad del Norte, y Universidad de San Buenaventura – Escuela Latinoamericana de Cooperación y Desarrollo [ELACID]). Es también Responsable de la Formación y Auditor interno de la ONG italiana Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli (CISP) [Comité Internacional para el Desarrollo de los Pueblos].

Es en este contexto, se dieron cambios significativos en los modelos de cooperación tradicionales con lo que se gestó la oportunidad de articular nuevas dinámicas, complementarias a las formas de cooperación existentes.

“El mapa mundial de las relaciones internacionales y las cooperaciones, tuvo un giro significativo durante el período de la Segunda posguerra, no sólo porque comenzó el periodo de la descolonización - con la consecuente aparición de nuevos estados- sino porque, casi de modo paralelo con ese proceso, emergió un renovado espíritu internacionalista que apuntó a darle identidad a las relaciones entre los estados con menor desarrollo relativo” [Kern,1996:6].

Desde entonces, se emplearía el término “tercer mundo” para reconocer al conjunto de países emergentes que reivindicaban un mayor protagonismo en las relaciones internacionales y el desarrollo económico. De este modo y con el objeto de lograr una mayor participación a escala mundial, en 1964 los países menos desarrollados formaron el G-77 o grupo de los 77 tras celebrar la Primer conferencia de la ONU para el Comercio y el Desarrollo, la cual sirvió de plataforma política para demandar un trato preferencial a las grandes potencias.

Durante estos eventos, el papel del Banco Mundial, define un esquema en el que los países endeudados o deficitarios, deberían de compensar las pérdidas en el sistema internacional adquiriendo deudas provenientes de la obtención de créditos del Banco Mundial, a través del Fondo Monetario Internacional (FMI) una vez que se han fijado las políticas económicas a las que se condicionan dichos préstamos [Veloz, 2009].

De esta manera se puede ver como la CI ha estado condicionada por el Banco Mundial, debido a los intereses de los países desarrollados. Por ello la cooperación va en sentido del endeudamiento de los países más pobres y la inversión es dirigida y ejercida a través de condicionamientos en los préstamos, lo cual a su vez repercute en las políticas económicas de los países socios.

Así, al finalizar la década de los sesenta, se llevó a cabo un informe del Banco Mundial con el cual se medirían los resultados de la cooperación en los últimos años, intitulado “El

desarrollo, trabajo común” también conocido como el “Informe Pearson”. En este se definen treinta estrategias o puntos de acción que deberían ser las nuevas reglas para lograr el desarrollo económico internacional. Estas estrategias, realzaban la importancia de que los países menos desarrollados alcanzasen un crecimiento de 6% anual antes de 1975. Contando con un apoyo sostenido de los países desarrollados, mientras que el aporte de los países desarrollados debería alcanzar antes de 1980 el 1% del PIB, a propuesta de la ONU.

En cuanto a las estrategias que a finales de la década de los sesenta se plantea el informe Pearson [1970], existen algunas del orden global que implica asuntos de salud humana, como la necesidad de establecer controles de natalidad, ayuda a la investigación científica, entre otras. Mientras que en el ámbito de la CML, la Ayuda Pública Oficial debía aumentar para 1975 del 10% al 20%, siendo el Banco Mundial quien liderara los esfuerzos de los países y quien proporcionó los préstamos, pasando de los 400 millones de dólares a 1500 millones de dólares.

Aunque el informe Pearson tenía la tarea de analizar los resultados de la CI en los veinte años anteriores. En cuanto a la salud, solo hizo referencia sobre la importancia del control de la natalidad para una mejor distribución de la riqueza, por lo que no representa un aporte significativo en la materia. Aun así, le dio importancia al aspecto de la salud materno infantil, con énfasis en la reducción del número de hijos, para darles una mejor calidad de vida a los que ya tienen, en este punto Pearson hizo un llamado para que la OMS y el BM acrecentaran sus esfuerzos por aumentar los flujos, coordinar y dirigir las investigaciones sobre reproducción humana y la limitación de nacimientos.

Para la década de los setenta no se había logrado alcanzar las metas propuestas de los países más desarrollados en cuanto al crecimiento, que fue muy disparaje entre 1950 y 1970. Por su parte, en los países industrializados fue del 4%, mientras que en los países menos desarrollados fue del 2,7%. No obstante, en este periodo se dieron cambios positivos en los países menos desarrollados, sobre todo en la construcción de infraestructura dirigida al sector de comunicación y en menor medida al sector salud y educación, a pesar de que seguía prevaleciendo un alto desempleo y una esperanza de vida corta para los países de la periferia y una esperanza de vida media para los países de la semiperiferia.

Hay que mencionar que otro de los eventos importantes para la CI durante la década de los setenta fue, la aprobación de la “Declaración y el Plan de Acción para el Establecimiento de un Nuevo Orden Económico Internacional” (NOEI) [UNAM, 1980:13]. Resumido en cinco objetivos: a) la igualdad soberana de los Estados, b) ampliación de la CI, c) una participación más igualitaria de todos los países para la solución de los problemas económicos del sistema internacional, considerando el aumento de la cooperación hacia los países en desarrollo, d) derecho de todos los países a adoptar el sistema económico y social más apropiado para su desarrollo y e) plena soberanía sobre sus recursos naturales y actividades económicas.

No solo el NOEI repercutía en las estructuras económicas, políticas y sociales de América Latina sino también, en esta década se iniciaron las actividades con el PNUD en términos de reciprocidad en un momento en el que programa estaba pasando por un periodo de crisis en 1976. Asimismo el papel de México como parte del Consejo de Administración le permitió impulsar la utilización de fondos en apoyo de América Latina, al mismo tiempo que promovió reuniones regionales y participó en proyectos biológicos en conjunto con Centroamérica y Panamá, todo esto a la vez que se benefició principalmente del programa de Redes de Laboratorios (Ramón y Ma. Oralia, 1987:212).

Desde 1978, tras la Constitución Oficial de la OMS. México ha participado activamente en todos sus foros y ha recibido apoyo para múltiples actividades, incluso, en 1984 ocupó la presidencia de la Asamblea Mundial de la Salud. De la misma forma, con la UNICEF, México firmó el acuerdo de integración en 1954 y en 1981 se instala una sede, el Centro Regional de Actividades, apoyando los programas nacionales así como los de Latinoamérica y Centroamérica.

A juicio de Joy Uche Angela Ogwu representante de Nigeria ante la ONU:

Los países en vías de desarrollo levantan posiciones económicas y políticas de crucial importancia en la arena internacional; y el rol cada vez más importante del Sur es una tendencia irrevocable. Con el fin de fortalecer aún más sus posiciones en la política global y en la lucha económica, estos países necesitan desarrollar estrategias que les aseguren su emancipación económica, política y cultural del Norte [Joy Ogwu,1982: 36].

Por su parte, Luis Armando Amaya León [2012] identifica el interés de México por la región, entre las que destacan la del grupo Contadora, nombre que recibió la alianza conformada por México, Colombia Venezuela y Panamá, que se reunieron en la Isla de Contadora, Panamá el 5 de enero de 1983, con el fin de alcanzar algunas medidas para la pacificación en Centroamérica, principalmente en Nicaragua, Guatemala y el Salvador. Por otro lado, destaca el Acuerdo de San José en 1980, en el que se establece proveer petróleo a países centroamericanos y caribeños a precios preferenciales.

Al respecto, Álvarez y González [1987:69-70] Identificaron que durante esta década que México mantuvo relaciones de CT por la vía multilateral, principalmente por parte del Sistema de Naciones Unidas (SNU).

Así, los lazos que se establecieron en México para cooperar en la salud de la región son:

a) Agencias especializadas en salud:

- a. Organización Panamericana de la Salud. (OPS)
- b. Organización Mundial de la Salud (OMS)

b) Organismos internacionales vinculados a la salud:

- a. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
- b. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
- c. Programa mundial de Alimentos (PMA)
- d. Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población
- e. Programa de las Naciones Unidas para el mejoramiento del medio ambiente (PNUMA)

c) Organismos financieros internacionales:

- a. Banco Interamericano de Desarrollo (BID)
- b. Banco Mundial (BM)
- c. Agencia Internacional de Desarrollo (AID).

De este modo, en el panorama nacional, para la década de los ochenta, según los planteamientos del Programa Nacional de Salud y en consonancia con las metas de “salud para todos” de la propia OPS, se definieron las prioridades de la CT, ampliación de cobertura y atención médica, prevención y control de enfermedades, promoción de la salud, control sanitario

y ambiental, planificación familiar y programas de apoyo. Todo esto se tradujo en asesoría técnica por parte de expertos, en diferentes afecciones a la salud, laboratorios, estadísticas, investigación en salud materno-infantil, salud pública, registros médicos, enfermedades gastrointestinales, becas para capacitación de recursos humanos en el exterior y dentro del país, apoyo técnico, financiero y administrativo, para la adquisición de suministros de salud, apoyo financiero, para cursos, seminarios y talleres.

Por otro lado, cabe destacar que durante esta década tomó importancia el paradigma neoliberal. Para el cual la CI se convierte en un obstáculo para el libre mercado ya que desde dicha óptica se desperdicia tiempo y recursos en actividades poco efectivas. En 1989, el economista británico John Williamson describe en un artículo las pautas que dan origen a una serie de políticas económicas que ayudarían a combatir las deficiencias de los sistemas económicos, mejor conocido como el Consenso de Washington. De esto se desprenden 10 reformas que de manera sucinta se enumeran como:

- a) Disciplina fiscal.
- b) Reordenación de las prioridades del gasto público.
- c) Reforma Fiscal.
- d) Liberalización Financiera.
- e) Tipo de cambio competitivo.
- f) Liberalización del comercio.
- g) Liberalización de la inversión extranjera directa.
- h) Privatizaciones.
- i) Desregulación.
- j) Derechos de propiedad [Ruby y Ernesto, 2012: 35-64].

Bajo este paradigma se promueve la idea de que el sector privado gestiona mejor los recursos que el sector público, por lo que los gobiernos deben reducir al Estado a su mínima expresión, y dejar en manos del sector privado la mayor parte de su gestión. Esto incluye los servicios universales como salud, vivienda y educación, por lo que el gobierno debe facilitar los negocios del sector privado, regular el mercado y mantener el orden y la gobernabilidad política.

La agenda del Consenso de Washington fue diseñada para aliviar los problemas económicos en los que la región se encontraba sumida; sin embargo, de acuerdo a los resoluciones del CW sólo se trataban de recomendaciones por parte de los organismos internacionales y de los denominados *think tanks* (grupo de expertos). Sus promotores aseguraban que nunca se obligó a un país a implementar este tipo de políticas en sus economías, sin embargo, es importante tomar en cuenta que muchas de aquellas políticas económicas conforman hoy – igual que entonces– el listado de condiciones que los organismos internacionales exigen para acceder a los préstamos y rescates financieros, por tanto, dichas condiciones responden a los intereses comerciales y financieros de países altamente industrializados [Ruby y Ernesto, 2012: 49].

Para finalizar este apartado, se plantea la manera en como se han dado las relaciones de CI a nivel global. Se puede afirmar que la CI se ha visto condicionada por diferentes determinantes, entre las que se encuentran las diferentes estrategias económicas y políticas que favorecen en mayor medida a los países desarrollados. Mientras que el alcance de las políticas nacionales han generado contradicciones de orden económico y social, expresándose el rezago y recrudecimiento de las desigualdades al interior de los países menos desarrollados.

Por tanto, los países de la periferia, realizan esfuerzos y buscan alternativas que pretenden superar la relación Norte-Sur en materia de CI. Por tal razón, los acuerdos bilaterales y multilaterales tienden más a estrechar los vínculos Sur-Sur, con el fin de lograr una menor dependencia en lo que respecta a las decisiones de la CIMS.

## **2.2 Actores clave para la Cooperación Internacional en Materia de Salud entre México y los países de la región centroamericana**

Este apartado se refiere a los actores de la CI dentro del sistema mundial cuyo objetivo consiste en atender los asuntos concernientes a la salud de la población, en cuanto a la protección

y cuidado del derecho a la salud, visto como un bien público mundial, que debe ser preservado, en razón de que la protección y cuidado de la salud beneficia el desarrollo equitativo de la región y está estrechamente ligado con la productividad de la población.

En cuanto a los participantes de la CI, a lo largo de la investigación se identifica su papel desde el nivel global hasta el local, analizando los avances y retrocesos en el sector salud de la región. Por lo tanto es importante determinar cómo ha funcionado en los últimos años la CIMS, sobre las bases de la legislación mexicana, en interacción con sus países socios complementado por los acuerdos y tratados, tanto bilaterales como multilaterales, para así caracterizar y evaluar los esfuerzos que se han venido desarrollando en los últimos años a través de las distintas modalidades de la CTC, que contribuyen en los esfuerzos por mejorar las condiciones de salud en la región.

En primer lugar, debemos tomar en cuenta el papel que desarrollan las instituciones mexicanas; en este caso la SRE y en este mismo sentido la actual AMEXCID, a través de la DGCTC que tiene por objetivo coordinar las acciones de política exterior del gobierno mexicano, de forma complementaria debemos tomar en cuenta el papel que representa la Dirección General de Relaciones Internacionales (DGRI) de la SSA, cuyo objetivo es: “Promover y apoyar las relaciones internacionales en el campo de la salud con otros países y conducir la relación con mecanismos y organismos internacionales, a efectos de posicionar, fortalecer y beneficiar el Sistema Nacional de Salud (SNS) mediante la *Cooperación Internacional en Salud.*”[SS:2012]

Paralelo a las agencias de CI de cada uno de los Estados-Nacionales y de las instituciones que llevan la rectoría del sector salud, nos encontramos con las distintas dependencias a cargo del sistema de salud de México como son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la propia Secretaría de Salud. Estas instituciones, a través de sus representantes, tienen la capacidad para generar acuerdos en materia de salud con sus homólogos de la región centroamericana.

Por esto, y para los fines que persigue esta investigación. Se consideran a los organismos que proveen conocimientos, recursos humanos y tecnologías entre México y los países de la región centroamericana, actores que intervienen en la toma de decisiones y aplicación de programas de desarrollo en salud en la región. Como lo es el Sistema de Integración



Centroamericana (SICA) que contiene como socios a Guatemala, Belice, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Panamá y República Dominicana.

Por su parte, el SICA cuenta con dos importantes iniciativas para la CIMS en la región, una de ellas es la Comisión de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) y la otra es la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD). En apoyo a estos esfuerzos para tratar de disminuir las desigualdades en salud en la región, la OPS y la OMS, en su calidad de organismo multilateral, dependiente del SNU, cuenta con una representación en México y Centroamérica y participa como actor activo de las decisiones políticas-sociales en salud de la región.

Por otro lado, México participa de la CTR hacia la región centroamericana por medio del CAD, como organismo principal de la OCDE, iniciativa que influye en la toma de decisiones y en la elaboración de políticas para el desarrollo de la región [OCDE:2013].

Por el otro lado, nos encontramos con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que representan un “Esfuerzo mundial para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente, la discriminación contra la mujer y también crear una alianza mundial para el desarrollo” [ONU:2013]. De esta iniciativa se retoman principalmente los objetivos 3, 4 y 5 ya que tienen implicaciones en la salud de la población y está orientado hacia la reducción de la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y el combate al VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Estos ODM son monitoreados por la OMS y la OPS en la región, pero también están ligados a los planes para el aumento de los servicios sanitarios en las localidades, en la prestación de servicios de calidad, la promoción de las vacunas y la formación de personal capacitado, que son el eje de la agenda internacional en el sistema de la CIMS.

En cuanto al financiamiento para el desarrollo de la CI entre los países de la región, hay que considerar principalmente la colaboración del BID, como pieza fundamental en la dirección de recursos dirigidos a actividades de asesoría técnica e investigación en América Latina y el Caribe. Por su parte el Banco Centroamericano de Integración Económica contribuye al desarrollo de sus socios fundadores Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Costa Rica, donde México funge como socio extra regional mientras que Belice resulta beneficiario. Sin

duda, la participación del Banco Mundial es de suma importancia en cuanto a la recopilación de información estadística para la región, además del financiamiento que proporciona a diversos proyectos y programas sociales.

Una vez que se han señalado cuáles son los actores más importantes de esta investigación, es momento de puntualizar los referentes para la decisión y aplicación de programas y proyectos que se articulan entre las diferentes modalidades de la CBL y CML en relación con los problemas de salud que se enfrentan en la región.

Dicho de otra manera, estos actores de la CI, concretan diversos mecanismos diplomáticos, que les permiten dentro del sistema internacional de cooperación concebir diversas iniciativas, bilaterales o multilaterales, entre homólogos, así como a través de las agencias de cooperación, con organismos internacionales, tales como la OPS y la OMS. En este aspecto la Dirección General de Relaciones Internacionales de la Secretaría de Salud de México tiene la facultad de establecer las relaciones de política exterior y diplomacia en materia de salud. La evolución histórica de estas instituciones será abordada a profundidad en el capítulo siguiente por lo que aquí solo se presentan de manera somera a fin de identificarlas.

### **2.3 Instrumentos para la Cooperación Internacional en Materia de Salud entre México y los países de la región centroamericana**

En este apartado se analiza como la CIMS se ha desarrollado a través de sucesiones continuas de eventos que han permitido desarrollar un andamiaje político internacional que constituye la base de las Relaciones Internacionales en materia de salud. Existen diferentes tratados y acuerdos, de modo que en dichos documentos se esgrimen las prioridades y las normas que han de seguir los países, que impulsan sus sistemas de salud a nivel local, nacional o regional, o bien relaciones interinstitucionales que abarcan a instituciones educativas, sanitarias o municipios como ejemplos del alcance de los acuerdos y tratados internacionales.

De este modo, se aborda la manera como la Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD) encontró su cauce en la década de los setenta, a través de múltiples reuniones que logran cristalizar las demandas de los países subdesarrollados. En 1976, inicia la Reunión Regional sobre CTPD en Lima, el Programa de Acción para la Promoción de CTPD, un año más tarde se llevan a cabo dos reuniones más: la Reunión de Funcionarios Responsables de la CT de los Países de América Latina, y la Reunión de Coordinación Latinoamericana a cargo del Sistema Económico Latinoamericano, para concretar sus demandas en la Conferencia Mundial sobre CTPD en Buenos Aires en 1978 [Ernst, 2012:1396-1403].

En este caso, la evolución de instrumentos de la CI, ha desarrollado nuevas propuestas que permiten verificar, evaluar y coordinar tareas de CI, algunos de estos esfuerzos compartidos a nivel internacional son: la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo [OCDE:2009]. Los ministros y directivos de las instituciones bilaterales y multilaterales reconocen la necesidad de aumentar y mejorar la eficacia de la ayuda a las distintas situaciones de los países a quienes se orienta la ayuda al desarrollo, especificar indicadores, calendarios y metas, supervisar y evaluar las acciones. Por su parte el programa de Acción de Accra, está orientado a fortalecer en los países en desarrollo su capacidad para dirigir y gestionar el desarrollo, como un replanteamiento y seguimiento de los esfuerzos de la declaración de París sobre la eficacia de la ayuda. Y en especial, retomando para esta investigación la declaración de Alma-Ata[1978], que demuestra preocupación e interés por la salud de la población.

Aunque como reconocen diversos autores, durante esta década los avances en materia de desarrollo también fueron paupérrimos, esta vez debido a algunas razones que expone Carlo Tassara. De lo que destaca la ayuda bilateral ofrecida por ambos bloques durante la Guerra Fría, representados por EEUU y la URSS, mediatizada por intereses geoestratégicos, sin impacto a largo plazo para los países en desarrollo. Por otro lado, los países receptores realizaron gastos en obras y armas sin algún beneficio para la población. Un elemento más que impidió el crecimiento deseado en décadas anteriores fue el hecho de que el autoritarismo y la corrupción imperante en muchos países en desarrollo desviaron parte de los recursos a actividades alejadas de las prioridades de desarrollo de cada país. Por otro lado, durante los años 70's se fue consolidando el papel del proyecto como la modalidad principal para llevar a cabo las tareas de CI.

En lo que respecta a la década de los ochenta, estuvo marcada por la profunda crisis económica internacional que se venía gestando desde 1970, iniciada en los países industrializados, que se agudizó con la subida de los precios del petróleo, hasta afectar a la economía mundial y por ende a las relaciones Norte-Sur. Para los países de América Latina esta crisis se agudizó, puesto que los países del Sur, en concreto, algunos países asiáticos, aumentaron su producción, además que liberalizaron el mercado, permitiendo una mayor inversión extranjera. Mientras que, para los países del Sur del Continente Americano, esto se tradujo en la baja de la demanda de materias primas, aunque por otro lado se aumentó el proceso de industrialización, sin que esto fuera acompañado del crecimiento económico al interior. Lo que al final, solo agudizó los desequilibrios sociales y económicos al interior de la región de América Latina y el Caribe.

Otro factor de la crisis latinoamericana, fue la creciente deuda, sobre los intereses producidos por los préstamos que ofrecía el FMI para impulsar el desarrollo local. De esta manera los países latinoamericanos se vieron obligados a transferir la deuda adquirida por la iniciativa privada a los gobiernos locales, como condición para adquirir nuevos créditos, otra medida sería la privatización de las empresas públicas, lo que a final de cuentas resultó en una transferencia del flujo de recursos financieros del Sur hacia el Norte. Al respecto Carlo Tassara sugiere que:

Al inicio de los años ,80 empezaron a subir drásticamente los tipos de interés y los costos del servicio de la deuda. Los países endeudados pidieron nuevos créditos para hacer frente a los préstamos contraídos, mientras los tipos de interés seguían aumentando hasta multiplicarse por seis. Otra de las causas de la acumulación de la deuda en los países del Sur fue la inversión en proyectos mal concebidos, que no produjeron los rendimientos esperados para amortizar la inversión. Evidentemente, esta situación implicó el aumento brutal de la deuda externa de estos países, en valores absolutos y como proporción del PIB, y afectó sobre todo a los países de África Subsahariana y de América Latina [Tassara, 2012: 17] [...].

De ese modo, para monitorear los avances del plan de Buenos Aires se creó en 1980 el Comité de Alto Nivel sobre CSS de las NU. Sin embargo, las expectativas para esta década tampoco fueron cumplidas, debido a la crisis de la deuda, al mismo tiempo que el FMI requirió a los países acreedores de nuevos préstamos se apegaran al programa de ajuste estructural que se proponía, inspiradas en el paradigma neoliberal. De todo esto, resultó la privatización y desmantelamiento de las empresas públicas, apertura y facilidad para establecer empresas privadas extranjeras, reducción del gasto público, principalmente en salud y educación, la eliminación o reducción de subsidios alimentarios y de consumo, devaluación de la moneda nacional, liberalización de precios y salarios, que en consecuencia afectó más a los grupos sociales más vulnerables [Kern,2009].

## **2.4 La Cooperación Internacional en Materia de Salud orientada hacia la región centroamericana 1990-2014**

El siguiente punto, aborda la CI que se ha desarrollado con los países de la región, en términos que pretenden impulsar el desarrollo humano. Por ello vale la pena considerar que con la creación del Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) en 1991, se inició un proceso que reforzó las iniciativas de cooperación y colaboración mutua entre los países de la región. Es en este contexto de integración regional que se crea la Comisión de Ministros de Salud de Centroamérica, institución cuya personalidad jurídica emana de [...] “la X Cumbre de Presidentes de Centroamérica, desarrollada en San Salvador en Julio de 1991 y la XI Cumbre de Presidentes de Centroamérica; Protocolo de Tegucigalpa (Diciembre de 1991)”[COMISCA,2009].

Ante la constante disminución de la AOD, la CSS sigue teniendo importantes espacios que cubrir, tal y como informaba el Comité de Alto nivel de 1993. Los cambios dramáticos de la economía internacional en la década de los ochenta afectó la economía de muchos países subdesarrollados, que no lograron mejorar las oportunidades de CTPD, dados los niveles de

asimetría entre los propios países en desarrollo. Para ello la Asamblea de las NU en 1995, se propone alcanzar la autosuficiencia nacional y colectiva, así como garantizar la participación e integración eficaces de los países en desarrollo en la económica mundial.

Por su parte Alejandra Kern[2009], de la Universidad de San Martín en Argentina identifica algunos contenidos particulares dentro de la CTPD, para empezar se deja de usar la palabra apoyo y se empieza a utilizar la palabra "cooperación". Con esto se pretende establecer una relación más simétrica, como colaborador en el "trabajo conjunto" con lo que se buscan beneficios mutuos. En segundo lugar, "Sur" hace referencia a una identidad compartida, en búsqueda del desarrollo, coincidente con las ideas predominantes, donde se concebía al desarrollo como un proceso lineal, en el que se identifica a los "desarrollados" y "en desarrollo". En tercer lugar, se especifica el tipo de CT, distinta de la cooperación financiera, sin desestimarla, cuyo contenido estaría vinculado a ampliar, transferir y compartir conocimientos y experiencias en beneficio mutuo para lograr la autosuficiencia nacional y colectiva.

En consecuencia, se trata de un "proceso multidimensional" cuyo alcance puede ser bilateral o multilateral y de carácter subregional, regional o interregional. En cuarto lugar, se trata de un proceso esencialmente interestatal, está organizada por los gobiernos entre sí, con lo que el estado toma parte como autor clave del desarrollo, capaz de promover la participación de organizaciones públicas y privadas. En quinto lugar, no se hace referencia a ningún tipo de concesionalidad, diferencia significativa con la CNS, ya que se coopera entre iguales que comparten un lugar desventajoso dentro del sistema internacional.

En consecuencia la COMISCA constituye la instancia política del SICA a cargo del Sector Salud Regional, que mediante la agenda y el plan Centroamericano de Salud definen las prioridades sanitarias en la región. La multicausalidad y el impacto socioeconómico de los problemas de salud alientan a los miembros a cooperar en el impulso de iniciativas regionales que necesita de la CI, “ [...] el seguimiento, la ejecución y la evaluación de los acuerdos y las resoluciones emanadas de las Cumbres en las que participen los Presidentes de Centroamérica”[COMISCA,2009]

Pasados los años de la guerra fría, nuevos conflictos armados y las crecientes catástrofes naturales, o provocadas por atenuantes de las actividades humanas, han orientado la AOD hacia

la ayuda humanitaria para víctimas de las guerras o para damnificados. Sin embargo ahora más que nunca las ONG, los acuerdos multilaterales y los propios países subdesarrollados apuestan por estrechar las relaciones de CID, entre las que destaca la salud por su valor para el desarrollo humano, aumentar la capacidad productiva, tratar de disminuir las desigualdades sociales y económicas en la subregión centroamericana y México.

Según este parecer, como el mundo en desarrollo había recibido cientos de miles de millones de dólares en concepto de ayuda en las últimas décadas y, sin embargo, seguía sin desarrollarse, quedaría justificada la reducción substancial del monto destinado a aquella. Los donantes comparaban incluso los crecientes flujos privados de inversión extranjera hacia el sur, argumentando que la superioridad de éstos frente a la ayuda, representaba un nuevo y más efectivo camino para el desarrollo [Kern, 2009:13].

Dicho esto, vale la pena mencionar, que el punto de vista de subregión es utilizado por la OMS y la OPS para definir a Centroamérica como un área dentro de la región Latinoamericana [OPS, 2006: 24]. Durante esta década surgió con mayor vigor un marco conceptual acerca del desarrollo a nivel global, lo que ha revolucionado los paradigmas de la CI. Sobre todo desde la aparición del primer informe sobre desarrollo humano a cargo de Amartya Sen en 1990. Como se vio en el capítulo anterior, el desarrollo va más allá del crecimiento económico, consta de los medios para tener mayores opciones para el desarrollo humano y personal, por lo que son imperativos la salud, la educación, la vida participativa dentro de la comunidad, es decir, los elementos básicos del desarrollo son: una vida prolongada, saludable y creativa [PNUD, 2010].

Sin embargo, la OCDE planteaba la lucha a la pobreza como el objetivo principal de la CI, a pesar que las relaciones que se entablan entre los países centrales y los países de la semiperifería han condicionado sus aportes a cambio de la aplicación de reformas estructurales, económicas, políticas, lo que ha logrado resultados, pero también ha creado otros problemas, derivado de una relación dialéctica en el que la liberalización del sector salud o la apertura a la iniciativa privada de los servicios médicos no produjo los beneficios esperados por la OPS [2007].

**Tabla 1 Principales resultados y problemas de las reformas sectoriales en salud de las décadas de 1980 y 1990**

Resultados	Problemas
Se identificaron, clasificaron y separaron diversas funciones que realizan los sistemas de salud.  El sector privado adquirió mayor importancia en aseguramiento y prestación de servicios.	La flexibilización del mercado en el sector salud produjo una mayor segmentación, elevó los costos y debilitó las funciones de los ministerios de salud
Se buscaron nuevas fuentes de financiamiento, se hizo más rigurosa la disciplina fiscal y se buscó la sostenibilidad de los sistemas de salud.	El gasto público se redujo, al tiempo que se aumentaron los costos para los usuarios, los mecanismos de control de los gastos llevaron a un recorte en recursos humanos e infraestructura, lo que empeoró los resultados en salud, además se introdujeron costos a los usuarios
En muchos países se mejoraron los servicios, se inicia la aplicación de criterios de eficiencia en la provisión de servicios	La promoción de la competencia de “cuasi-mercados” en el sector público de salud profundizó la segmentación. Se le dio prioridad a los servicios curativos sobre los preventivos.
Se extendió la cobertura a poblaciones marginadas, pobres y grupos específicos.	Se agudiza la segmentación de los servicios de salud, y se rompe con el sentido de solidaridad al crear fondos separados, para los sectores con capacidad de pago y los pobres.  La cobertura no aumento significativamente, en algunos casos la demanda fue insatisfecha debido a la falta de recursos.
Se buscó aumentar la capacidad administrativa de las localidades a través de la descentralización.	Los procesos de descentralización incompletos debilitó la capacidad rectora de los ministerios de salud.

Fuente: Elaboración propia.

Es necesario recalcar que bajo el paradigma del desarrollo humano, a partir de los 1990, el PNUD ha dado mayor importancia a las oportunidades y las capacidades de las personas paralelo al ingreso per cápita. En la década de los noventa también tuvo mayor actividad el SNU a pesar de que los países menos desarrollados se retrasaron en sus pagos de deuda externa, en este contexto de globalización, los estados nacionales deben ser flexibles y acompañar el progreso, es decir que las políticas internacionales tienen que vincularse con las políticas nacionales y las necesidades locales con enfoques participativos.

Durante este periodo emergieron nuevos actores especialmente a través de la cooperación descentralizada (administraciones locales), la responsabilidad social empresarial, la investigación aplicada y la formación superior son elementos de la nueva CI que se ha venido desarrollando desde al menos las últimas dos décadas.



A partir del año 2000, con la Declaración del Milenio el 8 de septiembre, en la sede de las NU en la ciudad de Nueva York, contó con la presencia de 189 jefes de Estado y de Gobierno, se establecieron los siguientes ocho objetivos:

- a) Erradicar la pobreza extrema.
- b) Lograr la enseñanza primaria universal.
- c) Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer.
- d) Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.
- e) Mejorar la Salud Materna.
- f) Combatir la malaria y otras enfermedades.
- g) Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y.
- h) Fomentar una alianza mundial para el desarrollo [ONU, 2014].

Como propósitos principales para plantear las relaciones de CID en el combate de los problemas globales, Sin embargo, Tassara identifica que tanto la Declaración del Milenio, como la “Conferencia internacional sobre Financiación al Desarrollo”, celebrada en Monterrey en el 2002, lejos de cumplir con metas específicas, solo se limitaron a reafirmar los viejos objetivos del pasado, más en el plano del discurso que como hechos reales:

[...] como el 0,7% del PIB de los países industrializados dedicado a la AOD, además sin obligaciones imperativas ni un calendario concreto para alcanzarlo. Aún más, la conferencia reafirmó la vigencia del enfoque liberal, planteando que el comercio y el capital privado, en particular la inversión extranjera, constituyen las principales fuentes de recursos para el desarrollo, mientras que la AOD tiene un papel subsidiario y se justifica por las “fallas del mercado” más que por el derecho al desarrollo o a la equidad a nivel mundial [Tassara, 2012:26]

El mismo autor, niega que para la Cumbre del Milenio 5, en septiembre de 2005 las cosas hubieran cambiado, ya que la situación empeoraría tras el intento de Estados Unidos por evitar

hacer referencia a los Objetivos del Milenio, de lo que solo la Unión Europea de manera unilateral se propuso aumentar la AOD al 0.5% del PIB en 2010 y el 0,7% en 2015.

A raíz de los numerosos esfuerzos por mejorar el desempeño de la AOD, así como del financiamiento del SNU, en marzo del 2005 se lleva a cabo la “Declaración de París sobre la eficacia del desarrollo”[OCDE, 2009] en la cual convergen 123 países, así como la mayoría de las redes internacionales de ONG. Los objetivos de esta declaración se adaptan en el discurso, a las necesidades de aumentar la eficacia de la ayuda al desarrollo, adaptar las políticas a las situaciones específicas de cada país, especificar, esquematizar, programar, supervisar y evaluar las actividades, para lo que se emprenden cinco compromisos<sup>4</sup> (Apropiación, alineación, armonización, gestión orientada a resultados y mutua responsabilidad ) que permitan llevar a buen término la ayuda al desarrollo y a su vez permitiría aumentar los esfuerzos por erradicar los esquemas verticales, Norte-Sur, que han prevalecido en las últimas décadas.

