



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**

**INFORME DE PRÁCTICA PROFESIONAL
PARA OBTENER EL TÍTULO DE LIC. EN RELACIONES INTERNACIONALES**

**LA COOPERACIÓN REGIONAL CON CENTROAMERICA EN MATERIA DE
SALUD DURANTE EL PERIODO 2003-2008: EL CASO DEL MECANISMO DE
DIÁLOGO Y CONCERTACIÓN DE TUXTLA.**

DIRECTOR: PROFESORA MARÍA DE LOURDES SANCHEZ MENDOZA

PRESENTA: KAREN ASPURU JUÁREZ

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad, porque nos brinda una oportunidad de tener una mejor calidad de vida

A la Secretaría de Salud, por las experiencias profesionales que me ha brindado

A mi asesora, por su disposición y tiempo durante todo el proceso de realización de este trabajo

A mi mamá, porque siempre me ha brindado lo mejor de ella y gracias a su ejemplo y apoyo

A Mauricio, por infundirme ánimo, dedicarme tiempo de vida y apoyarme con sus comentarios y sugerencias, eso me motivo a llegar a este momento. Este trabajo también es tuyo...

Te amo...

A mi abuelita, que es mi segunda mamá y por ser una persona con una entereza admirable

A mi hermano Jorge, porque mucho de mi visión del mundo se la debo a él

A mi papá, porque gracias a él también existo

A mi hermana Kathia, porque siempre ha sido muy valiente y la admiro por eso

A los maestros, porque durante mi proceso de vida me enseñaron el valor del conocimiento

A la Dra. Yolanda Rendón y mis compañeros del taller, porque gracias a ellos sé el lugar que ocupo dentro de mi propia vida

A todos aquellos que directa o indirectamente contribuyeron en alguna medida para la realización de este trabajo

A todos gracias...

INDICE

	Pags.
Introducción	1
Capítulo 1.	3
Aspectos generales de la cooperación	
1.1 Definición del término cooperación y sus variantes	3
1.2 Modalidades de la cooperación internacional	7
1.3 Fortalezas y debilidades de la cooperación internacional	17
Capítulo 2.	
Marco normativo mexicano de la cooperación internacional	21
2.1 Marco jurídico	21
2.2 Marco programático	25
2.3 Marco institucional	39
2.4 Vínculos institucionales entre la Secretaría de Relaciones Exteriores y la Secretaría de Salud	46
Capítulo 3.	
La cooperación regional con Centroamérica en materia de salud: el Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla	54
3.1 Origen del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla	54
3.2 Generalidades del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla	55
3.3 Antecedentes	56
3.4 Reuniones del Mecanismo de Tuxtla 2003-2008	61
3.5 Aspectos relevantes de los proyectos de salud desarrollados en el período 2003-2008	70
Conclusiones	80
Anexo:	86
Detalle de actividades de proyectos de salud 2003-2008.	
Referencias	93
Índice de cuadros y esquemas	96

INTRODUCCIÓN

Mi experiencia profesional en el área internacional de la Secretaría de Salud inició en octubre de 2002, en el campo de la cooperación bilateral y regional. Desde que comencé mis labores en la Secretaría identifiqué que la mayor concentración de la cooperación internacional de México en salud, tiene lugar con los países de América Latina. En lo que se refiere a Sudamérica y El Caribe la cooperación internacional se realiza, por lo general, de una manera más segmentada y a momentos esporádica dependiendo de los intereses de los países implicados y la situación política de los mismos.

En el caso de Centroamérica se podría definir la cooperación con un carácter más constante, ya que ésta se brinda independientemente de cualquier circunstancia política en cada uno de los países, porque la contraparte participante en la cooperación está representada en el Sistema de Integración Centroamericana, el cual es un organismo intergubernamental, con el que se negocian los proyectos de cooperación; sin embargo, en las reuniones de Jefes de Estado y de Gobierno si participan representantes de cada uno de los países de Centroamérica, esto da como resultado que uno de los mayores flujos de cooperación internacional tenga lugar en esa región.

La cooperación de México con los países de Centroamérica se ha visto incrementada e incentivada en los últimos tiempos por un mayor desarrollo político, económico y social de nuestro país, así como, por la cercanía geográfica y las afinidades de lenguaje y cultura que nos vinculan con estos países.

En ese sentido, la cooperación internacional con Centroamérica en materia de salud en su carácter regional se ha institucionalizado a través del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, creado en 1991, que hasta la fecha ha transitado por diferentes etapas. Sin embargo, en mi experiencia profesional, la participación de los funcionarios centroamericanos en actividades de cooperación se percibe limitada, independientemente de que no se cuenta con documentos donde se manifieste o sustente el impacto real que ha tenido dicha cooperación.

Por lo anterior, uno de los elementos de este trabajo es hacer un ejercicio de identificación de la cooperación internacional de México, en materia de salud, dentro del Mecanismo de Tuxtla. Dada su naturaleza institucionalizada, resulta un mecanismo regional *sui generis* para nuestro país, ya que en este foro se abordan aspectos políticos, temas de interés común y también tiene un componente técnico, dentro del cual se circunscribe el tema de salud, entre otros.

El aspecto técnico se concretiza a través de la aprobación de un Programa Mesoamericano de Cooperación que está integrado por una cartera de proyectos de cooperación internacional bienales. En el caso de salud, se irán abordando algunos de sus alcances y logros, así como también áreas o aspectos que desde mi particular punto de vista necesitan un enfoque diferente en cuanto a los procedimientos o planteamiento de objetivos, logística, recursos financieros y generación de resultados, a efectos de que la relación con los países de Centroamérica disminuya su carácter paternalista, y promueva un diálogo que represente una fuente de retroalimentación directa que permita que tanto México como Centroamérica aprendan y se beneficien de sus mutuas experiencias.

Con la finalidad de abordar esta temática, el trabajo está conformado por tres capítulos. En el primero de ellos se presentarán algunas definiciones de cooperación internacional, así como una propuesta de las diferentes modalidades o variantes que puede asumir ésta dependiendo de las circunstancias que le dan lugar y constatándolo con lo referido en la literatura y mi experiencia propia. En el segundo se presenta el marco jurídico, programático e institucional en el que se sustenta la cooperación de México en materia de salud y en el último de ellos se abordará lo relativo al Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla como tal. Desde luego que, incluyendo en todo momento comentarios y aportaciones sobre la experiencia profesional al respecto.

Los cuadros y esquemas presentados fueron elaborados para facilitar la comprensión de la información que se presenta y son propuesta personal, a menos que se indique lo contrario.

CAPÍTULO I. ASPECTOS GENERALES DE LA COOPERACION INTERNACIONAL

Dado que el término cooperación es un concepto fundamental para el desarrollo del presente trabajo, resulta necesario precisar sus connotaciones y variantes en términos generales, así como el uso del mismo en el ámbito internacional.

1.1 DEFINICION DEL TERMINO COOPERACIÓN Y SUS VARIANTES

De acuerdo con la definición de la Enciclopedia Mundial de Relaciones Internacionales y Naciones Unidas, Osmańczyk define a la cooperación internacional como: *todo tipo de relaciones internacionales cuya finalidad son las ventajas mutuas; objeto de tratados internacionales por ejemplo sobre cooperación cultural o científica-técnica*¹. Esta definición abre un espectro de interpretaciones posibles en lo que se refiere a las ventajas mutuas que puede obtener un país o institución a través de la cooperación internacional.

En tanto que el Diccionario LID *Diplomacia y Relaciones Internacionales*, define a la cooperación internacional como: *la acción conjunta de varios Estados u otros entes internacionales con el fin de satisfacer objetivos comunes. Puede ser emprendida con carácter más o menos permanente o ad hoc para resolver problemas específicos*². En relación a la definición anterior, ésta representa un nicho más amplio de la cooperación internacional dado que aborda elementos que se pueden apreciar actualmente en ésta, es decir, si no existiese un trabajo conjunto, entre dos Estados o más, no se podría hablar como tal de cooperación internacional. Este elemento es clave combinado con la importancia de satisfacer objetivos comunes o afrontar problemas específicos. De lo anterior podemos señalar que el espíritu de la cooperación internacional es el trabajo conjunto de

¹ Osmańczyk, Edmund Jan, Enciclopedia Mundial de Relaciones Internacionales y Naciones Unidas, México, Fondo de Cultura Económica, 1976, p. 323.

² Diccionario LID de Diplomacia y Relaciones Internacionales, LID Editorial Empresarial, 1ª. Edición diciembre de 2005, Director de obra: Alfonso Dastis, p. 123.

uno o más actores del ámbito internacional con un fin específico, por lo general benéfico para ambos.

El concepto de *cooperación internacional* se institucionalizó en 1945 con la creación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), dado que uno de los propósitos de este organismo es *realizar la cooperación internacional en la solución de los problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario y en el desarrollo y estímulo del respeto de los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión*³.

Ahora bien, considerando que existen evidentes diferencias en el nivel de desarrollo de los países que conforman el ámbito internacional, la cooperación internacional ha sido un importante elemento de solidaridad entre naciones al representar una de las formas más efectivas y rentables para el intercambio de conocimientos y experiencias entre países de diferente desarrollo.

La adopción de medidas y la realización de actividades concretas para coadyuvar a los procesos de crecimiento económico y desarrollo social han dado origen al concepto de cooperación internacional para el desarrollo (CID) el cual, de acuerdo a lo señalado por la Secretaría de Relaciones Exteriores de México *procura recursos (básicamente científicos y tecnológicos) a los países en desarrollo, con la intención de complementar sus capacidades básicas y contribuir a solucionar los problemas nacionales que limitan su desarrollo social y económico. La cooperación internacional así descrita, se entiende como la movilización de recursos financieros, humanos técnicos y tecnológicos para promover el desarrollo de los países participantes*⁴.

Sin embargo, este trabajo no pretende profundizar sobre la cooperación internacional para el desarrollo, puesto que la naturaleza de la cooperación en el Mecanismo de Tuxtla no cumple a cabalidad la propia definición que brinda la Secretaría de Relaciones Exteriores, en el sentido de que en el caso de Tuxtla no comprende movilización de recursos tecnológicos, independientemente de que la

³ Organización de las Naciones Unidas, Carta de las Naciones Unidas, Artículo 1, párrafo 3, 1945, p. 3.

⁴ Secretaría de Relaciones Exteriores, Informe Bienal de la Cooperación Técnica y Científica de México 2003-2004, p. 13.

Cooperación Internacional para el Desarrollo se implementa bajo diferentes esquemas derivados de los lineamientos que se han promovido internacionalmente a través de la Declaración adoptada durante el Foro de Alto Nivel sobre Armonización en Roma (febrero de 2003) o la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo (marzo de 2005), entre otros. El elemento fundamental de la CID radica en el reforzamiento de los sistemas nacionales a través de la erogación de recursos hacia el país receptor de acuerdo con solicitudes específicas. Los principios bajo los cuales debe realizarse la CID son:

- Apropriación: Los países socios ejercen una autoridad efectiva sobre sus políticas de desarrollo, entre otros se refiere a traducir estrategias de desarrollo nacional en programas operativos, priorizados y orientados a resultados.
- Alineación: Los donantes basan todo su apoyo en las estrategias, instituciones y procedimientos nacionales de desarrollo de los países socios, hay que vincular el financiamiento con un marco único de condiciones.
- Armonización: las acciones de los donantes son mas armonizadas, transparentes y colectivamente eficaces.
- Gestión Orientada a Resultados: administrar los recursos y mejorar la toma de decisiones orientadas a resultados.
- Mutua Responsabilidad: donantes y socios son responsables de los resultados de los proyectos.

El Mecanismo de Tuxtla requiere una serie de modificaciones en el apartado de cooperación técnica y científica para desarrollarse bajo las premisas de la CID, además de que no contempla una erogación de recursos directa a la región, por lo que únicamente se hará referencia al término de cooperación internacional.

Ahora bien, también se observa en el contexto internacional y en las acciones de cooperación que establecen los países, que los términos de *ayuda humanitaria* y *colaboración* son utilizados como sinónimos de cooperación internacional, aún cuando difieren entre sí. Por lo cual, se precisarán las definiciones a efecto de no darles un uso indistinto o intercambiable a estos conceptos dentro del trabajo.

La *ayuda humanitaria*, de acuerdo a la definición del Diccionario LID de Diplomacia y Relaciones Internacionales *tiene por objeto asistir a los países víctimas de catástrofes naturales, de catástrofes de origen humano o en situaciones de urgencia de orden similar. Se lleva a cabo, mediante suministro de bienes y servicios sin discriminar a las víctimas por razones raciales, religiosas, de sexo, edad, nacionalidad o pertenencia política y es de carácter no reembolsable*⁵. En el ámbito internacional se podría definir como la acción social que presta un Estado o Institución ante situaciones de extrema urgencia que puede vivir otro país, como es el caso de sismos, huracanes, epidemias y demás factores fortuitos que en su momento vulneran la estabilidad de la población que lo compone.

De acuerdo a las necesidades que se presenten de manera inmediata, la ayuda humanitaria prestada puede consistir en donación de víveres y medicinas, además de brindar apoyo especializado de recursos humanos e inclusive en algunos casos de recursos financieros que se pueden otorgar a través de donaciones de diversas agencias de cooperación internacional. En el caso de la Secretaría de Salud, se puede mencionar que ha prestado ayuda humanitaria a países como Bolivia, El Salvador y Nicaragua por mencionar sólo algunos. El tipo de ayuda que brinda es enviando brigadas médicas y diferentes tipos de medicamentos de acuerdo con las características del evento que se trate. Y también hemos recibido ayuda humanitaria cuando nuestro país lo ha requerido, por ejemplo durante las inundaciones que sufrió el estado de Tabasco, durante 2007, en el caso de salud, por ejemplo, una brigada de médicos de origen cubano viajó a ese lugar para apoyar a la población.

Ahora bien, de acuerdo con la definición del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, “colaborar es trabajar con otra u otras personas en la realización de una obra”⁶. En el ámbito internacional se podría definir como la realización de acciones de trabajo de manera coordinada de dos o más países, encaminadas hacia un fin en particular, que puede ser de investigación, planes paralelos para enfrentar problemas de seguridad, migración, marginación y alfabetización, por citar algunos.

⁵ Diccionario LID de Diplomacia y Relaciones Internacionales, op.cit., pag. 57.

⁶ Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, edición XXII, 2001, p. 107.

En mi experiencia profesional se ha podido observar que los términos de colaboración o cooperación internacional se utilizan indistintamente, sin embargo, cuando se habla de colaboración se hace referencia a un término mucho más general y por ende de un nivel de compromiso menor, puesto que no está sujeta necesariamente a diferentes modalidades, ni a un seguimiento de acuerdos y objetivos que se planteen desde un inicio para evaluar el cumplimiento. En tanto, que la cooperación internacional, es una colaboración formal coordinada y sistematizada con objetivos definidos, sujetos a seguimiento y evaluación de los resultados y avances obtenidos. La colaboración es un término utilizado más en ámbitos políticos y alude a una intención por llevar a cabo acciones conjuntas que pueden o no realizarse bajo el esquema de la cooperación internacional. Además de que en el presente trabajo la cooperación internacional que coordina la Secretaría de Relaciones Exteriores alude también a la necesidad de llenar "Términos de Referencia"⁷ para la presentación de proyectos.

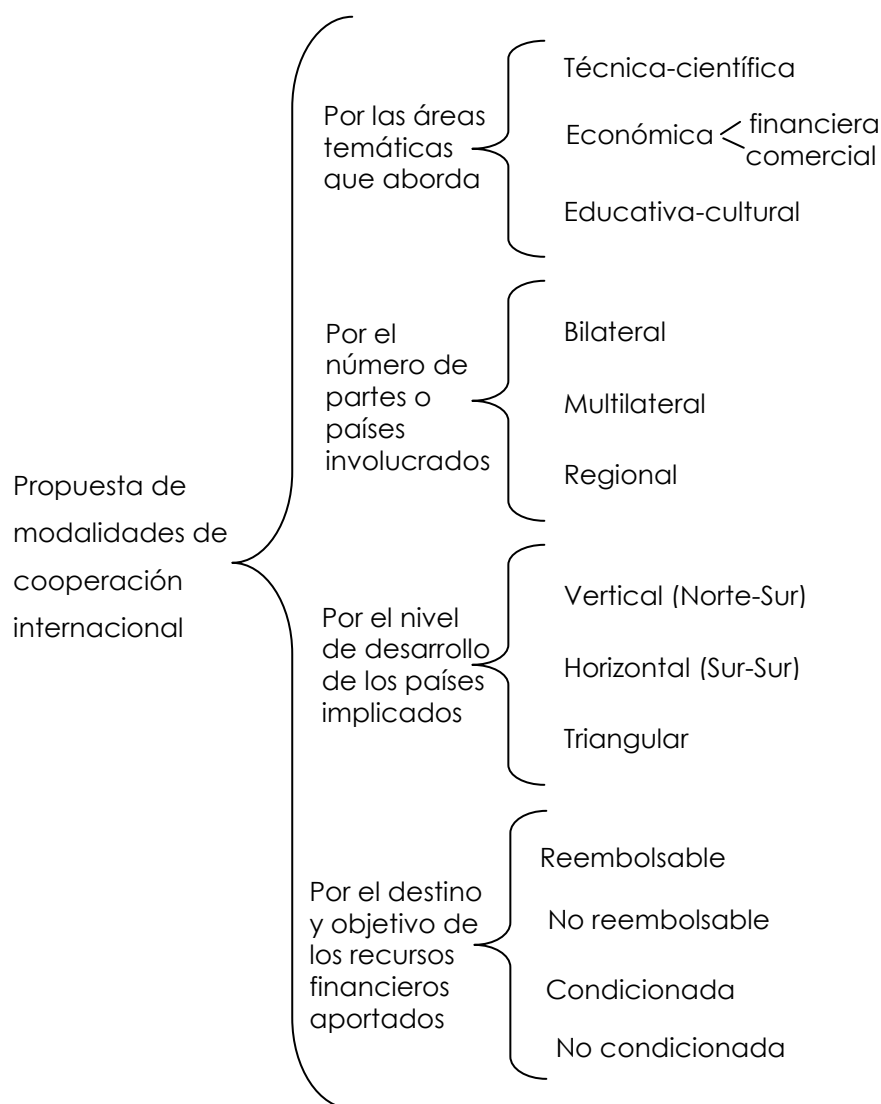
1.2 MODALIDADES DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL

En el tiempo que he laborado en la Secretaría de Salud he percibido que cuando se habla de cooperación internacional se alude de muy diversas maneras a las variantes que ésta adquiere, de acuerdo con el contexto y las circunstancias a las que se quiere hacer referencia. Por lo cual, una de las contribuciones de este trabajo pretende ser la siguiente propuesta de identificación de las modalidades que puede adquirir la cooperación internacional y que se manejan tradicionalmente.

La cooperación internacional puede tener diversas maneras de abordarse, según la naturaleza de la situación o motivo que la genere, por lo que a continuación se presenta una propuesta de abordaje de la cooperación internacional según su naturaleza.

⁷ Términos de Referencia se refiere a un documento que contiene las especificaciones técnicas, objetivos y estructura de cómo ejecutar un determinado proyecto de cooperación internacional y alude a un documento que debe llenarse con ciertas especificaciones, ver capítulo 2 de este trabajo.

Cuadro 1. Propuesta de identificación de modalidades de cooperación internacional de acuerdo con las circunstancias, motivos o partes involucradas.



Estas modalidades no son discretas o limitantes ni mutuamente excluyentes, es decir, en la realidad puede ocurrir una combinación de ellas, haciendo referencia a las diferentes categorías. Por ejemplo, la cooperación puede ser bilateral, técnica-científica, y no reembolsable. Sin embargo, en la práctica se ha identificado que cuando se define el tipo de cooperación internacional usualmente se hace referencia a un solo criterio, es decir, cooperación técnica-científica, o se alude a cooperación vertical u horizontal, pocas veces se menciona a la cooperación internacional con más de una de las modalidades mencionadas. En los siguientes apartados se irán definiendo cada una de ellas.

Dado que la Secretaría de Relaciones Exteriores de México utiliza usualmente la primera categoría del apartado anterior (por áreas temáticas), ésta será desarrollada más ampliamente. Dicha categoría al parecer resulta más utilizada debido a que normalmente en los proyectos de cooperación participan diferentes Secretarías de Estado, y esta clasificación permite a la Cancillería Mexicana una mejor organización del trabajo en términos de revisión y negociación de los proyectos por áreas temáticas.

La cooperación internacional puede clasificarse, en función de las *áreas temáticas* que se aborden en los proyectos de cooperación en:

1. Cooperación técnica-científica
2. Cooperación económica-financiera
3. Cooperación educativa-cultural

La cooperación técnica-científica se entiende como “el flujo de conocimientos, pericias, tecnologías y experiencias que permitan vincular las actividades nacionales e internacionales, en los ámbitos más diversos”⁸, entre los cuales destacan la atención a la salud, la educación, el fortalecimiento institucional, el manejo de recursos naturales y la protección al medio ambiente, cuestiones energéticas, turísticas etc.

El uso del término de cooperación técnica se formaliza el 12 de septiembre de 1978 cuando se suscribe el Plan de Acción de Buenos Aires, ya que se reconoce a ésta como una herramienta para el desarrollo técnico, científico y tecnológico. “La cooperación técnica emerge como una alternativa de esfuerzos compartidos, que busca resolver problemas específicos del desarrollo, fomentar el bienestar y fortalecer las institucionales nacionales”⁹.

Las principales modalidades con las que tiene lugar la cooperación técnica-científica son: capacitación de recursos humanos, impartición de cursos cortos de formación, asesorías, consultorías de campo, donaciones en especie, intercambio

⁸Ibidem, pag. 15.

⁹Pérez Bravo, Alfredo y Sierra Medel, Iván, Cooperación Técnica Internacional. La dinámica internacional y la experiencia mexicana, SRE-PNUD, México, 1998, p. 7.

de experiencias, estancias y pasantías, publicaciones y labores de difusión, envío de expertos, dotación de equipo técnico etc.

Asimismo, cabe señalar que la viabilidad de un proyecto de cooperación técnica-científica por lo general está determinado bajo el supuesto de la existencia de una asimetría de conocimientos entre las instituciones cooperantes, tanto de quién ofrece la colaboración (oferente), pues posee mayor conocimiento o experiencia en una materia específica que será transmitida, como para la institución receptora (demandante), con el fin de contribuir a resolver problemas puntuales.

En ese sentido resulta evidente deducir que la cooperación en materia de salud yace en el rubro de la cooperación técnica-científica y debe entenderse que el objetivo que persigue radica en apoyar y favorecer la realización de diversas actividades en el ámbito de la organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de la salud, lo cual permita identificar información y/o experiencias exitosas que puedan adecuarse para fortalecer los sistemas y/o políticas de salud del país receptor.

La cooperación económica-financiera como el término lo sugiere, hace referencia a la transferencia de recursos financieros y a la implementación de disposiciones de carácter económico con la finalidad de aumentar la capacidad de producción de bienes y servicios que reditúen en el mejoramiento de la calidad de vida de la población del Estado receptor. La relevancia de este tipo de cooperación estriba en que una de las principales dificultades que enfrentan hoy los países en desarrollo es el financiamiento de las actividades y proyectos productivos.

Asimismo, la "Comisión Mexicana para la Cooperación con Centroamérica"¹⁰ señala que "existen dos vertientes de cooperación económica: la financiera y la comercial. La primera se refiere a la transferencia de recursos monetarios con el propósito de incrementar la capacidad o eficiencia productiva del país receptor. La cooperación financiera representa principalmente inversión y recursos de capital, ya sea monetaria o en equipo. La cooperación comercial, por su parte

¹⁰ En el Acta Constitutiva publicada en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1990, señala que está integrada por 23 dependencias del Ejecutivo Federal, entre las cuales se encuentra la Secretaría de Salud. La Presidencia Ejecutiva la ejerce la Secretaría de Relaciones Exteriores.

esta constituida por el intercambio de beneficios tales como información de mercado, condiciones preferenciales de carácter comercial o áreas de actividad exclusiva"¹¹.

La cooperación educativa-cultural, consiste en la transferencia de bienes y/o servicios que incentivan, favorecen y promueven el conocimiento, a fin de:

- Difundir expresiones artísticas existentes de los países cooperantes, a fin de dar a conocer su historia ó idiosincrasia.
- Proporcionar recursos y asesoría para ampliar la atmósfera educativa-cultural del país receptor.

En la actualidad, este tipo de cooperación ha tomado mayor importancia en virtud del reconocimiento de la trascendencia que tienen los aspectos educativo-culturales en el desenvolvimiento y desarrollo de las naciones.

Ahora bien, la cooperación internacional, dependiendo del *número de partes* entre las que se lleve a cabo, puede adoptar un carácter multilateral o bilateral, sin embargo, para aportar mayor claridad en este trabajo también se incluirá la de carácter regional.

“La cooperación bilateral, es la que se realiza entre dos países, sigue formas y lineamientos establecidos de manera conjunta y, en general, se formaliza a través de convenios básicos de cooperación técnica y/o científica, así como en convenios complementarios e interinstitucionales suscritos por ambos países que siguen normas comúnmente aceptadas”¹². En la Secretaría de Salud este tipo de cooperación es manejada de manera recurrente debido a que existen acuerdos interinstitucionales de carácter bilateral suscritos con países de todos los continentes, de los cuales, la mayoría de las ocasiones derivan acciones que se desarrollan entre México y el país de que se trate. Convencionalmente la cooperación bilateral suele ser más concreta, dado que el número reducido de

¹¹ Comisión Mexicana para la Cooperación con Centroamérica. Documentos Básicos I, México, 1991, p. 20.

¹² Secretaría de Relaciones Exteriores, Marco Programático para el desarrollo de la Cooperación Técnica y Científica, México, 2 de febrero de 1993, p. 8.

actores facilita cualquier negociación para la realización de actividades de cooperación internacional.

Es importante mencionar que, cuando la cooperación bilateral se deriva de los convenios básicos de cooperación que suscribe la Cancillería Mexicana, una de las condiciones para la puesta en marcha de acciones de cooperación internacional lo constituye el llenado de los términos de referencia del proyecto (ver cita de la pagina 7 de este trabajo). Cuando la cooperación se deriva de los acuerdos interinstitucionales que suscribe la Secretaría de Salud los términos de referencia no son un requisito.

“La cooperación multilateral es aquélla que se realiza entre tres o más países a través de esquemas, programas y proyectos cuyas bases y lineamientos son aceptados por un grupo de países en un foro u organismo internacional. Los principales organismos en que México participa forman parte de la Organización de las Naciones Unidas, la Organización de los Estados Americanos y el Sistema Económico Latinoamericano”¹³.

Un ejemplo de lo anteriormente mencionado se da en la Organización Mundial de la Salud que en ocasiones promueve proyectos de cooperación de carácter multilateral porque participan los países que conforman a este Organismo Internacional. Uno de los aspectos que se puede observar en la práctica es que en este tipo de cooperación no operan los términos de referencia y mayoritariamente cuando se logran tratados multilaterales se dice que son producto de la cooperación internacional. Tal es el caso del Convenio Marco de Lucha contra el Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde se enfatizó la importancia de que los países participantes llegaran a un acuerdo común.

Ahora bien, la cooperación regional “es aquella modalidad en la que varios países, vinculados geográficamente, actúan como cooperantes para el logro de objetivos comunes y en la solución de problemas compartidos, aprovechando los recursos propios o provenientes de diversas fuentes”¹⁴.

¹³ Ibidem, p. 9.

¹⁴ Idem

En este trabajo, se hará referencia a la cooperación regional dado que el Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, tiene como referencia geográfica la cooperación internacional de México a la región Centroamericana. Dicho Mecanismo no es considerado en este trabajo como un caso de cooperación multilateral porque responde al esquema de cooperación regional, al involucrar a varios países vinculados geográficamente.

La agrupación de los países de Centroamérica confiere a la cooperación regional una particularidad, en el sentido que adquiere características de cooperación bilateral al constituirse varios países como un solo frente regional, es decir, representando o adquiriendo una sola identidad ante el otro país objeto de la cooperación, por tanto, este tipo de relación cooperadora se realiza bajo un esquema o régimen de entendimiento o corresponsabilidad de los países participantes, sin la intervención de organismos internacionales y al igual que la cooperación bilateral, se elaboran términos de referencia para cada proyecto.

Por otra parte, existe una modalidad de cooperación internacional determinada por el nivel de desarrollo de los países que participan en ella y por ende está asociada indirectamente a la manera en que serán aportados los recursos financieros, como se podrá observar a continuación:

- *Vertical* (también llamada norte-sur). Tiene lugar cuando un país de mayor desarrollo (Canadá, Estados Unidos, Alemania, Francia, Reino Unido, etc.) realiza actividades de cooperación con países de menor desarrollo (algunos de América Latina, Asia y África) siendo los primeros los que asumen el costo que implican las actividades de cooperación. En el caso de México, con el Reino Unido ha establecido proyectos de cooperación en salud que han sido aprobados y financiados por éste último y de los que México obtiene beneficio. Adicionalmente cabe señalar que este tipo de cooperación tiene como objetivo fortalecer las capacidades internas, incorporar tecnología, y coadyuvar al desarrollo social de los grupos más vulnerables. Sin embargo, este tipo de cooperación tiene una incidencia minoritaria en el caso de México,

puesto que nuestro país está categorizado como de renta media de acuerdo con la “clasificación del Banco Mundial”¹⁵.

- *Horizontal* (también llamada sur-sur). Se genera entre dos países de similar desarrollo, en donde existe una relación simétrica en el que los beneficios intercambiados son de la misma naturaleza. En el caso de México, la cooperación con Brasil, Argentina, Colombia etc., es llamada horizontal y en esos casos cada parte debe asumir los costos derivados de las actividades de cooperación que se determinen de común acuerdo.
- *Triangular*, consiste en la participación de una fuente de financiamiento externa (sea un tercer país, organismo internacional o agencia de cooperación) a las partes involucradas en el proyecto de cooperación. Por ejemplo, la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (JICA) utiliza frecuentemente esta modalidad de cooperación al financiar proyectos de cooperación en la región Latinoamericana, y dado que el lenguaje y el acervo cultural son diferentes, les resulta conveniente que funcionarios de países de mediano desarrollo (México, Brasil, Argentina, Costa Rica) brinden capacitación a países de Centroamérica y/o Sudamérica (El Salvador, Nicaragua, Perú, Ecuador, etc.). Obteniendo ese tercer país presencia en lugares lejanos de su ámbito geográfico.

Finalmente existe otra modalidad basada en los esquemas de financiamiento de los proyectos de cooperación internacional.

- *Reembolsable*. Se caracteriza por la exigencia o compromiso de pagar la transferencia o apoyo financiero recibido. Esta modalidad y la siguiente se aplican en mayor medida cuando están involucradas instancias financieras internacionales, tales como, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Banco Mundial, etc., en la aportación de recursos para proyectos específicos.

¹⁵ El origen de la clasificación de los países por su nivel de renta se encuentra en la categorización del Banco Mundial para clasificar a los países según criterios económicos para poder establecer los términos financieros de los contratos de préstamo de dicha institución a los países en desarrollo. Según la clasificación del Banco Mundial los países de renta media son los que registran un ingreso per cápita entre \$746 dólares y \$9,205 dólares. El ingreso per cápita de México fue en 2005 de \$7,454, de acuerdo con el Informe de Desarrollo Humano 2007/2008.

- *No reembolsable.* La cooperación esta exenta de la obligación de pago, cuando un organismo internacional asigna recursos específicos a cada país, aunque el demandante debe rendir un informe periódico sobre el destino y uso de los recursos asignados. En el caso de salud, este tipo de cooperación es usada por la Organización Panamericana de la Salud, la cual, financia todas las actividades del proyecto de cooperación de que se trate sin que nuestro país tenga obligación de restituir los recursos financieros brindados a menos de que no los haya ejecutado.
- *Condicionada.* Hace referencia a las concesiones políticas, económicas o comerciales que solicita el país oferente al país receptor. Sin embargo, la experiencia profesional permite suponer que el manejo de este tipo de cooperación responde más bien a un uso discrecional, dado que por definición resulta complejo hacer alusión a ésta abiertamente.
- *No condicionada.* Es aquella en la cual el reconocimiento político, apoyo, beneficio o concesiones que recibe el oferente no están estipuladas como requisito, es decir son de carácter voluntario. Sin embargo, el oferente puede tener expectativas razonablemente probables de conseguir algún beneficio.

En el caso de salud, los esquemas de financiamiento se han ido perfeccionando en proporción directa al nivel de desarrollo del país y del interés en llevar a cabo acciones de cooperación. Por ejemplo, en el caso de la cooperación bilateral, el esquema de financiamiento ocurre generalmente bajo un acuerdo en el cual, el país que envía personal de asesoría o apoyo cubre costos de pasaje aéreo internacional y el país que recibe cubre los costos de hospedaje y alimentación de los mismos. La mayoría de los proyectos bilaterales de cooperación en salud se dan bajo este esquema de costos compartidos.

En este punto es necesario comentar que el Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla representa un caso de cooperación técnica y científica de carácter vertical, ya que aún cuando no proporciona recursos financieros directos a los países, el Gobierno de México financia la transportación aérea internacional, el hospedaje y la alimentación de los expertos que participan en las actividades.

Adicionalmente, es importante definir el papel que adquieren los países dentro de la cooperación internacional, ya que en ocasiones, se hace referencia a la cooperación en función del papel que asumen las partes.

- *Oferente*, cuando un país está en posibilidades de brindar cooperación en determinados temas. México por su nivel de desarrollo, está considerado como país oferente, comparado con algunos países de América Latina. En este sentido, el Gobierno de México lleva a cabo programas de oferta de cooperación técnica a naciones de menor desarrollo relativo (Centroamérica y El Caribe), con las que existe una comunión de intereses. Esta modalidad de cooperación promueve el aprovechamiento de la experiencia técnica de especialistas mexicanos como apoyo a la solución de problemas comunes al desarrollo.

Cabe mencionar que los proyectos derivados del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, responden a esta vertiente, como se había mencionado, México cubre los costos derivados de los proyectos insertos en el Mecanismo, en la modalidad de capacitación, aportando los recursos que implican transportación aérea, hospedaje y alimentación de los especialistas mexicanos y centroamericanos que participen en las actividades contempladas en cada uno de los proyectos; además de que presenta una cartera de proyectos de cooperación. Tradicionalmente en el ámbito internacional, algunos países son considerados como oferentes: Brasil, Argentina, México, Costa Rica, Colombia, Sudáfrica, Australia, China, entre otros.

- *Demandante* cuando un país por su nivel de desarrollo requiere que otro país comparta su experiencia en temas seleccionados, como es el caso de Guatemala, Bolivia, Nicaragua, Perú, entre otros.

Cabe señalar que en ocasiones la identificación oferente y demandante permite ver cuan activo es un país en términos de cooperación, y se debe considerar que en diferentes momentos un mismo país puede desempeñar los dos roles con respecto al contexto en que se encuentra.

1.3 FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL

La cooperación internacional, como cualquier política pública, tiene fortalezas y debilidades. Desde luego, se presentará un panorama general, dado que cada caso de cooperación internacional expone condiciones y situaciones en las cuales representa un instrumento valioso para generar beneficios y retroalimentación positiva entre países en una gran variedad de ámbitos. Sin embargo, en ocasiones también se atraviesa por obstáculos o elementos de diferente naturaleza que merman o declinan en cierto grado el impacto, nivel de logro o éxito potencial, lo que debiera considerarse como un área de oportunidad para superar o mejorar en un futuro cercano. La experiencia profesional me ha permitido identificar principalmente las siguientes:

Fortalezas:

- *Consolida la presencia del país oferente en el exterior.* Dado que al exportar conocimientos y/o experiencias en un sector determinado (sea éste salud, educación u otro) se genera un reconocimiento tácito de una experiencia exitosa y pone de manifiesto el interés del país oferente en cooperar y fomentar el desarrollo del país demandante. Dentro del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, en lo que al ámbito de salud se refiere, no se percibe una presencia significativa de México en el mismo, sin embargo, es notoria la ayuda humanitaria que brinda nuestro país cuando han tenido lugar desastres naturales en países centroamericanos.
- *Obtención de beneficios y reconocimiento en el ámbito político.* La cooperación internacional activa y propositiva, con resultados exitosos o beneficios, puede actuar también como factor promotor en el ámbito de la política internacional al generar una presencia y referencia capitalizables y favorables al exterior, lo cual en un momento dado, puede incluso determinar el éxito en una candidatura para ocupar puestos a cargos de elección en Organismos Internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

- *Promueve, multiplica, fortalece y dinamiza los intercambios entre países.* Representa un foro abierto de propuesta y aprendizaje de experiencias entre países que le confiere un carácter más constante.
- *Promueve la complementariedad de esfuerzos.* Todo proyecto de cooperación internacional *per se* pretende ser un apoyo adicional, debiéndose entender éste como un complemento o sinergismo a los esfuerzos nacionales, más no un sustituto de los mismos.
- *Promueve la autosustentabilidad.* Dado que, todo proyecto de cooperación internacional idealmente debe representar un esfuerzo, que después de concluido pueda seguir llevándose a cabo con carácter nacional y sea incorporado a este ámbito cuando así proceda.
- *El cofinanciamiento de recursos aportados.* Se comparten los costos de la cooperación internacional reduciéndose así la operación e implementación de los objetivos a seguir en los proyectos, haciendo más fácil la viabilidad de los mismos.
- *Genera corresponsabilidad.* Los países involucrados deben asumir una responsabilidad compartida, a efectos de poder obtener beneficios mutuos de la cooperación, así como, en el caso de los países demandantes, darle continuidad y seguimiento a las experiencias exitosas aprendidas.
- *Fomenta vínculos* entre los especialistas de los países que participan en las actividades de cooperación internacional. Lo cual, promueve la creación de redes de intercambio con un carácter más permanente y dinámico.
- *Facilita el intercambio de experiencias e información exitosas.* Lo cual, ahorra tiempo y recursos al garantizar en cierta medida que el país que recibe la cooperación internacional adopte estrategias o medidas exitosas probadamente, así como, conocer aquéllas que no han funcionado plenamente a efectos de que el país que recibe la cooperación internacional aplique aquéllas estrategias que le parezcan convenientes.
- *Identificación de nuevos participantes en la cooperación internacional.* La posibilidad de que participen instancias como universidades, organismos no gubernamentales, gobiernos estatales o municipales, entre otros; así como la creación de vínculos entre instancias gubernamentales y otros actores enriquecen la cooperación internacional porque aportan nuevas perspectivas sobre los temas.