Como parte de las políticas de CI los donantes adquieren compromisos, tales como:

- a) Respetar el liderazgo de los países socios y apoyarlos
- b) Vincular el financiamiento a un marco de condiciones sobre resultados duraderos.
- c) Utilizar los sistemas y procedimientos nacionales, evitando así crear nuevas administraciones.
- d) Alinear su apoyo a necesidades de los países socios.
- e) Presentar informes transparentes sobre los presupuestos en tiempo, para que los países receptores puedan rendir cuentas a sus ciudadanos.
- f) Evitar acciones que socaven la reacción de instituciones nacionales.
- g) Trabajar con los países socios para la supervisión y.
- h) Crear evaluaciones periódicas en formatos comunes.

---

<sup>4</sup> Con estos compromisos se propone a los países receptores a orientar el financiamiento al desarrollo hacia las prioridades que indiquen los sectores públicos y privados , derivados de la previa consulta, en el entendido de que se amplíe la participación de la sociedad civil en las estrategias nacionales de desarrollo, revisar periódicamente los progresos de tales estrategias, utilizar de manera más eficaz sus capacidades, reforzar las capacidades de gestión pública, a modo de crear mejores condiciones para la inversión pública y privada, hacer más transparentes las transacciones y ampliar el abanico de actores en el desarrollo.

Por su parte Sáenz y Saldomando [Enrique y Amgel, 2006] identifican que los principales obstáculos que encuentra la AOD en Centroamérica son, de carácter coyuntural y estructural. Dichos autores afirman que existe una falta de valoración de la AOD como un instrumento para el desarrollo, ya que ha sido visto como parte de la política exterior de los países donantes, que han contribuido a que la AOD tome la imagen de un favor o un regalo. Por otro lado las circunstancias internas en los países receptores, tales como los déficits institucionales que impiden la comunicación interinstitucional, socaban la importancia de los recursos externos para el desarrollo, limitando las relaciones exteriores al papel diplomático, puesto que, las actividades de CI se encuentran adscritas a los ministerios de Relaciones Exteriores.

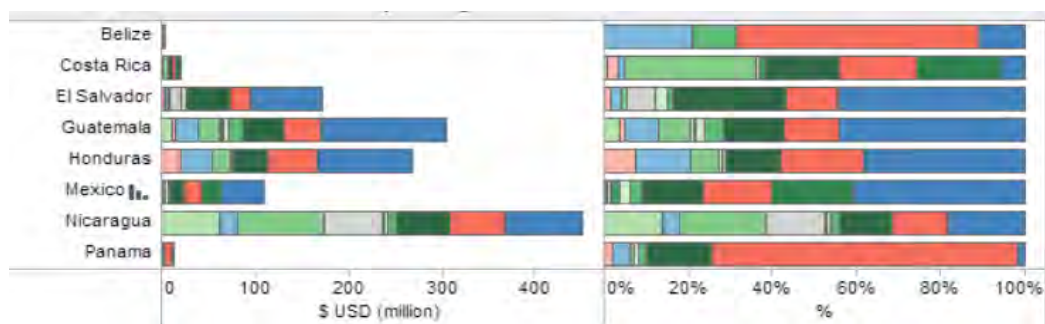
Otros obstáculos para la CI en Centroamérica los representan, la política interna. Esta puede retrasar excesivamente la agenda de la CI que se administra con carácter de urgente. La corrupción impide que los fondos se apliquen en beneficio de sus destinatarios. Además en Centroamérica, las instituciones financieras internacionales definen las políticas que han de seguir los países receptores, con lo que se condicionan los flujos a los intereses reformistas de los donantes.

Por lo que se refiere al flujo de recursos como parte de la AOD de la salud en Centroamérica para el periodo 2002-2010. Se presentan las siguientes gráficas:

En esta primer gráfica, se observa cuáles han sido las aportaciones al interior de los países por parte de los donantes, con lo que se puede determinar que Belice y Panamá, reciben mayoritariamente cooperación por parte de Japón, mientras que en Nicaragua la Ayuda es más diversificada y abundante que en el resto del Istmo Centroamericano.

Por otro lado, en toda la región se recibe ayuda por parte de Estados Unidos, aunque con menos intensidad en algunos lugares, lo que puede explicarse por la conformación histórica y el papel de colonias que representaron los países de la región para España, Francia e Inglaterra.

**Figura 6 Ayuda oficial para el desarrollo de la salud en Centroamérica por receptor 2002-2010 (desembolso en millones de dólares a precio del 2010)**



**Donantes:**



Fuente: Creada con la base de datos de la Organización Panamericana de la Salud, con datos del Sistema de Información Crediticia de la OCDE. 2011. [http://www.paho.org/sscoop/?page\\_id=2730&lang=es](http://www.paho.org/sscoop/?page_id=2730&lang=es)

Por todo lo anterior, se debe tener en cuenta que la AOD es de carácter concesional y que los préstamos, aunque estén congelados en algún momento han de empezar a pagarse, por lo que es necesario hacer uso eficiente de la AOD. De la misma manera, se requiere contar con un sistema estadístico que permita contabilizar los avances y retrocesos de la AOD en forma transparente. Para ello se propone que a nivel regional se mejoren las capacidades de planificación estratégica por parte del SICA, dotarla de los recursos técnicos necesarios para ello, dicha iniciativa también prevé:

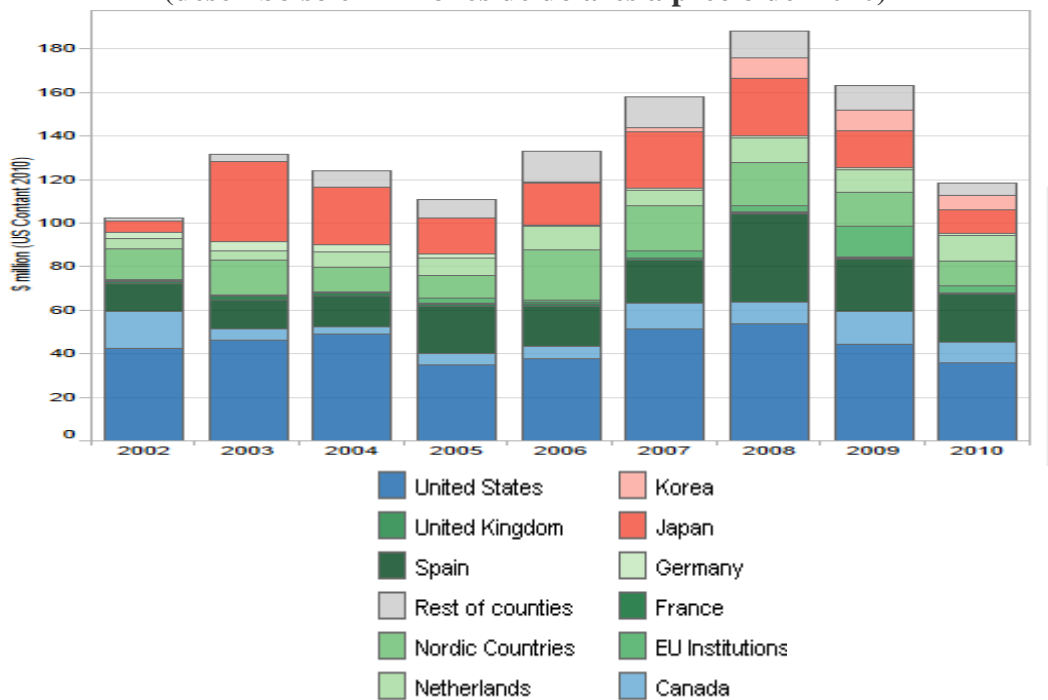
- a) Construir un grupo regional para elaborar una estrategia de planificación, gestión y coordinación de la cooperación externa
- b) Coordinar las instituciones regionales de integración de los recursos externos para evitar competencias estériles por la captación de recursos y
- c) Establecer un mecanismo para el intercambio de información y experiencias, entre las instituciones nacionales encargadas de la política exterior.

Por otro lado, también existen compromisos mutuos entre países socios y donantes. Se trata de la creación de marcos comúnmente convenidos, con el fin de integrar análisis de diagnóstico, evaluaciones, supervisión, aprovisionamiento, procedimientos, trabajar juntos en

enfoques participativos. Al mismo tiempo se establece la idea de que ambos deben de formalizar sus modelos comunes para sus estrategias en materia de salud.

En la siguiente gráfica, se presentan los desembolsos en millones de dólares por parte de los principales donantes del CAD. Los datos integrados corresponden a la suma de los ocho países que componen la región objeto de estudio como asociados del SICA, esto con motivo de focalizar la atención en una región geográfica en específico.

**Figura 7 Ayuda oficial para el desarrollo de la salud en Centroamérica por donante (desembolso en millones de dólares a precio del 2010)**



Fuente: Obtenida con la base de datos de la Organización Panamericana de la Salud, con datos del Sistema de Información Crediticia de la OCDE. 2011. Disponible en [http://www.paho.org/sscoop/?page\\_id=2724&lang=es](http://www.paho.org/sscoop/?page_id=2724&lang=es)

En dicha gráfica, se puede observar que la participación de EEUU es la que mayores aportes financieros dedica a la salud de la región en el periodo 2002-2010, si bien se observa que la participación de España fue relevante durante el año 2008, la tercera nación que más apoya a la región es Japón que ha brindado aportaciones considerables. .

En cuanto a la participación de cada bloque geográfico a favor del desarrollo en salud de la región, vale la pena retomar lo que dice el Dr. Julio Frenk Mora, ex secretario de salud de México, quien asevera que existe un “mercado internacional de conocimientos, tecnología y mano de obra” en el campo de la medicina que trabaja en diferentes sectores como “la difusión del conocimiento mediante congresos, revistas y libros de texto; la transferencia de tecnología a través de compañías multinacionales, farmacéuticas y de equipo médico, y la migración de personal médico facilitadas por la estandarización de los programas de enseñanza”[Julio y Donabedian, 1987:233] Este argumento a su vez se puede asociar con la percepción de Carlo Tassara, quien afirma que:

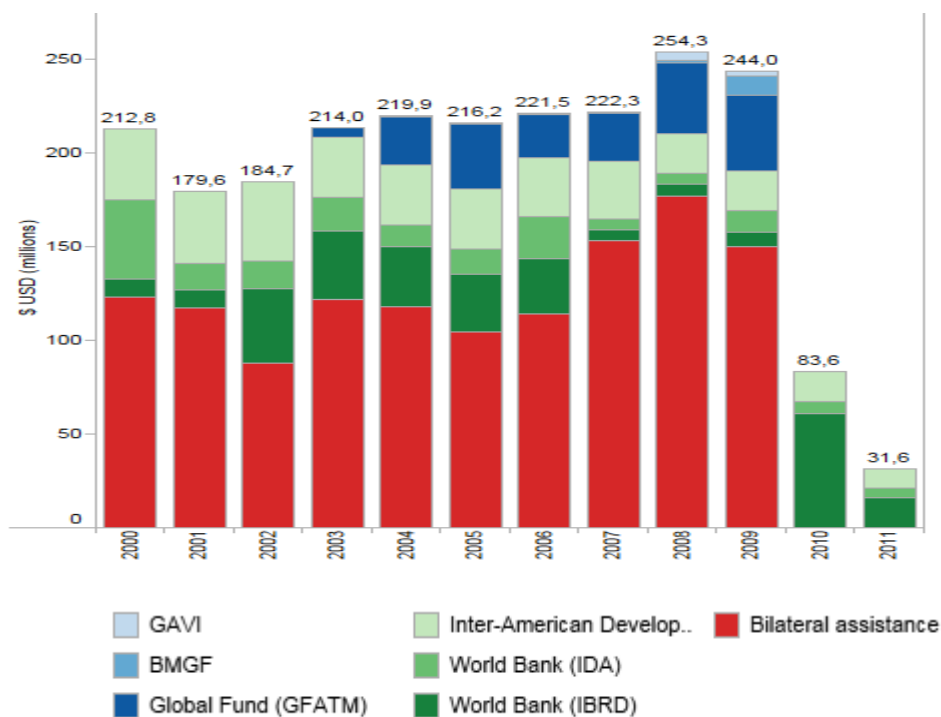
Entre los países donantes y los países beneficiarios las relaciones son de tipo jerárquico y paternalista: no hay diálogo entre socios (*partners*) y son los primeros que establecen que es lo que hay que hacer y cómo hay que hacerlo. Además, la cooperación se encuentra “atada”, porque la gran mayoría de los bienes y los servicios necesarios se compran en los países industrializados, y especialmente en los países donantes. Desde este punto de vista, se puede decir que la cooperación se fundamenta más en los intereses de los donantes que de los beneficiarios [Tassara, 2012: 7].

En este contexto de globalización y nuevas alianzas la Asistencia para el Desarrollo de la Salud en Centroamérica ha recibido financiamiento no solo por Estados-Nacionales, sino también por fundaciones altruistas e instituciones financieras para el desarrollo, a continuación se presenta una gráfica con la información acerca de los donantes.

El esquema tradicional, de la CI bilateral ha sido la forma de Asistencia para el Desarrollo más empleada entre los países de la región, mientras que el Banco Interamericano de Desarrollo es la segunda fuente de financiamiento. En años recientes se han sumado a los esfuerzos en la región nuevos actores, como las ONG y más recientemente la Fundación Bill & Melinda Gates, como parte de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015, además del Instituto Carlos Slim de Salud.

Entre las alianzas público-privadas más reconocidas, se encuentra en el nivel global, el Fondo Mundial contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria, mientras que en el ámbito regional se encuentra la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (ISM 2015):

**Figura 8 Asistencia para el desarrollo de la salud en Centroamérica por fuente 1990-2009.**  
(desembolso en millones de dólares a precio del 2009)

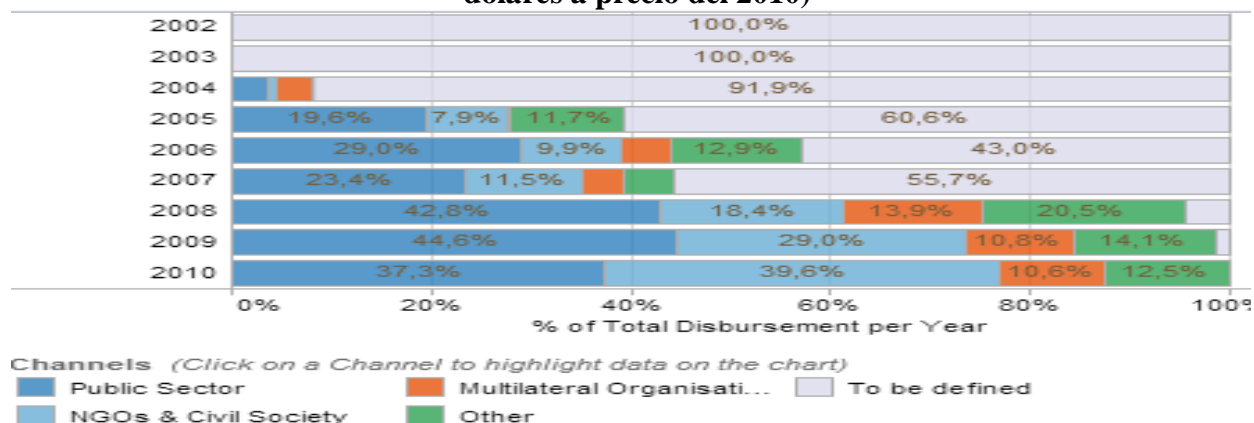


Fuente: Obtenida con la base de datos de la Organización Panamericana de la Salud, con datos del Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) DAH County and Regional Database, 2011.  
[http://www.paho.org/sscoop/?page\\_id=2721&lang=es](http://www.paho.org/sscoop/?page_id=2721&lang=es)

La Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (SM2015) constituye una innovadora asociación público-privada entre la Fundación Bill & Melinda Gates, el Instituto Carlos Slim de la Salud (ICSS), el Gobierno de España y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para reducir las brechas de equidad en salud que enfrentan las poblaciones en extrema pobreza conforme a las prioridades establecidas por los países de la región. La Iniciativa está concebida para un período de cinco años y concluye en 2015 [Crónica, 2013].

Por otro lado, en lo que se refiere a la AOD de la Salud por canal y área temática, en el conjunto de la región, los datos son los siguientes.

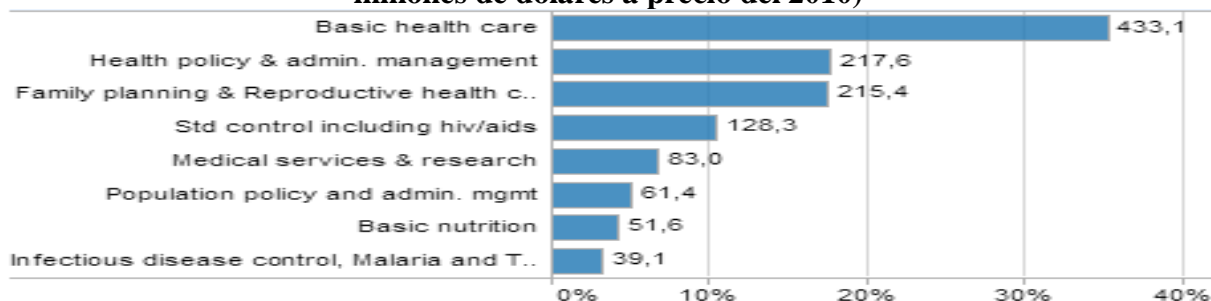
**Figura 9 Ayuda oficial para el desarrollo de la salud por canal (desembolso en millones de dólares a precio del 2010)**



Fuente: Obtenida con la base de datos de la Organización Panamericana de la Salud, con datos del Sistema de Información Crediticia de la OCDE. 2011 [http://www.paho.org/sscoop/?page\\_id=2727&lang=es](http://www.paho.org/sscoop/?page_id=2727&lang=es)

Analizando los datos se observa que es la Sociedad Civil, a través de ONGs y el sector público son quienes presentan las mayores aportaciones como parte de la AOD a la región. Al mismo tiempo se observa que la ayuda multilateral ha sido variable en los últimos años, aunque en términos generales, se puede decir que va en aumento, siendo el cuidado básico de la salud, así como la dirección y administración de las políticas de salud los temas prioritarios en la región.

**Figura 10 Ayuda oficial para el desarrollo de la salud por área temática (desembolso en millones de dólares a precio del 2010)**

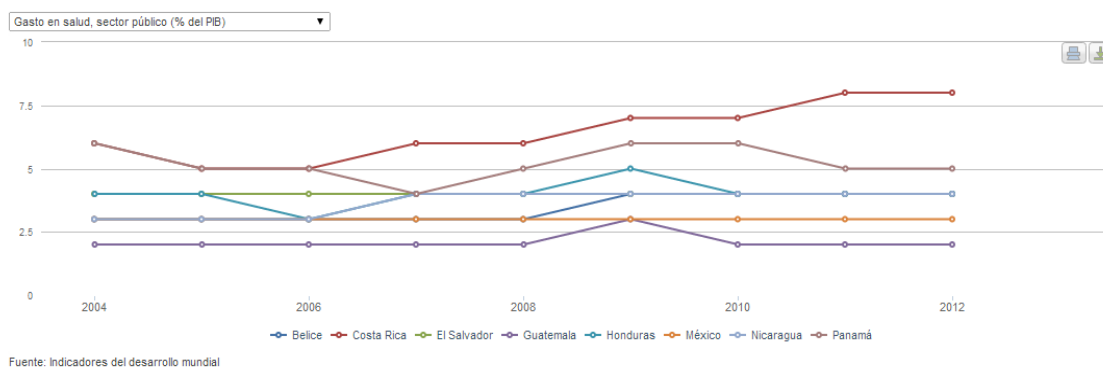


Fuente: Obtenida con la base de datos de la Organización Panamericana de la Salud, con datos del Sistema de Información Crediticia de la OCDE. 2011. [http://www.paho.org/sscoop/?page\\_id=2727&lang=es](http://www.paho.org/sscoop/?page_id=2727&lang=es)



Por su parte Kaplan [1994] reconoce que los bancos privados, el FMI y el BM continúan cobrando sus préstamos a estas naciones latinoamericanas aun a costa del recorte en el gasto público, el abandono de programas sociales y diversos subsidios a la población, desmantelando al Estado, privatizando las empresas de erario público nacionales, remplazando su intervencionismo y proteccionismo por la liberalización de las importaciones e inversiones extranjeras. A todo esto se debe que Latinoamérica en su mayoría este sumida en la crisis que implica la descomposición económica, su incapacidad y restricciones para la productividad, la creatividad científica y tecnológica, la creación de empleo, la buena distribución del ingreso, la satisfacción de sus necesidades básicas para el mayor número posible de habitantes, con lo que se incrementa la pobreza. La miseria, las diferencias socioeconómicas, es decir la marginalización y la desigualdad.

**Figura 11 Gasto en salud. Sector público 2004-2012 (% del PIB)**



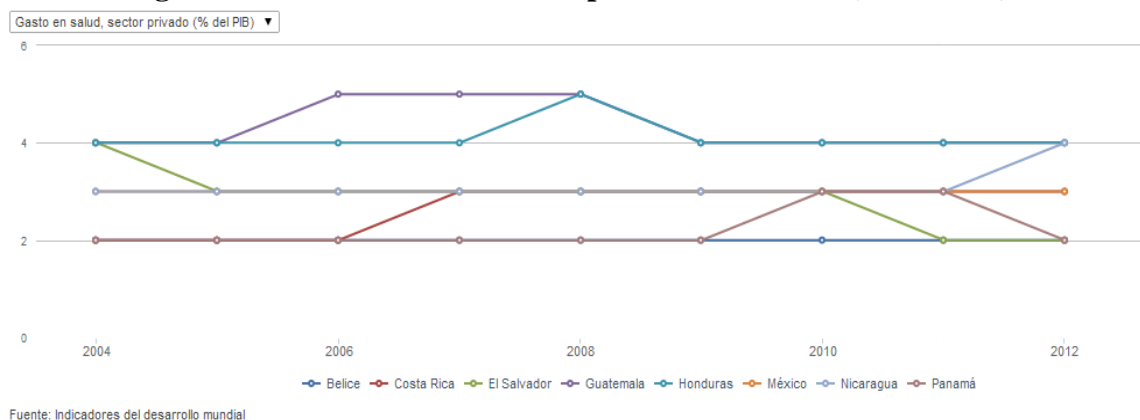
Fuente: Indicadores del desarrollo mundial, Banco Mundial, citado en octubre de 2014. Datos en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL.ZS/>

En este punto, se observa que el gasto en salud, por parte de los países de la región (en estos datos se integran los referentes a México) ha sido desigual, mientras que Costa Rica mantiene una alza sostenida del porcentaje de PIB en salud, pasando de 6% a 7.5% en un lapso de 9 años, siendo el que mayores recursos en la región destina al cuidado de la salud por parte de sector público, México se mantiene constante durante ese periodo con alrededor del 2.7% fijo,

mientras que Guatemala se presenta como el que menor porcentaje del PIB dedica al cuidado de la salud, por parte del sector público, por debajo de 2.5%.

Por otro lado, la participación del sector privado como parte del porcentaje del PIB, no pasa del 5% en Guatemala, que es quien mayores cuotas recibe por parte del sector privado, seguido por Nicaragua, mientras que en el otro extremo los países que menos reciben como parte de gasto en salud como parte del PIB del sector privado son Panamá y Honduras, con una inversión en salud por parte del sector privado de apenas el 2%.

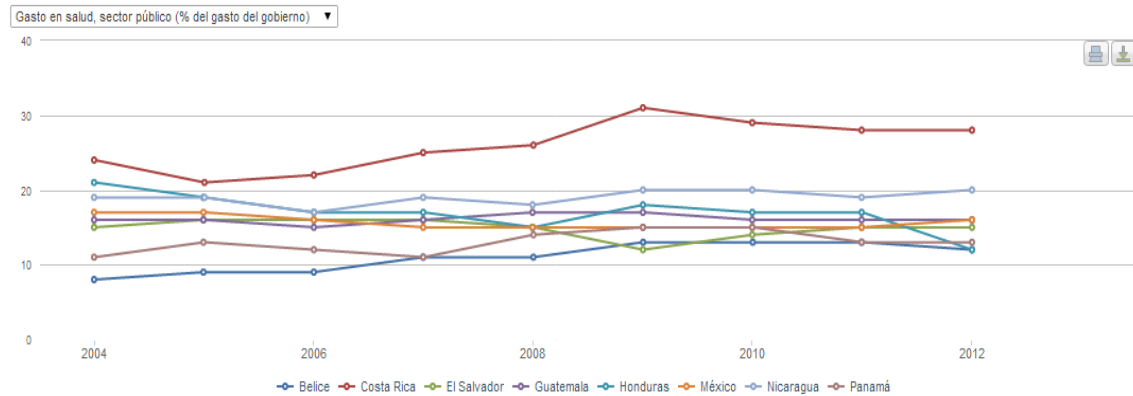
**Figura 12 Gasto en salud. Sector privado 2004-2012 (% del PIB)**



Fuente: Indicadores del desarrollo, Banco Mundial, datos disponibles en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PRIV.ZS>

Así, los esfuerzos en la región por el cuidado de la salud, no está sujeto a una política vinculante por parte de los organismos multilaterales, como el SICA. De este modo cada país apuesta con diferentes estrategias para su desarrollo, desde el gasto en salud, como parte del porcentaje del gasto de gobierno. Al respecto, Costa Rica es el país que por mucho se diferencia del resto, dado que lleva hasta un 10% de diferencia en relación con los demás países de la región, con un punto máximo del 31% durante 2009, mientras que la media centroamericana es alrededor del 15% en el periodo 2004-2012.

**Figura 13 Gasto en salud. Sector público 2004-2012 (% del gasto de gobierno)**

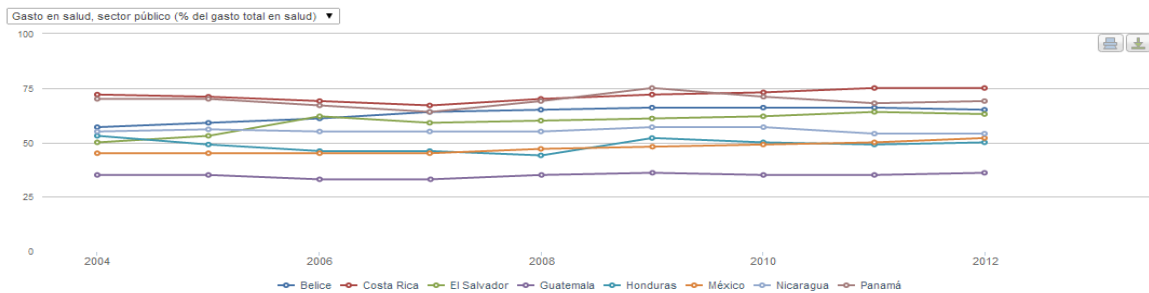


Fuente: Indicadores del desarrollo mundial

Fuente: Indicadores del desarrollo, Banco Mundial. Datos disponibles en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL.GX.ZS>

Continuando con los datos generales, en el sector salud en los países de Centroamérica, resta decir que, cada caso particular tiene una composición heterogénea como parte del gasto en salud del sector público, desde un 30% por parte de Guatemala, hasta en 75% del gasto en salud por parte del sector público de Costa Rica, mientras que en México el sector público se posiciona con el 50% en gasto de salud. Lo que permite tener una idea de las necesidades de cooperación de los países menos favorecidos en la región.

**Figura 14 Gasto en salud. Sector público 2004-2012 (% del gasto total en salud)**

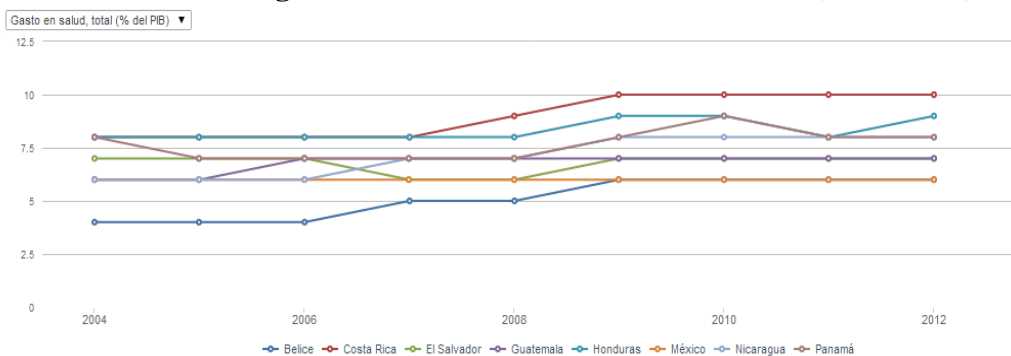


Fuente: Indicadores del desarrollo mundial

Fuente: Indicadores del desarrollo, Banco Mundial. Datos disponibles en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL>

Estos gastos en salud pública, como parte del PIB sólo corresponden a un máximo de 10% y una media del 6% para la región. A través de esos datos se puede analizar la situación del gasto en el sector salud, como parte de la riqueza de la nación, a la vez que se puede contrastar la situación dispereja de las posibilidades de desarrollo. Por esto, se visualiza a Costa Rica como un lugar con un mayor desarrollo y cuidado de la Salud en la región, mientras que Nicaragua, El Salvador y Guatemala necesitan mayores flujos externos para solucionar sus gastos en el sector salud, público y privado.

**Figura 15 Gasto en salud total 2004-2012 (% del PIB)**



Fuente: Indicadores del desarrollo mundial

Fuente: Indicadores del desarrollo, Banco Mundial. Datos disponibles en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>

Finalmente, Una vez se han desagregado los datos desde lo global, a lo regional y nacional en cuanto a los flujos de cooperación externa, es momento de pasar a la situación interna del marco jurídico mexicano para la participación de las instituciones nacionales en la participación de la CIMS. Asimismo se procede a analizar la situación de salud de cada uno de estos países centroamericanos. Con los datos obtenidos de cada análisis se determinaran las prioridades de la CI, para posteriormente contrastar dichas prioridades con los programas y proyectos que se han desplegado para cada uno de los países de la región por parte de la SSA y de la DGCTC de la SRE de México.

## **CAPÍTULO 3 PERFILES DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL PROCESO DE CAMBIO Y REFORMA ESTRUCTURAL**

El presente capítulo, parte del proceso de reforma en el sector salud como momento coyuntural para la CIMS. Mediante dicho proceso se han recomendado ciertas estrategias que permitan mejorar el nivel de desarrollo de los países de la región. Al mismo tiempo se aplica un análisis comparativo de los distintos sistemas de salud, con el fin de caracterizar las debilidades más pronunciadas en cada uno de los sistemas nacionales de salud, para posteriormente contrastar dichas necesidades con los tratados y acuerdos interinstitucionales, a fin de observar en qué medida dichos instrumentos se relacionan con las necesidades en la región, así como la participación de los actores sociales que intervienen a través de los sistemas de salud de cada uno de los países.

### **3.1 Comparación de los principales indicadores sociales y económicos de México y los países de la región centroamericana**

En el presente apartado se hace un análisis de los principales indicadores sociales y económicos, de manera que iremos centrándonos cada vez más en la esfera regional y posteriormente en lo local, hasta llegar al punto más importante de la investigación que se refiere a la CIMS entre México y los países de la región centroamericana. Sin dejar de lado, la importancia de la hipótesis con la que se pretende argumentar que a lo largo del tiempo las relaciones de CI han carecido de su práctica y funcionamiento debido a la falta de compromiso o el desvío de las actividades por privilegiar otras actividades sociales, políticas y económicas, aun cuando estas ya estaban pactadas o diseñadas para llevarse a cabo o bien para refutar tal idea demostrando las

propiedades que revisten a la CIMS entre el 2000 y el 2014 en la región centroamericana para exponer sus resultados en todos los casos.

Como se observa, el proceso de cambio o reforma ha sido impulsado en los países de la región centroamericana por el BID y el BM, principalmente entre 1990 y el 2005, centrándose en la eficiencia del uso de los recursos, así como en la ampliación de las fuentes de financiamiento, que se relaciona con el retiro paulatino de la CI por parte de la AOD y algunas agencias internacionales, debido a la prioridad que se le está dando al desarrollo de los países de África y Asia.

De igual modo, podemos observar que esto es una tendencia generalizada en toda la subregión, al mismo tiempo que se identificaron otros problemas comunes, como determinantes sociales y económicas como son:

- a) La alta prevalencia del mercado informal.
- b) La mala distribución del ingreso per cápita.
- c) El acceso en las zonas rurales con menos de una hora de recorrido para obtener atención médica.
- d) Bajo porcentaje de la población económicamente activa (PEA) afiliada a servicios de seguridad social.
- e) Bajo peso al nacer y.
- f) Alta tasa de mortalidad por causas externas, como accidentes u homicidios.

La razón de mortalidad materna es uno de los indicadores internacionalmente reconocidos como reflejo directo de condiciones sociales, políticas y estructurales de los países. Además, se identificó que existen deficiencias en los sistemas de información y comunicación, así como en homologar los conceptos, útiles para la explicación de la situación de salud en la subregión. Tan solo en los perfiles de los sistemas de salud, que se supone deberían seguir la misma metodología y lineamientos existen deficiencias en la exposición de los datos, la manera de recolectarlos y su interpretación, lo que dificulta la comparación y comprensión del fenómeno. Así como la inserción de esta información en la generación de políticas públicas y toma de decisiones de manera informada y metodológicamente sustentada.

Por otro lado, a partir de lo que se expresa de las políticas en medicamentos, hay que mencionar que difieren mucho en cuanto al control y el número de medicamentos de patente como genéricos en cada uno de los Estados-nacionales, como para inferir que se han estandarizado reglamentos técnicos centroamericanos [2005]. Además, en la mayoría de los casos, con excepción de Guatemala, los perfiles de sistema de salud resaltan la falta de personal profesional que se encargue de las labores de mantenimiento correctivo y preventivo sobre los equipos tecnológicos, por lo que la tendencia es hacia el desgaste y la obsolescencia.

Cabe señalar, que entre los principales problemas del personal sanitario que la región tiene en común, se encuentra la creciente migración del personal sanitario, tanto de las zonas rurales a los espacios urbanos como del sector público hacia el privado, debido a que el sector público no logra absorber al total de los recursos humanos disponibles, aunque para el caso particular de El Salvador solo se cuenta con un centro de formadores de profesionales.

Por su parte, el gasto en salud que se desprende de las bases de datos de la OMS difiere un poco en cuanto a los datos que se obtuvieron a partir del análisis del proceso de cambio y reforma y los datos obtenidos de la base de datos del BM, aun cuando el proceso de cambio y reforma, o de ajuste estructural fue impulsado por el BM y el BID, apoyado y coordinado por los gobiernos, el conjunto de expertos y la propia OPS bajo los lineamientos de la USAID. Con base en estos datos del proceso de reforma se expresan los datos del año en que se realizó el informe correspondiente.

Estos datos revelan que el gasto en salud es en todos los casos inferior al 8% del PIB, a excepción de Nicaragua cuya inversión en relación al PIB es de más del doble que Panamá. Al mismo tiempo que el gasto privado per cápita fue alrededor de cien dólares en promedio en Centroamérica.

La razón de recursos humanos, está fuertemente ligada a los centros de profesionalización para los trabajadores de la salud, así como a la falta de universidades públicas y privadas, siendo en este punto el caso más crítico el de El Salvador, al solo contar con una universidad para la formación de profesionales en salud, así mismo se destaca como un problema generalizado, la poca absorción de la fuerza de trabajo en salud por parte del sector público, lo que ha llevado a una movilidad campo-ciudad, así como sector público-sector privado.

En lo que se refiere al gasto en salud por parte de las distintas fuentes de cobro y financiamiento, en base a los datos de la OMS [2009], se reconoce que el gasto en salud por parte de los gobiernos de los países centroamericanos durante el periodo 2000-2012 (considerando que los reportes de gastos en salud llevan un desfase de tres años entre el año de registro y el de publicación) no es fijo, sino variable. En lo que corresponde al gasto total en salud como porcentaje del PIB se observa que quienes más han invertido en este insumo social, son El Salvador, Panamá y Nicaragua, si bien Costa Rica en los últimos años ha mejorado la inversión en dicho indicador.

De este porcentaje vale la pena reconocer que la inversión que hace cada uno de los países por parte del sector público y privado invertido en salud no es homogéneo, por ejemplo, en el caso de Costa Rica, el gasto en salud por parte del gobierno sigue siendo alto después de 12 años, mientras que países como México y Guatemala cuentan con un gasto privado en salud mayor que el gasto de gobierno, en general los países que más invierten en salud son, Costa Rica, Nicaragua y Honduras, aunque las necesidades y las problemáticas de salud son diferentes en los tres casos, en el caso de Costa Rica se invierte en ciencia y tecnología así como en el acceso a los usuarios a servicios de calidad. En El Salvador las dificultades de salud se dan en el sentido de las determinantes sociales y las causas externas, así, en Nicaragua el gasto en salud es fragmentado en cada una de las regiones, orientada a cumplir las necesidades de la gente con capacidad de pago.

**Tabla 2 Indicadores de gasto en salud en Centroamérica (2000, 2006, 2009)**

País/ indicador	Gasto total en salud como % del PIB			Gasto del gobierno general en salud como % del total del gasto en salud			Gasto privado en salud como % del gasto total en salud			Gasto del gobierno general en salud como % del gasto total del gobierno			Gasto directo de los hogares como % del gasto privado en salud			Recursos externos para la salud como % del gasto total en salud		
	2000	2006	2009	2000	2006	2009	2000	2006	2009	2000	2006	2009	2000	2006	2009	2000	2006	2009
BLC	5.0	4.7	5.5	48.0	54.7	63.8	52.0	45.3	36.2	6.7	9.0	11.8	100	100	74.3	2.9	1.4	0.7
CR	6.5	7.7	10.5	76.8	68.4	67.4	23.2	31.6	32.6	21.7	21.5	4.8	88.2	86.7	87.6	1.0	0.1	0.2
ESV	8.0	6.6	6.8	45.2	61.8	60.3	54.8	38.2	39.7	14.3	15.7	12.3	94.6	88.9	87.9	0.9	3.2	7.5
GTM	5.5	5.3	6.9	39.8	37.7	37.0	60.2	62.3	63.0	16.7	14.7	17.0	89.7	91.4	84.3	3.4	1.0	2.3
HND	5.4	6.4	7.0	55.9	47.8	66.3	44.1	52.2	33.7	15.1	15	17.7	85.4	87.1	89.4	8.8	5.4	6.9
NCG	7.1	9.6	9.6	51.5	48.2	54.8	48.5	51.8	45.2	12.9	17	18.1	90.2	98.1	92.6	8.4	7.7	13.6
PNM	7.8	7.7	8.1	68.1	68.8	74.8	31.9	31.2	25.2	21.3	11.5	14.7	81.3	80.6	80.2	1.0	0.2	0.1
MEX	5.6	6.6	6.5	46.6	44.2	48.3	53.4	55.8	51.6	12.5	11.8	11.9	95.3	93.9	92.3	1.0	0	0

Fuente: Elaboración propia con datos de la OMS, estadísticas sanitarias mundiales 2000, 2006 y 2009.



El gasto en salud de las personas es alto en todos los niveles socioculturales, en todos los países que se analizan, lo que agudiza los problemas de la segmentación y la fragmentación de los servicios de salud, dejando fuera del alcance de los servicios básicos de salud, principalmente a las personas que no cuentan con algún tipo de servicio de salud proveniente de los sistemas de seguridad social privado de las empresas de los países de la región, es decir a la población dedicada a una economía informal y de subsistencia.

En lo que se refiere a los recursos externos como parte del gasto en salud, cabe reconocer que para Costa Rica y Panamá son casi nulos, por cuestiones de índole de posicionamiento en el mercado internacional, así como de un PIB que le permite cumplir por sí mismos las necesidades sanitarias; sin embargo, la tendencia en Nicaragua en el periodo 2000-2009 se mantuvo a la alza pasando de 8.4% a 13.6%, lo que indica claramente que Nicaragua sigue siendo una prioridad para los países donantes, junto con El Salvador, asimismo los demás países de la región han dejado de recibir fondos de CI.

**Tabla 3 Gasto total en salud per cápita 2000-2009**

País/ indicador	Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio promedio U\$			
	Año	2000	2006	2009
BLC		153	205	242
CR		265	402	667
ESV		169	181	228
GTM		95	143	184
HND		62	99	134
NCG		55	92	104
PNM		306	380	564
MEX		327	527	525

Fuente: Elaboración propia con datos de la OMS, estadísticas sanitarias mundiales 2000, 2006 y 2009.

Costa Rica, Panamá y México se encuentran con ventajas comparativas en cuanto al impacto de sus economías a nivel global, lo que permite a estos países, en términos absolutos, un gasto per cápita promedio mayor que el resto de los países de la región centroamericana,

haciendo una comparación, el gasto per cápita de México como, asciende a 525 dólares en el 2009, mientras que Nicaragua pasó de 55 dólares en el año 2000 a 105 dólares para el 2009.

### **3.2 Perfiles de los sistemas de salud de México y los países de la región centroamericana**

Para caracterizar las actividades de interés susceptibles a la CIMS entre México y Centroamérica se consideran los lineamientos y la metodología elaborada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en estrecha relación con la OPS, que a grandes rasgos expresa que:

[...En] la actualidad, los países de la Región se enfrentan a sistemas de salud débiles, una infraestructura de salud pública inadecuada, un modelo regresivo de gasto de bolsillo en salud, inequidad extrema en el acceso a los servicios de salud y resultados negativos en los índices de salud [OPS, 2006: III].

En cuanto a los perfiles de los sistemas de salud, cabe mencionar que cada uno fue elaborado con base en la información de los avances que presentaban los periodos de diagnóstico, próximos para la aplicación de las reformas en el sector salud. Para fines prácticos en este apartado se expone primeramente el perfil del sistema de salud de México y posteriormente, en orden alfabético, de Belice a Panamá, de modo que lo importante es reconocer las capacidades con las que contaba cada uno de los países en ese momento. Por tal motivo, se identifican las debilidades de los sistemas de salud, susceptibles a mejorar a través de acciones de CI por parte de México, en relación con los acuerdos y tratados internacionales.

### *3.2.1 Perfil del sistema de salud de México*

En relación con el análisis del proceso de reforma en cada uno de los países de Centroamérica, es momento de realizar un breve análisis del sistema de salud de México con el objetivo de reconocer las instituciones que colaboran en el mantenimiento y prevención de la salud, y que pueden vincularse con pares y otros organismos que operan de manera bilateral y multilateral para mejorar las condiciones de salud en la subregión centroamericana a través de las acciones que se derivan de los tratados y acuerdos interinstitucionales.

Para el 2005, la población de México se estimó en 106 millones de habitantes de los cuales el 24% vivía en zonas rurales, con una tasa global de fecundidad de 2.11 hijos por mujer [OPS, 2005:8]. En el año 2002 habían 51 millones de personas afiliadas a alguna institución de seguridad social, siendo el Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS) el que cuenta con mayor cobertura seguido del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), las Fuerzas Armadas, la Secretaria de Marina, y varios seguros para trabajadores estatales [OPS, 2005:17]. Sin embargo existen pólizas de seguro social para personas que laboran en la informalidad para recibir atención del IMSS.

Por otro lado 50.3 millones de personas eran atendidas por la Secretaría de Salud (SSA) y el programa IMSS-Oportunidades al cual tienen acceso los trabajadores informales, la población rural no asegurada y los desempleados. En cuanto al gasto total de salud durante el 2002, fue de 5.8% del PIB, compuesto por 3,4% de gasto privado y 2,4% de gasto público, por debajo del promedio de Latinoamérica que era superior a 7% [OPS, 2005: 21].

Hay que reconocer que el sistema de salud de México es diverso y extenso, compuesto por el sector privado con el Seguro Social, que a la vez presta sus servicios al público en general, quedando a la cabeza del sector la Secretaria de Salud. Además en el país existe abundante información disponible sobre la realidad sanitaria, destacadas instituciones de investigación, enseñanza y producción de conocimiento en salud, con amplia proyección internacional principalmente en el Continente Americano, que se refleja en la cantidad de acuerdos signados con otros países de todas las regiones [OPS, 2005: 90-92].

Por lo que se refiere a las condiciones de mortalidad y morbilidad, la tasa de mortalidad infantil en 2004 era de 18 por cada mil NV con diferencias notables en los Estados del Sur-Sureste, Oaxaca, Chiapas y Guerrero que muestran niveles mayores de mortalidad y morbilidad que afectan en mayor medida a la población indígena, que históricamente ha tenido menores oportunidades de acceso a los servicios sanitarios en comparación con el resto de la población. Así mismo, la mortalidad materna se ha mantenido en los mismos niveles que los 12 años anteriores, con un promedio en 2003 de 6.5 por 10 000, inferior al promedio de América Latina que es de 8.7 con diferencias entre las distintas regiones de México. A esto hay que agregar que en el país 7.5% de los menores de cinco años tienen bajo peso para su edad, además de que entre el 40 y el 70% tienen deficiencia en algunos nutrientes elementales. Al mismo tiempo que persisten las infecciones comunes, las enfermedades de nutrición y altas tasas de reproducción en los lugares más pobres. En México al igual que en los países desarrollados se ha producido un incremento en enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares [OPS, 2005].

Por lo que se refiere a la vigilancia epidemiológica, se estima que uno de los retos es sostener los resultados favorables en salud, como en los casos del control de la malaria y el dengue, así como mantener niveles por encima de 95.5% de vacunación. En el 2004 eran 11 las enfermedades prevenibles por vacunas gracias a la introducción de la vacuna contra la influenza. Para el 2005 se introdujo la vacuna para el rotavirus, así como la reducción de la tuberculosis pulmonar [OPS, 2005: 78].

Para el propósito de unificar y homogenizar la política en salud, así como dar apoyo a las instituciones de seguridad social, en el 2001 se creó la Comisión Federal de Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), cuya misión es:

“Proteger a la población contra riesgos a la salud provocados por el uso y consumo de bienes y servicios, insumos para la salud, así como por su exposición a factores ambientales y laborales, la ocurrencia de emergencias sanitarias y la prestación de servicios de salud mediante la regulación, control y prevención de riesgos sanitarios” [SS:2010].

En lo que respecta a la CIMS por parte de México hacia Centroamérica, hay que mencionar que durante la primera década del nuevo milenio, aun no se habían desarrollado las instituciones que hoy dirigen la CID como la AMEXCID y la Dirección General de Relaciones Internacionales de la Secretaría de Salud. Aun así es en el contexto del proceso de reforma del sector salud en Centroamérica, la línea de CI de la OPS y la OMS con Centroamérica contribuyó a generar y utilizar la información de salud en las zonas fronterizas, apoyando la formulación de agendas, metodologías y criterios técnicos, así como la movilización de recursos relacionados con el desarrollo de iniciativas y proyectos de salud. Para ello, contribuyeron la SAGARPA y la SEMARNAT puesto que la movilidad se da en regiones agrícolas y las afecciones están vinculadas a condiciones ambientales.

Como se ha señalado, la Cooperación de la OPS y la OMS con México, parte de acuerdos de CT firmados en la década de los ochenta, de resoluciones de la ONU. Con los precedentes de distintas reuniones regionales e internacionales, los países que presentan mayor prioridad para la región por parte del a OPS son Haití, Bolivia, Guyana, Nicaragua y Honduras, tomando como prioridades el combate al paludismo, cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes y el tabaquismo, asimismo se pretende el mejoramiento de otros indicadores como salud materna, inocuidad de los alimentos, salud mental, seguridad de la sangre y sistemas de salud. Para esto, la SS se encarga de coordinar los esfuerzos de cooperación con la OPS y la OMS, e intercambian los puntos de vista con organizaciones internacionales, bancos, y agencias del SNU.

Las autoridades de salud trabajan en la organización e implementación de proyectos que se extenderán por varios años para la eliminación de la transmisión del Chagas y en el control del vector de la Malaria sin usar DDT, que involucran a México y los países de Centro América, contando con el apoyo técnico y financiero de la OPS/OMS y de otras agencias de cooperación internacional. Con parecido tenor, en las fronteras entre México, Guatemala y Belice se ejecutan iniciativas de colaboración para el control de transmisión y erradicación de la rabia humana” [OPS, 2005:50].

Adicionalmente, se coordinan esfuerzos entre la SSA y Protección Civil en conjunto con la OPS y la OMS, pero también con los gobiernos de otros países, para reducir los riesgos posibles y consecuentes de los desastres naturales, eventos que afectan la salud de la población en general. Por su parte el Instituto Nacional de Salud Pública en participación con otras instituciones ofrecen cursos de capacitación y preparativos para desastres naturales con el apoyo de la Cruz Roja y la OMS/OPS y otras organizaciones de cooperación [OPS, 2005:61].

En cuanto a las tecnologías de salud, en el 2003 se creó el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) que se ha convertido en un centro de referencia para la cooperación en tecnologías, sus especialistas colaboran como parte de grupos técnicos especializados, en temas como el análisis del riesgo sanitario, vigilancia sobre el abasto y surtimiento del medicamento en las unidades de primer nivel con problemas en la gestión local y la racionalización del uso de medicamentos.

### 3.2.2 *Perfil del sistema de salud de Belice*

Del modo como se exponen los diferentes sistemas de salud, continuamos con Belice. Se trata de un pequeño país que limita con México, Guatemala y el Mar Caribe, cuenta con una población pluricultural, de origen maya, afro descendiente y mestizos principalmente. Durante el proceso de reforma, en el 2002, se contabilizaron 249,800 habitantes con una esperanza de vida al nacer de 71.8 años, de la cual el 50% de la población era menor de 20 años, para entonces el 67.9% de la PEA se encontraba afiliada a los servicios de seguridad social, es decir, 55,000 contribuyentes en total, en esos años Belice era considerado uno de los 30 países con mayor desarrollo humano entre los países más desarrollados [OPS, 2009a].

En lo que respecta a la política del sector salud, es ejecutada por el Ministerio de Salud en su papel de autoridad sanitaria responsable de la regulación y prestación de servicios sanitarios, la dirección de políticas y la planificación de programas nacionales con financiamiento del gobierno central. A partir de 1990, se desarrolló la fase de diagnóstico del Proyecto de Reforma de las

Políticas Sanitarias (HPRP), financiado por el BID, que se centró en la eficiencia del uso de los recursos, la ampliación y diversificación de las fuentes de financiamiento, el desarrollo del sector privado, la organización de los servicios sanitarios y la gestión de los recursos humanos. De este modo, se complementan los subsectores, público, que es el gobierno, encargado de proveer los servicios de salud y el suministro de fármacos, mientras que el sector privado es muy reducido. Sin embargo, en los últimos años ha crecido gracias a las propuestas del proyecto de reforma en el sector salud, aunque por el momento de forma muy limitada, exclusivamente en el Distrito de Belice.

En cuanto a los aspectos financieros, el ingreso per cápita en 1999 fue de US\$ 2,427. Mientras que el PIB ascendió a 589.7 millones de Dólares [OPS, 2009a:1]. El Gasto del ministerio de Salud fue de 9% del gasto del Estado, alrededor de 39.1 millones de dólares en 1998 [OPS, 2009: II]. Así, la participación de donantes y cooperantes en el periodo 1993-1997 fueron las principales fuentes de apoyo en capital y en programas, con un monto de US\$28.367.000 en donaciones (61,2%) y US\$ 11,000.000 en préstamos (38,8%) [OPS, 2009a:11].

En lo correspondiente a las funciones del Sistema de Salud, durante este proceso, faltaba definir la función de los Servicios de Seguridad Social de Belice, (BSSS), aunque la propuesta contemplaba el financiamiento del sector salud a través de un Seguro Médico Nacional, por el cual se puede acceder a servicios del sector público y privado, ya que solo se manejaban seguros colectivos para empresas, sin acceso a pólizas de seguro individuales.

Entre los problemas más acuciantes en el sector salud, se encuentra la falta de información fiable con la cual tomar decisiones. La desigualdad en el acceso a los servicios de salud, agravado por el hecho de que el sector privado se ha desarrollado esencialmente en las zonas urbanas. Aunque no todo es negativo, pues dicho informe indica que las enfermedades transmisibles han disminuido considerablemente, por ejemplo en el caso del VIH/SIDA [OPS,2009a:4-5] que afecta mayormente a la población heterosexual, el contagio se ha reducido en más del 75% entre 1995 y 2000. Sin embargo las enfermedades crónicas se están posicionando como las de mayor prevalencia en los últimos años.

Por otro lado, la condición de los recursos humanos fue favorable, al menos en cuanto a los números, con aproximadamente un médico por cada mil personas y una enfermera por cada 620 personas [OPS,2009a:8]. Sin embargo, existe desigualdad en el acceso en las zonas rurales, provocado por la concentración del 54% de los recursos humanos en el Distrito de Belice. Como respuesta para combatir esta disparidad en la distribución de los profesionales de la salud se han pactado acuerdos de CT con los gobiernos de Cuba y Nigeria quienes envían principalmente médicos generales a las zonas rurales. Otros de los problemas se derivan de la limitación existente en la formación de los recursos humanos profesionales de calidad. Debido a la falta de programas de posgrado para el personal de salud [OPS,2009:8-10].

Se debe agregar que, durante este proceso no se contó con información acerca de medicamentos, que permitiera hacer un análisis integral del mercado de medicamentos, ni de las tendencias en los gastos per cápita en este rubro. Solo se cuenta con un formulario de medicamentos en el que se inscriben 241 medicamentos de uso obligatorio al que tienen derecho al acceso todos los beliceños siempre que haya en existencia [OPS,2009a:9]. Durante el diagnóstico del proceso de reforma, se suscribió un contrato de precios máximos para la adquisición de medicamentos, además se creó una oficina para la inspección de medicamentos, para vigilar y ejecutar el formulario. De lo anterior se desprenden tres problemas principales que enfrentan en cuanto a la política de medicamentos:

- a) El bajo presupuesto anual para cumplir con las necesidades médicas de la población.
- b) Las medicinas se adquieren por precios innecesariamente altos.
- c) La escasez de suministros médicos por periodos prolongados de tiempo [OPS,2009a:9-10].

Una situación semejante ocurre con el equipo tecnológico, que se encuentra en riesgo debido a la falta de personal altamente calificado que pueda mantener en buen estado el instrumental médico de alta tecnología con mantenimiento preventivo adecuado. En este punto, cabe aclarar que dicho instrumental es mayormente utilizado en el Distrito de Belice, por los servicios privados, ya que el equipo de alta tecnología se utiliza poco en el subsector público, al carecer de personal calificado que lo utilice. Los servicios que más se utilizan en el subsector



privado son las radiografías y los laboratorios clínicos, en adición cabe mencionar que el 80% de los recursos de mantenimiento era utilizado por el Hospital Nacional *Hospital Karl Heusner Memorial*, que en lo posterior, con las reformas, pasara a la categoría de semiautónomo con lo que se espera que el mismo sufrague sus gastos de mantenimiento de equipo[OPS,2009a:11].

### 3.2.3 Perfil del sistema de salud de Costa Rica

Con relación a Costa Rica, posee una extensión de 51,100 km<sup>2</sup> y para el 2007 presentaba una población de 4, 443,100 habitantes con el 59% viviendo en zonas urbanas y el 41% restantes en zonas rurales, una esperanza de vida al nacer de 78.3 años y una tasa de natalidad de 16.3 nacimientos anuales por cada 1000 mujeres en edad fértil [OPS,2009b: III]. El proceso de cambio iniciado en la década de los ochenta fue también conocido como mundial para apoyar dicho proceso. Con “[...] medidas orientadas a reducir el papel del Estado como regulador y participe de la actividad económica y de la prestaciones de servicios, para brindarle una mayor apertura a la participación de las empresas privadas, sin caer en la privatización total directa, manteniendo una fuerte presencia estatal” [OPS,2009b:11].

De tal modo que, la política de salud pública corre a cargo del Ministerio de Salud, institución encargada de garantizar el acceso a un plan básico de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes, que incluye el acceso a servicios de calidad y la eliminación de la exclusión social. Para ello el SNS consta de un " [...] conjunto de instituciones públicas centralizadas y descentralizadas, que tienen una competencia explícita y legal dirigida a proveer servicios de salud a la población” [OPS,2009b: III]. Entre ellas se destacan por su participación e importancia, la Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud, las universidades, las municipalidades, las compañías farmacéuticas, la OPS, la UNICEF, el Programa Mundial de Alimentos de la Food and Agriculture Organization (FAO), entre otras.

En relación con las determinantes sociales en la salud, así como de los problemas de mortalidad y morbilidad en la sociedad costarricense, para el 2008 la tasa bruta de mortalidad fue de 3.8 muertes por cada 1000 habitantes, de las cuales la mayoría se registraron en personas mayores de 65 años. También se reconoce que la tasa de mortalidad infantil fue de 8.9 por cada 1000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad materna de 1,9 mujeres por 10,000 nacidos vivos para el 2007 [OPS,2009b: III]. Las principales causas de muerte son las enfermedades crónicas y las causas externas, como accidentes y el uso de armas, enfermedades del aparato circulatorio, tumores malignos, entre otras. Las enfermedades transmisibles con mayor frecuencia fueron la diarrea, el dengue y la gonorrea principalmente.

En cuanto a la relación de pobres en el ámbito urbano, este indicador fue del 16.9% del cual 2.6% se encontraba en situación de extrema pobreza, mientras que en el ámbito rural esta relación era de 18.7% de la población pobre, de la cual el 4.6% vive en condiciones de extrema pobreza [OPS,2009b: V]. Si bien los niveles de pobreza han disminuido, aún continúa la desigualdad social y la vulnerabilidad de algunos sectores sociales a pesar del incremento del PIB. En relación a la población asegurada cabe destacar que la PEA fue durante este periodo muy cercano a los 2 millones de personas. La cobertura contributiva era de un 87.6% de la población en el 2007 con un 57.4% de asegurados pertenecientes a la PEA no asalariada y el 37.7% de pensionados asegurados, con lo que se ha reducido la población no asegurada [OPS,2009b:34].

Al mismo tiempo, el nivel de atención, se da en una relación de 17.2/10 000 profesionales médicos, mostrando una disminución en relación con el 2005 cuando la proporción era de 20.8. Por su parte la proporción de profesionales de la salud tuvo mayor concentración en el entorno urbano, donde alcanzo hasta 2 médicos por cada 10,000 habitantes en algunas localidades y la razón de enfermería llego a ser hasta tres veces más que en la zona rural [OPS,2009b:IV].

Otro rasgo a tomar en cuenta, es el gasto en salud. Durante este periodo equivalía al 5.9% del PIB, mientras que el gasto privado era menor al 2% del PIB, el gasto total en salud como parte del gasto público oscilaba entre el 20 y el 25%, representando alrededor de 282.2 millones de dólares para el 2007 [OPS,2009b:V]. Hay que mencionar además que la orientación del financiamiento, proviene de tres agentes fundamentales, la Caja de Seguro Social, el Instituto

Nacional de Seguros, y por último los hogares, que son fuentes y agentes de financiamiento, ya que contribuyen con una proporción importante del pago de los servicios de salud.

Por otra parte, es importante reconocer el papel de la CI en el contexto costarricense; a partir de 1999 la Dirección de Cooperación Internacional se encarga de fomentar el intercambio y la asistencia técnica, gestionar los trámites para realizar las solicitudes de CI, a la vez que lleva a cabo la actualización de los organismos que participan en la cooperación. Para ello en el periodo 1998-2000 se destinó el 3.2% de la CI no reembolsable al sector salud, lo que representó un monto de 8.2 millones de dólares. Posteriormente, para el periodo 2000-2005 la CI en salud representó el 14.4% del total de la CI, lo que significó más de 480 millones de dólares [OPS,2009b:23]. En el 2002 la OMS lanzó la Iniciativa conocida como Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, desde entonces Costa Rica y la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS) se han convertido en participantes activos, lo que se le ha reconocido, asignándolo como país piloto para varios proyectos. De ahí que la reforma en el sector salud se dio de manera eficiente, si se compara con otras del continente, ya que no se destinan muchos recursos a la compra de servicios externos, aun así ha recibido importantes cantidades de cooperación externa, principalmente por parte del Banco Mundial, el Banco Centroamericano de Integración Económica y de la ONU, según lo estimado por la ONU Costa Rica recibió un poco más de 6.7 millones para ser invertidos en programas de promoción de salud, tratamiento de enfermedades e investigaciones en salud hacia el 2012 [OPS,2009b: 56].

Las condiciones de los recursos humanos en salud, hay que mencionar que, según el informe de Costa Rica sobre el perfil de salud, coexisten diferentes entidades formadoras. El Centro de Desarrollo Estratégico e Información de la Salud y Seguridad Social aplica una modalidad de residencias médicas en espacios asignados por la CCSS. Los estudiantes son nombrados en una plaza por el tiempo que dura su formación que es impartida por la Universidad de Costa Rica. Simultáneamente la Escuela de Salud Pública y el Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad de Costa Rica crearon el Primer Curso de Desarrollo de Capacidades para el Ejercicio de la Rectoría en Salud. Mientras tanto, la Universidad Estatal a Distancia imparte una maestría en Gerencia de Servicios de Salud. Algo semejante ocurre con La CCSS, que imparte desde 1988, cursos de capacitación para el personal con niveles de jefatura o

gerencia de recursos humanos. Para ello contratan entidades formadoras por la vía de la contratación directa y entre ellas puede haber instituciones públicas como la UCR o la UNED y privadas como la Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología [OPS,2009b:43].

Todas estas observaciones se relacionan también con las acciones emprendidas por la Comisión Técnica para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud para identificar problemas en la formación de recursos humanos [OPS,2009b:42-43], como la falta de relación entre las instituciones formadoras de profesionales de la salud y los servicios de salud, el análisis de las nuevas necesidades, los cambios en los sistemas de salud, así como la falta de planes que atiendan a la realidad de la salud del país y la falta de incentivos a la formación profesional. Otros problemas adicionales han sido producto del proceso de cambio y reforma en el que se ha restringido la contratación de personal nuevo. Se incrementó la compra de servicios privados en un contexto de expansión de los servicios privados que ya se venían desarrollando en las dos últimas décadas, así como la tendencia a la migración de los trabajadores de salud hacia el sector privado[OPS,2009b:41] -principalmente médicos y enfermeras- al mismo tiempo que crecía la tendencia de la contratación de personal independiente.

Acercas de los medicamentos y el equipo tecnológico, existe una política de medicamentos esenciales, basada en las directrices de la OMS para mejorar la situación. Para ello el Ministerio de Salud cuenta con un registro sanitario con lo que autoriza su comercialización y uso clínico [OPS,2009b:11-13]. Por su parte la CCSS cuenta con una "lista de oficial de medicamentos" elaborado por su comité central de farmacoterapia, dicho listado se actualiza constantemente debido a la introducción constante de nuevos medicamentos para nuevas enfermedades, la última actualización hasta el momento de este reporte fue en octubre de 2008 [OPS,2009b: 45].

Si bien, existe un control para el registro de nuevos medicamentos, no existe un mecanismo de regulación de los precios de los medicamentos, aun así, esto ha fomentado la competitividad con los vendedores de productos genéricos de bajos precios y buena calidad, lo que permite a la población acceder a medicamentos de corporaciones multinacionales a precios accesibles.

### *3.2.4 Perfil del sistema de salud de El Salvador*

La República de El Salvador está constituida por 14 departamentos y 262 municipios. La población para el 2005 fue de 6, 874,926 habitantes, de la cual la población urbana representó el 59.8% del total y una densidad poblacional de 333.45 ha/km<sup>2</sup> [OPS,2006: 5]. En lo que respecta al sector salud de El Salvador; está dividido en dos subsectores, por una parte, el subsector público integrado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social, Sanidad Militar, BM, Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral y el Consejo Superior de Salud Pública y por el otro, el subsector privado que incluye entidades lucrativas y no lucrativas [OPS,2006: 30-32]. Sin embargo, se trata, al igual que en el resto de países de la región centroamericana, de un sistema de salud segmentado institucionalmente y fragmentado en sus servicios de salud, y al igual que en el caso de Belice, la formación de recursos humanos es muy incipiente, aunque en este caso es más agudo el problema, debido a que solo existe una universidad de formadores de profesionales de la salud, que en el periodo 2000-2004 solo formó a 192 graduados [OPS,2006:48].

Por lo que se refiere al proceso de reforma de salud, en El Salvador inició en el quinquenio 2000-2004 con importantes propuestas de políticas de recursos humanos y de participación social. Sin embargo vale la pena recalcar que:

El proceso de Reforma de Salud a pesar de tenerse varias propuestas diseñadas, ninguna ha sido implementada, razón por la cual, no se puede evidenciar cómo los principios orientadores de ésta, contribuyen a mejorar los niveles de equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad, participación y control social en el sistema de salud en el país[OPS,2006:60].

Otro de los argumentos que pesan, en contra de los resultados de la CI en el Salvador como parte del proceso de reforma, indica que tal iniciativa proviene de las mismas agencias de CI así

como de los organismos multilaterales, apoyado por el cuerpo político integrado por diputados, senadores y el ejecutivo, que indican que más que nada, el proceso de reforma es un requisito que deben de cumplir para que el gobierno pueda acceder a préstamos [OPS,2006:61].

En relación con el gasto público en el 2000-2004 fue de 3.5% del PIB, mientras que el gasto privado representó el 4.4%, de igual modo, el gasto directo de los hogares es muy similar al gasto público en salud [OPS,2006:5]. Todo esto con estrecha relación a la cobertura de los sistemas de aseguramiento, que es del 18,4% asegurados por el ISS, mientras que 2.1% cuentan con un seguro privado y el 79.5% restante le corresponde al MSPAS [OPS,2006:6]. Por lo que se puede decir que la mayoría de la población no cuenta con un acceso garantizado a servicios médicos al no contar con una póliza de seguro.

Respecto a las determinantes sociales de la salud, entre la población salvadoreña se observa una PEA de 2, 623,740 habitantes, con una esperanza de vida al nacer de 70.6 años, dicha población presenta un bono demográfico importante con 43.9% de la población menores de 19 años [OPS,2006:23]. Como parte de las determinantes sociales, las remesas y la deuda externa representan el 14% y el 49% del PIB respectivamente. Mientras que en el caso de la población en situación de pobreza, en el periodo 2000-2004 se registró el 25% de la población en situación de pobreza y el 18% en pobreza extrema, en relación con lo anterior cabe decir que, como parte de la situación de la PEA 68% trabaja en el sector formal y 32% para el sector informal [OPS,2006:5-7].

Continuando con el análisis de las determinantes sociales, se observa que la tasa de mortalidad general aumento un 30% entre 1990 y el año 2000, algunas determinantes sociales de mortalidad resultan ser, la facilidad para obtener armas de fuego, la violencia en los medios, la posición de la mujer en la sociedad, el tráfico ilegal, el aumento del crimen organizado, entre otras [OPS,2006:15].