- *Acceso a conocimientos tradicionales y de vanguardia con los que cuente el país oferente.* En muchas ocasiones los aspectos de vanguardia son los que generan mayor interés en la cooperación internacional, por ejemplo en el caso de México, la implementación del “Seguro Popular”¹⁶ generó interés en otros países de América Latina que manifestaron la intención de conocer la manera en que México implementó dicha política.

Debilidades:

- La burocracia en ocasiones dificulta la gestión de las actividades de cooperación internacional, ya que a veces, toma tiempo que los expertos se pongan de acuerdo a través de los canales oficiales.
- Cuando un mismo proyecto de cooperación internacional se ejecuta durante períodos prolongados de tiempo (varios años) se genera el riesgo de caer en esquemas paternalistas, en donde la cooperación internacional que se brinda se asume como una obligación o compromiso cotidiano provocando que el aprovechamiento no sea el óptimo y no se aprecie como una oportunidad de desarrollo.
- La carencia de financiamiento para equipo, publicaciones, investigaciones, etc., frena las actividades de cooperación, generando que ésta en ocasiones no trascienda al nivel de capacitación de recursos humanos, lo cual vulnera en cierta medida la sustentabilidad del proyecto en el tiempo.
- Cuando se desaprovecha la experiencia de otros países en diversos temas y el país oferente se enfoca en brindar la cooperación internacional, pero no asume un rol de demandante en algunos temas. Por ejemplo, en el sector salud, México es más oferente que demandante de cooperación internacional.
- Falta de evaluación de los logros reales de las actividades desarrolladas. En el caso del Mecanismo de Tuxtla, esa ha sido una debilidad, porque no se conoce con certeza el impacto que ha tenido la cooperación en salud dentro de la Región.
- Falta de identificación de la inversión que hacen los países dentro de las labores de cooperación. Por ejemplo: en la mayoría de las acciones de

¹⁶ El Seguro Popular es una política de la Secretaría de Salud para brindar un seguro médico a la población que no contaba con uno, lo cual en 2001 representaba el 50% de la población, se espera que en 2010 se cuente con una cobertura universal.

cooperación, incluida Tuxtla, no existe una identificación plena del dinero que México aporta en la cooperación, se conoce el número de proyectos, aunque no así el flujo de capital que se destina a este fin, asimismo tampoco se contempla por lo general lo presupuestado por aportes técnicos de las áreas, es decir, las horas de capacitación que se brindan tienen un costo que no se contabiliza.

Para el caso de Centroamérica, podemos señalar que en materia de cooperación internacional, México ha fungido como país oferente debido a que tiene un mayor grado de desarrollo que los países centroamericanos (Guatemala, El Salvador, Honduras, Costa Rica, Belice, Nicaragua y Panamá), lo cual tiene su explicación si se toma en cuenta la infraestructura, economía y los conocimientos de sus recursos humanos.

Al ser México un país oferente en la cooperación con Centroamérica, ha asumido los costos totales de la misma, el único compromiso de esta región ha sido aprovechar la experiencia y actividades de capacitación brindadas por funcionarios mexicanos. México ha ofertado en la práctica sus recursos técnicos y financieros para que se desarrollen políticas públicas que han mostrado ser exitosas en nuestro país y en este sentido ha coadyuvado en cierto nivel al desarrollo de esa región.

Una de las fortalezas obtenidas por la cooperación con Centroamérica es que se han creado las bases para trabajar de manera conjunta, buscando afrontar problemas de salud comunes.

Por la cercanía geográfica entre México, Belice y Guatemala, existe un flujo migratorio constante y contactos permanentes entre la población mexicana y la de los países centroamericanos. En lo que se refiere a la salud, las enfermedades no conocen fronteras y en la medida en que se controlen las enfermedades transmisibles en Centroamérica, la población de México tendrá menos riesgo de adquirirlas, lo cual, implica que en la situación actual de constantes interacciones, algunos retos deben ser enfrentados regional y/o globalmente, por lo cual, la cooperación internacional en el sector salud cobra relevancia.

CAPÍTULO II.

MARCO NORMATIVO MEXICANO DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Para poder tener un marco de referencia de la manera en que se lleva a cabo la cooperación internacional se hará una breve revisión del marco jurídico, programático e institucional a través del cuál se concretiza ésta y en el que se encuentra la propia Secretaría de Salud.

Es necesario describir en primera instancia los principios o ejes rectores que han definido el marco de actuación del Gobierno de México en la cooperación internacional con el exterior.

2.1 MARCO JURIDICO

A continuación se presenta un esquema simplificado que pretende mostrar el marco jurídico donde se ubica la cooperación internacional en salud:

Esquema 1: Marco jurídico que se relaciona con la cooperación internacional en salud



El marco jurídico e institucional que hace referencia a la cooperación internacional se puede encontrar en el artículo 89, fracción X, de la *Constitución*

Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el cual se establecen las facultades y obligaciones que debe asumir el Presidente en funciones, entre las que se menciona:

“Dirigir la política exterior y celebrar tratados internacionales, así como terminar, denunciar, suspender, modificar, enmendar, retirar reservas y formular declaraciones interpretativas sobre los mismos, sometiéndolos a la aprobación del senado. En la conducción de tal política, el titular del poder ejecutivo observará los siguientes principios normativos: la autodeterminación de los pueblos; la no intervención; la solución pacífica de controversias; la proscripción de la amenaza o el uso de la fuerza en las relaciones internacionales; la igualdad jurídica de los estados; la cooperación internacional para el desarrollo; y la lucha por la paz y la seguridad internacionales”¹⁷.

Como se podrá observar en el siguiente apartado del presente trabajo, los ejes de actuación del Gobierno Mexicano en el tema de Política Exterior coinciden con lo expresado en la Constitución Política, sobre todo en lo relativo a los principios de Política Exterior. El hecho de que la Constitución Política haga referencia al tema de cooperación internacional es de suma importancia en la medida en que es la Ley Suprema de nuestro país, y por tanto se encuentra por encima de cualquier otra. Dicho lo anterior, podemos señalar que la cooperación internacional es un componente de la política exterior mexicana y que como tal, la Secretaría de Relaciones Exteriores es la instancia responsable a través de la cual se realiza la cooperación internacional.

Una ley que es importante mencionar es la *Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF)* ya que establece las bases de la Administración Pública Federal y señala las atribuciones que corresponden a las diferentes Secretarías de Estado. En el caso de la Secretaría de Relaciones Exteriores, si bien, no hace alusión de manera expresa a la cooperación internacional, indica en el artículo 28, fracción I que le corresponde “promover, propiciar y asegurar la coordinación de acciones en el exterior...”¹⁸, además de conducir la política exterior. En el caso de la Secretaría de Salud, el artículo 39, fracción I señala que le corresponde

¹⁷ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Diario Oficial de la Federación, 12 de febrero de 2007

¹⁸ Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, Diario Oficial de la Federación, 2 de junio de 2006

“establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general...”¹⁹.

Si bien, ninguna de los artículos antes señalados hace referencia expresa o tácita al tema específico de la cooperación internacional, el hecho de señalar que a la Secretaría de Relaciones Exteriores le compete la conducción de la política exterior, resulta lógico deducir, la necesidad de coordinar políticas y acciones de carácter internacional con la Secretaría de Relaciones Exteriores.

En el caso de la Secretaría de Salud las atribuciones que señalan en el artículo 39 hacen referencia a cuestiones del sistema nacional de salud, entre otros. Sin embargo, los lineamientos más detallados en materia de salud están contenidos en la *Ley General de Salud*, dentro de la cual, no se encuentran referencias explícitas a la cooperación internacional, no obstante se hace mención al tema de la sanidad internacional, (artículo 3, fracción XXVII de la Ley General de Salud).

En el Título XV de la Ley, se hace alusión a la sanidad internacional, si bien, no se define éste término, sí se hace referencia a los servicios de salud que se prestan en puertos marítimos, aeropuertos, puertos fronterizos y los demás lugares legalmente autorizados para el tránsito internacional de personas y productos, con la finalidad de evitar las enfermedades transmisibles. Lo anterior es indicativo de la importancia que la Ley le confiere a los temas de salud que impactan en el ámbito internacional, aunque principalmente enfocado en términos de seguridad sanitaria.

Dado el tema que aborda el presente trabajo, es importante señalar que el 8 marzo de 2007, la Senadora, por el Partido Revolucionario Institucional, Rosario Green Macías presentó en la sesión ordinaria del Senado, el *Proyecto de Decreto que expide la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo*, la cual tiene por objeto crear un régimen jurídico de cooperación internacional para la transferencia, recepción e intercambio de conocimientos y experiencias educativas, culturales, técnicas, científicas, económicas y financieras. Dicha iniciativa fue turnada para su análisis y dictamen a las Comisiones Unidas de Relaciones Exteriores y Estudios Legislativos. Actualmente se encuentra en revisión

¹⁹ *Ibidem*, p. 31.

por parte de la Cámara de Diputados, de aprobarse marcaría nuevas reglas para el establecimiento de la cooperación internacional de México.

La propuesta contiene cuarenta y tres artículos y nueve transitorios. Uno de los aspectos más relevantes que aborda la propuesta es la creación de una Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AMEXCID) como un organismo desconcentrado de la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE) con el objeto de coordinar, concertar y estimular las acciones de cooperación internacional con instancias e instituciones que lleven a cabo actividades en este ámbito.

Al respecto cabe señalar que varios países han creado agencias encargadas de coordinar la cooperación internacional, las cuales cuentan con presupuesto asignado ex profeso y permiten la evaluación y seguimiento de la cooperación internacional que se lleva a cabo. Tal es el caso de:

(Estados Unidos) USAID Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

(Japón) JICA Agencia de Cooperación Internacional del Japón

(Alemania) GTZ Cooperación Técnica Alemana

(Suecia) ASDI Agencia Sueca de Desarrollo Internacional

(Canadá) CIDA Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional

(España) AECID Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo

(Dinamarca) DANIDA Agencia Danesa de Desarrollo Internacional

(Argentina) FOAR Fondo Argentino de Cooperación Horizontal

(Brasil) ABC Agencia Brasileña de Cooperación

(Chile) AGCI Agencia de Cooperación Internacional de Chile

(Colombia) ACCI Agencia Colombiana de Cooperación Internacional

Como se puede observar los países de mediano desarrollo en América Latina cuentan con una agencia de cooperación internacional como son Brasil, Colombia, Argentina y Chile.

Entre las atribuciones que tendría la AMEXCID en materia de cooperación internacional estaría la creación de: a) un Fondo Nacional para el desarrollo de actividades, b) un Registro Nacional y c) un Sistema de Información; lo cual permitiría una sistematización y ordenamiento de las actividades a fin de evitar duplicidades y generar vínculos intersecretariales. De aprobarse la Ley, su implementación permitirá evaluar la cooperación que ha llevado a cabo México, y marcaría el inicio de una política de cooperación internacional con un carácter más integral y ordenado.

2.2 MARCO PROGRAMÁTICO

Dentro de la Secretaría de Salud el marco programático se refiere a todos aquéllos programas que brindan los lineamientos a seguir en acciones de la administración pública federal. Es importante señalar las referencias que existen a la cooperación internacional, ya que de alguna manera marcan la posición oficial con respecto a ese tema.

Para los efectos de éste trabajo se abordan los siguientes:

Cuadro 2: Programas de Gobierno en los que se hacen referencias expresas al tema de la cooperación internacional

Programas en el período 2001-2006	Programas en el período 2007-2012
Programa Nacional de Desarrollo 2001-2006	Programa Nacional de Desarrollo 2007-2012
No hubo ningún programa emitido por la SRE	Programa Sectorial de la Secretaría de Relaciones Exteriores 2007-2012
Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2001-2006	Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2007-2012

Al ser la política exterior una atribución del Poder Ejecutivo, las líneas programáticas de la Administración Pública Federal se plasman en los Planes Nacionales de Desarrollo, por lo cual, se indicará la manera en que se aborda la cooperación internacional en los Planes Nacionales de Desarrollo 2001-2006 y 2007-2012. Al estar involucradas la Secretaría de Relaciones Exteriores y la Secretaría de Salud en los mismos, se abordarán los aspectos de cooperación internacional con Centroamérica que estén reflejados en los programas de cada una de estas Secretarías, si es el caso.

Las prioridades, objetivos y estrategias que se fijaron en el *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, (PND) enfatizaron la necesidad de garantizar condiciones de desarrollo sostenido y de bienestar para la sociedad. Para ello, se destacó que la diplomacia mexicana del nuevo milenio ya no debía ser únicamente un instrumento central en la preservación de la soberanía y de la seguridad nacionales, sino que debía convertirse también en un componente que permitiera promover y apuntalar el desarrollo socioeconómico de México.

En ese sentido, la labor del Gobierno en materia de política exterior para el período 2001-2006 se articuló en torno a cinco objetivos estratégicos:

- 1.- Promover y fortalecer la democracia y los derechos humanos como bases fundamentales del nuevo sistema internacional.
- 2.- Fortalecer la capacidad para proteger y defender los derechos de todos los mexicanos en el extranjero.
- 3.- Intensificar la participación e influencia de México en los foros multilaterales, desempeñando un papel activo en el diseño de la nueva arquitectura internacional.
- 4.- *Utilizar los esquemas de concertación regional para equilibrar la agenda de política exterior mexicana, creando nuevos ejes de acción política y,*
- 5.- Apuntalar y encabezar los esfuerzos de promoción económica, comercial, cultural y de la imagen de México en aras de un desarrollo nacional sustentable.

Utilizar los esquemas de concertación según se estableció en el PND 2001-2006, permitiría promover posiciones regionales comunes sobre diversos asuntos de interés nacional, e influir en aquellos que requieren una amplia cooperación y concertación internacionales.

Al tener nuestro país, una activa participación en el ámbito regional y multilateral, amplía la capacidad de acción y multiplica su influencia más allá de la que se puede lograr en el ámbito exclusivamente bilateral, otorgándose un mayor peso a las opiniones y posiciones de nuestro país en el sistema internacional.

El PND, también señaló que para México, el ámbito regional y multilateral representan espacios importantes para definir posiciones acordes con las transformaciones del país, así como para construir consensos en torno a temas relevantes de la agenda internacional (tales como, la estabilidad financiera, el libre comercio, la migración, la democracia, los derechos humanos, el combate al crimen organizado transnacional, el terrorismo, el cuidado del medio ambiente y, de manera especial, la cooperación internacional) con base en un principio de corresponsabilidad.

En particular, por razones de identidad cultural, proximidad geográfica, raíces históricas comunes, complementariedad económica y aspiraciones compartidas de desarrollo e integración, los vínculos con la región de América Latina y el Caribe han constituido una prioridad de la política exterior mexicana, con la intención de coadyuvar a hacer de América Latina y El Caribe una región de mayor presencia en el escenario internacional.

Finalmente el PND 2001-2006 señala que en Centroamérica, el Plan de Desarrollo Regional Puebla-Panamá constituye el eje para promover el desarrollo integral y a largo plazo del sur de México con los países de América Central. Este aspecto se tratará a la luz del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla que se aborda en el capítulo III de este trabajo.

No obstante, cabe señalar que, durante el sexenio Foxista la política exterior experimentó altibajos y condiciones variables. En el caso particular de

Centroamérica, el hecho de impulsar una iniciativa como el Plan Puebla-Panamá, paralelamente del Mecanismo de Tuxtla generó confusión no sólo entre los países centroamericanos, sino en México, porque parecía que se estaban duplicando en un sentido redundante, los esfuerzos en esa región.

Un ejemplo de lo anterior, es que dentro del Mecanismo de Tuxtla había un proyecto de “enfermedades transmitidas por vector”²⁰, mientras que en el Plan Puebla-Panamá también contemplaba lo propio en desarrollar actividades de cooperación en el área de vectores, lo cual generó, que una misma área de la Secretaría de Salud, el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE), se viera en la necesidad de desarrollar trabajos para dos esquemas diferentes de cooperación internacional relativos a un mismo tema. Cabe mencionar, que al inicio de esa misma Administración, se creó una Coordinación General del Plan Puebla-Panamá dentro de la Oficina de Presidencia, situación que posteriormente se modificó al transferir esta Coordinación a la Secretaría de Relaciones Exteriores.

Si bien, dentro de lo expuesto en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, se pretendía un impulso en la política exterior en foros bilaterales y multilaterales, en el caso de Centroamérica no se percibió significativamente una mayor presencia de México en el exterior, pese al impulso que se le intentó dar al Plan Puebla-Panamá, lo cual, como se mencionó anteriormente únicamente dio lugar a confusión en todos los actores que participaban en la cooperación con Centroamérica.

Ahora bien, el *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012* establece como premisa básica la búsqueda del Desarrollo Humano Sustentable, esto es, del proceso permanente de ampliación de capacidades y libertades que permita a todos los mexicanos tener una vida digna.

En el apartado de Política Exterior se subraya la importancia de enfocar los esfuerzos en promover el Desarrollo Humano Sustentable a través de una política exterior activa y, por tanto, dirigida a la necesidad de fortalecer la imagen de

²⁰ Las enfermedades transmitidas por vector se refiere a un grupo de infecciones producidas por un amplio número de organismos y virus. Se transmiten principalmente por mosquitos hematófagos (que se alimentan de sangre de otros animales). Sin embargo, también hay otra variedad de artrópodos —chinchas, pulgas, ácaros— involucrados en la transmisión de ciertas infecciones.

México en el exterior a efectos de que nuestro país represente una opción atractiva y segura para los inversionistas extranjeros, aparentemente con miras a generar empleos para los mexicanos.

Se presenta en el PND 2007-2012 a la globalización como una característica del actual escenario internacional, lo que a su vez ha generado un reacomodo constante de reglas, actores y escenarios de interrelación vinculados a la conformación de mercados regionales, como es el caso, del "MERCOSUR"²¹, la difusión de acontecimientos a través de los medios de comunicación, la utilización de las tecnologías de la información que generan que ésta sea "cuasi" inmediata y expedita, la transportación de bienes y servicios, el incremento de los flujos migratorios lo que a su vez conlleva a la transferencia internacional de riesgos, en lo que se refiere al tema sanitario, entre otros.

Esta situación evidencia la necesidad de vincular la política interna con la política exterior, como dos áreas que se retroalimentan y enriquecen o debilitan al país desde y hacia fuera.

En este sentido, el PND 2007-2012 señala que es menester desarrollar una política exterior responsable²² basada en los principios rectores que establece la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (véase el apartado correspondiente en este mismo capítulo) y entre los cuales se encuentra la cooperación internacional para el desarrollo.

Dentro del Plan se presenta un diagnóstico cualitativo de la situación de México en el ámbito internacional y se señala que, "el lugar que México ocupa en la escena internacional no refleja su magnitud económica y comercial, la riqueza de sus recursos naturales, su privilegiada ubicación en el continente o su importancia demográfica y cultural. México puede y debe ocupar un espacio en la

²¹ El Mercado Común del Sur (MERCOSUR), esta integrado por Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay. Es producto del [Tratado de Asunción](#) suscrito el 26 de marzo de 1991, por estos 4 países. El objetivo primordial del Tratado de Asunción es la integración de los cuatro Estados Partes, a través de la libre circulación de bienes, servicios y factores productivos, el establecimiento de un arancel externo común y la adopción de una política comercial común, la coordinación de políticas macroeconómicas y sectoriales y la armonización de legislaciones en las áreas pertinentes, para lograr el fortalecimiento del proceso de integración.