Además de estas determinantes sociales, las determinantes ambientales afectan la salud de la población por diversas causas, al no contar con estrategias para la disposición de desechos sólidos, también por los estragos de los desastres naturales, e incluso, la contaminación del agua que infecta por contaminación bacteriológica, que ocupa el segundo lugar como causa de morbilidad [OPS,2006:26-28].

La vigilancia epidemiológica nos indica que, las enfermedades con más alta transmisibilidad son el dengue, neumonía, tuberculosis y VIH/SIDA. Mientras que entre las enfermedades relacionadas a la tasa de mortalidad general están tomando relevancia enfermedades crónicas como cáncer, diabetes melitus y el SIDA, lo que afecta en gran manera el gasto privado directo del bolsillo, ya que como se observó anteriormente existe muy poca cobertura de asegurados, pero además hay que agregar los elevados costos de los exámenes y medicamentos [OPS,2006:44-53].

En el actual contexto internacional, las aportaciones de CI no reembolsable y de asistencia técnica están siendo mayormente dirigidas hacia zonas de Asia y África, por lo que en El Salvador la CI está siendo cada vez más limitada hacia acciones con aportaciones mutuas principalmente financiadas por el BM y el BID y los gobiernos de Japón y Alemania. Esto representa una tendencia negativa puesto que para El Salvador la gestión de la CI constituye una alta prioridad. Por ello, en el 2004 se generó un espacio para concertar conceptos importantes para las funciones de rectoría de los sistemas sociales de los países de la región centroamericana, República Dominicana y Puerto Rico. Dichas acciones están a cargo del Ministerio de Relaciones Exteriores y de la Secretaría Técnica de la Presidencia [OPS,2006: 40-4461]. No obstante, se están llevando a cabo acciones para llevar servicios de salud a las comunidades más marginadas y a la población más vulnerable con la participación del BM y del BID.

La gestión de la cooperación constituye una alta prioridad, a efecto de fortalecer y complementar los esfuerzos nacionales para el desarrollo económico y social de El Salvador, sin embargo en los últimos 5 años, los recursos de la cooperación internacional no reembolsable y de asistencia técnica muestra una tendencia a la disminución [OPS,2006:6].

Otro rasgo a analizar es, el perfil de morbilidad; que se mantuvo durante el periodo 1990-2005; periodo en el que las enfermedades infecciosas fueron las más recurrentes, sobre todo las del aparato digestivo y respiratorio, que afectan en mayor medida a los niños y adultos mayores. Por otro lado, el bajo peso en los niños menores de 5 años se ha incrementado en los últimos 15 años pasando de 35.3 a 71.6, lo que simboliza un factor de riesgo [OPS,2006:12-13]. Las

similitudes en el crecimiento de enfermedades crónico-degenerativas en los demás países de la región, contrastan con el avance en cuanto a la aplicación de vacunas por lo que las enfermedades transmisibles se han mantenido, si bien no han disminuido.

La situación respecto a los medicamentos y tecnologías presenta una diversidad de actores públicos y privados, sin que exista una política o estrategia homologa para todos. Es decir, que el país no cuenta con una política de medicamentos, sino que cada institución maneja una lista de medicamentos esenciales de acuerdo a su perfil epidemiológico, necesidades de los usuarios y capacidad financiera. Por su parte el Consejo Superior de Salud Pública cuenta con un listado de 5983 productos de los cuales 40% son genéricos. “En total, en ambos sectores la disponibilidad de recursos tecnológicos es de 0.03 equipos de radiodiagnóstico básico por cada 1000 habitantes, 6.63 laboratorios clínicos por cada 100,000 habitantes, y 0.46 Bancos de Sangre por cada 100,000 habitantes a nivel nacional” [OPS,2006:54].

### *3.2.5 Perfil del sistema de salud de Guatemala.*

Guatemala [OPS,2007] posee una extensión territorial de 108.889 kilómetros cuadrados, dividido en 22 departamentos y 332 municipios. Para el 2006, contaba con una población de 13,018,759, de la cual el 41% era población indígena. Se registró un crecimiento de 2.65 por cada 100 habitantes y una esperanza de vida al nacer de 63.01 años. Se trata de un país predominantemente rural (54 % de la población), con una población joven, el 40% menores de 15 años, donde más de la mitad (56%) de la población vivía en condiciones de pobreza y cerca del 16% en pobreza extrema. Se puede decir que en todos los departamentos 1 de cada 2 es pobre, excepto en la región metropolitana.

En Guatemala el proceso de reforma del sistema de salud se inició en 1996 con el “Programa de mejoramiento de los Servicios de Salud” financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo y ejecutado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) como autoridad sanitaria reconocida por la Constitución Política de la República, que reconoce a la



salud como un derecho fundamental, cuyo cumplimiento es facultad del Estado a través de sus instituciones y acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación. Por eso, para lograr sus objetivos, el ministerio delega ciertas responsabilidades en cuatro direcciones generales:

- a) Dirección General del Sistema Integral de Atención de Salud.
- b) Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud.
- c) Dirección de Recursos Humanos.
- d) Gerencia Administrativa Financiera [OPS,2007:24].

Conviene subrayar que el sector salud está compuesto por 2 subsectores, por un lado el público, constituido por la red de servicios del Ministerio de Salud, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, de los servicios de salud de los Ministerios de la Defensa y Gobernación y la Universidad de San Carlos. Igualmente el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cuenta con un total de 1304 establecimientos de salud en los 3 niveles de atención, al mismo tiempo que el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social dispone de 139 establecimientos [OPS,2007:3].

Por otro lado está, el “[...]subsector privado, constituido por hospitales, sanatorios, clínicas, farmacias y laboratorios autorizados por el ministerio de salud Pública” [OPS,2007:3]. Este coexiste con el subsector privado no lucrativo, compuesto por más de mil ONGs y por la medicina tradicional. Nos estamos refiriendo entonces a un sistema de seguridad poco desarrollado, con servicios que se ajustan a las necesidades de sus beneficiarios, lo que se conoce como segmentación y fragmentación de los servicios de salud.

El siguiente aspecto trata de las determinantes sociales [OPS,2007:19-21]. Como condición del perfil de salud, en relación con la PEA, es indispensable señalar que se considera como población económicamente activa a los mayores de 10 años. Al mismo tiempo, solo el 33% de los trabajadores cuentan con servicios de seguridad social o están registrados con un patrón, debido a la prevalencia del trabajo informal. En este contexto, hay que añadir la situación de la desnutrición, que ha sido uno de los mayores problemas en la población infantil, afectando al 49% de la población entre los 3 y los 59 meses, paralelo a esto, las enfermedades crónico-degenerativas van en aumento afectando principalmente a la población adulta [OPS,2007:7-9].

En lo referente al financiamiento de la salud, proviene principalmente del gasto de la población, así como del gobierno, empresas y de la CI que se gestiona a través de la Unidad de Cooperación Internacional dependiente del Despacho Ministerial y la Unidad de Planificación Estratégica, en comunicación con la Secretaria General de Planificación de la Presidencia y el Ministerio de Relaciones Exteriores. Dicha CI se guía de acuerdo a los lineamientos estipulados en el Plan Nacional de Salud, coordinado por el Ministerio de Salud. Sin embargo a partir del año 2003 la CI con fondos no reembolsables ha disminuido de US\$33 millones a US\$4 millones en el 2005 dirigidos a programas prioritarios con fondos de contrapartida local en efectivo o especie [OPS,2007:26].

En cuanto al análisis epidemiológico, se han mantenido los patrones de morbilidad por enfermedades infecciosas y nutricionales, asimismo las enfermedades prevenibles por vacunación han disminuido, pero los casos de VIH/SIDA muestran un aumento en hombres y mujeres así como en el número de casos ignorados. La malaria y el dengue se pueden considerar endémicas, dicho perfil del sistema da cuenta del deterioro del sistema de diagnóstico a nivel local, que carecía de un sistema de información que permitiera obtener datos por unidad administrativa sobre el gasto gubernamental y privado.

En lo que corresponde a la formación de recursos humanos en salud, las universidades públicas y privadas se encargan de formar médicos cirujanos, mientras que el personal de enfermería egresa de 3 niveles académicos, auxiliares, técnicos universitarios y licenciatura. De igual modo la universidad estatal ofrece una Maestría en Salud Pública desde 1996, orientada hacia la gestión de servicios, epidemiología, y salud ambiental; en su caso, la formación técnica es impartida por institutos públicos y privados, mientras que los nutricionistas son formados por 4 universidades [OPS,2007:36-38].

Por otro lado, el Departamento de Registro y Control de medicamentos ha registrado 16,000 medicamentos, aunque no todos han sido comercializados, aumentando la presencia de medicamentos genéricos hasta alcanzar el 40% en el 2006. En cuanto a los Objetivos del Milenio orientados al sector salud, es el Sistema de Información para la Gobernabilidad el instrumento, que da seguimiento a los resultados de los ministerios y secretarías. La contribución más importante de este perfil del sistema de salud para la región es, reconocer que Guatemala con el

apoyo de NU formó parte de un proyecto piloto para la elaboración de un informe nacional de seguimiento de las metas del milenio [OPS,2007:39-41].

### *3.2.6 Perfil del sistema de salud de Honduras*

La República de Honduras para el 2007 contaba con 18 departamentos divididos en 298 municipios y una población de 7, 536,952 habitantes. Con el 52% en las zonas urbanas y una densidad promedio de 67 habitantes por km<sup>2</sup>. El 50% de la población era, menor de 18 años con una esperanza de vida al nacer de 73 años [OPS,2009c: 1-2].

En lo tocante a la reforma cabe mencionar que:

[...un] aspecto importante de la reforma del sector en el período 2002-2006 ha sido el desarrollo del Programa de Modernización Hospitalaria en los hospitales de la SS, 12 fueron sujetos de la aplicación del Programa de Reforma Integral del Sector Salud (PRIESS), financiado por el BID, y 3 contaron con financiamiento del BM a través del Programa Pro Reforma. El Programa trabajó en tres componentes: asistencia técnica; capacitación en gerencia; y proyectos de inversionesG [OPS,2009c:46].

Con respecto al sector salud, hay que mencionar que el subsector público está compuesto por la Secretaria de Salud , el cual es el órgano rector y regulador, mientras que el Instituto Hondureño de Seguridad Social se encarga de recaudar y administrar los recursos provenientes de las cotizaciones obligatorias de trabajadores y empleadores. En el caso del gasto público en salud, en el 2005 representó el 6.7% del PIB [OPS,2009c:14-15]. Por su parte, el subsector privado lo conforman instituciones con y sin fines de lucro. Es necesario aclarar que el financiamiento al sector salud proviene principalmente del gasto directo de la población (54%), del tesoro nacional, de la CI y en menor medida de las empresas. Sin embargo los recursos provenientes de la CI no reembolsable muestran una tendencia a la baja así como el retiro del apoyo por parte de algunas

agencias internacionales, caso similar a lo que sucede con los demás países del Continente Americano [OPS,2009c:25]

Sobre las determinantes sociales, es necesario recalcar que Honduras cuenta con una PEA del 38% de la población en edad para trabajar. Del total de la PEA 35% trabaja en actividades agrícolas, el 21% en el comercio y 15% en industria y manufactura. Mientras que el desempleo afecta al 3.1% de la PEA, mayormente en las áreas urbanas debido en parte a la migración campo-ciudad y a la baja capacidad del mercado laboral para absorber esa fuerza de trabajo. A su vez el subempleo invisible era del 33.2%. Mientras que la pobreza afectaba a 4, 021,680 personas de las cuales 2, 537,117 (68%) estaban en situación de pobreza extrema [OPS,2009c: 15-17].

Continuando con el razonamiento anterior, es preciso mencionar que ha mejorado su situación económica a partir de 1990 gracias al papel de las exportaciones, lo que le ha brindado mayor poder adquisitivo a la población permitiendo elevar algunos indicadores. Por ejemplo, en el caso de los partos atendidos por personal profesional se muestra un incremento paulatino; pero aún bajo, ya que pasó de 55.2% en 1995-1999 a 66.9% en 2005-2006, a la vez que los partos atendidos en casa para mujeres de 35 años era de 42% y hasta el 58% en el caso de mujeres que han tenido múltiples partos y hasta seis hijos y más [OPS,2009c:3]. En cuanto a la salud de los menores, la desnutrición es uno de los males más comunes que afecta al 11.4% de la población infantil, por su parte los esfuerzos de vacunación han alcanzado a cubrir al 90% en los últimos 15 años [OPS,2009c:3]. Pese a los esfuerzos que se realizan por mejorar estos indicadores, los resultados han sido muy inferiores a lo planeado según el propio perfil del sistema elaborado por la OPS, la OMS así como por la oficina de Servicios y Sistemas de Salud de Honduras. Que indica que “Si bien se han realizado esfuerzos para mejorar el acceso, la calidad y gestión de los servicios, los mismos son esfuerzos incipientes; no se observan avances sustantivos y el derecho de los ciudadanos/as no se visualiza como tal” [OPS,2009c:13].

Ahora, examinaremos brevemente el perfil epidemiológico; se trata de un perfil sanitario en el que prevalecen las enfermedades infecciosas, principalmente del aparato digestivo, a la par que surgen enfermedades crónicas degenerativas como el cáncer y enfermedades cardiovasculares con mayor presencia en la población adulta. De igual manera el dengue tuberculosis y VIH/SIDA resultan relevantes para la vigilancia epidemiológica debido a su alta

transmisión, por otro lado, las heridas por causas externas como resultado de la violencia toman importancia en el perfil de salud de Honduras. Lo mismo pasa con el dengue, que ha mantenido un crecimiento que se ha multiplicado desde 1990-1994 cuando se registraron 3,530 casos hasta el 2007 con 24,660 casos.

En cuanto a los ODM, en Honduras no se alcanzarán las metas propuestas por la ONU, aunque si se lograron avances en la reducción de mortalidad neonatal, prenatal y en la niñez, pero también se logró gran cobertura de vacunas a menores de 5 años, todo esto en el periodo 2000-2006. Aunque estos resultados no logran las metas de los ODM, se encuentran en concordancia con las metas proyectadas por el gobierno central para la reducción de la pobreza. El trabajo que impulsa los ODM, involucra a todos los actores en salud, públicos y privados, en diferentes frentes, mejorando los servicios hospitalarios, dando seguimiento a las diferentes estrategias para la reducción de la mortalidad materna-infantil, de los sistemas de información y comunicación de salud, mejorar los estándares de calidad, salas de terapia de rehidratación, desarrollo de los recursos humanos, incorporación de nuevas vacunas, vigilancia epidemiológica, educación sexual y reproductiva, reglamentación de bancos de sangre, servicios a las embarazadas, estrategia de atención integral a personas viviendo con VIH/SIDA, entre otras iniciativas [OPS,2009c:7-12].

Se debe agregar, que también existen serios problemas en materia ambiental que impactan de manera negativa en la salud de la población, ya que durante este proceso no se desarrollaron planes para el manejo adecuado de desechos líquidos y sólidos [OPS,2009c:18-19], ni tampoco para el control de la contaminación del aire, lo que empeora la situación en el territorio nacional, que cuenta con un bajo número de rellenos sanitarios que operan en las municipalidades, con solo el 3.7% de los municipios con disposición adecuada para los desechos, ocasionando enfermedades. En esta clase de problemáticas colaboran la Secretaria de Recursos Naturales y Ambiente, el Centro de Estudios y Control de Contaminantes, Banco Mundial y la Red Regional de Agua y Saneamiento para Centroamérica. El último detalle en materia ambiental está ligado al acceso al agua potable que ha fluctuado debido a las catástrofes naturales por lo que en estadísticas del 2007 indica, que el acceso al agua potable alcanzaba a 85.1% de la población [OPS,2009c:18].

Además de todo lo anterior, es importante mencionar que, en lo que se refiere a la situación de medicamentos y tecnología. “En 2008 se revisó y adaptó la Política Subregional de Medicamentos de Centroamérica y de la República Dominicana a la realidad hondureña” [OPS,2009c:36]. Si bien en 2008 se contaban 8,374 productos farmacéuticos la realidad es que el control de los precios de medicamentos se rige en conformidad con la Ley de Protección al Consumidor como institución encargada de regular los precios de los medicamentos, establecidos por la Secretaria de Industria, Comercio y Turismo a través de la Dirección de Producción y Consumo. Lo que liga a los medicamentos a políticas de consumismo convencionales del sistema capitalista, no guiadas por los sistemas de salud [OPS,2009c:26].

### *3.2.7 Perfil del sistema de salud de Nicaragua*

Para el año 2005, Nicaragua contaba con una población de 5, 142,098 habitantes. Una esperanza de vida al nacer de 69.5 años. Se trata de un país pluricultural y pluriétnico, que lleva consigo desigualdades identificadas en las diferentes regiones en las que se distribuye la población, estas 3 regiones son:

- a) Pacífico con un alto riesgo ecológico y alta densidad poblacional de 152Habitantes/KM<sup>2</sup>, frente a 45,8Habs./km<sup>2</sup> en el resto del país.
- b) La región central norte con una densidad poblacional de 48Habs/km<sup>2</sup>.
- c) La región del atlántico que abarca el 46% del territorio con baja densidad poblacional, de 10habs./km<sup>2</sup>, mayor población indígena, bajo índice de escolaridad y limitado acceso a comunicación con el resto del país [OPS,2009d:1-2].

Hasta 1987 con el Tratado de Paz de Esquipulas 2 Nicaragua terminó con un periodo de 150 años de conflictos bélicos, y se llevaron a cabo las primeras elecciones bajo estándares internacionales a partir de 1990 [OPS,2009d:13].

Se trata pues de un país democrático subdesarrollado que por su debilidad y contradicciones amenazan su estabilidad [OPS,2009d:14]. Es dependiente de la modernización de las instituciones políticas del país, que en la medida en que establezcan sistemas de información y comunicación, podrán atenuar la agudización de algunas necesidades en materia de salud, fenómenos sociales, sectoriales y gremiales que afectan a la población. Para ello la Ley General de Salud y su reglamento que ordena la instrumentación del Sistema de Garantía de Calidad [OPS,2009d:32-33]. El problema es que el plan de salud evidencia inequidades en el acceso y financiamiento en los servicios de salud en detrimento de los más pobres y aislados, un sector salud, desarticulado, sub financiado y carente de apoyos efectivos en el plano institucional.

Acerca del proceso de reforma en el sector salud en Nicaragua [OPS,2009d:36-37]. Esté se inició en el 2001 con el Ministerio de Salud (MINSAL) como ente rector de las políticas sanitarias, que formula, ejecuta y da seguimiento y control al presupuesto destinado a salud, a través de comisiones de trabajo con grupos de interés. Además el derecho a la salud de la población; como parte de la reforma del sector salud establece a través de la promulgación de la Ley General de Salud (2002), la definición de la Política Nacional de Salud (2004-2015) y el Plan Nacional de Salud (2004-2015) [OPS,2009d:17]. Sin embargo, el plan nacional de salud se ha expresado en acciones dispersas y duplicadas, por una docena de instituciones públicas que atienden diversos problemas vinculados a riesgos sanitarios y del medio ambiente.

En lo referente a los indicadores económicos del sector salud, Nicaragua sigue siendo el segundo país más pobre de América Latina, con un PIB en 2005 de 4,905 millones de dólares, equivalente a un PIB per cápita de U\$858.40, por debajo del promedio regional estimado en U\$2,732, pese a que la ayuda externa por persona es de las más altas del mundo en comparación con su población. A raíz de esto

[...] en 2004 el desempeño de la política macroeconómica llevó al país al punto de culminación de la Iniciativa de Países Pobres Altamente Endeudados y la Iniciativa Multilateral de Alivio de la Carga de la Deuda (2006), reduciendo así el saldo de la deuda externa de 155.4% del PIB en 2001 al 108.9% en 2005, importante para proteger el gasto social durante

la fase de ajuste fiscal y estabilización macroeconómica desde 2001 [OPS,2009d:13].

En lo que se refiere a las condiciones de acceso a los servicios sanitarios, así como a las condiciones de morbilidad y mortalidad, el 47.6% de la población en edad de trabajar es económicamente inactiva. Por otro lado, el 31% está sub empleado o trabajan menos de 40 horas, o ganan menos del salario mínimo. Por su parte el 63.3% trabaja en el sector informal, mientras que el desempleo es de 6.5% [OPS,2009d:13-15]. Todas estas variables reducen la capacidad económica para el acceso a servicios médicos, además de la falta de seguros, por parte de la población en actividades informales, lo que conlleva a problemas de salud propios de la pobreza y la desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios. De acuerdo a la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006-2007, la desnutrición infantil sigue siendo elevada y alcanza al 20.4% de menores de 5 años y el 5.1% desnutrición crónica severa, siendo más marcada la desnutrición en las áreas rurales, y en la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN) [OPS,2009d:4-8].

En el caso particular de Nicaragua, las enfermedades están focalizadas en diferentes estratos y regiones geográficas, así, por ejemplo la malaria afecta más a la RAAN, lo mismo que la tuberculosis que sigue presentando casos superiores a la media nacional, mientras que otras enfermedades son generalizadas, como un mal endemo-epidémico, como el dengue que está presente en todo el territorio nacional. A su vez la cobertura de vacunación contra la polio y la pentavalente había disminuido para el 2004. Mientras que las enfermedades diarreicas agudas y las enfermedades respiratorias afectan a la población en general, aunque en mayor medida a niños y adultos mayores [OPS,2009d:4-8].

En cuanto a los esfuerzos por lograr los Objetivos del Desarrollo del Milenio, es importante reconocer que para todos los países de la región centroamericana ha sido sumamente difícil lograr todos estos objetivos. En Nicaragua las medidas tendientes al cumplimiento de dichos acuerdos son monitoreados por el PNUD, a través de la información que coordinan las instituciones sectoriales de las políticas gubernamentales, la Secretaría Técnica de la Presidencia y el Instituto Nacional de Información para el Desarrollo [OPS,2009d:10-11]. Hasta entonces no



existía una institución que orientara las actividades de las instituciones hacia el logro de los ODM a los que se comprometió el gobierno de Nicaragua

... [Como] Estado signatario de La Declaración Universal de los Derechos Humanos (Art. 25), así Como del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artos. 11, 6 y 9) reconoce el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, y una mejora continua de sus condiciones de existencia, en las cuales se incluyen la alimentación, vestido, vivienda, trabajo y seguridad Social [OPS,2009d:10].

Por otro lado, las determinantes ambientales que más impactan la salud de la población se refieren a arsénico en el agua y la alta concentración de plomo a la que están expuestos los menores y los adultos mayores, sin que existan investigaciones serias que ayuden a prevenir y solucionar estos problemas, a pesar que se cuenta con más de una docena de instituciones públicas encargadas de los temas ambientales según sus facultades [OPS,2009d:18].

En lo que concierne a los medicamentos y productos sanitarios, la Ley 292 de medicamentos y farmacias publicada en 1998 regula los procesos asociados a los medicamentos. El mercado de medicamentos se caracteriza por la falta de control en la importación, prescripción y expendio, influenciados por las políticas agresivas de distribuidores y fabricantes fuera del control de autoridades regulatorias. Dado que no existe una verdadera competencia es el Ministerio de Finanzas Industria y Comercio el encargado de fijar los precios de cada medicamento individualmente, con base en el precio informado por el importador y no con base en la referencia de los productos equivalentes. Acerca del mismo tema, “[... el] MINSA cuenta con un listado de medicamentos esenciales que se revisa cada dos años y se publica por su nombre genérico. Por su parte el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) cuenta con un listado básico obligatorio de medicamentos que las Empresas Medicas Provisionales (EMP) deben proveer a los asegurados” [OPS,2009d:31]

Por otro lado el equipo y la tecnología con la que cuenta el sistema de salud de Nicaragua resultan insuficientes, pues no llegan al 100% en los niveles de atención. En las unidades de salud de primer nivel del MINSA, cuentan con 1681 equipos censados, de los cuales el 75% eran

funcionales para el 2001, tiempo en que se realizó la última encuesta de Establecimientos Nicaragua 2001, también señala que el 100% de los centros de salud con camas y sin camas cuentan con refrigerador, caja fría y termo para vacunas. Mientras que los puestos de salud se encuentran en franca desventaja, ya que solo el 61% cuentan con refrigeradora, el 28% caja fría y el 82% termo para vacunas, dos terceras partes de los centros de salud con camas cuentan con radio y teléfono mientras que solo el 25% de los puestos de salud cuentan con esos sistemas de radiocomunicación. En cuanto al transporte de emergencia, dos terceras partes de los centros de salud con camas cuentan con esta clase de equipo y solo el 3% de los puestos de salud, todo esto es evidencia de la falta de equipamiento y de las necesidades que presentan los puestos y centros de salud del país, así como el bajo número de equipos de esterilización (32%), equipos de inserción de DIU (4,9%) o cirugía mayor (5%) por nombrar algunos ejemplos. También se destacan las limitaciones de equipo de radiología y ultrasonido, a la vez que la tendencia es hacia el desgaste y el deterioro, ya que solo el 20% del personal de mantenimiento está calificado para realizar el mantenimiento de forma adecuada [OPS,2009d:32-33].

Del mismo modo se observa que:

En el sector privado, la Encuesta de Establecimientos Nicaragua 2001 identificó que con relación a equipos básicos para brindar atención primaria, sólo el 38% de los establecimientos tienen refrigeradora, el 6,9% tienen caja fría, el 34% cuenta con termo para vacunas, el 9% tienen radio, el 87% cuenta con teléfono y el 33% cuentan con medios de transporte para situaciones de emergencia. No se tienen detalles sobre el desarrollo tecnológico de los hospitales privados y las inversiones que se vienen haciendo en este tipo de servicios [OPS,2009d:32].

Respecto a la CI en Nicaragua está vinculada a diferentes acciones, tales como

- a) La disminución de la brecha de acceso a los servicios de salud para grupos vulnerables.
- b) La concentración de recursos financieros para la ejecución de un programa nacional de inversiones de mantenimiento y ampliación de la infraestructura.

- c) La vigilancia de desechos líquidos y sólidos de los hogares, así como de contaminantes industriales.
- d) La protección y control del recurso hídrico.
- e) El desarrollo de liderazgo en el personal en cargos directivos de las instituciones del sector salud.
- f) El desarrollo e incorporación de los conocimientos e investigaciones sobre los avances científicos y tecnológicos conforme a las necesidades del país.
- g) La transferencia de tecnologías adaptadas a la realidad local.

En lo que se refiere a la formación de recursos humanos estos están bajo la tutela de los centros universitarios públicos y privados, con una demanda superior de médicos que de enfermeras, por lo que el MINSa ha solicitado a las universidades que sus planes se acoplen a las necesidades de salud de la población [OPS,2009d:29-30], así como la formación de recursos humanos fuera del país, utilizando los mecanismo de la CIMS.

### *3.2.8 Perfil del sistema de salud de Panamá*

Panamá cuenta con una extensión de 75,517kms<sup>2</sup>. Hasta el 2007 estaba dividido geopolíticamente en nueve provincias, tres comarcas indígenas, 75 distritos o municipios y 623 corregimientos, así como una división en 14 regiones sanitarias [OPS,2009e:6]. El proceso de reforma del sistema en el sector salud en Panamá inició a principios de los años noventa, buscando reunificar el sistema de salud, la integralidad del servicio, la búsqueda de la equidad, la universalidad del acceso. Sin embargo el proceso de reforma no ha tenido el impacto esperado, sino que solo se circunscribió a una sola área metropolitana y no a las 14 áreas sanitarias en el país [OPS,2009e:26].

La Constitución Política de la República de Panamá en sus artículos 109 y 110 deja en claro que le corresponde al Estado asegurar los servicios integrales de protección, curación y rehabilitación, a través del Ministerio de Salud como la Autoridad Sanitaria Nacional, que a su

vez cuenta con el apoyo de la Caja de Seguro Social y el Ministerio de Economía y Finanzas en las labores intrínsecas al manejo del financiamiento del sector salud según los lineamientos relacionados con el desarrollo de la salud, que se insertan en el Plan de Gobierno, en las Políticas y Estrategias de Salud, Programas y proyectos dirigidos a impulsar el modelo de atención de salud [OPS,2009e:20].

Es importante mencionar que existen otras dependencias, como el Consejo Técnico en Salud, la Universidad de Panamá, la Autoridad Nacional de Medio Ambiente, y ONGs, que intervienen en las tareas de salud, lo que históricamente ha llevado a la duplicación de funciones, así como a la segmentación de planes y servicios. Por su lado al MINSA le corresponde la rectoría del Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales, dado que la salubridad en el manejo de las aguas es de suma importancia [OPS,2009e:26].

En lo referente a la población, hay que mencionar que durante el 2005 se contabilizaron 3,228,186 habitantes, 63.5% vivía en zonas urbanas, 20% en condiciones de pobreza, 17% en pobreza extrema. Al mismo tiempo que la población indígena mostraba una tendencia al aumento, ocupando el 10.7% de la población, caso similar a la situación de los adultos mayores de 60 años que ocupaban el 8.7% de la población, mientras que han disminuido los nacimientos y la mortalidad, como dato adicional, la esperanza de vida al nacer de manera general fue de 74 años [OPS,2009e:6].

Panamá es considerado un país de “ingreso medio alto”, posicionado como la quinta economía más importantes de América Latina en 2005, año en el que generó un PIB de 13,939.5 millones, concentrando el 80% del PIB en el sector servicios, calculado en US\$4,084 per cápita, no obstante fue también el quinto país con la peor distribución de la riqueza. Cabe resaltar que la PEA asciende a 1, 325,150 personas es decir, 63.5% de la población mayor de 15 años, de esta PEA el 86.4% se encuentra ocupada, aunque el 43% de ellos la economía informal [OPS,2009e: 22-24].

En cuanto a la gestión de la CI, ésta corresponde al Ministerio de Economía y Finanzas, en colaboración con el Ministerio de Relaciones Exteriores y la oficina de Coordinación de la Cooperación Internacional de la Presidencia de la Republica. Sin embargo, cada ministerio diseña sus propios programas y le da seguimiento a los compromisos que adquiere. Por su parte la

cooperación bilateral responde a los intereses de las agencias, dispersas a lo largo del país y sus proyectos son ejecutados de forma independiente, de manera bilateral se han firmado acuerdos con Japón, Canadá y los Estados Unidos en cooperación no reembolsable. En lo que corresponde a la CI reembolsable, obtiene financiamiento, equipamiento, e insumos que abarcan la participación de empresas privadas que a la vez son proveedores de servicios, un ejemplo en el tema de salud es la obra de saneamiento de la Bahía entre la banca privada y la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (JICA). En este aspecto de la CI, cabe subrayar que Panamá no es considerado como país prioritario para recibir fondos de la mayoría de las agencias de cooperación, así como tampoco clasifica para los programas de alivio de la deuda, del fondo Global contra la TBC, Malaria y VIH/SIDA [OPS,2009e: 31-33].

De acuerdo con cifras publicadas por la OMS, con un gasto en salud estimado para el 2004 de \$ 1.154 millones de Dólares, Panamá es uno de los países de la región que proporcionalmente destina uno de los más altos porcentajes de su producto interno bruto para la salud (8.4% en el 2004). De esta cantidad se estima que para el mismo año, cerca de \$ 360 millones (31%), fueron aportados directamente de los bolsillos de los ciudadanos, bien sea como compra directa de bolsillo o pago de seguros prepagados. El resto de los recursos (cerca de US\$794 millones), son financiados casi de manera equitativa entre el Sistema de Seguridad Social (\$ 363 Millones) y el Ministerio de Salud (US\$431 millones). Si lo miramos como inversión per capita, el estado panameño destinaría cerca de US\$363 dólares por persona por año [OPS,2009e:34]<sup>5</sup>.

En relación a las condiciones de mortalidad y morbilidad, continúa la presencia de enfermedades infecciosas, “típicas del subdesarrollo” [OPS,2009e:3]. Al mismo tiempo que se presenta un aumento paulatino en las enfermedades crónicas. Al igual que en los países desarrollados, las principales causas de enfermedad se refieren a padecimientos del sistema circulatorio, los tumores malignos y las causas externas de mortalidad. Para este informe se

---

<sup>5</sup> Cabe señalar que la cifra de estimada para gasto en salud de 2004 equivale a 1,154 millones de dólares, pero en el estilo del texto se utilizan puntos en lugar de comas para separar los miles, por lo que vale la pena la aclaración en este punto.

utilizaron los datos de mortalidad, del periodo 1990-1995, que reflejó una cifra de 5.3 muertes por 1000 habitantes. Por otro lado, la tendencia de bajo peso al nacer se está agudizando en el entorno urbano y disminuyendo en las zonas rurales. Un punto particular es, que la mortalidad infantil resulta mayor en niños que en niñas, siendo las principales causas la neumonía, las diarreas y la gastroenteritis. Aun con todo esto la mayor causa de muerte la representa las causas externas como los accidentes y homicidios, lo cual muestra las contradicciones del ámbito sociopolítico del país.

Por otro lado, la mortalidad materna se caracterizó por un descenso, comparado con las últimas décadas. Aun así Panamá está dentro del grupo de países con alta tasa de mortalidad materna. Por su parte, la atención del parto como un indicador, informa del incremento en la atención de las mujeres embarazadas, alcanzando el 91.3% de partos atendidos por profesionales en el año 2004.

En relación a los ODM [OPS,2009e:17-19], el análisis del proceso de reforma, señala que los avances son insuficientes para afirmar que se lograra la meta para el 2015, en indicadores esenciales para el sector salud como son la mortalidad materna y la pobreza especialmente.

En lo que respecta a la situación de los medicamentos y el equipo tecnológico, hay que subrayar que no existía en el momento del proceso de cambio y reforma un observatorio de medicamentos. Pero se diseñó una política nacional de medicamentos y equipos médicos y quirúrgicos [OPS,2009e:42]. Aunque el perfil del sistema de salud no aclara cuales son las características, se pretende el acceso a medicamentos en todas las regiones sanitarias, con un mecanismo de abaratamiento de los medicamentos, para racionalizar los recursos y ejercer control sobre los proveedores de medicamento y material quirúrgico mediante un registro sanitario. Al mismo tiempo la Caja de Seguro Social (CSS) y el MINSA se encontraban en procesos de unificación para el manejo de patologías de interés en salud pública, como TBC, malaria y VIH/SIDA, en consecuencia de la falta de planes definidos para medicamento y tecnología, el presupuesto en el ramo de protección y mantenimiento de la tecnología era de tan solo 0.6% del gasto en salud [OPS,2009e:39].

Para cerrar este apartado podemos señalar que las condiciones de los sistemas de salud son muy distintas en la región centroamericana, en cada uno de los países. Centrándonos en la

situación interna de cada uno de ellos, podemos observar que existen problemas comunes que afectan a la salud, empezando por las enfermedades endémicas como el dengue, tomando en cuenta la pobreza y pobreza extrema, la desnutrición en los menores de 5 años, así como las enfermedades crónico degenerativas, como la diabetes y el cáncer que están en ascenso. Otros problemas comunes son los vinculados al manejo de desechos líquidos y sólidos, que afectan el medio ambiente, sobre todo a los recursos hídricos. Otro tipo de problemas comunes se expresan en el orden político interno de los sistemas de salud, por ejemplo en lo que respecta a la regulación de precios de los medicamentos, cuyos costos son decididos por diversas entidades, que no son precisamente las instituciones de salud en todos los casos.

Por último se observa que otro de los problemas relacionados con otras acciones en los sistemas de salud, son producto del manejo de los recursos de Cooperación Externa que afecta a las políticas de salud en la región. sin embargo, como se ha dicho anteriormente el papel de México como actor de la CID está más ligado al aspecto de la CTC en la que los recursos son aun menores y se concentra en su mayoría en la formación de recursos humanos, capacitación y actualización en tecnologías de la información y manejo de nuevas tecnologías.

## **CAPÍTULO 4 COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN MATERIA DE SALUD ENTRE MÉXICO Y LOS PAÍSES DE LA REGIÓN CENTROAMERICANA**

Este cuarto y último capítulo se centrará en analizar cuál ha sido el alcance de la CIMS entre México y los países de la región centroamericana en los últimos años, para lo que se retoman diferentes instrumentos de la CI como lo son los acuerdos y tratados internacionales, que forman parte de los registros de la SRE y la SSA como ente Rector de las decisiones en materia de salud.

### **4.1 Transformaciones institucionales del marco jurídico de la Cooperación Internacional para el Desarrollo en México**

En este apartado se analiza la conformación del marco institucional y jurídico con el cual se rige la CIMS en México. Para cumplir tal objetivo es imperativo reconocer las transformaciones políticas institucionales a lo largo de al menos las últimas cuatro décadas, puesto que se han sucedido cambios en los esquemas de CI en todos sus aspectos, económicos políticos y sociales, que han dado paso a las actuales formas de CI que permiten desarrollar estrategias para mejorar las condiciones de salud en la región.

#### *4.1.1 Proceso de transformación política institucional de la Secretaria de Relaciones Exteriores*



Históricamente, México ha mantenido relaciones pacíficas con los países centroamericanos. En este sentido, la base institucional de la política exterior de México hacia la región parte de su marco jurídico, en el que la CIMS ocupa un lugar importante. En tal sentido, resulta útil señalar algunas características y cambios de la estructura orgánica de la SRE. A partir de 1971 se da la creación de la Dirección General de Cooperación Técnica Internacional (DGCTI) al interior de la SRE y la del CONACYT en 1970. De esta manera, la universalidad de la ciencia y la tecnología se proponen como el intercambio de las capacidades que poseen todos los países para mejorar sus condiciones de desarrollo y atender problemas comunes.

Particularmente a mediados de la década de los ochenta se puede decir que no existía una política que integrara realmente la tecnología, la ciencia y el desarrollo en México, mucho menos a largo plazo, incluyendo las gestiones de la cooperación, se llevaban a cabo de manera dispersa y las instituciones nacionales ejecutoras de proyectos de Cooperación Técnica no se coordinaban. De tal manera, se produjo un desperdicio de recursos, dada la duplicidad de las tareas, lo que repercutió en el bajo impacto de la cooperación bilateral y multilateral en el desarrollo tecnológico y científico de México. Esta situación empeoró debido a la falta de un registro confiable de las instituciones y los proyectos que se estaban realizando, lo que dificultaba reconocer las carencias y la oferta de la CTC [Arrieta, 2012:51].

Las transformaciones institucionales se sucedieron a través de un proceso dialéctico en el que interactúan diversas dependencias, nuevas y obsoletas, en el que nacen y mueren estructuras organizativas de la CI. Tomando en cuenta los cambios que derivaron a partir de 1971, con la creación de la Dirección General de Cooperación Técnica Internacional de la SRE, en 1988 se incorporó el principio de la CID en la fracción X del artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, como un precepto rector de la política exterior, incluyendo la CID, transformaciones que produjeron que en 1990 la Dirección de Cooperación Técnica Internacional se convirtiera en la DGCTC que diera paso a la creación del Programa Mexicano de Cooperación Técnica para el Desarrollo.

Al mismo tiempo que las instituciones encargadas de la CI se transforman aparecieron nuevos mecanismos de cooperación como la Reunión Cumbre de México-Centroamérica en 1991, instrumento a través del cual se programan las actividades de cooperación mexicana. En

1993 surge el Programa Mexicano de Cooperación para el Desarrollo, a cargo de la SRE y en 1994 México se convierte en el miembro número 25 de la OCDE. Estos eventos fueron cruciales para la conformación de la subsecretaría de Cooperación Internacional en la SRE [2003:4-9].

Paralelo a estos sucesos, se dieron otro tipo de cambios. En 1990 se crea la Comisión Mexicana para la Cooperación con Centroamérica y en 1991 surge el programa de Cooperación Técnica para el Desarrollo: ambos instrumentos evidencian el interés del Estado mexicano por adoptar una política internacional de cooperación más activa con Centroamérica. Además, dado el nivel de desarrollo que sostiene México desde la década de los sesenta, propicia que en 1996 el PNUD definiera a México como un país oferente y receptor, en ese mismo año se crea el Mecanismo de Diálogo y Concertación en la Cumbre de Tuxtla II realizada en Costa Rica, momento en el que la SRE redacta el borrador de la LCID. Este proceso que culminó con el establecimiento del Instituto Mexicano de Cooperación Internacional (IMEXCI) en 1998 como la primera Agencia Mexicana de Cooperación Internacional.

Continuando con lo anterior hay que mencionar que en 1997 se disolvió la Subsecretaría de Cooperación tras dos años desde su creación. Para 1998 se crea el Instituto Mexicano de Cooperación Internacional para el Desarrollo; un evento significativo durante ese periodo es que en 1999 México forma parte del Grupo de los 15 y en este contexto se reorganizan los puntos focales de la Cooperación Sur-Sur. En el año 2000 México se compromete con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU.

Sin embargo, los avances institucionales de la CI se esfumaron con la desaparición de la IMEXCI en 2001 como resultado de la reestructuración de la SRE y del rechazo del Proyecto de la LCID en el Sexenio de Ernesto Zedillo. Más tarde, en 2002 se lleva a cabo la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo en Monterrey en la que se abordan cuestiones claves para el desarrollo mundial y su financiamiento.

Al respecto del papel de la diplomacia y la política exterior en México, Juan José Gómez Camacho, Representante Permanente de México ante la Oficina de las NU y otros Organismos Internacionales con sede en Ginebra, refiere que “[...] los planes de desarrollo de cualquier país resultan imposibles sin una población sana. Una población enferma no solamente representa una

carga en materia de presupuesto debido a la necesidad de atención y servicios sanitarios, sino que tiene un impacto negativo en la productividad [...]” [Gomez, 2012:38].

Por su parte Judith Arrieta Munguía [2012:37] plantea que: "México como país de renta media "alta" se enfrenta a una serie de retos y oportunidades que le demandan replantear su política exterior de cooperación multilateral". Por todo esto, a partir del 2007 México fue reubicado como país de renta media alta, por parte del PNUD, el BM y el CAD de la OCDE, a partir de entonces se le ha limitado la recepción de AOD. Por tal motivo resultaba imperativo mantener una política de crecimiento económico sostenido, que al menos representara un desarrollo más coherente con su papel como decimo contribuyente del SNU, acorde con su prestigio en diversos ámbitos multilaterales. Al tiempo que con la entrada en vigor de la LCID, se crea la AMEXCID, entre otros factores que obligan a México a asumir un papel proactivo en el ámbito multilateral y que a la vez permita reducir las brechas al interior.

En el plano de la política interna Arrieta [2012] califica al régimen jurídico de la CID como tardío e insuficiente:

“En efecto, de una primera dirección general establecida en la SRE en 1971 se pasó a una dirección en jefe hasta 1985 que, sólo 10 años más tarde, se elevó a una subsecretaría. Ésta desembocó, en 1998, en el Instituto Mexicano de Cooperación Internacional que fue reemplazado, en el año 2000, por la Unidad De Relaciones Económicas y Cooperación Internacional (URECI) Hasta crearse en 2011 la AMEXCID" [Arrieta, 2012:43].

De esta manera en lo que corresponde al Reglamento de la SRE en su Artículo 41 párrafo XVIII, le corresponde a la DGCTC fungir como Secretaría Técnica de la Comisión Mexicana para la Cooperación con Centroamérica; según lo dispuesto por el Reglamento Interior de la Secretaría de Relaciones Exteriores [DOF,2012]. Al respecto, desde la perspectiva de la política exterior resulta indispensable vincular los planes de acción nacionales, con los diversos instrumentos de gobernanza y eficacia para el desarrollo, a fin de combatir la brecha de desigualdad que no ha logrado reducirse pese a los esfuerzos realizados por los Estados y las Organizaciones internacionales.

**Figura 16 Evolución de la Dirección General de Cooperación Técnica y Científica de la Secretaría de Relaciones Exteriores de México 1971- 2011**



Fuente: Secretaría de Relaciones Exteriores "AMEXCID", *historia* (Febrero 2013 [citado el 5 de febrero 2015] SRE): disponible en <http://amexcid.gob.mx/index.php/historia>

En la imagen anterior se resume la transformación que ha tenido la Dirección de Cooperación Internacional a través de los últimos 40 años. Hasta aquí concluye este apartado, para dar paso al análisis de la normatividad y marco jurídico de la CIMS en salud entre México y los países de la región centroamericana, como parte del análisis de los instrumentos diplomáticos relacionados con las necesidades de los sistemas de salud de la región.

#### *4.1.2 El marco jurídico de México sobre la Cooperación Internacional en Materia de Salud.*

En este apartado se analiza el marco normativo de México que orienta las acciones en materia de la CIMS con los países de la región centroamericana. Se trata del estudio de los

documentos básicos tales como acuerdos o tratados, así como un conjunto de acciones y decisiones en dicha materia por parte de los Estados involucrados.

El papel de México como oferente de CI en la región en los últimos años, se da a partir de que ingresa a la OCDE, ya que se le consideró como un país de renta media o de desarrollo emergente. Esto hace que su estatus frente a los organismos internacionales se modifique, a pesar que aún persisten problemas de pobreza, rezago y desigualdad incluyendo el acceso a los servicios de salud y la educación, aunque en realidad su posición corresponde a un país semiperiférico.

De manera consecuente, los países “[...] donantes desarrollados y agencias del Sistema de Naciones Unidas esperan que México adopte una postura más agresiva en CIPD y que actúe como un socio en el desarrollo de proyectos de cooperación triangular, particularmente en Latinoamérica” [Amaya, 2012:7]

Hecha esta salvedad cabe decir que, en el sexenio calderonista (2006-2012), la CI retomó su importancia para el desarrollo nacional y regional con diversas estrategias en materia económica, de seguridad, medio ambiente y salud principalmente, con la aprobación de la LCID publicada en el DOF el 6 de abril de 2011, bajo la cual se ordena la creación de la Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AMEXCID), como un órgano desconcentrado de la SRE.

En cuanto a la cooperación con los países centroamericanos, estos han sido los receptores de las aportaciones mexicanas, dada la cercanía, la cultura, la historia regional que tenemos en común. La posición geoestratégica en la frontera sur de México, así como su participación en el proceso de pacificación centroamericana en las décadas de los ochenta, así como el acercamiento y diálogo durante los noventa del siglo pasado, llevaron al país a adoptar una política exterior más activa.

En este contexto, a partir de la Cumbre de Presidentes de Centroamérica y México el 11 de enero de 1991 con la Declaración y Acta de Tuxtla con Costa Rica, Guatemala, Honduras, Nicaragua y El Salvador figuraron como miembros fundadores. Posteriormente avanzaron con el Plan de Acción de la Cumbre Tuxtla Gutiérrez II el 16 de febrero de 1996 a la que se unieron Belice y Panamá en 2006 en la VIII cumbre de Tuxtla. Además el 29 de julio de 2009 en el

marco de la XI Cumbre del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla se unió República Dominicana. De 1991 a 2012 se han llevado 15 reuniones, entre los eventos más importantes de las reuniones del mecanismo de Tuxtla [Amaya, 2012:30].

**Tabla 4 Presupuesto destinado a la operación del Plan Puebla-Panamá/Proyecto Mesoamérica (en millones de pesos)**

Año	Presupuesto	Unidad Responsable
2003	79.7	Coordinación General Plan Puebla Panamá
2004	10.6	Coordinación General Plan Puebla Panamá
2005	13.9	Coordinación General Plan Puebla Panamá
2006	14.8	Coordinación General Plan Puebla Panamá
2007	No aparece	No aparece
2008	17.9	Coordinación General Plan Puebla Panamá
2009	17.7	Coordinación General Plan Puebla Panamá
2010	16.4	Dirección General del Proyecto de Integración y Desarrollo de Mesoamérica
2011	15.1	dirección General del Proyecto de Integración y Desarrollo de Mesoamérica
2012	14.4	Dirección General del Proyecto de Integración y Desarrollo de Mesoamérica

Fuente: Amaya, 2012.

La idea del Plan Puebla Panamá se planteó el 5 de junio de 2001, considerando que contaría con una Dirección General, adscrita a la Oficina Ejecutiva de la Presidencia, aunque en el 2002 con una reforma de la SRE la coordinación general del PPP pasa a la Cancillería [Amaya, 2012:32]. Posteriormente en 2009 se da la pauta para la Iniciativa Mérida que da origen al Proyecto de Integración y Desarrollo de Mesoamérica, instrumentos mediante los cuales se canalizan los esfuerzos de CI en la región, quedando la propuesta del PPP rebasada.

En el caso de la salud, el COMISCA es la instancia política del SICA que tiene como propósito orientar y tomar las decisiones del sector salud regional; la identificación, abordaje y atención de los problemas regionales de salud, que son tratados conjuntamente mediante la

Agenda y el Plan Mesoamericano de Salud, de lo cual se desprende la organización de otros foros y reuniones que promueven entre la población centroamericana su derecho a la salud.

Posteriormente, y ante la necesidad de fortalecimiento de esta instancia, se propuso una revisión de varios aspectos de su organización y funcionamiento como: el marco legal y estratégico, misión y visión, la estructura y organización, el enfoque metodológico de operación, los procesos, procedimientos y actividades, y los requerimientos para la implementación [COMISCA, 2010:85].

Por su parte, José Alberto Castro [2012] a través del Campus Virtual de Salud Pública de la OMS señala que: “Los Instrumentos Jurídicos a los que hace uso la CI, son: los Convenios o Acuerdos (marco, específico, otros), Memorándum de entendimiento, Nota Diplomática, Intercambio de Notas, entre otros”.

Al respecto, desde el punto de vista del Derecho Internacional, el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), cuyo carácter vinculante es indicativo y normativo para los Estados miembros de la OMS, pero no obligatorio. Por efectos de sus respectivos intereses nacionales, China, Irán y Estados Unidos no acatan el carácter jurídico del RSI, en el entendido de que lo jurídico tiene un carácter coercitivo aplicable a los individuos.

El tercer entendimiento guarda relación con la cuestión de si el RSI crea o no derechos individuales que se puedan imponer coercitivamente por vía jurídica. A juzgar por lo que la delegación estadounidense entendió en las negociaciones del RSI, el Gobierno de los Estados Unidos de América no considera que el RSI pretenda crear ese tipo de derechos.

Los Estados Unidos entienden que las disposiciones del Reglamento no crean derechos individuales que se puedan imponer coercitivamente por vía jurídica [OMS,2008:78].

Para ello, se plantea que la situación entre México y los países de Centroamérica, una vez que se ha verificado el marco de la RSI, la CIMS se realiza a partir de la CTC, mediante la

Comisión para la Cooperación con Centroamérica, estrechamente ligada a la Dirección General de Relaciones Internacionales de la Secretaría de Salud y la AMEXCID.

Dicho sea de paso, las dos últimas Instituciones gubernamentales, son de reciente creación, tal como lo describe Arrieta Munguía [2012]. Ha existido históricamente un problema por llevar a la práctica un seguimiento, coordinación, vinculación y cumplimiento de los proyectos, que se derivan de los acuerdos y tratados, sobre todo, si se trata de los temas a largo plazo, pues también en este análisis de la situación se observa la multiplicidad de secretarías que se han creado y dejado de funcionar desde la década de los setenta.

Para concluir con este apartado, cabe señalar que la debilidad institucional por parte de las dependencias mexicanas, ha obstruido la capacidad de monitorear las acciones de CI. En particular los proyectos a largo plazo, debido a la falta de continuidad de las instituciones creadas, de las cuales algunas fueron suprimidas especialmente durante las dos últimas décadas. Por ello, en el siguiente apartado, se analizan los programas y proyectos que se emprendieron durante la última década, con el fin de contrastarlos con las necesidades en materia de salud de cada uno de los países de la región, en el marco del proceso de cambio y reforma estructural de los sistemas de salud. Es importante señalar que dicho proceso ha sido llevado a cabo en todos los países de la región desde finales de los 90's, cuyo el objetivo central ha sido el desarrollo de modelos de cooperación para mejorar las condiciones de salud de la población, así como el implantar el andamiaje burocrático e institucional a través de la capacitación y actualización de funcionarios públicos del sector.

## **4.2 Acuerdos y tratados vigentes de Cooperación Internacional en Materia de Salud entre México y Centroamérica**

En el siguiente apartado se analizan algunos puntos importantes acerca de la CIMS entre México y Centroamérica en los años 2000 a 2014, en lo que se refiere a los acuerdos y tratados



internacionales en los que participa la SRE y la SSA, como órgano rector de las políticas públicas en salud. De este modo se observan acciones de CIMS proyectadas en 3 diferentes dimensiones:

- a) La seguridad nacional: presenta tintes de preocupación por el bienestar físico personal y social, al enunciar como una de sus prioridades el evitar el consumo generalizado de drogas en la sociedad, de carácter ilegal, producto del narcotráfico.
- b) La CI descentralizada: se muestra como el intercambio entre instituciones y localidades estatales o municipales que no se ven obligados a presentar informes sobre sus acciones de CI entre pares a la SRE, aunque si existe un registro de Acuerdos Interinstitucionales en el que están registrados algunas de dichas acciones que se toman como muestra para representar la CIMS descentralizada.
- c) La CTC: que se desenvuelve desde la SRE como impulso a las actividades de cohesión de los sistemas de salud en la región, han servido de enlace directo con los gobiernos y los Ministerios de Salud de los países en la región, razón por la cual resulta ser la más cuantiosa, al mismo tiempo que sus cualidades permiten ofrecer una gran variedad de modalidades y actores que se representan desde el plano oficial de los Estados-Nacionales.

Asimismo, como se señaló desde el primer capítulo, en los tratados internacionales las partes implicadas son los Estados, a través de los gobiernos nacionales respectivos. Dichos tratados aparecen en el Diario Oficial de la Federación [1992:1], aprobados por el Senado de la República. Para ello, la SRE converge y actúa de acuerdo a las disposiciones suscritas en el texto de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados de 1969. Mientras que los acuerdos institucionales se pactan entre instituciones, organizaciones o gobiernos locales, estatales y municipales, quienes son los responsables de elaborar sus planes y programas y que se registran en la SRE, de acuerdo a la Ley sobre la celebración de tratados. “El ámbito material de los acuerdos interinstitucionales deberá circunscribirse exclusivamente a las atribuciones propias de las dependencias y organismos descentralizados de los niveles de gobierno mencionados que los suscriben.”

Entonces, para proceder al análisis en los instrumentos a los que se apegan los modelos de las resoluciones pactadas, se destaca la Convención de Viena [ONU, 1969], en la cual “ [...]se

entiende por "tratado" un acuerdo internacional celebrado por escrito entre Estados y regido por el Derecho Internacional, ya conste de un instrumento único o en dos o más instrumentos conexos y cualquiera que sea su denominación particular". En las líneas subsiguientes se analizan los tratados vigentes, en materia de salud, clasificados en acuerdos que de alguna manera intervienen en la salud y que siguen vigentes independientemente del año en el que fueron signados.

Conforme a los registros de la propia SRE, esta incorpora la información relativa a tratados y acuerdos multilaterales que se encuentran vigentes, los documentos abarcan desde 1836 a la fecha. En lo referente a estos acuerdos vigentes cabe hacer una breve aclaración, si bien estos documentos parecieran más acorde a la jurisdicción de la seguridad nacional, expresan en su contenido la preocupación por el tema de la salud. Aunque por otro lado en dichos documentos no se ahonda en el tema de la ciencia y la tecnología, sino que el tema de la salud es parte del marco general en el que se han de desarrollar las actividades de prevención y rehabilitación. Que expresan " [...] la necesidad de proteger la vida y la salud de sus respectivos pueblos, de los graves efectos de las sustancias psicotrópicas[....]" [PGR y Belice, 1990]. De tal manera que en estos acuerdos de cooperación para combatir el narcotráfico y la farmacodependencia las acciones encaminadas a preservar las condiciones de salud se orientan principalmente hacia el tratamiento y rehabilitación de los consumidores.

Sin embargo, las funciones consultivas son coordinadas por la SRE mientras que las funciones operativas son coordinadas por la Procuraduría General de la Republica (PGR) en el caso de México. Mientras que las contrapartes pertenecen a distintas dependencias, por ejemplo, en Belice la autoridad Operativa es la Secretaria de Turismo y Medio Ambiente; en Costa Rica, el Consejo Nacional de Drogas; en El Salvador, la División Anti narcotráfico de la Policía Nacional Civil; en Guatemala, el Ministerio de Gobernación; en el caso particular de Honduras las que se designen con la creación del Consejo Nacional contra el Narcotráfico; en Nicaragua, el Ministerio de Gobernación y en Panamá la Procuraduría General de la Nación, en todos los casos las autoridades consultivas son las Cancillerías de todos los países.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Para tener más detalles de las instancias que participan en el tema del combate al narcotráfico se retomaron los acuerdos y tratados celebrados entre México y los países de la región centroamericana como fuente primaria.

A continuación aparecen los tratados que siguen vigentes y que fueron signados por el Gobierno federal y las contrapartes que corresponden a los gobiernos de cada uno de los países de la región centroamericana.

**Tabla 5 Acuerdos y tratados celebrados entre México y los países centroamericanos, con implicaciones en la salud**

País	Marco jurídico	Aprobación Senado.
Belice	Acuerdo entre el gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el gobierno de Belice sobre Cooperación para Combatir el Narcotráfico y la Farmacodependencia	19 de junio de 1990
Costa Rica	Acuerdo entre los Estados Unidos Mexicanos y Costa Rica sobre Cooperación para Combatir el Narcotráfico y la Farmacodependencia	12 de diciembre de 1989
El Salvador	Acuerdo entre los Estados Unidos Mexicanos y la República de El Salvador sobre Cooperación para Combatir el Narcotráfico y la Farmacodependencia	9 de diciembre de 1993
Guatemala	Acuerdo entre el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de la República de Guatemala para establecer una Comisión de Salud Fronteriza México-Guatemala	12 de diciembre de 2003
Guatemala	Acuerdo entre los Estados Unidos Mexicanos y la República de Guatemala sobre Cooperación para Combatir el Narcotráfico y la Farmacodependencia	30 de noviembre de 1989
Honduras	Acuerdo de Cooperación entre el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de la República de Honduras para Combatir el Narcotráfico y la Farmacodependencia	18 de junio de 1991
Nicaragua	Acuerdo entre los Estados Unidos Mexicanos y la República de Nicaragua sobre Cooperación para Combatir el Narcotráfico y la Farmacodependencia	15 de diciembre de 1992
Panamá	Acuerdo entre los Estados Unidos Mexicanos y la República de Panamá sobre Cooperación para Combatir el Narcotráfico y la Farmacodependencia	4 de diciembre de 1995
Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua.	Acuerdo General de Cooperación entre los Gobiernos de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, y el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos	18 de junio de 1991

Fuente: Elaboración propia con fuentes primarias de la SRE.

A raíz de los registros de acuerdos y tratados entre México con los países de la región centroamericana podemos observar dos instrumentos que sirven de base para instrumentar acciones en materia de salud a partir de la CTC, por un lado tenemos al Acuerdo entre el

Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de la República de Guatemala para establecer una Comisión de Salud Fronteriza México-Guatemala, dicho acuerdo considera la salud de los habitantes del área fronteriza, hasta 20 kilómetros de cada lado de la franja fronteriza marítima y terrestre como un eje estratégico que promueve y fortalece fronteras solidarias y de paz. Con los propósitos de identificar y evaluar los problemas comunes del área fronteriza, así como alentar las acciones para enfrentar los problemas, especialmente mediante acciones de prevención, promoción de la salud, monitoreando y levantando información utilizando la tecnología más moderna, según las capacidades de las partes, para la recolección y consulta de información de las instituciones públicas y privadas que operan en la zona. Otro aspecto relevante de este tratado es que el financiamiento estará sujeto a disponibilidad presupuestaria y puede ser de manera unilateral o por una sola parte sin perjuicio de ninguna de las partes.

El segundo de los tratados que mayores posibilidades presenta para cooperar en materia de salud en la región, es el Acuerdo General de Cooperación entre los Gobiernos de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, y el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, para tales propósitos México cuenta con una Comisión para la Cooperación con Centroamérica [SRE, 1994], con el objetivo de contribuir al desarrollo económico e internacional de los países de Centroamérica y fortalecer las relaciones con estos países, considerando que los diversos instrumentos fortalecen y amplían la cooperación en el ámbito político, económico, técnico-científico, educativo-cultural y otros. Por lo que el presente acuerdo constituye el marco que orienta la cooperación, en este caso las comisiones binacionales se reúnen cada dos años de manera alternada en México y en cada uno de los países centroamericanos para programar, coordinar y evaluar las relaciones bilaterales.

Para ello existen cuatro comisiones (política, económica y social, técnico-científica y educativa-cultural). En este aspecto en el artículo 14 del Acuerdo general de Cooperación con los países de la región centroamericana, queda especificado que le corresponde a la Comisión de CTC promover el desarrollo de actividades en el campo de la salud y seguridad social. Para lo que se adoptan las modalidades:

- “ [...]a) intercambio de especialistas;
- b) intercambio de documentación e información;

- c) formación de recursos humanos;
- d) intercambio de material y equipo;
- e) realización de cursos cortos;
- f) proyectos conjuntos de desarrollo científico y tecnológico;
- g) organización de seminarios y conferencias;
- h) desarrollo de estudio; e
- i) cualquier otra modalidad que se convenga” [SRE,1991].

Sin embargo, este acuerdo general de cooperación, a pesar de haber sido aprobado por el Senado de la República, de México en 1991, no fue sino hasta 1996 que surtió efecto para todas las partes, entró en vigor en 1992 con El Salvador, en 1993 con Nicaragua, en 1994 con Costa Rica, en 1995 con Honduras y en 1996 entró en vigor para México y Guatemala, aun cuando dicho acuerdo se fijó en el Estado de Chiapas, el 11 de enero de 1991.

#### **4.3 Registro de Acuerdos Interinstitucionales en materia de Salud entre México y Centroamérica**

Por su parte los acuerdos interinstitucionales, definidos en el artículo 2, de la Ley de la Celebración de Tratados, marcan una diferencia esencial entre los Tratados y la Celebración de Acuerdos Interinstitucionales. Como ya se dijo, los Tratados son responsabilidad del Gobierno Federal mientras que con la figura de los Acuerdos Interinstitucionales se le concede a los Estados y a los organismos públicos descentralizados, como a los municipios, la capacidad para firmar acuerdos interinstitucionales, con la obligación de remitir a la SRE una copia del documento firmado a fin de inscribirlo en el Registro de Acuerdos Interinstitucionales. Mismo que se diseñó con el apoyo de la Dirección General de Coordinación Política a fin de lograr una base de datos que se actualiza periódicamente.

En la siguiente tabla, se muestran los acuerdos interinstitucionales vigentes que forman parte del registro de acuerdos interinstitucionales, cuya organización y actualización de la base de

datos es responsabilidad de la dirección general de coordinación política de la SRE[2013]. Cabe mencionar, que estos acuerdos en su mayoría tampoco cuentan con acciones dirigidas en su totalidad al mantenimiento de las condiciones de salud, por lo que las actividades en la materia serán expuestas más abajo.

**Tabla 6 Registro de Acuerdos Interinstitucionales (R. A. I.)**

Actores participantes	Marco jurídico	Lugar y fecha de la firma	Vigencia
Costa Rica  Universidad Juárez Autónoma de Tabasco y la Universidad Nacional, Costa Rica.	Acuerdo de Cooperación Académica, Cultural, Tecnológica, de Intercambio y de Apoyo Mutuo entre la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco de los Estados Unidos Mexicanos y la Universidad Nacional, Costa Rica.	Ciudad de Heredia, Costa Rica, el 27 de septiembre de 2008.	Cinco años, prorrogable por periodos de igual duración.
Costa Rica: Ciudad de México y la Municipalidad de Cantón Central, San José de Costa Rica.	Convenio de Hermanamiento y Cooperación entre el Gobierno del Distrito Federal de los Estados Unidos Mexicanos y la Municipalidad del Cantón Central de San José de Costa Rica.	México, Distrito Federal, el 7 de Abril de 2000.	3 años, prorrogable.
El Salvador: Distrito Federal y la Alcaldía Municipal de San Salvador, de la República de El Salvador.	Acuerdo de Cooperación entre el Gobierno del Distrito Federal de los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de la Alcaldía Municipal de San Salvador, de la República de El Salvador.	Ciudad de México, 22 de septiembre de 1999.	Tres años, prorrogable.
Panamá	Acuerdo de Cooperación en materia de Medicamentos entre la Secretaria de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Ministerio de Salud de la República de Panamá	Panamá 3 de abril de 2014	Indefinido

Fuente: Elaboración propia. Con datos de la Dirección General de Coordinación Política de la Secretaría de Relaciones Exteriores.

En esta tabla, se muestran los acuerdos interinstitucionales que se han pactado entre México y las contrapartes que en este caso se trata de dos eventos con Costa Rica. Uno de ellos es un acuerdo entre instituciones educativas y el otro un acuerdo de hermanamiento de ciudades. Con el Salvador, también se tiene un acuerdo de hermanamiento, en ambos casos los hermanamientos fueron establecidos con el Distrito Federal de los Estados Unidos Mexicanos el

otro acuerdo fue suscrito entre la Secretaria de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Ministerio de Salud de la República de Panamá

Refiriéndonos al Acuerdo de Cooperación entre la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco y la Universidad Nacional de Costa Rica, las áreas de cooperación son Ciencias Biológicas, Ciencias Agropecuarias, Ciencias de la Educación, Ciencias de la Salud y Ciencias Económico Administrativas, para justificar que en este caso existe cooperación en materia de salud, se retoma el área de cooperación en Ciencias de la Salud, en la que se pueden ofrecer las siguientes modalidades de cooperación:

- [...]a) realización de programas de cursos básicos y especializados, incluyendo cursos a distancia y por medios electrónicos;
- b) Intercambio de información, publicaciones, videos y bibliografía;
- c) intercambio de materiales de enseñanza;
- d) intercambio de experiencias sobre la organización de la enseñanza;
- e) intercambio de profesores y estudiantes;
- f) planificación de actividades conjuntas;
- g) intercambio tecnológico y
- h) cualquier otra que las partes convengan [SRE, 2008].

Para llevar a la práctica las acciones derivadas de dicho acuerdo, hay que tomar en cuenta que el financiamiento corre por parte de quien efectúa la cooperación, exceptuando los gastos de hospedaje alimentación y transporte en el lugar receptor a fin de que la parte enviada lleve a cabo sus actividades. Asimismo, se contempla la posibilidad de que otras instituciones participen de acuerdo a los requerimientos del plan específico a elaborar, de igual manera se facilita la entrada y salida de equipo necesario para elaborar las actividades planteadas.

Por otro lado, existen dos convenios de hermanamiento del Distrito Federal de los Estados Unidos Mexicanos, uno con la alcaldía Municipal de San Salvador, de la Republica de El Salvador y otro con la Municipalidad de Cantón Central de San José de Costa Rica. Con múltiples áreas de cooperación en materia de desarrollo social, urbano y económico, en el caso

del desarrollo social se contempla a la salud como uno de los elementos del área de desarrollo social, en ambos casos se manifiestan las mismas modalidades de intercambio:

- [...]a) intercambio de información;
  - b) consultas técnicas;
  - c) adiestramiento de especialistas
  - d) envío de expertos;
  - e) suministro y donaciones de equipos, muestras y materiales;
  - f) realización de cursos, seminarios, simposias, reuniones o conferencias,
  - y
  - g) otras formas de cooperación que sean acordadas por las partes
- [SRE,2000].