²² Presidencia de la República, [Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012](#), p. 289.

comunidad internacional, en los niveles regional y global, acorde con su importancia real y con su verdadero potencial y capacidades.”²³

Posteriormente señala la importancia de fortalecer los espacios de interlocución con América Latina y El Caribe a fin de generar consensos y alianzas que permitan enfrentar de manera regional los retos que cotidianamente se presentan por la globalización. Se reconoce la responsabilidad de México para con los países de Centro y Sudamérica en la promoción del bienestar social y el desarrollo económico como medios para abatir la pobreza, la marginación y la desigualdad²⁴.

En este sentido, cabe resaltar que el PND, en su redacción pareciera plantear la idea de responsabilidad directa de nuestro país en la generación de beneficios y la solución de problemas comunes con Centroamérica, lo cual, en cierta medida contradice el principio fundamental de toda relación de cooperación, puesto que debe existir en todo momento un vínculo de corresponsabilidad a fin de asumir roles y compromisos proactivos que se puedan traducir en un trabajo conjunto de promoción, mejoramiento y retroalimentación que reditúe positivamente en ambas partes, bajo el entendido elemental de que a cada país le corresponde hacer lo propio y motivar un sinergismo con la contraparte en su objetivo de lograr mayor desarrollo económico y social para su población.

Posteriormente se desarrollan 3 objetivos con sus respectivas estrategias, en este trabajo sólo se hará referencia a aquéllas que incorporen el tema de la cooperación internacional.

1. “Apoyar el desarrollo económico, social y político del país a partir de una efectiva inserción de México en el mundo”²⁵. En este objetivo se busca contar con una mayor competitividad y crecimiento económico, que a su vez repercutan en un mejoramiento de la calidad de vida de los mexicanos. En este objetivo se presenta como una de las estrategias la siguiente:

“Aprovechar los distintos esquemas de cooperación internacional para apoyar los programas gubernamentales encaminados a la lucha contra la

²³ Ibídem, p. 290.

²⁴ Ibídem, p. 291.

²⁵ Ibídem, p. 294.

pobreza, la generación de empleos y el incremento de los niveles de seguridad en el país”²⁶. Es evidente que se hace alusión únicamente a aspectos de desarrollo económico, por lo cual, los temas como educación y salud, al parecer no están contemplados, lo que hace pensar que se privilegiará la cooperación económico-financiera.

2. “Contribuir a los esfuerzos de la comunidad internacional para ampliar la vigencia de los valores y principios democráticos, las libertades fundamentales y los derechos humanos, así como el desarrollo sustentable”²⁷. En este objetivo el reconocimiento de la libre determinación de las naciones, la colaboración respetuosa para la paz y la protección a los derechos de las personas se identifican como aspectos fundamentales del entorno internacional. Este objetivo responde a los principios rectores de la política exterior señalados en el artículo 89 de la Constitución Política, tales como la autodeterminación de los pueblos y la lucha por la paz. Para desarrollar este objetivo se establecen algunas estrategias, no obstante, aquéllas que se relacionan con el tema desarrollado en este trabajo son:

“Participar activamente en las discusiones e iniciativas en favor de la paz, la cooperación para el desarrollo, los derechos humanos y la seguridad internacionales”²⁸. En este aspecto le confiere a la cooperación internacional un matiz político que promueva un mundo más estable y respetuoso de los derechos humanos, lo cual nuevamente es coincidente con los principios de la Política Exterior Mexicana, antes mencionados.

“Incrementar la participación política de México en organismos y foros regionales promoviendo el Desarrollo Humano Sustentable”²⁹. En esta estrategia se hace referencia a la colaboración multilateral y regional para enfrentar amenazas emergentes como el cambio climático, el crimen organizado, la seguridad energética, así como el tratamiento, control y erradicación de enfermedades infecciosas. Es de llamar la atención el señalamiento al tema de salud, que es de las pocas ocasiones que aparece en el PND vinculado a aspectos internacionales, en particular, a la

²⁶ Idem.

²⁷ Ibidem, p. 297.

²⁸ Idem.

²⁹ Idem.

sanidad internacional. Esta estrategia pareciera estar orientada a la iniciativa del Plan Puebla-Panamá, como responsable de coordinar la Iniciativa de Desarrollo Humano, y dentro de la cual, uno de los temas prioritarios es el de salud.

“Coordinar los esfuerzos del Gobierno Federal en materia de cooperación internacional para el desarrollo”³⁰. Se subraya que resulta indispensable que México cuente con mecanismos de coordinación de su política de cooperación internacional para conducir de manera eficaz y coherente los distintos esfuerzos que realiza al respecto. De este modo, en cierta medida el proyecto de Decreto que expide la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo cumple con el objetivo de coordinar esfuerzos, sobre todo en lo que implica la evaluación de la cooperación internacional.

3. “Impulsar la proyección de México en el entorno internacional”³¹. Este objetivo hace referencia a la posición geográfica de México, la cual, ha significado, indudablemente, buenas oportunidades para la complementación económica con Estados Unidos y Canadá. Es decir, se vincula el tema de la proyección de México con aspectos económicos, aquí haría falta vincular a este mismo objetivo con los aspectos políticos, puesto que la presencia o proyección de un país no sólo se circunscribe al ámbito económico. Con el fin de alcanzar este objetivo se plantean las siguientes estrategias:

“Reforzar y extender los lazos políticos, económicos y culturales con América Latina y el Caribe”³². El gobierno de México promueve una proyección política y una presencia económica con América Latina y El Caribe a efectos de generar consensos que permitan enfrentar problemáticas comunes, lo cual, es acorde con la definición de cooperación internacional, es decir, realizar acciones conjuntas para afrontar problemáticas comunes. Sin embargo, en el caso de Centroamérica señala que “la responsabilidad de México se enfocará en elevar el bienestar social y el desarrollo económico de la región”³³. Lo cual, como se señala

³⁰ Ibíd., p. 298.

³¹ Idem.

³² Idem.

³³ Ibíd., p. 299

anteriormente, resulta ser un enfoque limitante, unidireccional y sesgado de los objetivos y beneficios que es capaz de generar la cooperación internacional, independientemente de que puede dar lugar a la percepción por parte de los centroamericanos de que se trata de un tipo de cooperación netamente vertical por definición, cuando México también podría y debería ser receptor de experiencias exitosas de estos países. Por ejemplo en Costa Rica la promoción de la salud y seguimiento de pacientes posterior al egreso hospitalario es muy exitosa y Honduras ha impulsado una política de lucha contra el VIH/SIDA que ha tenido buenos resultados para ese país.

“Enriquecer e impulsar la agenda mesoamericana en el marco del Plan Puebla-Panamá”³⁴. Se propone la revisión y el fortalecimiento del Plan Puebla-Panamá, bajo la premisa de que sólo en una perspectiva de desarrollo regional, se podrá materializar el bienestar que demandan los habitantes de esta zona. Es importante señalar que a partir de junio de 2008 el Plan Puebla-Panamá cambia de nombre y en adelante se denomina “Proyecto de Integración y Desarrollo de Mesoamérica”, que de manera abreviada puede citarse como “Proyecto Mesoamérica”. En el capítulo III se presenta el contexto en el que se realiza esta modificación. Sin embargo para facilitar la identificación de este programa en adelante se continuará denominando Plan Puebla-Panamá.

Es de llamar la atención que, aunque se menciona, aparentemente no se vincula el Plan Puebla-Panamá con el Mecanismo de Tuxtla. En este caso, quizá habría sido más oportuno desarrollar una estrategia de colaboración con Centroamérica en la que ambos proyectos pudieran ser complementarios, adicionalmente el Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, no se alude y por tanto no se le adjudica estrategia alguna.

Como se puede inferir en lo anteriormente señalado, la cooperación internacional es vista como un instrumento para lograr un mayor desarrollo nacional, sin embargo, está primordialmente enfocada al aspecto económico, relegando a un

³⁴ Idem.

segundo término los aspectos políticos que, en la práctica y acontecer cotidiano, pueden tener la misma o incluso mayor importancia que los económicos.

En lo que se refiere al caso del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, como se podrá observar más adelante, no se ha logrado aprovechar plenamente la cooperación internacional de México, ni se han realizado modificaciones que lo permitan, es decir, el Mecanismo sigue funcionando bajo los mismos lineamientos con los que fue concebido en 1991, y en particular los Programas Mesoamericanos de Cooperación no han tenido cambios en su funcionamiento.

Es importante identificar cómo las directrices de los Planes Nacionales de Desarrollo se plasmaron en los programas sectoriales tanto de la Secretaría de Relaciones Exteriores como de la Secretaría de Salud, enfocado en la cooperación internacional con Centroamérica.

En el caso de la Secretaría de Relaciones Exteriores, existe el *Programa Sectorial de Relaciones Exteriores 2007-2012*, no hubo programa sectorial del sexenio anterior. El actual programa sectorial está organizado en objetivos, indicadores y metas, se plantean 12 objetivos, 2 de los cuales hacen referencia a cuestiones de cooperación internacional. El objetivo 3 señala la importancia de fortalecer las relaciones políticas y económicas con América Latina y El Caribe y el objetivo 9 hace referencia a impulsar la participación de México en materia de cooperación internacional para el desarrollo.

En el caso del fortalecimiento de las relaciones políticas con América Latina y El Caribe (objetivo 3) las estrategias y líneas de acción hacen una alusión específica al Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, al señalar en la línea de acción 3.1.5 "Propiciar una adecuada coordinación entre el Plan Puebla-Panamá (PPP), el Mecanismo de Tuxtla y el Sistema de Integración Centroamericana (SICA), a fin de maximizar el impacto regional de los tres mecanismos"³⁵.

Al respecto, vale la pena señalar que efectivamente tanto el Plan Puebla-Panamá como el Mecanismo de Tuxtla operan de manera separada y se percibe que este hecho ha dificultado la coordinación entre ambos en lo que compete al Gobierno de México. Cada uno de estos temas recae en diferentes áreas de la Secretaría de Relaciones Exteriores:

³⁵ Secretaría de Relaciones Exteriores, *Programa Sectorial de Relaciones Exteriores 2007-2012*, p. 39

- El Plan Puebla-Panamá es asumido por la Coordinación General del Plan Puebla-Panamá (actualmente la Dirección General del Proyecto de Integración y Desarrollo de Mesoamérica, por el cambio de nombre del Plan Puebla-Panamá) adscrita a la Subsecretaría para América Latina y El Caribe.
- El Mecanismo de Tuxtla está a cargo de la Dirección General de Cooperación Técnica y Científica adscrita a la Unidad de Relaciones Económicas y Cooperación Internacional.

En la práctica, esta situación dificulta la coordinación entre las áreas no únicamente en un sentido logístico y administrativo, sino porque también la visión, postura o modo de trabajar el tema difiere entre sí, lo cual hace que los esfuerzos de una instancia y la otra no actúen en una misma línea sinérgica.

Como una recomendación personal se propone que sea una misma área la que debiera abordar a Centroamérica como región con sus respectivos mecanismos de cooperación. Dado que en mi función de responsable de ambos proyectos dentro de las actividades que desempeño en la Secretaría de Salud, resulta evidente la carencia de sincronía y, por ende, la redundancia de esfuerzos que se realizan al interior de la Secretaría de Salud.

En el caso de Centroamérica, el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA) opera tanto el Plan Puebla-Panamá como el Mecanismo de Tuxtla. El SICA es un mecanismo creado por los países centroamericanos el 13 de diciembre de 1991, en el marco de la XI Reunión Cumbre de Presidentes Centroamericanos, realizada en Tegucigalpa, Honduras, firmándose el "Protocolo de Tegucigalpa"³⁶ el cual, contempla la Integración Centroamericana en aspectos económicos y políticos para generar el desarrollo integral para la región. En otras palabras, el SICA tiene por objetivo fundamental la realización de la integración de Centroamérica, para lo cual cuenta con "personalidad jurídica"³⁷ y su sede esta en San Salvador.

³⁶ El Protocolo de Tegucigalpa, se suscribió el 13 de diciembre de 1991, vigente desde el 23 de julio de 1992. Se elabora y suscribe con la finalidad de actualizar el marco jurídico de la Organización de Estados Centroamericanos, (antecedente de SICA) para alcanzar la integración centroamericana.

³⁷ Esto significa que es una persona moral creada y reconocida por la ley, y que tiene la capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, todo esto dentro de los límites que marca la ley.

Otra línea de acción que tiene relación con el tema que nos ocupa, es la 3.1.12 que indica "Promover una participación activa de México en los organismos interamericanos, así como en los mecanismos regionales de diálogo, consulta y concertación e integración en beneficio de los intereses de México."³⁸

Sin duda, México tiene una participación activa en la cooperación internacional con Centroamérica al elaborar las propuestas de los proyectos, promover las reuniones con la contraparte para la negociación de los mismos y dar seguimiento al cumplimiento de las actividades planteadas en cada uno de los proyectos. Sin embargo, como se podrá identificar más adelante esta circunstancia ha generado que la contraparte centroamericana no asuma un principio de corresponsabilidad en los proyectos, ni en la cooperación con México.

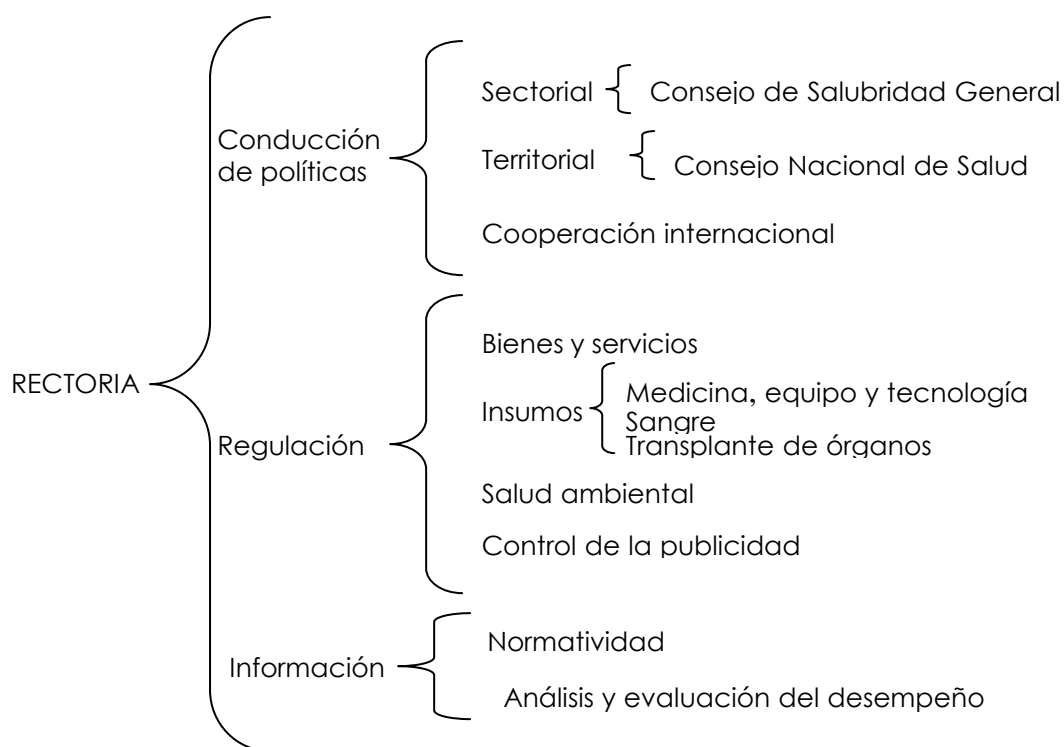
Por otro lado, es importante señalar la manera en que se hace alusión a la cooperación internacional dentro del marco programático de la Secretaría de Salud. El *Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PRONASA)* enfatizó la prioridad de democratizar la atención de la salud y señaló como sus principales retos la equidad, la calidad y la protección financiera (Seguro Popular, ver cita de la página 19 de este trabajo).

La manera en la que se organizó el PRONASA fue a través del establecimiento de 5 objetivos, 10 estrategias y un sinnúmero de líneas de acción. En el caso de la cooperación internacional, está ubicada como una línea de acción, es decir en el nivel más básico, lo importante es que de alguna manera esta incluida en el PRONASA 2001-2006.

La línea de acción de cooperación internacional se ubica en la estrategia 7 relativa al papel de rectoría de la Secretaría de Salud. Para facilitar la identificación de las líneas de acción a continuación se presenta un cuadro tomado del Programa Nacional de Salud.

³⁸ Secretaría de Relaciones Exteriores, Programa Sectorial de Relaciones Exteriores 2007-2012, p. 40.

Cuadro 3: Programa Nacional de Salud 2001-2006 en el apartado que aborda el tema de la cooperación internacional. Referencia: Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la Salud en México. Hacia un sistema universal de salud, Secretaría de Salud, Primera edición 2001, p. 129.



Como se puede observar en el cuadro 3, la cooperación internacional está ubicada en la parte rectora del sector salud y en particular en la conducción de políticas, lo cual, es congruente en la medida en que se está considerando a la cooperación internacional como un elemento clave para el fortalecimiento de políticas en salud.

Durante el PRONASA 2001-2006 se enfatiza la promoción del seguimiento de compromisos y el fortalecimiento de la presencia de México en los organismos internacionales. Llama particularmente la atención que, entre las actividades que se mencionan únicamente se hace referencia al seguimiento de compromisos en organismos internacionales, el fortalecimiento de vínculos con los países limítrofes de México y la "consolidación de las relaciones con organismos de cooperación internacional de otras naciones"³⁹, de lo cual, podría interpretarse que la manera de incentivar la cooperación es a través de organismos internacionales, cuando en la práctica se observa que tiene lugar mayormente entre gobiernos.

³⁹ Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2001-2006, Primera edición 2001, p. 131.

Por otra parte, en el *Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PRONASA)* las prioridades identificadas están relacionadas con la necesidad de fortalecer el Sistema Nacional de Salud ante la evidente segmentación y sus problemas de coordinación sectorial. Adicionalmente la nueva Administración tiene interés en fortalecer la promoción y prevención de enfermedades, garantizar el acceso universal, asegurar que bienes y servicios estén libres de riesgos sanitarios, suministrar oportunamente los medicamentos e insumos requeridos, brindar una atención de calidad y fortalecer la infraestructura y el equipamiento médico.

El PRONASA 2007-2012 está organizado a través de 5 objetivos y 15 metas estratégicas, dentro de las cuales se establecen líneas de acción. En la cuarta estrategia se hace referencia a "*Desarrollar instrumentos de planeación, gestión y evaluación del Sistema Nacional de Salud*"⁴⁰, en la cual se ubicó el componente de cooperación internacional.

Las principales acciones que se enmarcan en esta materia son:

- Fortalecer las Comisiones de Salud Fronteriza con Estados Unidos y Guatemala
- Incrementar la solidez de los vínculos multilaterales y bilaterales para ofrecer y recibir cooperación internacional y dar cumplimiento a los objetivos del PROSESA 2007-2012
- Consolidar la organización y desarrollo de las Semanas Binacionales de Salud, que han permitido el acceso de la población migrante a los servicios de salud en Estados Unidos
- Promover la afiliación de familias de migrantes al Seguro Popular de Salud aprovechando las ventanillas de salud en consulados y embajadas en los Estados Unidos
- Mejorar la atención otorgada a los connacionales enfermos en necesidad de ser repatriados
- Incentivar la participación activa de México en los principales organismos internacionales en salud, en particular en la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

⁴⁰ Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2007-2012, Primera Edición, p. 107.

El tema de la cooperación internacional en el PROSESA 2007-2012 adquirió un carácter más amplio e incluyente comparado con el PRONASA 2001-2006 al considerarla como una herramienta o elemento clave para lograr los objetivos nacionales de salud.

Con la revisión conjunta del marco programático se puede concluir que la cooperación internacional es un componente presente en todos los programas aquí abordados, en algunos como se mencionó en su momento, el tema es tratado de manera más específica que en otros, sin embargo, queda de manifiesto que se reconoce a este tipo de cooperación como un elemento promotor del papel de México en el exterior.

2.3 MARCO INSTITUCIONAL

En este apartado se tratan, entre otros aspectos, lo relativo a la interrelación institucional que existe como producto de asumir los compromisos adquiridos dentro del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla.

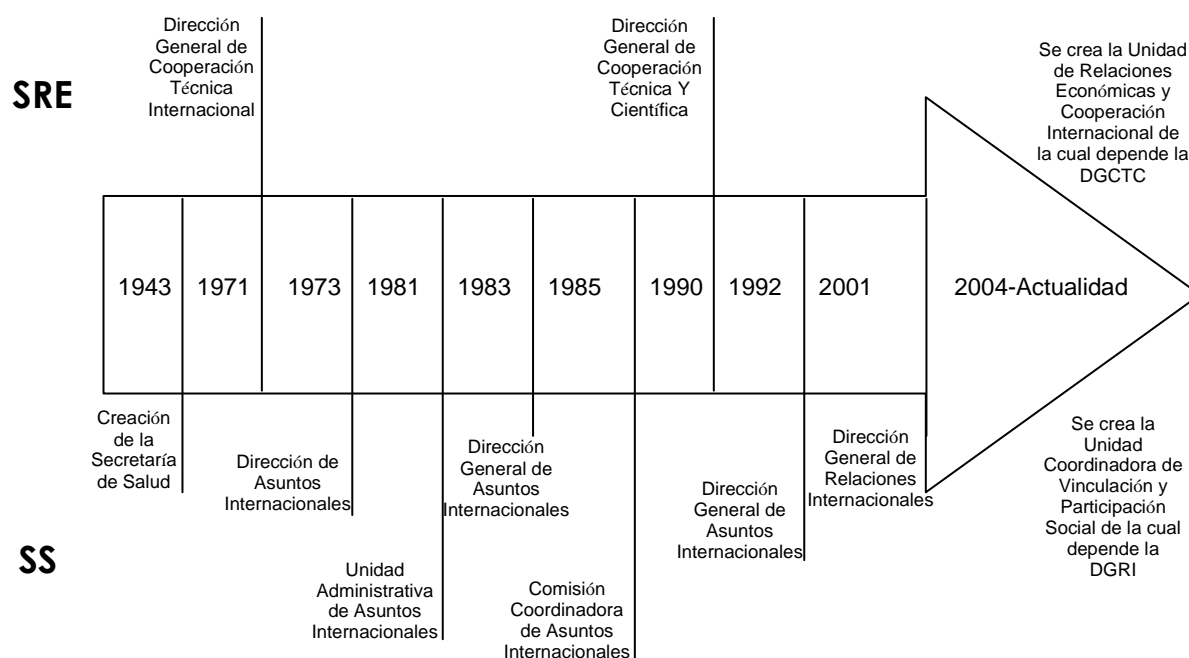
Asimismo, en este capítulo también se abordarán las atribuciones y funciones institucionales que tiene tanto la Secretaría de Salud (SS) como la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE), ésta última por ser la institución principal que rige la política exterior de México en acuerdo con lo señalado en la LOAPF⁴¹ (ver el apartado 2.1 de este capítulo). Como punto focal de la cooperación internacional de México, le corresponde, a ésta, a través de la Dirección General de Cooperación Técnica y Científica (DGCTC), coordinar los esfuerzos que en la materia realizan las dependencias de gobierno, el sector privado y la sociedad civil.

En tal sentido, la Cancillería desempeña un papel de interlocutor ante Agencias de Cooperación de gobiernos extranjeros, organismos internacionales y foros regionales, por ello, participa activamente en la concertación de programas, proyectos y acciones de cooperación internacional de interés para el país en sus diferentes vertientes.

⁴¹ Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, artículo 28, Diario Oficial de la Federación, 2 de junio de 2006, p. 8.

A efectos de facilitar la revisión y explicación de la información que se presentará a continuación, relativa a la evolución histórica que han tenido tanto la Dirección General de Cooperación Técnica y Científica de la Secretaría de Relaciones Exteriores como la Dirección General de Relaciones Internacionales de la Secretaría de Salud, el texto se apoyará en el esquema 2 y viceversa.

Esquema 2: Simplificación de la cronología histórica y los diferentes nombres que han adquirido en el transcurso de ésta tanto la Dirección General de Cooperación Técnica y Científica (SRE) como de la Dirección General de Relaciones Internacionales (SS), que refleja el grado de importancia y prioridad que se le ha dado al tema en cada época. Véase texto para mayor información.



Con el propósito de consolidar el papel de la cooperación internacional como instrumento eficaz de la política exterior mexicana, la SRE, promovió la cooperación técnica-científica con una orientación principalmente hacia los sectores prioritarios, a través de la Dirección General de Cooperación Técnica y Científica (DGCTC), creada en 1990 y la cual, tiene su antecedente en 1971 como Dirección General de Cooperación Técnica Internacional, siendo en ese entonces el área encargada de la planeación, diseño y conducción de la política mexicana de cooperación, orientada fundamentalmente a la recepción, por parte de México, de cooperación proveniente de otros países ú organismos internacionales.

La Dirección General de Cooperación Técnica y Científica y su progresiva evolución en el papel de administrar los flujos de cooperación en estos rubros o

áreas, la llevaría más adelante a que se inscribiera en el marco de una Subsecretaría de Cooperación Internacional.

Uno de los eventos de mayor envergadura en la institucionalidad de la cooperación mexicana sucedió en 1998 con la creación del Instituto Mexicano de Cooperación Internacional (IMEXCI), donde fueron concentradas las cuatro unidades administrativas encargadas de los diferentes rubros de la cooperación en la SRE, a saber: la Dirección General de Cooperación Técnica y Científica; la de Cooperación Educativa y Cultural; de Organismos de Cooperación Económica y de Desarrollo; y para la Cooperación con Centroamérica y El Caribe. Con esto, el IMEXCI buscó consolidar un sistema articulado de cooperación internacional cuyas facultades se encauzaron a la planeación, gestión y coordinación de los programas y proyectos de las vertientes de recepción y oferta de cooperación; así como en la implementación de las primeras iniciativas de cooperación horizontal.

En el 2000, la SRE implementó una serie de modificaciones en su estructura con fundamento en lo dispuesto por los artículos 12, 16, 17, 26 y 28 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; y 1,5 y 7 fracción XVII del Reglamento Interior de la misma Secretaría y demás disposiciones aplicables.

Con base en lo anterior, se derogaron las facultades del IMEXCI y las Direcciones Generales que lo integraban fueron reubicadas en la estructura concentrada de la Cancillería con las siguientes adaptaciones: la Dirección de Cooperación con Centroamérica y El Caribe se incorporó a la DGCTC; la competencia de la Dirección General de Cooperación Educativa y Cultural se trasladó a la Dirección General de Asuntos Culturales; y la Dirección General de Cooperación Económica y Desarrollo se asoció a la Dirección General de Promoción Económica Internacional.

Asimismo, en 2004, con el objeto de convertir a la política exterior en un instrumento central para lograr las metas de desarrollo económico y social en México, la SRE crea la Unidad de Relaciones Económicas y Cooperación Internacional (URECI), e incorporó a la DGCTC en su estructura.

Desde su origen, la DGCTC ha intentado fortalecer las capacidades de la

cooperación mexicana como agente de cambio social para el desarrollo nacional. Asimismo, se ha planteado como objetivos planificar, gestionar y monitorear diversos programas bilaterales, multilaterales y regionales de cooperación, enfatizando en el discurso la importancia de un multilateralismo activo, el fortalecimiento de las relaciones bilaterales con los países desarrollados y la promoción de actividades de cooperación regional con Centroamérica y El Caribe.

Cabe mencionar que todas las gestiones que emanan de los proyectos que se insertan en el Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, recaen en la Dirección General de Cooperación Técnica y Científica.

Dado que los proyectos que abordaremos en este trabajo están relacionados con el ámbito de salud, mencionaremos ahora lo relativo al marco institucional de la Secretaría de Salud.

Dentro de la Administración Pública Federal, la Secretaría de Salud fue fundada en 1943, entonces conocida como *Secretaría de Salubridad y Asistencia*, desde entonces los asuntos internacionales fueron manejados por una Oficina que en ese entonces estaba adscrita al Secretario. En sus orígenes las relaciones internacionales estaban enfocadas a la asistencia técnica y la participación en Foros Internacionales con el objetivo de apoyar programas de investigación y se estableció un Sistema de Becas al Extranjero.

Posteriormente el 10 de agosto de 1973 en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salubridad y Asistencia por primera vez se hace referencia a una Dirección de Asuntos Internacionales (DAI), dependiente de la Subsecretaría de Salubridad. Es decir, los asuntos internacionales dejaron de ser competencia directa de la Oficina del Secretario y ahora era el Subsecretario quién asumía esa responsabilidad. En ese entonces, las atribuciones de la Dirección se concentraban en la celebración de acuerdos y la promoción de becas. Sin embargo, en el mencionado reglamento ya se vislumbraba un antecedente de la cooperación internacional al señalarse una atribución relativa a la formulación de convenios para la realización de proyectos sanitarios.

En 1976, la DAI se adscribe a la estructura del Secretario y el 16 de marzo de 1981, se transforma en Unidad de Asuntos Internacionales. Adicionalmente, se le incorporan nuevas funciones, tales como apoyar el trámite de franquicias y permisos.

El 13 de octubre de 1983, acorde a las normas de modernización administrativa, la Unidad de Asuntos Internacionales, se modifica en Dirección General de Asuntos Internacionales (DGAI). Se agregó una nueva atribución, apoyar el proceso de importación y exportación de estupefacientes.

En 19 de agosto de 1985, se publicó el Reglamento Interior de la recientemente nombrada Secretaría de Salud (SS), en el cual se estableció que la Dirección General de Asuntos Internacionales se transformaría en Comisión Coordinadora de Asuntos Internacionales. Este cambio fue importante en la medida en que la Comisión estaría integrada por el Secretario de Salud, como presidente, por los Subsecretarios de Servicios de Salud, Regulación Sanitaria, Desarrollo y Planeación, el Oficial Mayor, el Contralor Interno, el Director General de Asuntos Jurídicos y el Coordinador de Relaciones Internacionales. La creación de la Comisión fue crucial puesto que por vez primera y única se contó con un Foro abierto de discusión de los temas internacionales al más alto nivel. Situación que permitió unificar criterios y acciones que a su vez repercutieron positivamente en la definición de una línea rectora de la política internacional en salud. Esta condición actualmente ya no ocurre al no existir un foro ex profeso para abordar estos temas, generándose, por tanto, una segmentación en las actividades y posturas al interior de la SS con respecto al ámbito mundial.

Para julio de 1991, la Subsecretaría de Organización y Desarrollo modifica su denominación, a Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, dejando de existir la Comisión Coordinadora de Asuntos Internacionales y creándose la Dirección General de Coordinación Sectorial e Internacional. Asimismo, se plasman las facultades en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de Diciembre de 1992.

Es importante señalar que, a partir de este momento, se empiezan a vincular acciones de carácter nacional con las internacionales, a la par de que se

agregan nuevas atribuciones en el ámbito internacional, algunas de las cuales prevalecen hasta la actualidad. En general se percibe una visión con mayor enfoque al exterior. El hecho de que el antecedente fuera una Comisión Coordinadora que permitiera discutir los temas internacionales se ve reflejado en este reglamento interior, dado que denota una mayor integración de las atribuciones que debería tener esta Oficina, entre las cuales se pueden señalar la función de proponer y analizar los programas en materia de salud en los que México participe, así como intervenir en coordinación con las unidades administrativas competentes en la administración de los proyectos respectivos. El Reglamento también incorpora lo relativo a la identificación de fuentes de financiamiento externo para el apoyo de programas estratégicos del sector salud y emitir lineamientos para la operación de proyectos y programas de salud financiados por créditos y donativos.

Lo anterior, permite identificar los nuevos elementos que se añaden a las funciones de la Oficina y al parecer derivan del hecho de que se discutieran los temas internacionales al más alto nivel dentro de la Secretaría.

En junio de 1995 se cambia de Dirección General de Coordinación Sectorial e Internacional a Dirección General de Asuntos Internacionales, la cual depende de la Subsecretaría de Coordinación Sectorial.

El 7 mayo de 1998 en el Diario Oficial de la Federación se publica un nuevo Acuerdo de Adscripción en el que la Dirección General de Asuntos Internacionales se reubicó dentro de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, por considerar que las actividades de carácter internacional se dirigen principalmente a fortalecer los programas prioritarios de la Secretaría de Salud.

El 15 de septiembre del 2000, dentro del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, se establece que la Dirección General de Asuntos Internacionales dependerá directamente del Secretario y posteriormente se denomina Dirección General de Relaciones Internacionales.

El 5 de julio de 2001 se publica un nuevo Reglamento Interior en el que se señalan que algunas atribuciones de la Dirección General, en particular lo relativo a la

importación y exportación de estupefacientes dejan de ser de su competencia. Adicionalmente el Secretario determinó encaminar las funciones de la Dirección General de Relaciones Internacionales a cargo de la Subsecretaría de Relaciones Institucionales, otorgándole una serie de facultades que le permitirán participar con una alta representatividad en los Foros Mundiales.

Posteriormente, una vez más se realizan modificaciones a la estructura de la Secretaría de Salud y se publica el nuevo Reglamento Interior respectivo en 2004, en el cual, se adscribe la Dirección General de Relaciones Internacionales a la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social.

Todos estos cambios y reestructuraciones institucionales y del reglamento interno obedecen a la visión que, en su momento, los titulares de la Secretaría de Salud han tenido, es decir, los cambios institucionales responden, por una parte, a la perspectiva que tenga el Secretario de Salud en funciones sobre la importancia y el manejo que se le quiera dar al ámbito exterior. Por otra parte, también está relacionada con la habilidad institucional de quien tenga a su cargo los asuntos internacionales para permear o influir en el enfoque del Secretario. Por ejemplo en 2004, dentro de la Dirección General se incorporó toda un área nueva para atender la salud de los migrantes mexicanos. Es evidente que en este proceso, la postura y línea de trabajo institucional, es producto de: la visión del Secretario, la habilidad del Director General de Relaciones Internacionales para posicionar el tema o prioridad en la Agenda y finalmente la realidad internacional que va demandando atención en ciertos temas.

Para efectos de la cooperación internacional, la Secretaría de Salud a través de su Dirección General de Relaciones Internacionales (DGRI) es la instancia que desarrolla las actividades vinculadas al tema.

Las principales atribuciones que tiene la Dirección General de Relaciones Internacionales de acuerdo al último Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (2006), y que de alguna manera se vinculan con aspectos de cooperación al exterior, a la letra plantean:

- Coordinar la representación de la Secretaría ante autoridades e instituciones extranjeras, así como ante organismos internacionales en materia de salud;
- Coordinar con la Secretaría de Relaciones Exteriores las actividades relativas a la agenda de salud internacional que realicen las unidades administrativas de la Secretaría;
- Revisar que los convenios, acuerdos y tratados internacionales en los que intervenga la Secretaría sean congruentes con los lineamientos de carácter internacional vigentes, así como participar con las unidades administrativas competentes en la elaboración de los proyectos respectivos, con la intervención que corresponda a la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud;
- Difundir en el seno de los foros internacionales de la salud, en coordinación con las unidades administrativas competentes, información científica y técnica en materia de salud;
- Evaluar los avances de los compromisos internacionales de salud y su impacto en el Programa Nacional de Desarrollo y en el Programa Nacional de Salud.

Dicho lo anterior, es conveniente mencionar que las gestiones que emanan de los proyectos de salud que se desarrollan en el marco del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla las envía la Secretaría de Relaciones Exteriores, a través de su Dirección General de Cooperación Técnica y Científica, a la Secretaría de Salud vía la Dirección General de Relaciones Internacionales.

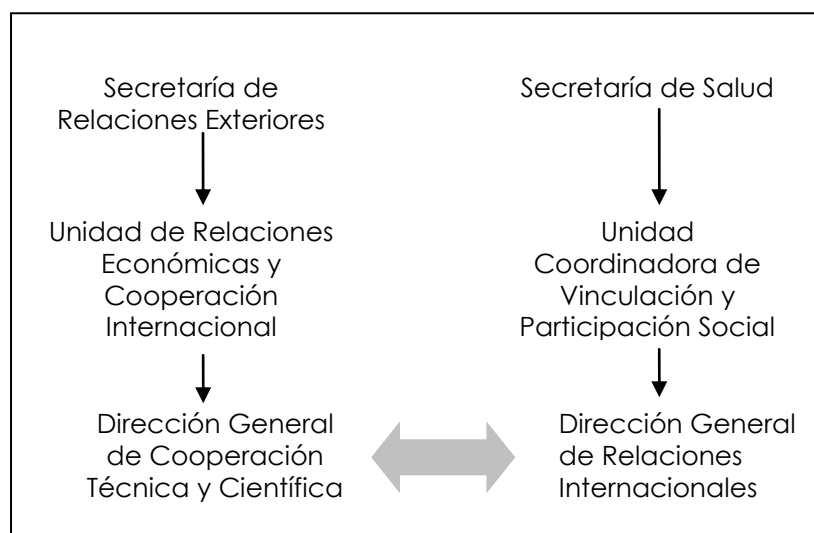
2.4 VINCULOS INSTITUCIONALES ENTRE LA SECRETARIA DE RELACIONES EXTERIORES Y LA SECRETARIA DE SALUD

La Secretaría de Relaciones Exteriores, es la ventanilla a través de la cual, se recibe y envía cualquier información relativa a acciones de cooperación internacional. En el caso del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, la

SRE coordina todas las acciones que se derivan de este Mecanismo. Al participar la Secretaría de Salud dentro de los proyectos de cooperación internacional que se manejan en el mismo, existe permanente coordinación entre ambas dependencias. La comunicación es a través de los canales oficiales.

Dado que existe una serie de ámbitos de competencias mutuas de carácter logístico, el vínculo entre la SRE (DGCTC) y la SS (DGRI) es estrecho y permanente.

Cuadro 4: Relación interinstitucional que guarda tanto la Dirección General de Cooperación Técnica y Científica (SRE) y la Dirección General de Relaciones Internacionales (SS) para dar cumplimiento a los compromisos adquiridos en el Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla 2003-2008.



En el Mecanismo de Tuxtla se establece un Programa de Cooperación Mesoamericano que es de carácter bienal, lo cual, implica que cada 2 años se conforma la cartera de proyectos de cooperación, por tanto, es también este intervalo de tiempo en el que la Secretaría de Salud presenta proyectos para cooperar con Centroamérica.

El procedimiento por lo general consiste en que la SRE (DGCTC) le solicita a la SS (DGRI) elaborar los proyectos de cooperación para el bienio correspondiente, aún cuando un proyecto se prorrogue, por más de dos años, se deben elaborar los Términos de Referencia correspondientes, de tal suerte que, el llenado de los formatos para ofertas de cooperación lo realiza nuestro país, mientras que el rol de los centroamericanos se concreta a revisar, proponer y en su caso aceptar los proyectos presentados por México.