En cuanto al acuerdo de cooperación en materia de medicamentos entre la SS de los Estados Unidos Mexicanos y el Ministerio de Salud de la República de Panamá, se trata de un acuerdo de cooperación mutua en la que cada contraparte aporta los recursos financieros apropiados para el cumplimiento de sus actividades, con el objetivo de lograr las certificaciones ante la OPS sobre “Buenas Prácticas de Manufactura de Medicamentos”, para ello las partes se comprometen a transmitirse información mutuamente con estricta confidencialidad acerca de la información que cada parte transmite, así como de la información que cada parte reciba de la OPS:

- a) Informar a la otra parte acerca de la cancelación o revocación de un registro sanitario, así como de las reacciones adversas y cualquier deficiencia relacionada con los medicamentos,
- b) Mantener la comunicación acerca de la revocación o cancelación de un registro sanitario,
- c) Incorporar las medidas que agilicen el otorgamiento de registros sanitarios,



- d) Realizar los mejores esfuerzos para obtener la más alta certificación por parte de la OPS.

Además, en el caso de que alguna de las partes logre la certificación de la OPS como autoridad reguladora nacional nivel IV, promoverá apoyo técnico a la otra parte que se encuentre en proceso de certificación, incluyendo información sobre el proceso técnico, informativo y administrativo.

#### **4.4 Acuerdos y tratados suscritos por los Gobiernos y sistemas de salud de la región**

Por otro lado, se llevó a cabo un sondeo con las dependencias encargadas de la transparencia de los documentos que se firman como parte de las acciones de relaciones internacionales de la Dirección General de Relaciones Internacionales de la Secretaría de Salud Federal, sustentada en el Artículo 6 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, al igual que en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental de acuerdo al Reglamento y disposiciones del Manual Administrativo de Aplicación General. Que por medio de la Unidad de Enlace de la Secretaría de Salud atendió a las solicitudes de información.

Como respuesta a las solicitudes de información dirigidas a la DGRI de la SSA, cabe destacar que se encontraron documentos que brindan información sobre la cooperación en materia de Salud entre la Secretaría de Salud de México y los ministerios de salud de la región.

**Tabla 7 Acuerdos Internacionales vigentes y no vigentes suscritos por los ministerios de salud de la región centroamericana, la Secretaría de Salud de México y los gobiernos de México y los países de la región centroamericana 2000-2014**

Pais	Marco Jurídico	Fecha de Suscripción	Vigencia
Belice	Carta de Intención entre la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Ministerio de Salud de Belice	6 de junio 2000	No establece
Belice	Convenio de Cooperación en materia de salud entre la Secretaria de los Estados Unidos Mexicanos y el Ministerio de Salud de Belice.	27 de octubre de 2000	Dos años (concluida)
Guatemala	Carta de Intención de Cooperación en materia de Salud entre la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social de la República de Guatemala, para el establecimiento de una Comisión Fronteriza de Salud.	14 de noviembre de 2000	Indefinida.
Guatemala	Acuerdo entre el Gobierno de los Estados Unidos y el Gobierno de la República de Guatemala para establecer una Comisión de Salud Fronteriza México-Guatemala.	12 de mayo de 2003	Indefinida
Costa Rica	Acuerdo Complementario de Cooperación en materia de Salud entre el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de la República de Costa Rica	24 de Febrero de 2004	Cinco años (Concluida)
Honduras	Acuerdo Complementario de Cooperación en materia de Salud entre la Secretaria de Salud de los Estados Unidos mexicanos y la Secretaria de Salud de la Republica de Honduras.	24 de marzo de 2004)	Cinco años (concluida)
Costa Rica	Memorándum de Cooperación en materia de Atención a Quejas presentadas por usuarios de Servicios Médicos entre la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Ministerio de Salud de la República de Costa Rica.	5 de abril de 2006	Tres años (concluida)
Nicaragua	Acuerdo Complementario de Cooperación Científica y Técnica en materia de Salud entre la Secretaria de Salud de los Estados Unidos mexicanos y el Ministerio de salud de la Republica de Nicaragua.	28 de junio de 2007	Cinco años (Concluida)
Belice	Carta de Intención entre la Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Ministerio de Salud de Belice sobre colaboración en el Sector Salud.	24 de abril de 2008	No establece
Panamá	Acuerdo de Cooperación en materia de Salud entre la Secretaria de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y el Ministerio de Salud de la República de Panamá	20 de mayo de 2008	Cinco años (concluida)
El Salvador	Memorándum de Entendimiento entre la Secretaria de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, por conducto de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios y la Dirección Nacional de Medicamentos de la Republica de El Salvador	19 de febrero de 2013	No establece

	en materia de Regulación y Control Sanitario de Medicamentos, Insumos para la Salud y Productos Cosméticos.		
Costa Rica	Memorándum de Entendimiento entre el Ministerio de Salud de la República de Costa Rica y la Secretaria de Salud de los Estados Unidos Mexicanos sobre colaboración en el Campo de la Salud	17 de octubre de 2013	No establece

Fuente: Elaboración propia con fuentes primarias cedidas por la Dirección General de Relaciones Internacionales de la Secretaria de Salud.

En este caso, se decidió apuntar los resultados del sondeo sobre los acuerdos internacionales por orden cronológico, con lo cual, se observa que de los acuerdos que se habían pactado hasta el 2014, solo Guatemala y Belice conservaban hasta junio del 2014 las relaciones establecidas, con la Carta de Intención de la Secretaria de Salud por parte de México hacia el gobierno beliceño. Mientras que con Guatemala las relaciones se dan en el sentido de implantar una Comisión de Salud en la zona fronteriza, mismo que fue descrito en páginas anteriores. De tal manera que los instrumentos diplomáticos manejados en este periodo fueron:

**Tabla 8 Acuerdos Internacionales Vigentes y no Vigentes suscritos por la Secretaria de Salud de México y los países de la región centroamericana (2000-2014)**

Cantidad	Tipo de documento	Países	Años
3	Cartas de Intención	Belice Guatemala	2000 y 2008 2003
5	Acuerdos	Guatemala Costa Rica Honduras Nicaragua Panamá	2003 2004 2004 2007 2008
1	Convenio	Belice	2000
3	Memorándum	Costa Rica El Salvador	2006 y 2013 2013

Fuente: Acuerdos Internacionales Vigentes y no Vigentes suscritos por la Secretaria de Salud Federal y Centroamérica, SSA: 2000-2014.

Para poner en contexto la importancia de cada documento que se firma, hay que hacer la diferencia entre cada instrumento que se utiliza para cooperar en materia de salud en la región. En

primer lugar tenemos la carta de intención, que básicamente es el primer acercamiento para demostrar el interés por cooperar entre gobierno, instituciones o ciudades [SRE,2012].<sup>7</sup>

Vale la pena hacer una aclaración, acerca de la diferencia o similitud entre los convenios y los tratados: los tratados son celebrados entre el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y uno o varios sujetos de derecho internacional y precisan de la aprobación del Senado de la República para que surtan efectos en toda la nación” [SRE,1992]. Sin distinción, convenios y tratados buscan lograr un acuerdo en el que ambas partes se comprometan como sujetos de Derecho Internacional a cooperar en materia de salud.

Por lo que resta, un memorándum es una nota complementaria a un acuerdo o convenio, así como un recordatorio sobre aspectos importantes sobre otros instrumentos, o sin estar vinculado a otro. El Senado de la Republica lo define como:

Instrumento internacional de naturaleza menos formalista, concertado por Estados u Organizaciones internacionales, que suele utilizarse para precisar las disposiciones prácticas a tomar en aplicación de un acuerdo-marco internacional y/o reglamentar las cuestiones técnicas o de detalle, se presenta de manera general bajo la forma de un instrumento único y no requiere ratificación [SRE,2013:31].

Al observar detenidamente la tabla 4.3 podemos analizar cuáles han sido la prioridades para la CIMS en tres dimensiones, el área geográfica, el tiempo, y el tipo de documento que se suscribió. Con base en esto, tenemos que el instrumento mayormente utilizado fue el Acuerdo Internacional, que se promovió en 5 de los 8 países que componen el área de estudio, de los cuales 3 fueron suscritos por la Secretaria de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y los

---

<sup>7</sup> aunque el instrumento conocido como Carta de Intención es más común dentro de los lineamientos de la Cooperación Internacional descentralizada y para lograr hermanamientos entre ciudades, el mismo concepto es utilizado para definir las intenciones de tener un acercamiento para lograr un acuerdo o tratado internacional. Véase Secretaria de Relaciones Exteriores, “Dirección General de Coordinación Política,” *Modelo de carta de Intención* (2012 [citado el 14 de octubre de 2014] Secretaria de Relaciones Exteriores): disponible en <http://www.sre.gob.mx/coordinacionpolitica/index.php/documentos-guia>, también se puede consultar: Senado de la República. Glosario de terminología usual en materia de Derecho e Instrumentos Internacionales ( México: Centro de Estudios Internacionales Gilberto Bosques,2013), 13

ministerios de salud de Honduras, Nicaragua y Panamá, mientras que los otros dos fueron suscritos por los Gobiernos de México, Guatemala y Costa Rica.

Ahora bien, en orden de prioridad, de acuerdo a la importancia del documento y la cercanía con México, resulta importante mantener una relación de cooperación estable y fluida con Belice. Por cuestiones de seguridad social y salud, debido a la atención de personas y mercancías que traspasan las fronteras, pero también por las enfermedades transmitidas por vector y endémicas en la región, se necesita de información confiable y oportuna de ambas partes. Los documentos suscritos permiten intercambiar información, ya que gracias a estos tipos de cooperación los gobiernos de ambas partes serán capaces de diseñar actividades que permitan mejorar los indicadores de salud en la región. En adición la importancia de Belice para la CI que brinda México resulta patente al confirmar que existe un convenio de cooperación en materia de salud con Belice.

Otro actor importante en este caso es Costa Rica, con quien se firmaron 3 instrumentos: en primer lugar un acuerdo signado en el 2004 con una duración de 5 años, posteriormente dos memorándums, uno para cooperar en atención a quejas de derechohabientes en el año 2006 y el otro en 2013 para cooperar en el campo de la salud. En el caso de Costa Rica la cooperación está más orientada hacia las cuestiones de ingeniería clínica y atención a derechohabientes, es decir, en comparación con Belice, la cooperación con Costa Rica requiere de un nivel mayor en cuanto a las técnicas y tecnologías aplicadas a los problemas que se plantean.

Hasta aquí podemos caracterizar la CIMS desde los documentos oficiales de la Secretaria de Salud y la SRE a continuación se presenta la cooperación en materia de salud que forma parte de la DGCTC. Para reconocer mayores detalles y lograr una conclusión más amplia de las características que ha desarrollado en los últimos años la CIMS entre México y los países de la región centroamericana.

#### **4.5 Programas y Proyectos de Cooperación Internacional en Materia de Salud desarrollados por la Dirección General de Cooperación Técnica y Científica**

Durante los últimos años la CIMS de México ha sido extensa, abarcando a todos los países en la región. La variedad de documentos permiten reconocer el interés y alcance de México como donante. Aun así, es necesario reconocer el papel de la DGCTC para poder obtener mayores ventajas de la CIMS con los países de la región centroamericana.

Otros programas y proyectos de CIMS se desprenden de los informes anuales y bianuales de la DGCTC, en los que se define el interés de México por el área centroamericana para posicionarse como un actor activo en la colaboración de los problemas comunes y unilaterales que afectan a cada uno de los Estados nacionales de la región, que se desarrollan en zonas de interés económico o bien en áreas libres, en las que se reproducen las enfermedades exóticas y/o endémicas.

Para ello, se caracteriza el análisis de los programas y proyectos que desarrolló la DGCTC en el periodo 2000-2014,<sup>8</sup> dividido en seis áreas o sectores: ITS-VIH SIDA, enfermedades transmitidas por vector, determinantes sociales, medio ambiente y desastres naturales, ciencia y tecnología y recursos humanos,

Como complemento de las características de la CI se incluyen los años en lo que se realizaron las actividades, las instituciones y/o gobiernos que cooperaron o que fue beneficiario, en algunos casos se incluyen las acciones que se realizaron como parte de los diferentes eventos.<sup>9</sup>

Una vez que hemos obtenido las características de la CTC con los países de la región centroamericana, es momento de correlacionar los datos obtenidos por el número de proyectos que se han desarrollado en cada sector o área de interés para la CI, con el número de programas y

---

<sup>8</sup> El análisis es bastante más amplio y se abordan mayores detalles en cuanto a la duración de las actividades, la zona geográfica concreta en la que se desarrolló así como el presupuesto erogado para la realización de las actividades, para un análisis pormenorizado se recomienda ver esta tabla incluida en los anexos, asimismo se recomienda revisar los propios informes y reportes anuales de la DGCTC de la SRE.

<sup>9</sup> Como, pasantías, talleres, cursos, investigación, donaciones en especie, etc. Aunque los detalles se pueden encontrar en los anexos.

proyectos realizados por cada uno de los estados nacionales durante el periodo que abarca nuestra investigación.

**Tabla 9 Relación de programas y proyectos de cooperación técnica y científica por país (2000-2012)**

Sector/países	Belize	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	Centroamérica	Total general
ITS VIH/SIDA	1	X	1	X	X	X	X	8	10
Vectores	8 X		1	3	1	x	X	9	22
Determinantes sociales		X	X	X	X	X	X	11	11
Medio ambiente	1	1	X	3	5	1	X	4	15
Ciencia y Tecnología	3	10	4	X	5	2	1	8	33
Recursos Humanos	X	X	1	1	2	5	1	1	11
Totales parciales	13	11	7	7	13	8	2	41	102

Fuente: SRE/DGCTC 2000-2012.

En esta tabla se muestra la relación de las acciones que se desprenden de los programas y proyectos de la DGCTC, en la que se incluyen los datos totales que se tomaron como muestra y que corresponde a la cooperación regional, bilateral, trilateral y multilateral. Con esto se complementan las características que revisten a la CIMS, para analizar cuáles son las áreas o sectores que mayor demanda presentan para combatir los problemas de salud en la región. De esta manera, tenemos los datos en tablas y figuras que sirven de apoyo para ilustrar cuales han sido las áreas o sectores que mayores esfuerzos conjuntos emprenden. También se expresan la cantidad de documentos que se han firmado en términos porcentuales, para representar la equivalencia de la participación de cada uno de los países así como la importancia de la CIMS en toda la región.

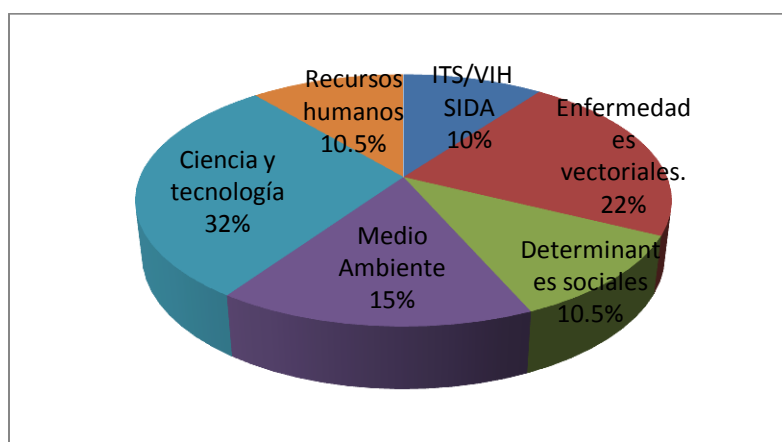
**Tabla 10 Cooperación técnica-científica por área o sector en número y en porcentaje (2000-2014)**

Área/sector	Programas y proyectos	%
Prevención y control de ITS/VIH SIDA	10	9.8
Control y monitoreo de enfermedades transmitidas por vector.	22	21.57
Determinantes sociales (Salud reproductiva, desnutrición)	11	10.78
Medio Ambiente y desastres naturales	15	14.71
Ciencia y tecnología Medicina/infraestructura	33	32.35
Recursos humanos (Administrativos y docentes)	11	10.78
Total	102	100

Fuente: SRE/DGCTC 2000-2014.

Tras la investigación documental, se localizaron un total de 102 instrumentos, basados en reuniones anuales, extraordinarias, únicas o por consenso de las partes, en las que se incluyen, las actividades, clasificadas para su estudio en seis sectores identificables por las características de la cooperación y los problemas que se atienden, en datos que puedan ser interpretados con mayor claridad.

**Figura 17 Estructura porcentual de las acciones Cooperación Técnica-Científica por área o sector (2000-2014)**



Fuente: SRE/DGCTC 2000-2014.



La estructura porcentual parte de considerar el total de las acciones y las áreas o sectores. Entonces como complemento de estas imágenes, podemos agregar que, el sector de ciencia y tecnología es el área que más se ha impulsado como respuesta para enfrentar los riesgos sanitarios en la región con un 32%, las enfermedades transmitidas por vector son la segunda área en la que mayores esfuerzos de CIMS se ejercen, con un total de 22 acciones que representan el 21%, principalmente como parte de la cooperación que incluye los esfuerzos conjuntos de la SSA y la OPS para la región. Pero también se hace énfasis en la importancia del monitoreo y prevención de las enfermedades vectoriales en la zona fronteriza como parte de las medidas sanitarias relacionadas al medio ambiente con un 15% de acciones dirigidas hacia este sector. .

En cuanto al sector de medio ambiente, se observa que los instrumentos de CTC se dirigen a la atención de emergencias en caso de desastres naturales, su prevención y sus consecuencias, en atención a las solicitudes de cooperación por las contrapartes afectadas por fenómenos meteorológicos y sísmicos, manejo de residuos sólidos y líquidos, mejoramiento del agua potable y monitoreo de la calidad del aire.

Las otras áreas de cooperación abarcan: VIH/SIDA el 10%, con énfasis en la atención a poblaciones móviles y áreas fronterizas. Mientras que el sector de recursos humanos y el área dedicada a las determinantes sociales ocupan, en ambos casos 11% de la CIMS. Es importante reconocer en este punto, el papel que desempeña México, a través del ISSSTE para capacitar a funcionarios del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. En lo que corresponde a las determinantes sociales, el 100% de las acciones de CTC se promovieron en todos los países de la región por igual como parte de las actividades de inversión en el desarrollo de la región a través de diferentes problemas como son: la atención a víctimas de mina antipersonal, salud reproductiva, diagnósticos de adicciones y nutrición. Sin embargo como dato particular tenemos que dicha cooperación se dio únicamente entre el año 2000 y el 2006.

Una vez que se han descrito las características de la CT así como las áreas de participación, veremos a continuación cual ha sido la participación de cada país en relación con los programas y proyectos de CIMS.

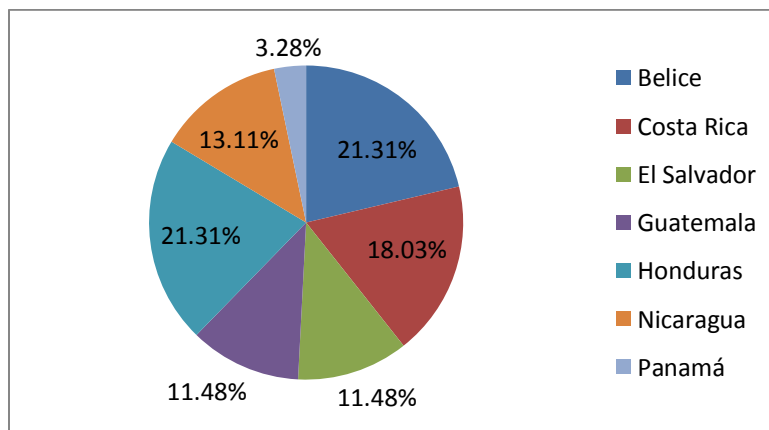
**Tabla 11 Número de programas o proyectos de cooperación técnica y científica por región o país en número y porcentaje (2000-2014)**

Área o región	Programas y/o proyectos	%
Belice	13	21.31%
Costa Rica	11	18.03%
El Salvador	7	11.48%
Guatemala	7	11.48%
Honduras	13	21.31%
Nicaragua	8	13.11%
Panamá	2	3.28%
Total	61	100.00%

Tabla 4.8. Fuente: SRE/DGCTC 2000-2014.

El país que mayor cooperación recibe por parte de México es Belice, por su importante papel de frontera en la zona sur con la que se tienen importantes antecedentes para el combate de las enfermedades vectoriales, atención y prevención del VIH/SIDA con énfasis en las poblaciones móviles y migrantes con un 21% del total de cooperación por países, la misma proporción que la cooperación con Honduras aunque las características de la cooperación con este último se da más en el marco de la ayuda humanitaria y el apoyo hacia los desastres naturales, mientras que con Costa Rica la cooperación se da mayormente en acciones de ciencia y tecnología, que abarcan el 18% de las acciones de CIMS.

**Figura 18 Programas y/o proyectos de cooperación técnica-científica (2000-2014)**



Fuente: SRE/DGCTC 2000-2014.

Entonces, podemos observar cuales han sido las actividades que más se promueven en materia de salud en la región, cual ha sido el área geográfica de mayor prioridad. Y las instituciones que intervienen dentro de los programas y proyectos de CTC que es coordinada por la DGCTC. A continuación se analiza la situación actual de la CIMS entre México y Centroamérica para ir cerrando esta investigación, hacer las conclusiones correspondientes y tratar de responder a las preguntas de investigación asimismo a la hipótesis.

#### **4.6 Situación actual de la Cooperación Internacional en Materia de Salud entre México y Centroamérica**

En lo que respecta a los últimos años, la CIMS se ha llevado a cabo principalmente bajo la coordinación de la Iniciativa 2015, que durante el periodo de 2010-2012 se encargó de la actualización de los sistemas de salud con el apoyo de la OPS y el BID. A partir de julio del 2014 se han dado a conocer los lineamientos que han seguido los países centroamericanos para la planeación de una iniciativa que contempla la mejora de la atención de los servicios de salud, reportes del análisis de la situación de salud en cada uno de los países participantes. Planes maestros para el combate al dengue, estrategias nacionales para la salud reproductiva, análisis de políticas, normas y protocolos, así como estudios de costo por intervenciones, inversión en salud para la protección social de la niñez y la adolescencia, estudios de costos clínicos, estudios sobre barreras de demanda y oferta. Estos estudios son la antesala de los proyectos a construir para el futuro, por lo que en lo próximo sería conveniente llevar a cabo un análisis de los resultados de esta forma de participación regional, así como retomar la importancia de las relaciones internacionales y diplomáticas para la CT entre México y los países Centroamericanos.

Cualquiera que sea el mecanismo, se reconoce que la CT en salud es un proceso en dos sentidos y que todas las naciones, independiente de su nivel de desarrollo,

se benefician de él. Esta dimensión es mucho más que la transferencia de conocimientos y recursos de los que tienen a los que no tienen; es una actividad compleja sobre la que influyen diversos factores, como el grado de desarrollo de cada quien, los valores y la cultura, el idioma de los países y la concepción de solidaridad prevaleciente en las partes [OPS,2005:99].

Así pues, la responsabilidad para sobrellevar las acciones en salud hasta 2009 se basó en esquemas de apoyo técnico unilateral y de costos compartidos. Sin embargo, cada vez más es responsabilidad de los países sustentar con recursos propios los programas y proyectos de actualización y capacitación de recursos humanos.

De modo que, en la actualidad el marco jurídico vigente de México que rige la dirección de la CI es el Programa Sectorial de Relaciones Exteriores 2013-2018 sustentado en los preceptos de la Constitución Política a través de sus artículos 25 y 26 y la Ley de Planeación (DOF del 5 de enero de 1983) en el que:

Centroamérica constituye una región estratégica. Nuestra Frontera Sur es puerta de entrada a América Latina. México debe desplegar estrategias coordinadas con Guatemala y Belice para superar los desafíos comunes a la seguridad y al desarrollo, y avanzar en el establecimiento de una frontera más moderna, eficiente, próspera y segura [DOF, 2013: 15-16]

En este nuevo marco jurídico se redefinen las relaciones bilaterales, con el objetivo de ampliar la participación de México en la región centroamericana. Además, se compromete a cumplir los tratados internacionales en materia de salud en el marco de los derechos humanos, así como el impulso de nuevos esquemas de CI en salud pública que para fortalecer capacidades locales y regionales requieren de una voluntad política más agresiva y menos retórica.

Otros sucesos importantes para la CI en salud en la región, lo representa la agenda de la AMEXCID 2014 [SRE, 2013] en la que resaltan la reunión Mixta de CTC con Belice con el objetivo de negociar el Programa de CTC 2014-2016, así como la Reunión de la Comisión Mixta de CTC con Panamá, con el mismo objetivo de definir el programa de CTC 2014-2016 además

de la Quinta Reunión Ministerial de Salud bajo la presidencia pro tempore a cargo de Panamá el 6 de diciembre de 2013.

En lo que respecta al cumplimiento de los programas y proyectos, se muestra una respuesta baja por parte de los países de la región. Un ejemplo es Belice donde solo se concluyeron el 54% de los programas y proyectos [AMEXCID,2012] mientras que con Costa Rica se cubrieron el 76% de los programas y proyectos destinados a la colaboración mutua. "Cabe destacar, que Costa Rica es el único país centroamericano con el cual México desarrolla proyectos de investigación científica y tecnológica, expresión que revela por sí misma los alcances asociados a los intercambios entre ambos países" [SRE, 2014]

Entre las últimas acciones de cooperación que se han desarrollado entre los países de Centroamérica y México, está, la última reunión; celebrada el 13 de marzo de 2014 con motivo de los preparativos de la reunión del Proyecto Mesoamérica [SRE, 2014] celebrado a finales del mismo año, en el marco de la XIV Cumbre del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, para lo que se reunieron los comisionados presidenciales de Belice, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana, en el que se revisaron proyectos susceptibles de ser presentados a los presidentes en dicha reunión.

Por lo anteriormente expuesto, es momento de emitir algunas conclusiones y recomendaciones sobre el estado actual de la CIMS, con el objetivo de utilizar el conocimiento adquirido durante esta investigación. El papel de México como actor clave para desarrollar acciones en materia de salud, se deriva del alcance de las acciones emprendidas por la SRE a través de la DGCTC así como de los perfiles de los sistemas de salud durante el proceso de cambio y reforma apoyado por la OMS y la OPS. Todo esto con el fin de dar algunas respuestas a las preguntas de investigación planteadas, así como para corroborar o refutar la hipótesis de trabajo que ha orientado el sentido las variables que se analizaron a través de los instrumentos internacionales y diplomáticos registrados por la SRE y la DGRI de la Secretaría de Salud.

## Conclusiones

Realizada la investigación, se puede establecer que los resultados están en función de los procesos históricos y sociales que marca el tipo de CI de México hacia el exterior. Las limitantes y la investigación sobre la base documental, así como las características de la CIMS entre México y los países de la región centroamericana están condicionadas por el proceso de interdependencia entre semiperiferia y periferia, como parte de las relaciones entre Estados-Nacionales del sistema mundo.

Bajo esta perspectiva, México se ha suscrito a diversos acuerdos internacionales, que orientan la CI en la época actual. A partir del año 2000, se identificaron, tres momentos fundamentales a escala global para la CI, con repercusiones para la región centroamericana. El primero de ellos en el año 2000, con la Declaración del Milenio de la ONU, con el cual se refrendó la voluntad de las naciones por cooperar por el bien común. A partir de ese momento se empiezan a transformar las relaciones entre los países hasta concluir con los ODM, que marcan las prioridades económicas, políticas y sociales que deberán ser atendidas por medio de acciones concretas por parte de los países como miembros de la ONU.

En relación con estos ODM, en la región centroamericana, para el caso de la atención a mujeres embarazadas y salud reproductiva, los datos que se desprenden del análisis indican que de seguir estas tendencias el indicador dedicado a mejorar la salud materna no se cumplirá.

Un segundo momento para comprender la importancia de dichos instrumentos en las relaciones de CIMS en la región, fue el Consenso de Monterrey en 2002, en el cual se propone una mejor orientación del financiamiento, pero a su vez se opta por la búsqueda de nuevos donadores dentro de la iniciativa privada. Sobre todo para atraer Inversión Extranjera Directa, transferible desde los grandes centros económicos hacia la periferia lo que ya representa una desventaja, puesto que los capitales son sustraídos de la periferia. De tal manera, su vulnerabilidad es patente sociedades explotadas por los grandes centros económicos, lo que implica una brecha que impide atender los problemas de salud de la mayoría de las poblaciones de los países de la región.

Como tercer momento, tenemos la Declaración de París en 2005, que apuntó una vez más en dirección de aumentar la eficacia de la Ayuda al Desarrollo. Se trata de la promoción de medidas para agilizar los procesos de cooperación en la región, alineando sus prioridades a las propuestas de los donadores, eliminando la duplicidad de las acciones por distintas dependencias, dando certidumbre a los fondos, con el fin de aumentar el volumen de la ayuda y su eficacia. Sin embargo, los resultados de esta investigación indican que en Nicaragua, al menos durante este periodo, existieron casos de duplicación de actividades por diferentes actores en asuntos de medio ambiente y reducción de riesgos sanitarios.

El carácter ideal de la CI se presenta como instrumentos diplomáticos. Sin embargo, en los términos que se brinda la cooperación de México hacia los países de la región centroamericana, los receptores no pueden considerarse titulares de los fondos de la cooperación. Puesto que son actividades diseñadas con antelación para atender las prioridades de la región, que presentan un interés para la seguridad sanitaria en México, que a su vez dejan de ser congruentes a las necesidades de la región centroamericana.

Así, a través del estudio histórico y socio político de las condiciones de los sistemas de salud, se puede observar la influencia de los grandes centros económicos en las relaciones de poder, que ponen en desventaja a los países subdesarrollados, de modo que la capacidad para cooperar económicamente por parte de México hacia los países de la región es muy inferior, si se compara con el resto de países pertenecientes a la OCDE o con los grandes donadores históricos con relaciones post coloniales, como Reino Unido, España y Francia.

Sin embargo, vale la pena rescatar que la CIMS, que se promueve por parte de México le sirvió para posicionarse como actor participante para el desarrollo de la región durante los primeros 7 años del nuevo milenio. Aunque de modo contrario, se puede afirmar, que la tendencia es hacia la reducción de la CIMS en la región, sobre todo en los últimos 5 años. Por cuestiones geopolíticas los mecanismos de cooperación muestran una tendencia hacia la reducción del papel de los Estados, con una mayor participación de donadores privados y otras organizaciones internacionales no gubernamentales.

En general, a partir del 2010 México ha reducido su papel como un actor clave en el desarrollo de la salud de la región, mientras que las instituciones Bretton Woods, como el BM y el FMI fomentan las actividades de CIMS, de acuerdo a los intereses de las economías centrales, lo que representa ya un condicionamiento. De modo que la CIMS en la región ha tomado otros canales diferentes al oficialismo y a las relaciones diplomáticas, para virar en dirección a un sistema de cooperación privada en el que predomina la participación de las instituciones Bretton Woods, fundaciones altruistas y organizaciones privadas que atienden una vez más a las prioridades de los grandes centros económicos.

Los elementos recabados en ese sentido afirman que en la actualidad el BM, el FMI y el BID principalmente, manejan los fondos de inversión al desarrollo, y planean las políticas que han de seguir los procesos de cambio y reforma en el sector salud, que resulta ser la base de los préstamos, que han de ser utilizados para adquirir tecnologías y medicamentos de los países desarrollados. De esta manera el BM, el FMI y los países centrales conservan su posición dominante al interior de los países de la región; después de todo, ellos aportan más del 90% de la CI a la región, siendo la participación de México a escala Mundial apenas del 1%. Las economías centrales buscan orientar las capacidades de los países para combatir los problemas que preocupan a los países industrializados, lo que se demuestra en las prioridades de los ODM para la región.

Algunas debilidades durante la realización de esta investigación fueron, en algunos momentos, la falta de actualización de las fuentes de manera oportuna, así como la falta de archivos, sobre todo de las agendas, que permitieran cuantificar las acciones que se programaron contra las que se realizaron, aunque como parte de la literatura algunas fuentes sugieren que la falta de compromiso y la corrupción intervienen como causa en los retrasos o cancelación de los programas de CI en la región.

Tras haber analizado la historia de la AMEXCID. Se identificó que durante los últimos 20 años se ha fomentado una debilidad institucional al interior de la SRE, que le ha valido la pérdida de diferentes iniciativas, al cancelar y retomar las responsabilidades que se transmiten a cada nueva dependencia a cargo de la DGCTC.



Una limitante en el estudio de la CIMS, fue la dedicación exclusivamente al papel oficial de la CI, es decir, a través de los canales oficiales, la SSA y la SRE, ya que, para cubrir el papel del resto de los actores que participan es una tarea que supera los objetivos aquí planteados.

Si bien se ha observado que México como país semiperiférico le permite una diversidad mayor de posibilidades para cooperar, estas mismas posibilidades se reducen en cada uno de los estados nacionales debido a su menor desarrollo en el sistema productivo. Por lo que en algunos casos como el de Panamá no se coopera en casi en ningún término en materia de salud ocupando solo el 2% de la cooperación en materia de salud de la región, con México.

En mi opinión, el problema de la disminución de CIMS entre México y la región se recrudecerá conforme las reformas estructurales permitan menos derechos a los ciudadanos y permitan a la vez una penetración mayor de la iniciativa privada. Esto significa, que satisfaga las necesidades de la población derechohabiente con capacidad de pago, lo que segmenta y fragmenta aún más los servicios sanitarios públicos.