En el caso del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla la SRE proporciona el financiamiento de todas las actividades planteadas en los proyectos, es decir, cubre los gastos de pasaje aéreo internacional, hospedaje y alimentación, de hasta 2 expertos por país. En algunos momentos ha financiado publicaciones, sin embargo, dado que ha existido recorte presupuestal para el Mecanismo este tipo de colaboración ya no se financia.

Ahora bien, resulta conveniente mencionar que los documentos más importantes para la presentación de proyectos de cooperación y desarrollo de actividades son:

- ✓ El formato de términos de referencia del proyecto
- ✓ Las convocatorias
- ✓ Formato único para la presentación de informes de los participantes

El *formato de Términos de Referencia del proyecto* es un documento elaborado por la Secretaría de Relaciones Exteriores para concretizar acciones de cooperación internacional.

El formato contiene los siguientes apartados:

- Resumen
- Institución solicitante y dependencia ejecutora
- Institución cooperante en el extranjero y dependencia ejecutora
- Modalidades de la cooperación
- Antecedentes y justificación
- Objetivo general de desarrollo
- Objetivo específico
- Actividades a desarrollar y resultados esperados
- Programación de resultados y actividades
- Insumos requeridos
- Aportes solicitados de la cooperación
- Aportación de otras instituciones participantes
- Justificación financiera
- Principales funciones de la institución solicitante y/o dependencia ejecutora

- Comentarios finales

Cabe señalar que la requisición de los términos de referencia está a cargo de la Secretaría de Salud en los temas que le competen. Uno de los apartados más importantes que contiene es el relativo a las actividades que se programen en un lapso determinado de tiempo, ya que ahí se concretizan las reuniones, seminarios, pasantías, etc., que estén contempladas en el proyecto de cooperación.

El correcto llenado del formato es imprescindible para que la propuesta de proyecto sea enviada a la contraparte Centroamérica (SICA). La ventaja que representa el formato, es que permite concretizar y puntualizar las acciones de colaboración que se deseen llevar a cabo.

Cabe señalar que durante el bienio 2004-2006 se modificó el formato de términos de referencia agregando, además de lo señalado en los puntos anteriores, lo siguiente:

- Diagnóstico Inicial, que debe contener (ubicación geográfica del desarrollo del proyecto, descripción de las características geográficas del lugar, necesidades específicas de la población meta del proyecto; dificultades previsibles en su ejecución y cómo pueden solventarse; descripción de actividades paralelas que atiendan la problemática señalada en el proyecto y determinar el número de beneficiarios directos e indirectos.
- Indicadores de resultado, con la intención de determinar el progreso de los resultados y objetivos establecidos en el proyecto.

Sin embargo, en la práctica se pudo observar que, los puntos anteriores recién incorporados al formato generaron inconformidad en la Secretaría de Salud, argumentando que la justificación y requisición de los mismos deberían ser responsabilidad del país receptor de la cooperación y no de México en su papel de país oferente.

No obstante, la reciente inclusión de indicadores se considera positiva en la medida en que es un intento de ir generando un seguimiento progresivo y de evaluación de los resultados obtenidos en los proyectos.

Una vez que se cuenta con las propuestas de proyectos en el formato antes referido, la Secretaría de Relaciones Exteriores convoca a una reunión en la que participan funcionarios del Sistema de Integración Centroamericana (SICA), en cada área temática a efectos de negociar los proyectos.

En la práctica se puede observar que más que un ejercicio de negociación de los proyectos por parte de SICA se sugieren agregados de información que tradicionalmente son aceptados. Desde luego, en cada una de estas reuniones se elaboran minutas de los resultados. Cuando los proyectos tienen aceptación de la contraparte, entonces la Secretaría de Salud propone las fechas y duración de las actividades que se planeen llevar a cabo para dar cumplimiento a los objetivos del proyecto.

Sin embargo, para cada actividad programada se debe llenar un formato denominado Convocatoria, un documento sencillo que contiene los siguientes apartados específicos para cada actividad:

- ✓ Objetivo general
- ✓ Objetivos específicos
- ✓ Financiamiento
- ✓ Participantes
- ✓ Postulación de participantes
- ✓ Compromiso de participantes
- ✓ Programa
- ✓ Método de trabajo

Cuando esta información está requisitada, la SRE (DGCTC) la envía a las Embajadas de México en los 7 países centroamericanos, quienes a su vez la remiten a los Ministerios de Salud correspondientes a efectos de identificar a los posibles participantes en las actividades.

Por lo general la convocatoria se debe enviar a la SRE (DGCTC) por lo menos con 45 días de anticipación a la fecha en que se lleve a cabo la actividad de que se trate. Lo anterior con la finalidad de contar con tiempo suficiente para la

realización de los trámites logísticos correspondientes. Adicionalmente, brinda tiempo también para que los Ministerios de Salud de cada país definan a las personas designadas a participar en las actividades del proyecto.

Cuando cada actividad concluye los participantes mexicanos y centroamericanos deben elaborar un formato único para la presentación de informes, el cual contiene lo siguiente:

- Datos generales (entre otros está el nombre del participante, duración de la actividad, responsable del proyecto)
- Logros alcanzados (breve descripción de la actividad, información sobre el programa llevado a cabo, nivel de cumplimiento de los objetivos, resultados obtenidos al término de la actividad, calidad de la actividad realizada –malo, regular, bueno, muy bueno y excelente-, explicación sobre la manera en que se aplicarán los conocimientos aprendidos, nivel de recepción de la asesoría impartida – de ser necesario hacer un sondeo en el grupo-, dificultades encontradas y problemática a resolver por la institución receptora)
- Recomendaciones y actividades pendientes (durante la ausencia del experto señale las tareas que deberá realizar la institución beneficiaria, actividades a coordinar en el futuro –se solicita que sugieran las actividades subsecuentes que requieran de la cooperación mexicana- y observaciones)

Como se puede observar, la estructura del formato es muy completa y detallada, por tanto, de responderse a cabalidad podría brindar una idea bastante real no sólo del nivel y calidad que tuvo cada actividad, sino de la manera en que se aplicarán los conocimientos y la oportunidad de sugerir acciones futuras derivadas de la cooperación. Sin embargo, en la realidad sucede que, por un lado, la requisición de dicho formato por los especialistas no siempre es completa o se realiza de manera escueta dificultando así la obtención de información que permita la evaluación con elementos cualitativos de la actividad desarrollada.

Adicionalmente, podemos mencionar que los informes de los participantes se utilizan poco para construir un consolidado de sugerencias o seguimiento de las

mismas. El uso práctico que se da al formato, se limita únicamente a la de un documento informativo para ser enviado al área que organizó la actividad que se menciona en el mismo, y también como instrumento de justificación o comprobación del uso de los recursos destinados por parte de la SRE.

Por lo anterior, podemos señalar que:

- Los formatos que se deben elaborar para la presentación de proyectos, convocatorias de actividades y el formato de informes es adecuado en la medida que permite organizar, sistematizar y presentar cualquier proyecto sujeto de la cooperación internacional.
- Permite a las áreas técnicas de la Secretaría de Salud concretizar cualquier idea que se quiera llevar a cabo con los países del Mecanismo de Tuxtla desde una perspectiva regional.
- Coadyuva a realizar los preparativos logísticos de las actividades, ya que al requisitar la convocatoria es necesario tener una serie de precisiones de carácter organizativo.
- Es importante mencionar que el Formato Único para la presentación de informes representa la vía exclusiva de evaluación con que se cuenta. Por tanto, es crucial el responder plenamente este Formato y generar conciencia de ello en los participantes, a efectos de emitir sugerencias y dar seguimiento posterior eficientemente.

Con relación al marco normativo (primera parte de este capítulo), podemos señalar que el hecho de que se identifiquen los principios de Política Exterior dentro de la Constitución Política como en los Planes Nacionales de Desarrollo es positiva en el sentido que se convierten en referentes nacionales de actuación.

En el marco programático del Gobierno Federal se hacen referencias a la cooperación internacional en el sentido de fomentarla y promoverla. Sin embargo, en la Secretaría de Relaciones Exteriores el presupuesto destinado a la cooperación ha ido disminuyendo, lo cual, ha dificultado el financiamiento de publicaciones y que los recursos con que se cuenta sean más limitados de un año a otro. Con respecto a la Secretaría de Salud, se puede comentar que, aún cuando existen referencias al tema de la cooperación internacional no se

destinan recursos para tal fin, lo cual, también limita el impulso de proyectos o actividades.

Habría que considerar también que, el hecho que se identifique como responsabilidad de México la cooperación con Centroamérica para fomentar su desarrollo, contraviene el principio de corresponsabilidad que se está buscando desarrollar en la contraparte por tanto, se continúa promoviendo un enfoque paternalista en la cooperación internacional.

Adicionalmente, en el PND 2007-2012 se puede apreciar que la cooperación internacional por lo general tiene como promotor principal algún factor que en mayor o menor medida se encuentra relacionado con cierto ingrediente económico, es decir, el eje rector de cualquier tipo de cooperación internacional pareciera que debe responder directa o indirectamente a objetivos económicos.

Quizá con la aprobación de la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo, nuestro país esté mejor dotado de infraestructura y recursos para impulsar y evaluar la cooperación, así como definir mecanismos innovadores que permitan a México contabilizar y capitalizar la cooperación internacional que tradicionalmente se brinda.

CAPÍTULO III. EL MECANISMO DE DIÁLOGO Y CONCERTACIÓN DE TUXTLA

3.1 ORIGEN DEL MECANISMO DE DIÁLOGO Y CONCERTACIÓN DE TUXTLA

La región Centroamericana ocupa un lugar estratégico dentro de la política exterior de nuestro país, por razones de cercanía geográfica, historia, lengua, cultura y seguridad. Estas circunstancias, generan interés de México para que prevalezca la paz y estabilidad, ya que cualquier situación que altere a esa región sin duda alguna tendrá repercusiones en nuestro país.

La intención de la cooperación internacional con América Central representa una posibilidad de mejorar de alguna manera las condiciones de vida de su población en diferentes ámbitos y disminuir la propagación e incidencia de enfermedades por lo que a salud se refiere, considerando que las fronteras o barreras geográficas no necesariamente lo son para la morbilidad de la población.

Desde luego, el interés de México en la región no sólo se circunscribe al ámbito de la salud, en ese sentido la Secretaría de Relaciones Exteriores ha buscado diversos mecanismos que permitan un mayor acercamiento, de ahí que en 1990, por decreto presidencial, se crea la Comisión Mexicana para la Cooperación con Centroamérica como fue señalado en el capítulo anterior.

El complemento de esta decisión fue la convocatoria y realización, en enero de 1991, de la Reunión Cumbre México-Centroamérica, celebrada en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, conocida como Tuxtla I. Esta reunión fue el punto de partida del Mecanismo como tal, y se convirtió en el foro de más alto nivel existente entre México y los países de Centroamérica. Su objetivo fue fortalecer la asociación privilegiada entre los países miembros en materia de diálogo y concertación políticos, relaciones económicas, comerciales y financieras.

3.2 GENERALIDADES DEL MECANISMO DE TUXTLA

Dentro del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla (en adelante mencionado como Mecanismo de Tuxtla) se identifican algunas características principales que lo integran:

- Los Jefes de Estado y de Gobierno se reúnen periódicamente (desde su creación hasta el 2004 cada dos años y a partir de 2004 cada año).
- De 1991 a 2008 se llevaron a cabo diez reuniones Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno.
- En las Cumbres se aprueban oficialmente los proyectos de colaboración mesoamericanos y se resaltan los logros más significativos de algunos proyectos.
- Existe un Programa Mesoamericano de Cooperación que se aprueba cada dos años.
- Los mandatarios de los países de la región centroamericana y México reconocen en la *cooperación internacional* un medio eficaz para fortalecer la solidaridad y el desarrollo regional, así como para consolidar los procesos de paz y estabilidad.
- En cada una de las reuniones de Jefes de Estado y de Gobierno se suscribe una Declaración Conjunta en la que se plasman los acuerdos a los que se llegaron en cada uno de los temas que se abordan.

En México y Centroamérica existe el entendido de que la cooperación se concibe como un instrumento eficaz para fortalecer los lazos políticos, las relaciones económicas y los vínculos de afecto y amistad entre sus pueblos. Al aportar soluciones viables a problemas comunes, la cooperación complementa los esfuerzos de los gobiernos a favor del desarrollo nacional y regional, apoya a los sectores productivos y fortalece los programas sociales.

Dentro del Mecanismo se han establecido las áreas donde la cooperación regional puede generar resultados satisfactorios, las cuales se mencionan a continuación:

- A) Educación y Cultura;

- B) Medio Ambiente;
- C) Salud;
- D) Turismo;
- E) Agricultura y Ganadería;
- F) Prevención de desastres.

Estas áreas de cooperación fueron establecidas por acuerdo mutuo y denotan preocupaciones comunes. En el caso de salud se consideran de interés las enfermedades transmitidas por vector, plagas y aquéllas que atacan cultivos y ganado; el impacto de los desastres de origen natural, el deterioro de los ecosistemas y las dificultades para hacer accesible la educación a la población dispersa.

Adicionalmente cabe señalar que, en el marco de actuación del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla se ha identificado como prioritario que los esfuerzos que tengan lugar en la cooperación incluyan:

- Corresponsabilidad
- Complementariedad
- Impacto en el desarrollo económico social y en el fortalecimiento institucional

A efecto de conocer las bases y/o acuerdos que se han establecido en el Mecanismo de Tuxtla desde sus inicios, se citarán algunos aspectos tratados en las cumbres celebradas de 1991 a 2008.

3.3 ANTECEDENTES.

A manera de contexto retrospectivo se mencionarán brevemente los aspectos más relevantes de las reuniones que se llevaron a cabo desde la creación del Mecanismo de Tuxtla en 1991 hasta el 2002, período en el que se realizaron cinco reuniones Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno, además de una reunión extraordinaria para dar a conocer la iniciativa mexicana del Plan Puebla-Panamá.

Las reuniones celebradas fueron las siguientes:

TUXTLA I tuvo verificativo el 10 y 11 de enero de 1991, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, participando únicamente los presidentes de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y México. Se identifica la necesidad de crear un foro regional en el que se pudieran discutir problemas comunes tales como, las migraciones masivas, la contaminación ambiental y el narcotráfico por citar algunos. También se destacó la intención de diseñar programas de cooperación técnica y científica que contribuyeran al desarrollo económico y social de las Partes.

TUXTLA II se llevó a cabo el 15 y 16 de febrero de 1996, en San José, Costa Rica. Se acordó que se conformaría una reunión anual a nivel técnico y cada dos años a nivel de Jefes de Estado y de Gobierno en forma rotatoria en cada país del área con el propósito de definir, evaluar y dar seguimiento a los acuerdos regionales. En esta reunión se suscribió una "Declaración Conjunta"⁴² en la que se asentaron los compromisos asumidos en el marco del Mecanismo de Tuxtla.

TUXTLA III tuvo lugar el 17 de julio de 1998, en San Salvador, El Salvador. Se retomaron los acuerdos generados en la Reunión de Cancilleres de Centroamérica y México realizada en agosto de 1997 en Tegucigalpa, Honduras, mediante los cuales se decidió "concentrar la Agenda de Trabajo del Plan de Acción del Mecanismo de Tuxtla, en las siguientes áreas prioritarias: Educación, Medio Ambiente, Salud, Turismo, Agricultura y Ganadería, Prevención y Atención de Desastres, sobre los cuales se formuló el Programa de Cooperación Regional 1998-2000"⁴³.

Esta reunión fue importante en la medida en que se crea el Programa Mesoamericano de Cooperación, el cual, en adelante será de carácter bienal y representa el instrumento operativo del Mecanismo de Tuxtla como tal.

⁴² Documento de carácter político en el que se manifiestan las intenciones de cooperación de los países firmantes, tradicionalmente se suscriben al finalizar reuniones de alto nivel a manera de compromiso político de los participantes.

⁴³ Secretaría de Relaciones Exteriores, Declaración Conjunta de la III Reunión de Jefes de Estado y de Gobierno de los países integrantes del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, p. 11

El Programa Mesoamericano de Cooperación 1998-2000, se integró entonces por 13 proyectos que abordaron las áreas de prioridad mencionadas.

En el caso de salud los cinco proyectos aprobados estuvieron enfocados individualmente a generar e incentivar:

1. El fortalecimiento de la prevención y control de enfermedades transmitidas por vector
2. La prevención y control de VIH/SIDA con especial atención a población migrante
3. Un paquete básico de salud escolar
4. El programa de salud alimentaria y nutricional en áreas de riesgo de México y Centroamérica
5. La salud reproductiva y atención perinatal

TUXTLA IV celebrado el 25 de agosto de 2000 en la ciudad de Guatemala, Guatemala. En esta reunión se presentaron los resultados de cada uno de los proyectos aprobados en el bienio 1998-2000 y se aprobó el Programa de Cooperación Regional México-Centroamérica 2001-2002, el cual, quedó constituido por 17 proyectos, de los cuales, 10 fueron prorrogados del bienio anterior y 7 fueron nuevas propuestas.

En el caso de Salud se aprobaron los proyectos siguientes:

1. Prevención y control de VIH/SIDA con especial atención a población migrante (prórroga)
2. Fortalecimiento de la prevención y control de enfermedades transmitidas por vector (prórroga)
3. Paquete básico de salud escolar (prórroga)
4. Vigilancia epidemiológica en atención a desastres provocados por fenómenos naturales (nuevo proyecto)

REUNION EXTRAORDINARIA, celebrada el 15 de junio de 2001 en la ciudad de San Salvador, El Salvador, con el propósito de establecer y poner en marcha dentro del marco del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, el *Plan Puebla* –

Panamá como instrumento impulsor del desarrollo y la integración regionales y con objeto de profundizar y fortalecer el entendimiento político y la cooperación internacional.

Este Plan nace a partir de que el Gobierno anunció la estrategia de desarrollo para el Sur- Sureste de México, la cual, quedó incorporada al Plan Puebla-Panamá (PPP), por tanto, este elemento resultó innovador en el sentido de que el Mecanismo de Tuxtla no contempla a México como beneficiario de la cooperación internacional, a diferencia del PPP.

A partir del anuncio de la puesta en marcha del PPP, éste se incluye como elemento integrante de las Declaraciones Políticas emanadas de las reuniones del Mecanismo de Tuxtla, es decir, también representó el espacio en donde se reportaron los avances que fue teniendo su implementación.

Cabe mencionar que a principios del gobierno Foxista fue creado el PPP como un instrumento de cooperación que busca integrar a la región mesoamericana para promover su desarrollo, así como la propuesta de temas que hicieran posible que de manera conjunta se crearan "bienes públicos regionales"⁴⁴ con el fin de elevar la calidad de vida de los habitantes. Por ejemplo en el caso de salud, la creación de laboratorios regionales de análisis de muestras de SIDA podría considerarse un bien público regional.

Resulta pertinente señalar que, a partir de la creación e implementación del PPP se generó una confusión en cuanto al alcance de uno y otro ante la eventual duplicidad aparente de mecanismos de cooperación y la carencia de una explicación oficial respecto a las diferencias de objetivos y metas entre sí. Sin embargo, mi ejercicio profesional, me ha permitido estar involucrada tanto en el PPP como en el Mecanismo de Tuxtla, lo cual me ha facilitado el definir ciertas diferencias intrínsecas entre ambos, las cuales se mencionan a continuación:

⁴⁴ De acuerdo con el Informe de la Comisión de la Organización Mundial de la Salud sobre Macroeconomía y Salud (A55/5) del 13 de mayo de 2002, p. 2, se debe entender como bienes públicos "las políticas, programas e iniciativas multinacionales cuya repercusión favorable en la salud traspase las fronteras de un país."