En lo referente a los acuerdos y tratados internacionales, los convenios de cooperación, programas y proyectos analizados en base a los documentos y fuentes documentales directas, así como los derivados de los informes semestrales y anuales del 2000 al 2014, indican que la CIMS no se ha visto interrumpida, entre México y Centroamérica. Sin embargo, la información que fluyó del interior de la DGCTC entre el 2007 y el 2009 fue menor. Aunque a partir del 2010 se restableció.

Con base en lo anterior, se proponen algunas sugerencias para mejorar la situación de la CIMS hacia Centroamérica. Sin importar que se traten de beneficios en especie, donaciones o crédito, México, desde que se definió su situación como país donante, tiene la responsabilidad de hacer lo que este a su alcance para mejorar las condiciones de salud de los habitantes de la región, al tiempo que garantice las condiciones de igualdad en todas las áreas la república mexicana, con la convicción de lograr cabalmente los objetivos que se proponen a largo plazo.

Por otro lado, durante estos años la regulación e introducción de nuevos medicamentos a los sistemas de salud de la región, representan una oportunidad viable para cooperar en materia de salud en la región, ya que, la industria farmacéutica mexicana es consolidada, posicionada con gran importancia en América Latina. Entre las debilidades en materia de fármacos en la región

se identificó la necesidad de introducir, un listado de fármacos y sus equivalentes, un monitoreo adecuado de los precios, la regulación de los precios a cargo de los sistemas de salud y los subsidios considerados por los Estados Nacionales. Estos elementos representan una oportunidad para mantener las relaciones técnico-científicas, en salud de la región.

Una sugerencia más, se da en dirección de los recursos humanos en salud, ya que es otro de los problemas que persisten como parte de los sistemas de salud en la región a lo que se suma la tendencia hacia el desgaste y el desuso de los equipos tecnológicos para análisis diagnósticos e intervenciones quirúrgicas, debido a la falta de personal capacitado que le brinde servicios de mantenimiento preventivo y correctivo a los equipos. En este punto, tanto la transferencia de medicamento, como de equipo médico e infraestructura, que está por cumplir su tiempo de vida útil, puede ser transferido a las zonas necesitadas de la región a la vez que se aprovechan las capacidades técnico científicas para brindar asesoría y soporte técnico en recursos humanos y tecnológicos en la región.

Otras opciones importantes para impulsar la CIMS lo representa, la promoción de estilos de vida saludable con diferentes fines, tratando de evitar las conductas que reproducen la violencia, la importancia de la re significación del papel de la mujer en la sociedad en países como honduras, el Salvador y Nicaragua, así como la promoción de la educación técnica y universitaria en los países con menos recursos humanos en salud, como Honduras, el Salvador y Guatemala. Y en general la atención de las zonas rurales, seguridad social, entre otros.

Aún quedan muchos nichos de conocimiento por investigar y problemas que requieren de su manejo multidisciplinario, desde las enfermedades crónico degenerativas, las infecciones, las enfermedades transmitidas por vector y cualquiera de las seis áreas que se analizan. Podemos decir que los problemas no han sido superados y se acumulan en la región, por lo que es importante en futuras investigaciones, ahondar en el papel que pueden desarrollar las instituciones ligadas a la SSA como la CENAVECE, el CENETEC y la COFEPRIS, para la atención de los riesgos sanitarios en la región.

Otra propuesta es desarrollar proyectos de investigación social sobre la situación de salud en la región del istmo centroamericano con énfasis en la evaluación de los resultados de los últimos cinco años en esas dos grandes iniciativas, los ODM y la Iniciativa Salud 2015. Entre los

actores que pudieran participar de nueva cuenta, se encuentra la Fundación Bill y Melinda Gates y la Fundación Carlos Slim de la Salud, en colaboración con el COMISCA, la OPS y el Proyecto Mesoamérica, entre muchos otros.

## ANEXOS

### Anexo 1 Programas y proyectos dirigidos por la Dirección General de Cooperación Técnica y Científica en materia de Salud entre México y Centroamérica 2000-2014

Año	País/países	Programa o proyecto	Instituciones.	Objetivos/ Acciones
2000	Centroamérica.	Mejoramiento de la Calidad del Agua Potable y apoyo a la conformación del Plan de Acción de Recursos Hídricos de Centroamérica	Comisión Nacional del Agua (CNA), Comité Coordinador Regional de Instituciones de Agua Potable y Saneamiento de Centroamérica, Panamá y República Dominicana (CAPRE) y la OPS.	disminuir y controlar los riesgos a la salud relacionados con la calidad del agua potable
2000	Centroamérica	Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA con Especial Atención a Población Migrante	Consejo Nacional para la Prevención y Control de SIDA (CONASIDA)	Difundir los elementos conceptuales para el abordaje del SIDA en los países de la región. Para la reproducción de experiencias para la prevención de ITS/VIH/SIDA, en la Frontera Sur de México, así como brindar asesorías sobre planeación y capacitación Básica para abordar estas enfermedades.
2000	Centroamérica	Salud Reproductiva y Atención Perinatal		
2000	Centroamérica	Fortalecimiento de la Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores	Centro de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud OPS	Coadyuvar a la reducción de la mortalidad y la morbilidad provocadas por enfermedades endémicas en Centroamérica y México, en particular el paludismo y el dengue
2000	Centroamérica	Paquete Básico de Salud Escolar	IMSS	Proporcionar una herramienta para brindar atención médica integral a los alumnos de educación básica y a sus familias
2000	México, Canadá OPS	Atención de Víctimas antipersonal en Centroamérica	OPS	
2000	México Canadá Estados Unidos	“Agua limpia en Centroamérica”		
2000	Costa Rica	“Cooperación en materia de salud ambiental México-Costa Rica”.	Instituto Nacional de Ecología (INE) de la SEMARNAP	Visitas a rellenos sanitarios y a centros de elaboración de compostas
2000	Costa Rica	Apoyo a la creación de la	IMSS	Capacitación para el diseño

		Clínica Oftalmológica del Hospital México	CCSS	de una clínica oftalmológica.
2000	El Salvador	“Reingeniería y calidad total en el proceso de modernización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)”	Secretaría de Salud del Gobierno de SLP	Formación de recursos humanos, formando líderes de calidad en salud.
2000	Guatemala	Cooperación Técnica y Científica	UNAM UAMOR USAC CONCYT	Profesionalización de parteras y de la medicina a través de la transferencia de personal docente hacia Guatemala
2000	Honduras	Cooperación Técnica y Científica	SSA IMS MSPH Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Instituto Nacional de Pediatría Hospital Escuela Tegucigalpa	Disminución de riesgos laborales en laboratorios clínicos. Capacitación del personal docente Desarrollo del servicio de genética médica
2000	Honduras Guatemala	Salud reproductiva y atención perinatal	SSA	Misiones de Seguimiento con el fin de mejorar las condiciones de salud de los países centroamericanos
2000	Nicaragua	Programa de capacitación a funcionarios del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS)	ISSSTE INSS	Capacitación y coordinación del Sistema Nacional de Atención a Derechohabientes
2001	El Salvador		Programa Nacional de Enfermedades Crónicas e	
2001-2002	Centroamérica	Proyecto Regional de Vigilancia Epidemiológica en Atención a Desastres provocados por fenómenos naturales	Ministerios de salud de Costa Rica, El Salvador, Honduras, Guatemala, Nicaragua y Panamá,	se impartieron los cursos: "Respuesta Sanitaria ante un desastre" (septiembre 2001) y "Adaptación del software Epidesastres" (abril 2002),
2001-2002	Centroamérica	Proyecto Fortalecimiento de la Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vector.	36 Especialistas	Reunión de trabajo sobre el Dengue, otra sobre el paludismo, en el que participaron especialistas. Así como dos reuniones sobre paludismo y dengue.
2002	Centroamérica	<i>Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA con Especial Atención a Población Migrante</i>	SSA La Secretaría de Salud (SSA), a través del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) y del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)	“Curso Intensivo sobre VIH/SIDA: Vigilancia, Prevención y Atención”
20002	México	Reunión México-	Reunión bilateral	Reunión de trabajo.

	Belice Guatemala	Guatemala sobre paludismo, dengue y oncocercosis.  Reunión México- Belice sobre paludismo, dengue y leishmaniasis	México-Guatemala  Reunión bilateral México-Belice	Reunión de Trabajo
2001	El Salvador	Programa para la atención de brote de dengue	SSA MINSA	Atención a enfermedades transmitidas por Vector
“2002	Nicaragua	Programa de Cooperación Técnica.  Fortalecimiento de la especialidad de ortodoncia.  Estudio de gestión de recursos humanos	Universidad Autónoma de Nuevo León} Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-León)  MINSA	Asesoría a docentes
2002	Panamá	Programa de CTC  Integración de la Medicina tradicional a la académica  Capacitación en el diagnóstico por la imagen de resonancia	UNAM Ministerio de Salud de Panamá  MSP Instituto Nacional de Neurología y Neurociencia	Misión técnica para entrevistar a funcionarios  Capacitar en principios físicos de la modalidad de imagen de resonancia.
2003	Centroamérica	Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA con Especial Atención a Población Migrante	SSA CENSIDA INSP  Embajadas de México en Centroamérica distribuyeron Manual de capacitación Prevención de las ITS y el VIH/SIDA con mujeres en Contextos de Comercio Sexual, elaborado por el CENSIDA	Fortalecer la educación para la prevención y control de ITS/VIH/SIDA  III Tercer Congreso Multidisciplinario de ITS/VIH/SIDA,
2003	Centroamérica	Fortalecimiento de la Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores	Centro nacional de Vigilancia Epidemiológica Secretaria de Salud de México y Ministerios de Salud de Centroamérica	Curso-Taller Belice-Guatemala-México para la prevención y el control de enfermedades transmitidas por vectores Curso-Taller para fortalecer la vigilancia, diagnóstico, prevención

				<p>y control de encefalitis del Oeste del Nilo</p> <p>Intercambio de información referente a protocolos, normas y metodologías de vigilancia epidemiológica, manejo clínico y tipos de diagnósticos en humanos y animales.</p>
2003	Centroamérica	Promoción de la salud familiar, escolar y comunitaria de los municipios de México y Centroamérica	La Secretaría de Salud, el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) y los Ministerios de Salud de los países centroamericanos	Mejorar la calidad de vida de la población mediante la promoción de la salud familiar, escolar y comunitaria en los municipios
2003	Centroamérica	Diagnóstico Mesoamericano de Adicciones	Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y los Ministerios de Salud de la región centroamericana	Contribuir con los países de la región a enfrentar el problema de las adicciones con el apoyo de los sistemas de salud nacionales
2003	Costa Rica	Programa de ingeniería clínica y gestión tecnológica	<p>Secretaría de Salud y la Sociedad Mexicana de Ingeniería Clínica (SMIC)</p> <p>Centro Nacional de Rehabilitación (CNR)</p> <p>Departamento de Ingeniería Biomédica en hospitales costarricenses"</p>	<p>Taller de Ingeniería Clínica para funcionarios de la CCSS</p> <p>Pasantía de seis técnicos de la CCSS en la SSA y en la SMIC</p> <p>Pasantía de 9 funcionarios de la CCSS en: CNR, Hospital Ángeles, Instituto Nacional de Nutrición, Instituto de Enfermedades respiratorias y el Instituto de Cancerología,</p>
2003	El Salvador	Estudio de los principios activos con efecto en el sistema inmunológico presentes en la planta PA	<p>Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP)</p> <p>Centro de Investigaciones en Ciencias de la Salud de la Universidad de El Salvador (UES)</p>	Pruebas de toxicología reproductiva en la planta; muestras para conocer el proceso de purificación de fracciones activas de la muestra seca de <i>Petiveria allacea</i> .

2003	Nicaragua	Programa de capacitación a funcionarios del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS).	INSS ISSSTE	Curso Servicio y Atención al Derechohabiente, en el que participaron más de 100 funcionarios
2004	Centroamérica	<i>Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA con Especial Atención a la Población Migrante</i>	Comisión Mexicana para la Cooperación con Centroamérica, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA), responsable del proyecto, y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP),	<i>Taller Mesoamericano sobre poblaciones móviles de VIH/SIDA: Construyendo redes</i>
2004	Centroamérica Belice Guatemala  Nicaragua Honduras El Salvador	<i>Fortalecimiento de la Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores</i>	CENAVECE	<i>Curso Trinacional Belice-Guatemala-México Asesoría y capacitación en materia de vectores a personal directivo y operativo de los Ministerios de Salud Nicaragua Honduras El Salvador</i>
2004	Centroamérica	<i>Promoción de la Salud Escolar, Familiar y Comunitaria en los Municipios de México y Centroamérica</i>	SSA INCAP	<i>Fortalecer la salud familiar, escolar y comunitaria</i>
2004	Centroamérica	<i>Diagnostico Mesoamericano de Adicciones</i>	CONADIC	<i>Recabar información para apoyar la elaboración de estrategias contra a prevención, atención y tratamiento de rehabilitación</i>
2004	Belice	<i>Vigilancia y prevención de la rabia</i>	Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE) de la SSA  MINSA	<i>Reforzamiento de campañas de vacunación</i>
2004	Costa Rica	<i>Programa de Ingeniería clínica y gestión tecnológica</i>	El Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC de la SSA  CCSS	<i>Inspección para elaborar un programa de mantenimiento preventivo y correctivo,</i>  Diversos cursos sobre temas de seguridad y Anatomía y capacitación profesional.
2004	Honduras	<i>Fortalecimiento del área de hematología del departamento</i>	SSA	<i>Impartir un curso teórico practico sobre el diagnostico hematológico.</i>



		<i>de microbiología de la UNAH.</i>		
2004	Nicaragua	<i>Programa de capacitación a funcionarios del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS)</i>	INSS ISSSTE	<i>Cursos de capacitación para analizar la operatividad en los procesos administrativos del ISSSTE para aplicarlo a la realidad nicaragüense</i>
2005	Belice	V Reunión de la Comisión Binacional	Secretario de Relaciones Exteriores de México, Doctor Luis Ernesto Derbez Bautista, y por el Ministro de Relaciones Exteriores de Belice, Honorable Godfrey P. Smith.	Durante este periodo 2004-2005 se analiza la situación actual de los programas y proyectos emprendidos en los últimos años con lo que realizan varias reuniones para reafirmar la disposición de México para revitalizar la Cooperación Técnica-científica y la Educativo-cultural. Principalmente a lo que respecta a las ITS/VIH/SIDA
2005	Centroamérica	Prevención y Control de ITS/ VIH/SIDA con Especial Atención a la Población Migrante	CONASIDA	Mejorar las condiciones de vida de la población migrante, en un contexto de riesgo de ITS VIH/SIDA
2005	Centroamérica	Fortalecimiento de la Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores	CENAVECE y ministros de salud de los siete países de la región	Asesoría y capacitación a personal directivo y operativo
2005	Centroamérica	Diagnóstico Mesoamericano de Adicciones	CONADIC	Elaboración de los diagnósticos de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas
2005	Centroamérica	Modelo de Arbitraje Médico	Consejo Nacional de Arbitraje Médico y os ministros de salud de Centroamérica.	Cursos para la atención de problemas judiciales Médico
2005	Centroamérica	Actualización en Prevención y Rehabilitación de la Discapacidad.	CNR	Capacitación en técnicas de Neurofacilitación
2005	Centroamérica	Modelo de Seguridad en Salud.	SSA CENAVECE	Ofrecimiento de cooperación en caso de desastres y epidemias
2005	Centroamérica	Salud y Nutrición en el Desarrollo Humano	INSP INCAP	Incrementar la inversión en el desarrollo humano
2005	Costa Rica	<i>Proyecto: Programa de Ingeniería Clínica y Gestión Tecnológica</i>	CENETEC CCSS	Desarrollar y sostener la ingeniería clínica y la gestión tecnológica
2005	El Salvador	Fortalecimiento al programa nacional de prevención, atención y control de las ITS/VIH/SIDA	SSA CENSIDA MSPAS (El Salvador)	Diplomado en actualización en salud pública y epidemiología

		Evaluación del impacto de la altura de la Ciudad de México y a nivel del mar en San Salvador, sobre los programas de rehabilitación pulmonar	SSA/Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias  Instituto Salvadoreño del Seguro Social / Hospital Neumológico.	
2005	Honduras	Carrera corta de terapia de lenguaje  Asesoría de terapia Funcional  Fortalecimiento del área de Hematología	CNR  UNAH	Curso sobre terapia de lenguaje  Diagnóstico de los intereses de los estudiantes de terapia funcional
2005	NICARAAGUA	Programa de Capacitación a Funcionarios del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS)	INSS ISSSTE	<i>Cursos Estadística Actuarial y Cartera Vencida a 70 funcionarios del INSS</i>
2006	Centroamérica	Fortalecimiento de la Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores	Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE) OPS	Diplomado de actualización: Entomología y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores con Énfasis en Malaria
2006	Centroamérica	Diagnóstico Mesoamericano de Adicciones	CONADIC Dirección General de Epidemiología de la SSA ONUDD	Taller de Capacitación: Metodología para un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones
2006	Centroamérica	Modelo de Arbitraje Médico	Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)	De este instrumento se produjo un acuerdo con Costa Rica para la Atención de Quejas hechas por Derechohabientes
2006	Centroamérica	Actualización en Prevención y Rehabilitación de la Discapacidad	Instituto Nacional de Rehabilitación INR	Curso de Capacitación en Técnicas de Neurofacilitación en Evento Vascular Cerebral  Curso de Capacitación en

				Diseño y Elaboración de Órtesis y Prótesis del Sistema Músculo-Esquelético  Formación de recursos humanos.
2006	Centroamérica	Salud y Nutrición en el Desarrollo Humano	INSP INCAP	Durante el taller los representantes de los seis países participantes presentaron catorce programas de alimentación y nutrición, una vez revisados todas las propuestas se trabajó en sólo nueve de ellas
2006 (2005-2007)	Belice	Fortalecer al Ministerio de Salud en Cuanto a Enfermedades Transmitidas por Vector	CENA VECE	Pasantías de funcionarios de Belice en el CENA VECE  Visita de expertos del CENA VECE en Belice para capacitación sobre el dengue hemorrágico y  Capacitación para la eliminación de criaderos de anofelinos
2006	Belice	Capacitación de Personal en VIH/SIDA	INSP  Un médico del Ministerio de Salud de Belice	VII Diplomado Multidisciplinario sobre VIH/SIDA: Diagnóstico y Respuesta Estratégica
2006	Belice	Capacitación en Epidemiología	Un técnico del Ministerio de salud de Belice INSP	Capacitación
2006	Costa Rica	Salud Mental de la Niñez y Psiquiatría Infantil	CCSS Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan Navarro"	Promover la salud mental de las personas menores de edad a través de un seminario transmitido por 3 especialistas mexicanos.  Pasantía de personal Costarricense en Instituciones Mexicanas.
2006	Honduras	Fortalecimiento del Área de Hematología del Departamento De Microbiología de la UNAH.	Instituto Nacional de Pediatría (INPED) de la Secretaría de Salud  Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH)	Curso teórico-práctico de coagulación impartido por especialistas mexicanos
2006	Honduras	Fortalecimiento de la Capacidad Técnica en	Asociación Mexicana de Equitación	Curso sobre Hipoterapia y Equinoterapia

		Hipoterapia Aplicada a Niños con Lesión Cerebral	Terapéutica, A.C.	Capacitación y formulación de nuevos centros de equinoterapia en Centroamérica
2007	Centroamérica	“Actualización en prevención y rehabilitación de la capacidad	ND	Curso sobre rehabilitación cardíaca  Curso Rehabilitación para el Trabajo
2007	Centroamérica	“Taller Mesoamericano para la Vigilancia, Prevención y Control de las Enfermedades Transmitidas por Vector, con énfasis en Participación Comunitaria	SSA CENA VECE	Curso de actualización de recursos humanos.
2007	Centroamérica	“Octavo Diplomado Multidisciplinario sobre VIH/SIDA: Diagnóstico y Respuesta Estratégica”	INSP	Curso de Capacitación para la formulación, conducción y evaluación de programas de atención, promoción y evaluación del VIH/SIDA
2005-2007	Belice	Capacitación en Vigilancia Epidemiológica, Prevención, Control y/o Erradicación de Enfermedades Exóticas y/o Endémicas en Áreas Libres o de Importancia Económica para México y Belice	Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad y Calidad Agroalimentaria (SENASICA)  Belize Agricultural Health Authority (BAHA)	Taller de diagnóstico en técnicas de vanguardia y reconocimiento de la influenza aviar y enfermedad de Newcastle  Capacitación en Sistemas de Inspección de Alimento de Origen Animal (Incluyendo análisis de laboratorio de muestras oficiales de alimento).
2007	Belice	En el Marco del programa bienal de Cooperación Técnica-científica 2005-2007.	Hospital de la Mujer de la SS	Curso sobre manejo de equipo en Colposcopia
2007	Costa Rica	Programa de ingeniería clínica y gestión Tecnológica.	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud de la Secretaría de Salud de México CCSS	incorporar, Desarrollar y sostener la ingeniería clínica y la gestión tecnológica en la CCSS, en tres rubros: Información técnica para la toma de decisiones, capacitación de funcionarios y certificación en ingeniería clínica. A través de pasantías, asesorías y participación en cursos.
2009	Centroamérica	se realizaron trabajos de investigación conjunta para conocer la diversidad	ND	ND

	Costa Rica Nicaragua Honduras	genética del virus de la Hepatitis B en poblaciones de México, Costa Rica, Nicaragua y Honduras;		
2010	Guatemala Belice Honduras	Guatemala- Tormenta Ágata Honduras-brote de dengue y dengue hemorrágico.  Belice- afectaciones huracán Richard		Ayuda humanitaria y cooperación para prevención de desastres  Crisis alimentaria. Entrega de despensas. Medicinas, equipo y capacitación
2010	Costa Rica	"Salud Mental de la niñez y psiquiatría infantil, fase I y II"		Términos de referencia e informe 2009
2010	El Salvador	Ayuda humanitaria y cooperación para prevención de desastres		Daños causador por el huracán Ida
2010	Centroamérica	Renovación de los programas bilaterales de Cooperación Técnica - Científica	Belice El Salvador Nicaragua y Panamá	Prioridad a los asuntos fronterizos.
2011	Costa Rica	"Salud Mental de la niñez y psiquiatría infantil		Cursos de capacitación
2011	México-Japón  Guatemala Honduras	Fortalecimiento de las Capacidades para la Gestión Integral de Residuos y Desechos Sólidos.  Monitoreo de la Calidad del Aire, Gases y partículas en Suspensión.	Beneficiario  Guatemala  Honduras	
2011	México-Alemania  Centroamérica	Encuentro Latinoamericano de Remediación de Sitios Contaminados	Países de Centroamérica	
2011	Centroamérica	Desarrollo de Capacidades Institucionales de los Gobiernos Mesoamericanos, para el monitoreo y evaluación del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM	SICA SEDESOL SSA SEMARNAT CONAPO STPS INEGI PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA	Seminario Taller
2011	Nicaragua El Salvador	Apoyo para atender el paso de la depresión tropical "12-E"		Atención a solicitud de ayuda humanitaria,
2012	México-Japón	Fortalecimiento de las Capacidades para la Gestión Integral de Residuos y Desechos	Beneficiario  Guatemala	

	Guatemala Honduras	Sólidos.  Monitoreo de la Calidad del Aire, Gases y partículas en Suspensión.	Honduras	
2012	Honduras  Guatemala	Acciones de ayuda humanitaria	Expertos forenses Envío de medicamentos para quemaduras  Ayuda humanitaria	Atención de una emergencia en una granja penal, Comayagua  Atención por terremoto Alimentos, frazadas y colchonetas
2013	Honduras	Atención de desastres	Construcción de un pozo con motivo de las inundaciones del 2011	Contribuir a las tareas de rehabilitación de la zona de desastre
2014	Centroamérica	Elaboración y renovación de planes maestros en materia de dengue, malaria, seguridad vial y atención primaria	OPS Consejo de Ministros del SMSP AMEXCID	

**Anexo 2 Características de la cooperación internacional en materia de salud, coordinada y dirigida por la Dirección General de Cooperación Técnica y Científica de la Secretaría de Relaciones Exteriores en colaboración con los gobiernos y ministerios de salud de los países de la región.**

Área o Sector	Características de la cooperación Técnica-Científica México-Centroamérica
Prevención y control de ITS/VIH SIDA 8 CA 1 BLC 1 ELS Total 10	<p>2000-2007. Centroamérica. Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA con Especial Atención a Población Migrante. Programa activo entre el año 2000 y 2007 con el apoyo de CONASIDA y Ministros de Salud de Centroamérica, principalmente dirigido a los ministros de Guatemala y Belice.</p> <p>Durante esos años se impartieron 8 diplomados multidisciplinarios, reuniones y talleres.</p> <p>2005. Belice Reunión Binacional con Belice. Revitalizar la CT principalmente lo que respecta a ITS-VIH/SIDA (reunión entre ministros de exterior).</p> <p>2006. El Salvador CENSIDA, SSA y MSPAS Diplomado en actualización en salud pública y epidemiología.</p>
Control y monitoreo de enfermedades transmitidas por vector. 9CA 3 GTM 8 BLC 1 HND 1 ELSL Total 22	<p>2000-2006 Centroamérica. Fortalecimiento de la Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores con énfasis en el paludismo, dengue y malaria. En colaboración con la OPS, SSA, Ministros de salud de Centroamérica, CENETEC Cursos y talleres de actualización y formación de recursos humanos.</p> <p>2001 El Salvador programa para la atención del dengue, atención a enfermedades transmitidas por vector SSA</p> <p>2002-2004 Reuniones bilaterales con Belice y Guatemala para la atención del dengue, paludismo, oncocercosis y leishmaniasis con el apoyo del CENETEC-SSA</p> <p>2004. Belice. <i>Vigilancia y prevención de la rabia CENAVECE, SSA, MINSA. Reforzamiento de campañas de vacunación</i></p> <p>Belice 2005-2007 Fortalecer el papel del ministerio de salud de Belice para la atención y prevención de enfermedades transmitidas por vector. CENAVECE (SSA)-Ministerio de salud de Belice. Pasantías, estancias y capacitación</p> <p>2007. Centroamérica. Taller Mesoamericano para la vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector, con énfasis en participación comunitaria CENETEC. Actualización de recursos humanos.</p> <p>2007. Belice. Capacitación en Vigilancia epidemiológica, prevención, control y/o erradicación de enfermedades exóticas y/o endémicas en áreas libres o de importancia económica para México y Belice. SENASICA-BAHA. Diagnósticos de enfermedades aviares e inspección de alimentos de origen animal.</p> <p>2010. Honduras. Brote de dengue y dengue hemorrágico. Atención de brote de dengue hemorrágico.</p> <p>2014. Centroamérica elaboración y renovación de planes maestros en materia de dengue, malaria, seguridad vial y atención primaria. Renovación de los programas de enfermedades transmitidas por vector.</p>
Determinantes sociales (Salud reproductiva, desnutrición) 11 CA	<p>2000. Centroamérica, México, Canadá, OPS. Atención de víctimas de minas antipersonal en Centroamérica</p> <p>2000. Centroamérica. Salud reproductiva y atención perinatal. Ministerios de salud</p>

<p>Total 11</p>	<p>de Centroamérica.</p> <p>2000. Centroamérica. Paquete básico de salud escolar. IMSS- Atención a alumnos y sus familiares.</p> <p>2003-2004. Centroamérica. Promoción de la salud familiar, escolar y comunitaria de los municipios de México y Centroamérica. SSA, INCAP, Ministerios de salud de Centroamérica.</p> <p>2003-2006. Centroamérica. Diagnóstico Mesoamericano de Adicciones. Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y los Ministerios de Salud de la región centroamericana. Contribuir con los países de la región a enfrentar el problema de las adicciones con el apoyo de los sistemas de salud nacionales. Investigación, Diagnóstico, metodología para la construcción de un sistema de vigilancia.</p> <p>2005 -2006. Centroamérica. Salud y nutrición en el desarrollo Humano. SSA, INCAP, INSP. Inversión y desarrollo de programas de alimentación y nutrición.</p>
<p>Medio Ambiente y desastres naturales 4CA 1BLC 1 CR 3 GUA 5 HND 1 NCR Total 15</p>	<p>2000. Centroamérica. Mejoramiento de la calidad del agua potable y apoyo a la conformación del plan de acción de recursos hídricos de Centroamérica. CNA, CAPRE, OPS. Disminuir riesgos asociados al agua potable.</p> <p>2000. Costa Rica. Cooperación en materia de salud ambiental México-Costa Rica. INE-SEMARNAP, Visitas a rellenos sanitarios y a centros de elaboración de composta.</p> <p>2001-2002 Centroamérica. Proyecto Regional de Vigilancia Epidemiológica en Atención a Desastres provocados por fenómenos naturales</p> <p>2010. Guatemala.- Tormenta Ágata 2010. Honduras. Brote de dengue 2010. Belice. Afectaciones Huracán Richard Ayuda humanitaria y atención y prevención de desastres.</p> <p>2011-2012. Guatemala. Programa de cooperación triangular. Japón-México-Guatemala Fortalecimiento de las Capacidades para la Gestión Integral de Residuos y Desechos Sólidos</p> <p>2011-2012. Honduras. Japón-México-Honduras Monitoreo de la Calidad del Aire, Gases y partículas en Suspensión.</p> <p>2011. Centroamérica Alemania-México-Centroamérica. Encuentro Latinoamericano de remediación de sitios contaminados</p> <p>2011. Nicaragua y El Salvador. Atención a solicitud de ayuda humanitaria. Apoyo para atender el paso de la depresión tropical "12-E.</p> <p>2012. Honduras y Guatemala. Acciones de ayuda humanitaria.</p> <p>2013. Honduras. Atención a desastres.</p>
<p>Ciencia y tecnología Medicina/infraestructura a 8 CA 3 BLC 10 CR 4.ELSL 5 HND</p>	<p>2000. Costa Rica. Apoyo a la creación de la Clínica Oftalmológica del Hospital México. IMSS, CCSS. Capacitación para el diseño de una clínica oftalmológica.</p> <p>2000. El Salvador. Reingeniería y calidad total en el proceso de modernización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). SSA de San Luis Potosí. Recursos humanos.</p> <p>2000. Honduras. Cooperación técnica-científica. SSA, IMSS y MSPH.</p>



<p>1 PNM 2 NCR  Total 33</p>	<p>Disminución de riesgos laborales en laboratorios clínicos.</p> <p>2002. Panamá. Capacitación en el diagnóstico por la imagen de resonancia. MSP, Instituto Nacional de Neurología y Neurociencia. Capacitación.</p> <p>2003-20007 Costa Rica. Programa de ingeniería clínica y gestión tecnológica. SSA, SMIC, CENETEC, Departamento de Ingeniería Biomédica en hospitales costarricenses</p> <p>2003. El Salvador. Estudio de los principios activos con efecto en el sistema inmunológico presentes en la planta PA. BUAP- UES. Pruebas a la planta <i>Petiveria allacea</i>.</p> <p>2004-2006.Honduras. Fortalecimiento del área de Hematología del departamento de Microbiología de la UNAH. SSA, UNAH.</p> <p>2005-2006. Centroamérica. Modelo de Arbitraje Médico. Consejo Nacional de Arbitraje Médico y los ministros de salud de Centroamérica. Cursos para la atención de problemas judiciales Médico. Acuerdo con Costa Rica para la Atención de Quejas hechas por Derechohabientes</p> <p>2005-2007. Centroamérica. Actualización en prevención y rehabilitación de la discapacidad. CNR. Capacitación en técnicas de Neurofacilitación, Curso de capacitación en diseño y elaboración de Órtesis y prótesis del Sistema Músculo-Esquelético</p> <p>2005 - 2007 Belice En el Marco del programa bienal de Cooperación Técnica-científica 2005-2006. Hospital de la mujer de la SSA. Curso sobre manejo de equipo en colposcopia</p> <p>2005 El Salvador Evaluación del impacto de la altura de la Ciudad de México y a nivel del mar en San Salvador, sobre los programas de rehabilitación pulmonar. SSA/Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Instituto Salvadoreño del Seguro Social / Hospital Neumológico.</p> <p>2006, 2010- 2011 Costa Rica. Salud Mental de la niñez y psiquiatría infantil. CENETEC, CNR, CCSS, Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan Navarro.</p> <p>2006 Honduras. Fortalecimiento de la capacidad técnica en Hipoterapia aplicada a niños con lesión cerebral. Asociación Mexicana de Equitación Terapéutica A.C. curso y capacitación., Capacitación y formulación de nuevos centros de equinoterapia en Centroamérica.</p> <p>2007Centroamérica. Actualización en prevención y rehabilitación de la capacidad. Curso sobre rehabilitación cardiaca y curso de rehabilitación para el trabajo</p> <p>2009 Centroamérica. Proyecto para conocer la diversidad genética del virus de la Hepatitis B en poblaciones de México, Costa Rica, Nicaragua y Honduras;</p> <p>2010. Centroamérica. Renovación de los programas bilaterales de Cooperación Técnica -Científica Belice, El Salvador, Nicaragua y Panamá. Prioridad a los asuntos fronterizos.</p>
<p>Recursos humanos Administrativos y docentes 1 CA 1 EL SL</p>	<p>2000. Guatemala. Cooperación Técnica y Científica. UNAM, UAMOR, USAC, CONCYT. Profesionalización de parteras.</p> <p>2000. Honduras. Cooperación técnica-científica. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Instituto Nacional de Pediatría. Hospital Escuela Tegucigalpa.</p>

<p>1 GUA 2 HN 5 NCR 1 PNM</p> <p>Total 11</p>	<p>Capacitación del personal docente. Desarrollo del servicio de genética médica.</p> <p>2000. 2003-2005. Nicaragua. Programa de capacitación a funcionarios del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) .ISSSTE, INSS, Capacitación de recursos humanos.</p> <p>2001. El Salvador. Programa Nacional de Enfermedades Crónicas</p> <p>2002. Nicaragua. Fortalecimiento de la especialidad de ortodoncia. UANL. UNAN-LEON, MINSA. Asesoría docente.</p> <p>2002. Panamá. Integración de la Medicina tradicional a la académica. UNAM Ministerio de Salud de Panamá. Entrevista a funcionarios.</p> <p>2005. Honduras. Carrera corta de terapia de lenguaje, Asesoría de terapia Funciona, Fortalecimiento del área de Hematología. CNR, UNAH. Curso de terapia de lenguaje, diagnostico de los intereses de los estudiantes.</p> <p>2011 Centroamérica. Desarrollo de capacidades institucionales de los Gobiernos Mesoamericanos, para el monitoreo y evaluación del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). SICA,SEDESOL, SSA,SEMARNAT, CONAPO,STPS, INEGI, PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Seminario Taller</p>
---	---

Fuente: Elaboración propia con información recabada de los informes de labores semestrales y anuales de la Dirección General de Cooperación Técnica y Científica de la Secretaria de relaciones exteriores para el periodo 2000-2014.