Cuadro 5: Diferencias fundamentales entre el Mecanismo de Tuxtla y el Plan Puebla-Panamá.

	Mecanismo de Tuxtla	Plan Puebla-Panamá
Ámbito geográfico	Centroamérica.	Centroamérica y Sur-Sureste de México (Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán).
Objetivo	Fortalecer y ampliar la cooperación entre los países en los ámbitos político, económico, técnico-científico y educativo-cultural.	Impulsar el desarrollo integral de las nuevas entidades del Sur-Sureste de México y coordinar acciones con los siete países de Centroamérica para promover el desarrollo en ambas regiones.
Financiamiento	Por parte de la Secretaría de Relaciones Exteriores	No cuenta con financiamiento propio, sino aquél proveniente de Organismos Internacionales y agencias cooperantes
Tipo de cooperación	Desarrollo de capacitación	Desarrollo de Infraestructura
Temas de la cooperación	Vectores, VIH/SIDA, adicciones, rehabilitación, arbitraje médico y nutrición, entre otros.	Vectores y VIH/SIDA

Como se muestra en el cuadro 5, se puede señalar que el Mecanismo de Tuxtla está orientado en mayor medida a la capacitación de los recursos humanos en salud, mientras que el PPP está mayoritariamente enfocado al desarrollo de infraestructura. Esta diferenciación atiende a la manera en que ambos son financiados. Cabe señalar que el Mecanismo de Tuxtla, desde que se desarrollaron los Programas Mesoamericanos de Cooperación cuenta con presupuesto de la Secretaría de Relaciones Exteriores, a diferencia del PPP que no cuenta con recursos propios para la puesta en marcha de proyectos específicos de cooperación.

Un ejemplo de lo anterior, es el tema de vectores, ya que dentro del Mecanismo de Tuxtla, la cooperación se ha orientado más a la capacitación de recursos

humanos, en tanto que la idea dentro del PPP fue buscar financiamiento para generar un diagnóstico regional sobre el tema, y en función de eso evaluar la pertinencia de crear un laboratorio regional u otro tipo de infraestructura útil para la región.

TUXTLA V se llevó a cabo los días 27 y 28 de junio de 2002 en la ciudad de Mérida, Yucatán. De esta reunión emanó una Declaración Conjunta que contiene varios apartados. En el de cooperación técnica regional se incorporaron los avances del Programa Mesoamericano de Cooperación 2001-2002 y se señala la importancia de “respaldar las diferentes acciones e iniciativas identificadas en el sector salud. Consecuentemente, continuar con los proyectos de prevención y control de ITS/VIH/SIDA; paquete básico de salud escolar, familiar y comunitaria; prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores; y vigilancia epidemiológica en atención a desastres provocados por fenómenos naturales. Además, incorporar los proyectos de Promoción de seguridad alimentaria y nutricional de municipios transfronterizos saludables y productivos con la participación de mujeres y jóvenes rurales; diagnóstico mesoamericano de adicciones; y políticas de atención a la infancia y tecnología de identificación de la paternidad”⁴⁵, los dos últimos proyectos recayeron en el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

En esta primera etapa de desarrollo del Mecanismo de Tuxtla, la presencia de México fue importante en la medida en que no existía ningún mecanismo previo que institucionalizara la cooperación internacional con esa región y que privilegiara el diálogo político. Adicionalmente, la parte política fue complementada con proyectos de cooperación técnica-científica cuyo impacto resultó positivo ya que no existía un trabajo regional como tal, todo era nuevo en términos regionales.

3.4 REUNIONES DEL MECANISMO DE TUXTLA 2003-2008

Durante el período 2003-2008 se llevaron a cabo 5 reuniones de Jefes de Estado y de Gobierno del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla (abarcando de Tuxtla VI a Tuxtla X), en las que se presentaron los avances de todos los proyectos, incluidos aquéllos en materia de salud.

⁴⁵ Secretaría de Relaciones Exteriores, Declaración Conjunta de la quinta cumbre del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, p. 10

En este apartado, además de indicar algunos aspectos de las reuniones, se enfocará a las acciones relacionadas con aspectos de salud en los períodos de tiempo entre una reunión y otra a efectos de identificar el tipo de actividades que se llevaron a cabo.

Cabe aclarar que a partir de la reunión extraordinaria del Mecanismo de Tuxtla (entre TUXTLA IV y TUXTLA V) los avances del entonces “Plan Puebla-Panamá”⁴⁶, se presentan en las reuniones de los Jefes de Estado y de Gobierno del Mecanismo de Tuxtla y por lo tanto se agrega un apartado en las Declaraciones Políticas de las reuniones en las que se plasman dichos avances. En este trabajo únicamente haremos referencia a los aspectos de Salud dentro del Plan Puebla-Panamá, a efectos de identificar si existe complementariedad con el Mecanismo de Tuxtla.

Dentro de las Declaraciones Políticas, además del apartado del Plan Puebla-Panamá, existe otro apartado referente a Asuntos de Cooperación que señala, en términos generales, la aprobación de los proyectos para el siguiente bienio que comprenden aspectos de salud, educación, cultura, medio ambiente, agricultura y ganadería y atención a desastres. En este apartado del trabajo se hará mayor énfasis en los avances que se presentan producto del Plan Puebla-Panamá puesto que en todas las Declaraciones Políticas emanadas de las reuniones de Jefes de Estado y de Gobierno ahora hay un apartado en el que presentan estos avances; en tanto que los proyectos de cooperación del Mecanismo de Tuxtla son abordados someramente, (como anexos a las Declaraciones Políticas) a menos que se identifiquen logros concretos de los proyectos, se incorporan al cuerpo de la Declaración.

Considerando que la V reunión de Jefes de Estado y de Gobierno del Mecanismo de Tuxtla (ver TUXTLA V) se llevó a cabo en el 2002, se hace referencia a esta en la página anterior; a manera de complemento podemos mencionar que se aprobó el Programa Mesoamericano de Cooperación 2003-2004, con varios proyectos de salud, los cuales se incrementaron en número con respecto al bienio anterior. Cabe señalar que en cada uno de los proyectos se desarrollaron diferentes tipos

⁴⁶ A partir de 2008 (TUXTLA X) el Plan Puebla-Panamá cambia de nombre a “Proyecto de Integración y Desarrollo de Mesoamérica”, que de manera abreviada puede citarse como “Proyecto Mesoamérica”. Sin embargo, se continuará refiriendo como PPP en este apartado, dado que las Declaraciones Políticas a las que se hará referencia son anteriores a 2008.

de acciones que serán detalladas y que están reportadas en el anexo de este trabajo. Adicionalmente, en el siguiente apartado de este trabajo haremos referencia prioritariamente a los logros más que a las actividades que tuvieron los proyectos durante el período 2003-2008.

TUXTLA VI. El 25 de marzo de 2004 en Managua, Nicaragua, se celebró la VI *Reunión de Jefes de Estado y de Gobierno del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla*. De esta reunión emanó una Declaración Política y un anexo. Dentro de la cual se señaló la importancia de fortalecer el Mecanismo y se acordó celebrar una Conferencia de Jefes de Estado y de Gobierno, por lo menos una vez al año, eligiendo una sede rotativa, a diferencia de la forma bienal como se venía realizando. En respuesta a ello, a partir de 2004, las reuniones del Mecanismo se realizaron anualmente.

En Tuxtla VI cobró relevancia el ingreso de República Dominicana como Estado Asociado y su comienzo en participar en las reuniones de Jefes de Estado y de Gobierno del Mecanismo, no así en los proyectos de cooperación. Es decir, el papel de República Dominicana se circunscribió más al ámbito político que al técnico.

La Declaración Política de Tuxtla VI cuenta con un anexo que en la parte de asuntos de cooperación técnica regional hace énfasis en la necesidad de mantener vigente la ejecución de los proyectos del sector salud por la trascendencia que tiene en la prevención y control de las enfermedades que se presentan en la población mesoamericana. En consecuencia, se acordó "considerar las iniciativas de seguridad en salud, fortalecimiento de la prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores, diagnóstico mesoamericano de adicciones, promoción de la salud familiar, escolar y comunitaria en Municipios de México y Centroamérica, y políticas de atención a la infancia y estrategias para fomentar la paternidad y maternidad responsables"⁴⁷. También, se destaca la publicación del Manual "Prevención de las ITS y el VIH/SIDA con Mujeres en Contextos de Comercio Sexual".

⁴⁷ Secretaría de Relaciones Exteriores, Declaración Conjunta de la sexta cumbre del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, p.16.

Asimismo se destaca la decisión, de incorporar como nuevas iniciativas de cooperación, las de arbitraje médico, actualización en rehabilitación y salud, y también nutrición para el desarrollo humano. Es decir, se agregaron 3 proyectos más con respecto al bienio anterior, lo cual, refleja el interés y compromiso de la Secretaría de Salud para el fortalecimiento de la cooperación con Centroamérica.

TUXTLA VII. El 29 de junio de 2005, en Tegucigalpa, Honduras, se llevó a cabo la *VII Reunión de Jefes de Estado y de Gobierno del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla*, en esa ocasión participó también el Presidente de Colombia, además de los representantes de los países que conforman el Mecanismo. La participación del Presidente de Colombia se explica en función de su incorporación como observador dentro del Plan Puebla-Panamá, ya que como se mencionó antes, ahora en el Mecanismo de Tuxtla se presentan los avances del PPP, por lo cual, también están presentes los países que integran dicho Plan. Al igual que en las reuniones anteriores emanó una Declaración Política que contiene un apartado de asuntos políticos, Plan Puebla-Panamá, asuntos económicos, comerciales y financieros además de asuntos de cooperación.

En lo que se refiere al PPP, es hasta Tuxtla VII, en que por primera ocasión se hace alusión al tema de salud. Al respecto, se exhorta el compromiso de los países de poner en marcha el Programa Mesoamericano de Vigilancia Epidemiológica (PMVE), a efecto de lograr que las enfermedades emergentes y re-emergentes sean prevenidas y controladas, además de que se solicita el apoyo de la comunidad financiera y cooperante, con el propósito de diseñar un esquema que asegure los recursos necesarios para la puesta en práctica del PMVE.

Asimismo, dentro del PPP se hace referencia al compromiso de apoyar la ejecución de otros proyectos, entre los que señalan el abordaje integral del VIH/SIDA en las Poblaciones Móviles. Para este proyecto se preparó un documento regional (México y Centroamérica) para ser sometido al financiamiento del "Fondo Global de Lucha contra el VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria"⁴⁸, el cual fue aprobado. Sin embargo, por ser México un país considerado

⁴⁸ Es una asociación entre gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las comunidades afectadas por las tres enfermedades. Se creó con el propósito de aumentar radicalmente los recursos y dirigirlos a las zonas más necesitadas. El propósito del Fondo Mundial es recaudar, gestionar y canalizar

de renta media, de acuerdo con el Informe de Indicadores de Desarrollo Humano, los recursos financieros del Fondo no son susceptibles de utilizarse en nuestro país, únicamente se apoya a la región administrándolos y con asesoría técnica para la ejecución del proyecto.

Dicho lo anterior, podemos deducir que el proyecto de VIH/SIDA únicamente se contextualizó políticamente dentro del Plan Puebla-Panamá y paulatinamente se fue diluyendo este respaldo político, ya que si bien, el proyecto continúa su ejecución a la fecha, ya no se enmarca dentro del PPP porque es el Fondo Global quién establece las reglas de operación para el financiamiento que otorga.

En lo que se refiere al Programa Mesoamericano de Vigilancia Epidemiológica (PMVE), se solicitó al Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE), el cual forma parte de la Secretaría de Salud, que elaborara un proyecto dirigido a Centroamérica y los estados del Sur-Sureste de México, éste incluyó la instalación de laboratorios entre otras, y se empezó a buscar el financiamiento para el desarrollo del PMVE, sin embargo, no se obtuvo el financiamiento y posteriormente algunos aspectos del proyecto se integraron a lo que en el 2008 será el Sistema Mesoamericano de Salud Pública, del cual, se hará referencia más adelante.

Como se puede observar tanto el tema de VIH/SIDA como el de vectores están incorporados dentro del Mecanismo de Tuxtla, sin embargo, sólo se enfocan al componente de capacitación, y no incluyen la creación de bienes públicos regionales, como es el caso del PPP. Como ya se mencionó previamente, al parecer existía una duplicidad de temas en ambos esquemas de cooperación, sin embargo, son abordados desde diferentes perspectivas y las diferencias no son señaladas en la Declaración, lo que contribuye a la confusión entre ambos o a una percepción de redundancia entre los mismos.

Retomando lo relativo al Mecanismo de Tuxtla dentro de la Declaración Política de Tuxtla VII, al igual que en las declaraciones anteriores, se hace referencia a los proyectos de salud en la medida en que se prorrogan los proyectos de VIH/SIDA, vectores y adicciones y se incorporan como nuevos proyectos: salud y nutrición en

recursos para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. No ejecuta programas directamente.

el desarrollo humano, arbitraje médico, modelo de seguridad en salud, y el de actualización y prevención de la discapacidad. Sin embargo, no se hace referencia con claridad a los logros y el impacto de los proyectos de salud en el programa mesoamericano anterior, ni existe un vínculo evidente con los proyectos que se querían impulsar dentro del marco del Plan Puebla-Panamá.

TUXTLA VIII. El 11 de julio de 2006, en la ciudad de Panamá, Panamá, se celebró la *VIII Reunión de Jefes de Estado y de Gobierno del Mecanismo de Tuxtla*. Al igual que en cada reunión emanó una Declaración Política que incluyó en el apartado del Plan Puebla-Panamá un componente de salud en el que se hace referencia a la importancia de continuar impulsando el Programa Mesoamericano de Vigilancia Epidemiológica, a cuyo proyecto piloto “Prevención y control del paludismo, dengue y dengue hemorrágico se han destinado 1.2 millones de dólares para beneficio de cerca de 7 millones de personas del Sur-Sureste de México”⁴⁹.

Adicionalmente, en la Declaración se agrega la implementación de acciones de capacitación y formación, fortaleciendo la infraestructura y los sistemas de vigilancia epidemiológica desde una perspectiva integral y regional, y se señala que se requerirá destinar a mediano y largo plazo inversiones por un monto superior a las 233 millones de dólares, para gestionar y ejecutar el proyecto en la región. En el caso de México, al ser el país que propuso el proyecto, se buscó financiamiento para los estados del Sur-Sureste, sin embargo, sólo se consiguió “etiquetar”⁵⁰ para vigilancia epidemiológica el monto de los recursos que la Federación otorgó a las Secretarías de Salud de los nueve Estados del Sur-Sureste. En el ámbito regional no se logró conseguir financiamiento para iniciar el proyecto.

En lo que se refiere a los asuntos de cooperación en el Mecanismo de Tuxtla en la Declaración únicamente se hace referencia a un pequeño párrafo que indica el apoyo para la aprobación de los proyectos del sector salud en los temas de enfermedades transmitidas por vector, adicciones, VIH/SIDA, así como la actualización y rehabilitación de la discapacidad, aunque no se mencionan avances ni logros de los mismos.

⁴⁹ Secretaría de Relaciones Exteriores, Declaración de la VIII Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla. 11 de julio de 2006, p. 3

⁵⁰ Etiquetar, se refiere a la manera de asegurar que los recursos públicas se destinarán para un fin o programa determinado.

TUXTLA IX. El 29 de junio de 2007 tuvo verificativo en San Pedro, Cayo Ambergris, Belice, la *IX Reunión de Jefes de Estado y de Gobierno del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla*. En esta reunión el tema de salud que se abordó en la Declaración Política resultó un tanto limitado ya que en el apartado del Plan Puebla-Panamá, no se presentó ningún avance en el proyecto de Vigilancia Epidemiológica, ni tampoco hizo referencia alguna al proyecto de VIH/SIDA.

En lo relativo a los proyectos del Mecanismo de Tuxtla sólo se indicó que se apoyarían los proyectos de salud en los temas de control de vectores, VIH/SIDA, adicciones, seguridad alimentaria y nutricional, y la rehabilitación de la discapacidad; por lo que, en esta Declaración Política, el tema de los proyectos de cooperación del Mecanismo de Tuxtla fueron abordados someramente como en ocasiones anteriores, no obstante llama la atención que en el caso del Plan Puebla-Panamá no se reporta ningún avance sustancial, dado el impulso que parecía estaba otorgado al tema de salud.

Como sucede en muchos proyectos de cooperación, la carencia de financiamiento es un factor determinante para la puesta en marcha de los proyectos, de lo cual, el PPP no es la excepción, por lo que resultó necesario realizar cambios en éste a efectos de continuar con dicho esquema de cooperación, ya que su falta de operatividad conllevaba al cuestionamiento sobre la viabilidad del mismo.

TUXTLA X. La *X Reunión de Jefes de Estado y de Gobierno del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla*. Se llevó a cabo en Villahermosa, Tabasco, el 27 y 28 de junio de 2008. Esta reunión fue relevante en la medida en que el Plan Puebla-Panamá represento el tema central de toda la Cumbre. Es decir, la Declaración Política se enfocó en este aspecto y en la necesidad de dinamizarlo de nuevo a través de la promoción del apoyo político de los países participantes en Tuxtla X.

Como parte de la estrategia de relanzamiento que realizó el Presidente Felipe Calderón, el Plan Puebla-Panamá cambió de denominación a "Proyecto de Integración y Desarrollo de Mesoamérica", a partir de junio de 2008, que de

manera abreviada es referido también como "Proyecto Mesoamérica". En lo que a salud corresponde, la puesta en marcha del proyecto de vigilancia epidemiológica para la región de Centroamérica no se concretó. En lo que compete al proyecto de VIH/SIDA sí se logró implementar aunque debido a los recursos obtenidos del Fondo Global, y si bien, se enmarcó políticamente dentro del Plan Puebla-Panamá este trasfondo se fue diluyendo como ya se había mencionado.

En consecuencia, materia de salud, se reformuló todo el concepto que había que desarrollar dentro del Proyecto Mesoamérica con la finalidad de tener un alcance mayor, por lo cual se incluyó un nuevo proyecto denominado *Sistema Mesoamericano de Salud Pública* que: "a) creará un Instituto Mesoamericano de Salud Pública como un órgano de coordinación técnica que fortalecerá las capacidades regionales; b) fomentará una mayor integración de los distintos esfuerzos regionales; c) contribuirá al desarrollo de los sistemas de salud integrales y d) consolidará la cooperación regional horizontal y la formación de recursos humanos"⁵¹.

Adicionalmente, en la Declaración se exhorta a los responsables del sector salud a "realizar las acciones necesarias en el corto plazo para su instrumentación, incluyendo el desarrollo de mecanismos para compras consolidadas de medicamentos, vacunas, e insumos médico quirúrgicos"⁵² Con esta Declaración Política, tanto el proyecto de vigilancia epidemiológica como el tema de VIH/SIDA, entre otros, quedan comprendidos dentro de los objetivos y alcances del Sistema Mesoamericano de Salud Pública, por lo cual, el Sistema se convierte en el proyecto emblemático de la Iniciativa de Desarrollo Humano del Proyecto Mesoamérica.

En esta reunión se presentó un informe denominado "El PPP: avances, retos y perspectivas" editado por la Secretaría de Relaciones Exteriores que incluye un apartado de salud en el que se señala, entre otras cosas, algunos aspectos sobre la manera en que quedará conformado el Sistema Mesoamericano de Salud Pública así como los pasos a seguir.