## Referencias

### Bibliográficas

- Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo 2012. *México en la esfera de la Cooperación Internacional para el Desarrollo*. México: Secretaria de Relaciones Exteriores.
- Albuquerque, Francisco 1991. *Cooperación para el desarrollo*. Madrid: Agencia Española de Cooperación Internacional-CEDAL.
- Amaya León, Luis Armando 2012. *Cooperación Internacional para el desarrollo*. México: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública: Documento de Trabajo núm. 129
- Arambula Reyes, Alma. *Tratados Internacionales Vigentes en México en materia de Derechos Sociales Parte I (Derechos de los niños, de los indígenas, humanos y de las mujeres)*. México: Cámara de Diputados LX Legislatura: Centro de Documentación, Información y Análisis, 2007.
- Cardoso, Fernando 1980. “Ponencia General introductoria sobre interdependencia y desarrollo” en Consejo Latinoamericano de Ciencias sociales (1979) *Cooperación Inter-regional en Ciencias para el Desarrollo*. Bogotá Colombia: Editora Guadalupe LTDA, pp37-47.
- Castillo, Manuel Ángel, Mónica Toussaint, y Mario Vázquez Olivera 2011. *Centroamérica*. México: Secretaria de Relaciones Exteriores, Dirección General del Acervo Histórico Diplomático.
- Consejo Nacional de Población 2004. Índice absoluto de marginación, 1990-2000. México, DF: CONAPO.
- Dávila Sánchez, Hilda 2013. *La diplomacia en salud como parte del Papel del México como actor con responsabilidad global*. México: Secretaria de Salud.
- Domingues, José Mauricio 2012. Desarrollo, periferia y semiperiferia en la tercera fase de la modernidad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO.

- Dos Santos, Theotonio 1977. El nuevo carácter de la dependencia, Ecuador: Universidad Central de Ecuador.
- Dos Santos, Theotonio 2007. “Globalización, crecimiento económico e integración”. En *Repensar la teoría del desarrollo en un contexto de globalización. Homenaje a Celso Furtado*. Vidal, Gregorio; Guillén R., Arturo. (Compilador). Buenos Aires: CLACSO
- Dos Santos, Theotonio 2011. *Imperialismo y dependencia*. Caracas, Venezuela: Fundación Biblioteca Ayacucho.
- Dos Santos, Theotonio 1977. *El Nuevo Carácter de la Dependencia*. Quito, Ecuador: Universidad Central de Ecuador
- Dos Santos Theotonio. Globalización financiera y desarrollo. Eumed, Servicios Académicos Internacionales:
- Dos Santos, Theotonio 1998. La teoría de la dependencia un balance histórico y teórico. En López, F. Los retos de la globalización. Ensayo en homenaje a Theotonio Dos Santos. Caracas, Venezuela.:UNESCO
- Engels, Friedrich 2003. *La revolución de la ciencia de Eugenio Dühring ("anti-Dühring")*. Moscú: Instituto del Marxismo-Leninismo & Editorial Progreso
- García Robles, A. y Marín Bosch Miguel 1993. Terminología usual en las relaciones internacionales Vol. I Organismos Internacionales. México: Secretaria de Relaciones Exteriores, Acervo Histórico Diplomático
- Gómez Camacho, Juan José 2012. *Retos de la política exterior mexicana en materia de salud*. México: Instituto de investigaciones jurídicas de la UNAM y Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios
- Henrique Cardoso, Fernando y Enzo Faletto 1969. *Dependencia y desarrollo en América Latina, Ensayo e interpretación sociológica*. México: Siglo XXI Editores
- Henrique Cardoso, Fernando 1979. “Ponencia General Introductoria” *En Cooperación Inter-Regional en Ciencias Sociales para el desarrollo, Memoria segunda reunión sobre investigación, comunicación y enseñanza en materia de desarrollo*. Bogotá, Colombia: CLACSO
- Instituto Mora 2012. *Lineamientos Para Una Política En Cooperación Internacional En Materia*

- De Ciencia, Tecnología E Innovación Capítulo 1 Estado de la Cooperación: Internacional en materia De Ciencia, Tecnología e Innovación en México.* México: Instituto Mora
- Kaplan, Marcos 1994. *El sistema Mundial en la Era de la Incertidumbre.* México D.F.: UNAM.
- Kern, Alejandra 2009. *Escenarios y desafíos de la cooperación Sur-Sur a 30 de años de la declaración de Buenos Aires. Lo viejo y lo nuevo para conceptualizar la cooperación Sur-Sur.* Buenos Aires: Universidad nacional de San Martín
- Lefebvre, Henry 2007. *El derecho a la ciudad.* Barcelona, España: Ediciones Península, 2007
- López-Calva, L. y Roberto Vélez Grajales 2003. *El concepto de desarrollo humano, su importancia y aplicación.* México: PNUD
- Marini, Ruy Mauro 1991. *Dialéctica de la dependencia.* México: Ediciones Era, decimoprimerá reimpresión
- Marini, Ruy Mauro 2008. “América Latina, dependencia y globalización”; en *Antología de Ruy Mauro Marini*, Carlos Eduardo Martins (compilador). – Bogotá: CLACSO y Siglo del Hombre Editores
- Marini, Ruy Mauro 1979. “El ciclo del capital en la economía dependiente” en *Mercado y dependencia*, Ursula Oswald (Coord.). México: Nueva Imagen, pp. 37-55.
- Naciones Unidas 2013, *Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe 2013*, Nueva York: Naciones Unidas
- Naciones Unidas : Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos 2006. *Los principales tratados internacionales de derechos humanos*, Nueva York y Ginebra: ONU
- Novick, Marta 2006. *Desafíos de la Gestión de los Recursos Humanos en Salud: 2005-2015.* Washington, D.C: OPS
- Oddone, N. y Horacio Rodríguez Vázquez 2013. “Especialización sobre cooperación y financiación y acción exterior de los gobiernos locales. España: Secretaria General Iberoamericana.
- Organización Mundial de la Salud 2008. *Reglamento Sanitario Internacional 2005* Ginebra: OPS,
- Organización Mundial de la Salud 2010. *20 maneras en que la Organización Mundial de la Salud*

- ayuda a los países a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Ginebra: OMS
- Organización Mundial de la Salud 2013. *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012*. Ginebra: OMS
- Organización Mundial de la Salud 2013. *Investigaciones para una cobertura sanitaria universal*, Ginebra: OMS
- Organización Panamericana de la Salud 2009. *Exclusión en salud, Estudios de Caso. Bolivia, El Salvador, Nicaragua, México y Honduras*. Washington, D.C.: ASDI, AECID
- Organización Panamericana de la Salud 2010. *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington, D.C.: OPS
- Organización panamericana de la salud 2008. *Salud en las Américas 2007 Volumen I- Regional*. Washington DC: Organización Mundial de la Salud,
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) 2012. *Información y Análisis de Salud (HSD/HA): Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2012*. Washington, D.C.: OPS
- Organización para la Cooperación Y desarrollo Económico 2010. *La cooperación Sur-Sur en el contexto de la eficacia de la ayuda: 110 historias de caso de socios en cooperación Sur-Sur y triangular*. Bogotá: OCDE
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2003. *Segundo Informe sobre Desarrollo Humano en Centroamérica y Panamá/ Proyecto Estado de la Región*. San José Costa Rica: Editorama S.A.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo 2011. *Informe sobre Desarrollo Humano México 2011. Equidad del gasto público: derechos sociales universales con subsidios focalizados*. México: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
- Real Academia Española 2001. *Diccionario de la lengua española 22º edición*. Madrid: Real Academia Español
- Rittel, Horst W. J y Melvin M. Webber 2000. “Dilemas de una teoría general de planeación”, en *Problemas públicos y agenda de gobierno*, Aguilar Villanueva, Luis F. (ed.), México: Ed. Miguel Ángel Porrúa
- Robinson, James 2008, “La posibilidad de la cooperación” en Markus Gottsbacher y Simone

- Lucatello (comps.), *Reflexiones sobre la ética y la cooperación internacional para el desarrollo: los retos del siglo xxi*, México: Instituto Mora
- Rodríguez Vázquez, Horacio 2010. "La cooperación internacional para el desarrollo desde una perspectiva latinoamericana". En "*Temas de cooperación internacional para el desarrollo: criticar, proponer, sistematizar*". Aarón Pollack (coordinador). México: Instituto Mora
- Sáenz, Enrique y Saldomando A 2006. "Centroamérica y la ayuda oficial al Desarrollo Análisis de su evolución y perspectivas" en Rodas Martini, p. *Centroamérica en la Economía Mundial del Siglo XXI. Guatemala*: F&G Editores
- Santos, Milton 1992. *Metamorfosis del espacio habitado*. Barcelona: Oikos-Tau
- Santos, Theotonio dos 1998. "La teoría de la dependencia un balance histórico y teórico" en *Los retos de la globalización. Ensayo en homenaje a Theotonio Dos Santos*. Caracas, Venezuela: Francisco López Segrera (ed.). UNESCO
- Sartori, Giovanni 2001. *La sociedad multiétnica. Pluralismo, multiculturalismo y extranjeros*. Madrid: Taurus
- Secretaría de Relaciones Exteriores 2011. *Glosario de la Cooperación Internacional Mexicana*. México: Dirección General de Cooperación Técnica y Científica.
- Spicker, p., Sonia Álvarez Leguizamón, David Gordon 2009. *Pobreza: Un glosario internacional*, Traducido por: Pedro Marcelo Ibarra y Sonia Álvarez Leguizamón. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - CLACSO
- Van Meter, Donald S. Y Carl E. Van Hor 2000. "El proceso de implementación de las políticas. Un marco conceptual", en *Las implementaciones de las políticas*, Aguilar Villanueva, Luis F. (compilador), México: Ed. Miguel Ángel Porrúa
- Wallerstein, Immanuel 1998. "Paz, estabilidad y legitimación 1990-2025/2050. En libro: Los retos de la globalización. Ensayo en homenaje a Theotonio Dos Santos. Francisco López Segrera (ed.). Caracas: UNESCO.

## Hemerográficas

- Álvarez Gutiérrez, R. y Ma. Oralia González Pineda 1987. La cooperación técnica internacional en el campo de la salud. *Revista de Administración Pública* 69-70 Enero – Junio: 209-219.
- Brito, Pedro E 2011. *La cooperación internacional en Salud, tendencias y dilemas en la era de la salud global*. Granada, España: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2011.
- Carlo Tassara 2010. *Paradigmas, actores y políticas. Breve historia de la Cooperación Internacional al Desarrollo*. Roma: Universita "La Sapienza"
- Cruz Soto, Luis Antonio 1999. Hacia un concepto de globalización. *Revista de Contaduría y Administración* 195 (octubre. Diciembre): 31- 48
- Dietr Ernst 1979. La cooperación técnica entre los países en desarrollo. Un Instrumento viable para la autodeterminación colectiva. *Comercio Exterior* vol. 29 (12): 1396-1403.
- Frenk Mora, J. y Avedis Donabedian 1987. Los sistemas nacionales de salud. Una perspectiva comparativa. *Revista de Administración Pública*, Número 69-70 (Enero – Junio):221-238,
- Frenk, Julio, Octavio Gómez-Dantés 2007. La globalización y la nueva salud. *Salud pública de México* v.49.
- Gómez Dantés, Octavio 2003 Nuevos organismos internacionales para una aldea global. *Salud Pública Méx* Vol. 45(5):333-334
- Instituto Mesoamericano de Salud Pública González-Block MA, Molina-Rodríguez JF, Becerril V, Vargas E, Consejo Directivo del IMSP 2011. Instituto Mesoamericano de Salud Pública: órgano de apoyo técnico y fortalecimiento del Sistema Mesoamericano de Salud Pública. *Salud Pública Mex*: 53.
- Joy-Ogwu, U, 1982. La cooperación Sur-Sur: problemas, posibilidades y perspectivas en una relación emergente. *Revista Nueva Sociedad* n° 60 ( mayo-junio): 36.
- Martínez Rangel, R. y Ernesto Soto Reyes Garmendia 2012. El Consenso de Washington: la instauración de las políticas neoliberales en América Latina. *Política y Cultura* 37 (primavera): 35-64



- Pearson, Lester 1970. El informe Pearson: nueva estrategia para un desarrollo global. *Revista el Correo*, año XXIII,
- Pierre Moïse, MA y Elizabeth Docteur 2008. Las políticas de precios y reembolsos, farmacéuticos en México OCDE, 2007. *Salud pública de México/* vol. 50, suplemento 4 de 2008
- Secretaría Técnica de la Comisión Mexicana para la Cooperación con Centroamérica 1994. La cooperación mexicana con Centroamérica en cifras. *Revista mexicana de política exterior* ( 42): ,89-99.
- Valdés olmedo C. y Ricardo Ferrari Gleason 1987. La formación de recursos humanos para la salud”. *Administración Pública* ( Enero – Junio): 187-194.

## **Primarias**

- Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo 2012. *Informe Anual de Cooperación Internacional para el Desarrollo 2011(Enero- Diciembre de 2011)*. México: SRE, DGCTC
- Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo 2015. *Informe Anual 2014(Enero- Diciembre de 2011)*. México: AMEXCID
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión 2013. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos del 5 de Febrero de 1917*. México: Secretaria General
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión 2011. *Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo, texto vigente, Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 2011*. México: Secretaría de Servicios Parlamentarios, Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión 2014. *Ley General de Salud del 7 de febrero de 1984. Última Reforma DOF 02-04-2014*. México: Secretaria General
- Estados Unidos Mexicanos, Embajada de los Estados Unidos Mexicanos, Gobierno de la

- República de Nicaragua, Ministerio de Relaciones Exteriores 1992. *Acuerdo entre los Estados Unidos Mexicanos y la Republica de Nicaragua sobre Cooperación para Combatir el Narcotráfico y la Farmacodependencia*. Managua, Nicaragua
- Estados Unidos Mexicanos, Secretaria de Relaciones Exteriores, Gobierno de la Republica de Honduras, Secretaria de Relaciones Exteriores 1990. *Acuerdo de Cooperación entre el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de la Republica de Honduras Para Combatir el Narcotráfico y la Farmacodependencia*. San Pedro Sula
- Estados Unidos Mexicanos, Secretaria de Relaciones Exteriores, Gobierno de la República de Guatemala, Ministerio de Relaciones Exteriores 1989. *Acuerdo entre los Estados Unidos Mexicanos y la Republica de Guatemala Sobre Cooperación Para Combatir El Narcotráfico Y La Farmacodependencia*. Tapachula, Chiapas
- Estados Unidos Mexicanos, Subprocuraduría Jurídica de la Procuraduría General de la Republica, República de Panamá, Procuraduría General de la Nación 1995. *Acuerdo entre los Estados Unidos Mexicanos y la República de Panamá sobre Cooperación para Combatir el Narcotráfico y la Farmacodependencia*. Panamá.
- Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y Costa Rica 1989. *Acuerdo Entre los Estados Unidos Mexicanos y Costa Rica sobre Cooperación para combatir el Narcotráfico y la Farmacodependencia*. San José Costa Rica
- Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Procuraduría General de la Republica, Gobierno de Belice y Procurador General y ministro de Turismo y Medioambiente 1990. *Acuerdo Entre el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno De Belice sobre Cooperación para combatir el Narcotráfico y la Farmacodependencia*. Belmopan
- Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Secretaria de Relaciones Exteriores, Republica de El Salvador, Ministerio de Relaciones Exteriores 1993. *Acuerdo Entre los Estados Unidos Mexicanos y La Republica de El Salvador sobre Cooperación para Combatir el Narcotráfico y la Farmacodependencia*. Honduras
- Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Secretaria de Relaciones Exteriores, Gobierno de la República de Guatemala, Ministerio de Relaciones Exteriores 2003. *Acuerdo entre el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de la República de Guatemala para establecer una Comisión de Salud Fronteriza México-Guatemala*. Guatemala
- Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos 1991. *Acuerdo General de Cooperación entre los Gobiernos de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, y el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos*. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
- Naciones Unidas 1969. *Convención de Viena sobre el derecho de los tratados*. Viena: Naciones Unidas.

- Naciones Unidas 1988. *Convenio de Viena, sobre el derecho de los tratados internacionales entre Estados y Organizaciones Internacionales o entre Organizaciones Internacionales*. México: DOF
- Naciones Unidas. *Informe del Comité de Alto Nivel sobre la Cooperación Sur-Sur. 15º periodo de sesiones*. Naciones Unidas: Asamblea General/ Documentos Oficiales. Sexagésimo segundo período de sesiones. Suplemento No. 39 (A/62/39)
- OCDE 2008. Programa de Acción de Accra, Ghana, *3er Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo*. Paris: OCDE.
- Organización de las Naciones Unidas 2006. Constitución de la Organización Mundial de la Salud, *Documentos básicos*, suplemento de la 45a edición. Nueva York: Naciones Unidas
- Secretaría de Relaciones Exteriores 2010. *Informe de labores DGCTC 2009*. México: SRE
- Secretaría de Relaciones Exteriores 2013. *Programa Sectorial de Relaciones Exteriores 2013-2018*. México: Diario Oficial
- Secretaría de Relaciones Exteriores 2008. Acuerdo de Cooperación Académica, Cultural, Tecnológica, de Intercambio y de Apoyo Mutuo entre la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco de los Estados Unidos Mexicanos y la Universidad Nacional, Costa Rica. Ciudad Heredia. Costa Rica: SRE
- Secretaría de Relaciones Exteriores 1999. Acuerdo de Cooperación entre el Gobierno del Distrito Federal de los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de la Alcaldía Municipal de San Salvador, de la Republica de El Salvador. México: SRE
- Secretaría de Relaciones Exteriores 2000. Convenio de Hermanamiento y Cooperación entre el Gobierno del Distrito Federal de los Estados Unidos Mexicanos y la Municipalidad del Cantón Central de San José de Costa Rica. México: SRE
- Secretaría de Relaciones Exteriores 2007. Cooperación Técnica y Científica México-Belice. México: SRE
- Secretaría de Relaciones Exteriores 2007. Cooperación Técnica y Científica México-Costa Rica. México: SRE
- Secretaría de Relaciones Exteriores 2007. Cooperación Técnica y Científica México-Honduras. México: SRE
- Secretaría de Relaciones Exteriores 1992. Guía para la conclusión de tratados y acuerdos interinstitucionales en el ámbito internacional según la ley sobre celebración de tratados. México, SRE
- Secretaría de Relaciones Exteriores 2012. Informe Anual de Cooperación Internacional para el Desarrollo. México: SRE

Secretaría de Relaciones Exteriores 2007. Informe de labores DGCTC 2007. México: SRE

Secretaría de Relaciones Exteriores 2008. Informe de labores DGCTC 2008. México: SRE

Secretaría de Relaciones Exteriores 2011. Informe México de Cooperación Internacional 2010. México: SRE

Secretaría de Relaciones Exteriores 2011. Informe México de Cooperación Internacional 2010, Enero-diciembre 2010. México: SRE, Unidad de Relaciones Económicas y Cooperación Internacional, DGCTC

Secretaría de Relaciones Exteriores 2011. Informe Anual de Cooperación Internacional para el Desarrollo 2011. México: SRE- AMEXCID

Secretaría de Relaciones Exteriores 2012. Informe semestral de la AMEXCID 24 de enero a 24 de julio 2012. México: SRE- AMEXCID

Secretaría de Relaciones Exteriores 2013. Informe semestral de la AMEXCID 24 de julio a 31 de diciembre de 2012. México: SRE- AMEXCID

Secretaría de Relaciones Exteriores 2013. *Informe anual de cooperación técnica y científica 2012.* México: SRE- AMEXCID

Secretaría de Relaciones Exteriores 2013. *Primer Informe semestral de la AMEXCID Enero-junio 2013.* México: SRE- AMEXCID

Secretaría de Relaciones Exteriores 2014. *Segundo Informe semestral de la AMEXCID 1 de julio a 31 de diciembre 2013.* México: SRE- AMEXCID

Secretaría de Relaciones Exteriores 2001. *La cooperación Mexicana con Centroamérica y el Caribe 2000.* México: Comisión Mexicana para la Cooperación con Centroamérica

Secretaría de Relaciones Exteriores 2003. *La cooperación Mexicana con Centroamérica y el Caribe 2002.* México: Comisión Mexicana para la Cooperación con Centroamérica

Secretaría de Relaciones Exteriores 2004. *La cooperación Mexicana con Centroamérica y el Caribe 2003.* México: Comisión Mexicana para la Cooperación con Centroamérica

Secretaría de Relaciones Exteriores 2006. *La cooperación Mexicana con Centroamérica y el Caribe Documentos Básicos 2005* México: Comisión Mexicana para la Cooperación con Centroamérica

Secretaría de Relaciones Exteriores 2008. *La cooperación Mexicana con Centroamérica y el Caribe 2006.* México: Comisión Mexicana para la Cooperación con Centroamérica

Secretaría de Relaciones Exteriores 2012. *Manual de Organización de la Dirección General de Cooperación Técnica y Científica.* México: AMEXCID

Secretaría de Relaciones Exteriores 2003. *Manual de Organización de la Dirección General de*

- Cooperación Técnica y Científica* México: Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto
- Secretaría de Relaciones Exteriores 2003. *Manual de Organización de la Dirección General de Cooperación Técnica y Científica* México: Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto
- Secretaría de relaciones exteriores 2009. *Marco normativo en México para la firma de acuerdos interinstitucionales por parte de gobiernos locales. Capítulo III.* México, Dirección General de Coordinación Política
- Secretaría de Relaciones Exteriores 2012. *Memoria Documental Cooperación Técnica y Científica 2006-2012.* México: AMEXCID
- Secretaría de Relaciones Exteriores 2014. *Programa de Cooperación Internacional para el Desarrollo 2014- 2018.* MEXICO: DOF
- Secretaría de Salud 2012. *Plan Anual de Trabajo Primer trimestre de 2012,* Dirección general de Relaciones Internacionales. México: secretaria de salud
- Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica 2010. *Plan de Salud de Centroamérica y República Dominicana 2010 – 2015.* El Salvador: COMISCA
- UNDP 1994. *The Buenos Aires Plan of Action. Special Unit for TCDC.* New York: UNDP

## **Electrónicas**

- Acción Social 2011. Gobierno de Colombia. *Guía de Cooperación Internacional para el sector privado.* Cali: Centro de Pensamiento Estratégico Internacional –Cepei. <http://www.gestrategica.org/guias/cooperacion/internacional.html>
- Agencia de Cooperación Internacional de Chile 2011. *Glosario. Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo,* Chile: AGCICHile. <http://www.agci.gob.cl/index.php/glosario/171-c/274-cooperacion-tecnica-entre-paises-en-desarrollo-ctpd>
- AMEXCID 2013. *Asociación Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo Que es la cooperación Internacional para el desarrollo.* Secretaría de Relaciones Exteriores.

<http://amexcid.mx/index.php/es/politica-mexicana-de-cid/ique-es-la-cooperacion-internacional-para-el-desarrollo>

AMEXCID. Ver\_ ¿Qué es la Cooperación Internacional Para el Desarrollo? Agencia mexicana de Cooperación Internacional Para el Desarrollo. Secretaria de Relaciones Exteriores. <http://amexcid.gob.mx/index.php/politica-mexicana-de-cid/ique-es-la-cooperacion-internacional-para-el-desarrollo>

AMEXCID 2013. Ver\_ Modalidades de Cooperación por actividad. Agencia mexicana de Cooperación Internacional Para el Desarrollo. Secretaria de Relaciones Exteriores. [amexcid.gob.mx/index.php/component/content/article/1283](http://amexcid.gob.mx/index.php/component/content/article/1283) AMEXCID. Ver\_ Modalidades de Cooperación por Criterios Geopolíticos. Agencia mexicana de Cooperación Internacional Para el Desarrollo. Secretaria de Relaciones Exteriores. [amexcid.gob.mx/index.php/component/content/article/1282](http://amexcid.gob.mx/index.php/component/content/article/1282)

AMEXCID. Ver\_ Modalidades de Cooperación por Naturaleza Sectorial. Agencia mexicana de Cooperación Internacional Para el Desarrollo. Secretaria de Relaciones Exteriores. [amexcid.gob.mx/index.php/component/content/article/1285](http://amexcid.gob.mx/index.php/component/content/article/1285)

AMEXCID. Ver\_ Modalidades de Cooperación por Número de Actores. Agencia mexicana de Cooperación Internacional Para el Desarrollo. Secretaria de Relaciones Exteriores. [amexcid.gob.mx/index.php/component/content/article/1298](http://amexcid.gob.mx/index.php/component/content/article/1298)

Banco Centroamericano de Integración Económica 2014. Conozca al BCIE. Honduras. <http://www.bcie.org/?cat=7&title=Conozca%20al%20BCIE&lang=es>

Banco Interamericano de Desarrollo 2014, Cooperación Técnica. Washington: BID <http://www.iadb.org/es/acerca-del-bid/financiamiento-del-bid/cooperacion-tecnica-6042.html> Citado el 11 octubre de 2014

Banco Interamericano de Desarrollo 2010. A mejorar la salud de los más pobres de Mesoamérica. BID: <http://www.iadb.org/es/noticias/articulos/2010-06-14/salud-mesoamerica-2015-bid,7313.html>

Blacutt Mendoza, Mario 2013. “El desarrollo local complementario (Un Manual para la Teoría en Acción)”. Biblioteca Virtual EUMED [citado en abril 2015] ed. eumed.net <http://www.eumed.net/libros-gratis/2013/1252/1252.pdf>

- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo, texto vigente, Nueva ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el viernes 28 de junio de 1929. <http://legislacion.scjn.gob.mx/TratadosInternacionales/AbrirDocArticulo.aspx?IdLey=16204&IdRef=1>
- Código Sanitario Panamericano. firmado en la habana, cuba, el 14 de noviembre de 1924 y el protocolo adicional al mismo. firmado en Lima, el 19 de octubre de 1927. México: DOF: 1929. <http://legislacion.scjn.gob.mx/TratadosInternacionales/AbrirDocArticulo.aspx?IdLey=16204&IdRef=1>
- COMISCA 2009. Reseña Histórica. Sistema de la Integración Centroamericana. El Salvador: Secretaria General del Sistema de la Integración Centroamericana [http://www.sica.int/comisca/resena\\_historica.aspx](http://www.sica.int/comisca/resena_historica.aspx)
- Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana. Se instala Consejo de Ministros del sistema Mesoamericano de Salud Pública, Ciudad Merliot, El Salvador, Centroamérica. <http://www.sicasalud.net/node/506>
- El Banco Mundial 2010. Centroamérica Relanza Integración Regional con ayuda de Banco Mundial, Washington: Grupo del Banco Mundial, 2010 disponible en <http://go.worldbank.org/1STFF4DYE0>
- El Banco Mundial 2014. Historia. Washington: grupo del banco Mundial 2014. <http://www.bancomundial.org/es/about/history>
- El Banco Mundial 2014. Quienes Somos. Washington: Grupo del Banco Mundial, <http://www.bancomundial.org/es/about>
- Engels, Friedrich. “Dialéctica de la Naturaleza”, la caja de herramientas Biblioteca Virtual UJCE. <http://archivo.juventudes.org/textos/Friedrich%20Engels/Dialectica%20de%20la%20Naturaleza.pdf>
- Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora. Cooperación Internacional para el Desarrollo en México. México: Observatorio de la Cooperación Internacional para el Desarrollo en México, 2009. Disponible en: <http://www.observacoop.org.mx/Cid.php>

- Instituto Nacional de Salud Pública 2011 Concepto de Salud Global.  
[www.saludglobalinsp.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=106&Itemid=367](http://www.saludglobalinsp.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=106&Itemid=367)
- Instituto Nacional de Salud Pública 2011 ¿Que es la Salud Global? Programa de Salud Global.  
[http://www.saludglobalinsp.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=106&Itemid=367](http://www.saludglobalinsp.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=106&Itemid=367)
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica 2005. Glosario de términos y definiciones comúnmente utilizados en cooperación internacional. Costa Rica: Área de Cooperación Internacional  
[http://www.mideplan.go.cr/images/stories/mideplan/coop\\_internacional/pdfs/glosario\\_terminos.pdf](http://www.mideplan.go.cr/images/stories/mideplan/coop_internacional/pdfs/glosario_terminos.pdf)
- Naciones Unidas Centro de Información, Organización Panamericana de la Salud 2009.  
[www.cinu.org.mx/onu/estructura/mexico/org/ops.htm](http://www.cinu.org.mx/onu/estructura/mexico/org/ops.htm)
- Naciones Unidas 2014 Objetivos de desarrollo del milenio, Nueva York  
<http://www.un.org/es/millenniumgoals/>
- Observatorio Andino de Recursos humanos en Salud 2012. Políticas de Organismos Internacionales. [www.observatoriorh.org/andino/?q=node/8](http://www.observatoriorh.org/andino/?q=node/8)
- Observatorio de la Cooperación Internacional para el Desarrollo en México 2009. Sistema tradicional de la ayuda Oficial al Desarrollo. Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora. <http://www.observacoop.org.mx/TemasEstrategicos.php?q=8>
- Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud 2012 Sitio Oficial.  
[www.observatoriorh.org](http://www.observatoriorh.org)
- Oficina Virtual para gestión, información y comunicación en salud de la integración centroamericana y Republica Dominicana 2011. <http://www.sicasalud.net/node/506>
- Organización Mundial de la Salud 2014, Determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS  
[http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/es/)
- Organización Mundial de la Salud 2014. DECLARACION DE ALMA-ATA Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible en [http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)



Organización Mundial de la Salud 2014 . Preguntas más frecuentes. OMS  
<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Organización Panamericana de la Salud, Subregión Centroamérica y República Dominicana 2011  
Washington, PAHO,  
[http://www.paho.org/centroamerica/index.php?option=com\\_content&view=article&id=616&Itemid=497](http://www.paho.org/centroamerica/index.php?option=com_content&view=article&id=616&Itemid=497)

Organización Panamericana de la Salud, Subregión Centroamérica Y república Dominicana 2014  
Washington, Organización Mundial de la Salud <http://www.paho.org/centroamerica/>

Organización Para la Cooperación y el Desarrollo 2014. La OCDE en México, México, OCDE,  
<http://www.oecd.org/centrodemexico/laocde/laocdeenmexico.htm>

Salud Mesoamérica 2015 2012. Quienes están detrás de la Iniciativa. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, como administrador del Fondo Mesoamericano de Salud (“Salud Mesoamérica 2015”) <http://www.sm2015.org/es/salud-mesoamerica-2015/sm2015/salud-mesoamerica-2015-quienes-estan-detras-de-la-iniciativa.2763.html>

Secretaría de Relaciones Exteriores 2014. Agenda de la AMEXCID 2014 Cooperación con Mesoamérica en <http://amexcid.gob.mx/index.php/es/component/content/article/130-difusion/1954-agenda-de-la-amexcid-2014>

Secretaría de Relaciones Exteriores 2014, Cancillería/Misión y Visión, México SRE <http://www.sre.gob.mx/index.php/cancilleria/mision-y-vision>

Secretaría de Relaciones Exteriores 2013. Tratados Internacionales Celebrados por México. México: SRE, 2013. <http://www.sre.gob.mx/tratados/>

Secretaría de Salud. Dirección General de Relaciones Internacionales. México: Secretaría de Salud 2012. Disponible en <http://www.dgri.salud.gob.mx/>

Secretaría de Salud 2012. Objetivos de la Dirección General de Relaciones Internacionales. México: Dirección General de Relaciones Internacionales. <http://www.dgri.salud.gob.mx/interior/objetivos.html>

Sistema de la Integración Centroamericana 2013. El Salvador, Centroamérica, Secretaría General del Sistema de Integración Centroamericana. <http://www.sica.int/index.aspx>

SRE 2013. Tratados Internacionales Celebrados por México <http://www.sre.gob.mx/tratados/>

Veloz Gutiérrez, Erika C 2009. La Cooperación Internacional y el Financiamiento para el Desarrollo. Observatorio de la Cooperación Internacional para el Desarrollo en México. México: Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.  
<http://www.observacoop.org.mx/docs/Dec2009/Dec2009-0050.pdf>