⁵¹ Secretaría de Relaciones Exteriores, Declaración de Villahermosa emanada de la X Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, p. 7

⁵² Idem

Mientras que en el apartado de cooperación del Mecanismo de Tuxtla se mencionan de manera muy general los avances de los proyectos desarrollados durante el bienio 2007-2008 y agregan que para el bienio 2009-2010 podrán incorporarse nuevas iniciativas; por lo que a salud respecta no se presentó ningún proyecto, ya que la postura de la Dirección General de Relaciones Internacionales de la Secretaría de Salud fue que en esta ocasión los participantes centroamericanos identificaran sus necesidades y propusieran temas en los que requirieran cooperación con México. Dado que previo a la reunión no se recibió ninguna solicitud por la parte centroamericana no se tuvo ningún proyecto listo para presentarse en la reunión de Presidentes.

Sin embargo el 18 y 19 de septiembre de 2008 se llevó a cabo una reunión técnica entre funcionarios de las áreas de México que cuentan con proyectos en el Mecanismo de Tuxtla incluido salud y funcionarios del Sistema de Integración Centroamericana (SICA). En dicha reunión se acordó que se darían por concluidos los proyectos de vectores, VIH/SIDA y adicciones, ya que algunos de esos temas ahora están incorporados en el Sistema Mesoamericano de Salud Pública quedando para el siguiente bienio como proyecto el de rehabilitación y se acordó que se haría una reunión entre funcionarios de México y el SICA para elaborar un proyecto sobre comunicación social en salud, quedando para el bienio 2009-2010 únicamente 2 proyectos en salud: rehabilitación y comunicación social.

Como se puede observar, durante el proceso de 5 años objeto de este trabajo (2003-2008) la participación de salud enmarcada en los proyectos que se desarrollaron dentro del Mecanismo de Tuxtla tuvieron altibajos, es decir, a momentos, se fortaleció la cooperación mientras que en otros disminuyó. Sin embargo, para el bienio 2009-2010 es rescatable el enfoque encaminado a que los centroamericanos deben participar en la elaboración de los términos de referencia de los proyectos y en esa medida involucrarlos en mayor medida desde un principio.

Si bien, desde 1998 iniciaron los Programas Mesoamericanos de Cooperación, resulta un tanto complejo evaluar el impacto real que tuvieron los proyectos de salud en la región, dado que por una parte no se establecieron indicadores que permitieran medir los avances e impactos y por la otra, debido a que las políticas

en salud requieren períodos de tiempo largos para tener efectos observables en la población. Además, cabe señalar que en lo que a las Declaraciones Políticas se refiere, el apartado de la cooperación técnica en general fue escueto y hacía pocas referencias a los proyectos dentro del Mecanismo de Tuxtla como tal, en tanto que el apartado del PPP o Proyecto Mesoamérica contenía mayores detalles de los proyectos, lo cual hacía pensar que se le confería mayor impulso a este último, aún cuando en el caso de salud no presentó logros concretos.

En el siguiente apartado se mencionarán con mayor detalle las actividades que se realizaron en los proyectos de salud que se ejecutaron durante el período de estudio, es decir, de 2003 a 2008.

3.5 ASPECTOS RELEVANTES DE LOS PROYECTOS DE SALUD DESARROLLADOS EN EL PERÍODO 2003-2008

En lo que a salud respecta, durante el período 2003-2008 se desarrollaron 8 proyectos en diferentes temas de salud. Como se puede observar en el cuadro 6, los temas de VIH/SIDA y vectores han estado vigentes y se han realizado diferentes acciones a lo largo del período estudiado. Como se señala en el capítulo II, cada bienio se negocian los proyectos de salud, en el cuadro que se muestra a continuación se indican los proyectos que realizaron actividades en el lapso de tiempo antes señalado.

A efectos de poder identificar las actividades que se realizaron y los logros que se tuvieron en los proyectos, se irán abordando por bienios los avances en los proyectos y en el anexo se presentarán a detalle las actividades.

Cuadro 6: Proyectos en materia de salud que se ejecutaron durante el período 2003-2008

PROYECTOS	BIENIOS		
	03-04	05-06	07-08
Prevención y control de ITS/VIH/SIDA con especial atención a población migrante	✓	✓	✓
Fortalecimiento de la prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores	✓	✓	✓
Diagnóstico Mesoamericano de Adicciones	✓	✓	✓
Promoción de la Salud familiar, escolar y comunitaria de los municipios de México y Centroamérica	✓		
Actualización en Prevención y rehabilitación de la Discapacidad		✓	✓
Salud y Nutrición en el Desarrollo Humano		✓	
Modelo de Arbitraje Médico		✓	
Seguridad en Salud		✓	

En el *bienio 2003-2004*, se ejecutaron 4 proyectos bajo la coordinación de la Secretaría de Salud, tuvieron diferentes tipos de actividades que se mencionarán de manera muy general.

En el caso del proyecto de *Prevención y control de ITS/VIH/SIDA con especial atención a población migrante*, cabe señalar, que dentro de las actividades del proyecto se contempla un curso intensivo para la vigilancia, prevención y atención de VIH/SIDA. Es un espacio que año con año promueve el Instituto Nacional de Salud Pública como parte de su programa académico, es decir, no es curso organizado ex profeso para la contraparte centroamericana, aunque reciben el beneficio de poder participar en el mismo. Es un curso que tiene un costo aproximado de entre 100 y 150 dólares para los participantes en general, aunque para los participantes centroamericanos no tuvo ningún costo. Sin embargo, es de resaltar el hecho de que no se ha evaluado el impacto que ha tenido o bien la manera en que son aplicados los conocimientos que adquieren en el mismo.

Por otra parte, uno de los logros que tuvo este proyecto fue la publicación y tiraje de 1,000 ejemplares de un documento titulado "Manual de Capacitación y

Prevención de las ITS (infecciones de transmisión sexual) y el VIH/SIDA con mujeres en Contextos de Comercio Sexual" que se elaboró con expertos de toda la región, un aspecto valioso de dicha obra fue la inclusión de modismos y lenguaje que pudiera ser comprendido en todos los países involucrados. La publicación fue financiada por la Secretaría de Relaciones Exteriores y se distribuyó en todos los países centroamericanos. Sin embargo, se desconoce el destino y uso final de los manuales, en el sentido de que no existió un seguimiento que permitiera conocer con certeza si llegaron al grupo poblacional al que fue dirigido y diseñado (sexoservidoras), situación que dificultó aún más la medición del beneficio o impacto real que tuvo.

En cuanto al proyecto de *Fortalecimiento de la prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores* se realizaron una gran cantidad de actividades en este bienio. Se llevaron a cabo 2 cursos trinacionales con Belice y Guatemala relativos a la prevención del dengue, paludismo y malaria. Adicionalmente se implementaron asesorías a Nicaragua, Honduras y El Salvador con la finalidad de dar a conocer el proceso de certificación de áreas libres de paludismo. Finalmente en 2004, se realizó una reunión para la elaboración de un plan regional enfocado a la prevención y control de paludismo. Al respecto, hubo especial interés de la contraparte centroamericana en la participación de este proyecto.

En lo referente al proyecto *Diagnóstico Mesoamericano de Adicciones*, se impartieron 4 talleres para definir la lista básica de indicadores que conformarían el Diagnóstico, para lo cual se requirió la corresponsabilidad de la contraparte centroamericana en el sentido de enviar la información y trabajar sobre la definición de los indicadores.

En el proyecto de *Promoción de la salud familiar, escolar y comunitaria de los municipios de México y Centroamérica*, se llevaron a cabo dos actividades, una de las cuales consistió en unificar dos proyectos que tenían objetivos similares. Posteriormente se organizó otra reunión para identificar las dos vertientes en las que se trabajaría. Sin embargo, este proyecto no se prorrogó para el siguiente bienio.

Como se podrá observar a continuación, el bienio 2005-2006 representó el período de tiempo en donde se tuvo mayor actividad en los proyectos de salud, tanto en el número de proyectos como en la cantidad de actividades desarrolladas.

El proyecto de *Prevención y control de ITS/VIH/SIDA con especial atención a población migrante* fue el único en el que se identificó un decremento en el número de actividades, dado que únicamente se llevaron a cabo 2, además de que no se perciben logros concretos de esta cooperación, quizá debido a que en 2005 la persona responsable del proyecto fue removida lo cual, impactó en el seguimiento y propuesta de actividades.

En el caso del proyecto de *Fortalecimiento de la prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores*, ha sido el bienio en el que mayor número de eventos tuvieron lugar, en promedio, se llevan a cabo de 2 a 4 acciones bienales, en tanto, que en este período se llevaron a cabo 6 que abordaron diferentes temáticas relacionadas con las enfermedades transmitidas por vector, lo cual, refleja tanto el compromiso de México como el de Centroamérica por participar en este tipo de esfuerzos pese a los problemas logísticos que en ocasiones se presentan cuando se ejecutan estas actividades conjuntas.

Por otra parte, en este período se concluyó la elaboración del Diagnóstico Mesoamericano de Adicciones, el cual fue presentado en 2005, en un archivo electrónico (disco compacto) que contenía la información sistematizada enviada por cada país participante a fin de conformar un documento que permitiera obtener datos relativos a la incidencia en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales en la región y de esta manera diseñar estrategias de prevención atención, tratamiento y rehabilitación de adicciones. Se realizaron 2000 copias en disco compacto que fueron distribuidas en los países centroamericanos. Adicionalmente, en este período se dio inicio a la segunda fase del proyecto con el objeto de que los países enviaran información periódica que facilitará el monitoreo regional de adicciones.

En este bienio (2005-2006) se desarrollaron los nuevos proyectos en materia de salud con diferentes actividades. El proyecto de *Prevención y Rehabilitación de la Discapacidad* comprendió 3 cursos en las instalaciones del Instituto Nacional de

Rehabilitación (INR). Desde un punto de vista logístico y académico, el desarrollo de este proyecto resultó bastante benéfico debido a que:

- En las mismas instalaciones del INR se pudo brindar servicio de comedor y dormitorio a los participantes centroamericanos, lo que se tradujo en mayor optimización de tiempo y recursos, y
- Se favoreció la convivencia e intercambio de experiencias con médicos residentes mexicanos al asistir también estos últimos a los mismos cursos como parte de la formación anual que otorga el Instituto a médicos residentes.
- Las 3 actividades del Proyecto estuvieron insertas dentro de las propias que el INR realiza de manera recurrente, lo cual evitó la organización y diseño de cursos ex profeso.

En el proyecto *Modelo de Arbitraje Médico* se llevaron a cabo 4 seminarios (ver anexo 1) en los cuales se mostró la experiencia de México para el manejo de resolución de conflictos médico-paciente. Resaltando principalmente la existencia de una instancia especializada, denominada Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), para resolver casos de esta naturaleza.

CONAMED está conformada por una amplia variedad de especialistas médicos y abogados, lo cual le confiere la facultad de abordar desde una perspectiva médica y por ende más integral, las diferentes problemáticas a las que se enfrentan los usuarios de los servicios de salud, evitando, en la medida de lo posible, que intervengan instancias legales no especializadas que tienen como resultado la generación de demandas cuantiosas al sector salud. Desde su creación la CONAMED ha abatido costos en el sector, en la medida en que ha disminuido el número de demandas en este rubro. Experiencia que no se contaba en Centramérica y que, a manera de ejemplo Costa Rica empieza ya a implementar con sus respectivas adecuaciones.

El proyecto *Modelo de Seguridad en Salud*, llevó a cabo una actividad (véase anexo 1) a efectos de que los participantes centroamericanos conocieran el

protocolo sanitario que México aplica (cercos sanitarios, inmunizaciones, participación comunitaria, protección civil) cuando se producen casos de emergencias, tales como, los desastres naturales (huracanes, sismos, inundaciones). Sin embargo, se desconoce la razón por la que no se realizaron otras acciones.

El proyecto *Salud y Nutrición en el Desarrollo Humano* realizó 3 talleres (más información en anexo) en los que brindaron elementos para que los países elaboraran programas nutricionales, y en caso de contar con éstos, reforzar elementos que debían contener los mismos.

En el *bienio 2007-2008*, se observó poco dinamismo dentro de los proyectos como consecuencia de su disminución en número y las reducidas actividades realizadas. Tres proyectos se dieron por concluidos en el bienio 2005-2006, es decir, no se consideró necesario prorrogarlos para el siguiente bienio, los cuales fueron el de arbitraje médico, el de nutrición y el de seguridad en salud. En tanto que los que continuaron, fueron VIH/SIDA, rehabilitación, vectores y adicciones.

En el caso del proyecto de *Prevención y control de ITS/VIH/SIDA con especial atención a población migrante* se efectuaron dos acciones en las que participaron además de los países centroamericanos, los estados de Quintana Roo, Oaxaca, Chiapas y Tabasco. En el caso del diplomado que se realiza anualmente, por primera ocasión tuvo un costo de 750 USD por concepto de matriculado, (media beca), en el cual participó un representante de cada de los siguientes países: El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá. En 2008 se celebró la XVII Conferencia Mundial de SIDA por lo que no se llevó a cabo ninguna actividad específica dentro del marco del Mecanismo de Tuxtla (consulte el anexo).

En el caso del proyecto de *Fortalecimiento de la prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores*, se llevó a cabo una sola actividad, la cual se enfocó a la importancia de la participación comunitaria en la identificación de factores promotores de la incidencia.

Dentro del marco del proyecto de *Adicciones*, se llevó a cabo un taller relativo a los modelos de tratamiento que operan en cada uno de los países latinoamericanos. Cabe señalar, que a pesar de que en la Convocatoria hubo una solicitud formal previa, la mayoría de las presentaciones de los participantes centroamericanos se realizaron con cierto matiz de improvisación.

El proyecto que continuó registrando sus actividades con la misma intensidad que el bienio anterior fue el de Rehabilitación. Durante este período llevó a cabo 4 cursos, bajo el mismo esquema logístico y académico anterior.

Por todo lo mencionado anteriormente, se puede inferir que existen varios aspectos comunes e inherentes a los procesos de diseño, organización, desarrollo e implementación de los proyectos que, desde el punto de vista personal conviene aludir además de aquéllos elementos observados en la Secretaría de Salud, en el sentido que afectan el correcto desempeño y por tanto la viabilidad de los mismos:

1. Al término de cada actividad los participantes elaboran el formato único para la presentación de informes, que como se comentó en el capítulo II contiene algunos elementos que pretenden una evaluación inicial, sin embargo, los participantes proporcionan escasa información, por lo que no aportan los elementos suficientes para realizar una evaluación real de su impacto.
2. En el caso de las publicaciones impresas y electrónicas no se les da un seguimiento completo en cuanto a la distribución del material y/o uso que se hizo de él, lo cual no garantiza ni permite medir su efecto. A este respecto, es importante mencionar que la distribución se realizó por gestión de la Secretaría de Relaciones Exteriores a las Embajadas de México en los países respectivos y éstas a su vez a los Ministerios de Salud correspondientes. Sin embargo, no se cuenta con un registro del uso y destino posterior a la entrega a estos últimos.

3. Un factor a considerar en el adecuado desempeño de los proyectos también lo representa la logística ligada a los recursos económicos destinados. Una situación que ocurre con regularidad, es la referente a las gestiones previas relacionadas con hospedaje y alimentación de los participantes, durante las cuales, la Secretaría de Salud asume el papel de búsqueda de opciones de servicios que se ajusten al monto proporcionado por la Cancillería, lo cual, por lo general, resulta una tarea compleja el adaptar los requerimientos a la cantidad y el tiempo en que se proporcionan los recursos, ocasionando fricciones internas y externas.

4. El desarrollo de los proyectos depende en gran medida del funcionario que este a cargo del mismo. Como se puede observar en el apartado anterior, se percibe una disminución significativa entre las actividades realizadas en el bienio 2005-2006 y 2007-2008, en VIH/SIDA, vectores y adicciones que coincide con el cambio de los encargados técnicos del proyecto, lo cual, no necesariamente se explica por un decremento en el compromiso del nuevo titular del proyecto, si se considera que la idea e importancia que le otorga al mismo es diferente, dado que no tuvo una participación directa en la concepción, fundamento y planteamiento inicial. En este sentido, por ejemplo, la presentación de los proyectos para el bienio 2007-2008 se efectuó desde el último trimestre de 2006.

5. Otro aspecto que complica la continuidad de los proyectos esta relacionando con la diversidad y/o rotación de participantes centroamericanos involucrados, producto de los cambios de gobierno o cargas de trabajo en sus respectivos países o funciones, lo cual, en ocasiones limita la presencia constante de un solo funcionario o representante en todas las actividades, que posteriormente se traduce en una adquisición incompleta o parcial de conocimientos, generando así que la contraparte centroamericana tenga una visión fragmentada más que integral, que de alguna manera, también compromete la sustentabilidad futura del proyecto en cuestión.

Además de las situaciones mencionadas, la experiencia profesional me permite identificar también que en ocasiones las áreas técnicas realizan las actividades

como respuesta única a los compromisos internacionales que ineludiblemente deben cumplir sus respectivas instituciones, sin contar con un panorama general y por ende, con poca claridad de los logros perseguidos, dando lugar a que las gestiones se asuman como requisitos únicamente, con un perfil fragmentado disminuyéndose así el espíritu de la cooperación y el trabajo en equipo.

A manera de ejemplo podemos señalar que, en el caso de vectores la misma área técnica que brindaba las capacitaciones dentro del Mecanismo de Tuxtla estaba trabajando una propuesta para el PPP, resultando complicado estar trabajando simultáneamente en dos iniciativas, considerando que también atienden las necesidades nacionales, por lo que cuando se estaba definiendo la utilidad de prorrogar el proyecto de vectores, dentro del Mecanismo de Tuxtla, se consideró que no era necesario dado que en el PPP se integraría este componente.

En el caso de VIH/SIDA se decidió que, como en la región ya existen suficientes iniciativas de Agencias Financiadoras para trabajar con el tema de SIDA y que los esfuerzos de México se encuentran concentrados en el proyecto del Fondo Global, era también innecesaria esta duplicación. En el caso de adicciones sucede algo similar. El objetivo inicial del proyecto fue cumplido y se determinó que no era preciso continuar con las actividades, dada la existencia de Agencias que están realizando trabajos en la región y que están duplicando los esfuerzos. El único proyecto con perspectivas para 2009-2010 fue el proyecto de Rehabilitación debido a que las capacitaciones son solicitadas por Centroamérica en respuesta a la necesidad de formar un mayor número de médicos especialistas en los diferentes tipos de rehabilitación.

Adicionalmente, como ya se mencionó para 2009-2010 se acordó con la Secretaría de Relaciones Exteriores que se respondería de acuerdo a los requerimientos de las contrapartes centroamericanas. En la reunión celebrada el 18 y 19 de septiembre de 2008, en la Ciudad de México, la contraparte centroamericana manifestó su interés de conocer lo que se está haciendo en nuestro país en materia de Comunicación Social en Salud, señalando que con el Sistema Mesoamericano de Salud Pública, se cubrirían temas como vectores, nutrición, vacunación, VIH/SIDA y salud sexual y reproductiva. Por lo que la cartera para el siguiente bienio estará integrada por dos proyectos, el primero referente a

Rehabilitación y el segundo a Comunicación Social en Salud. De este último se acordó que por vez primera se elaborarán conjuntamente (México y Centroamérica) los Términos de Referencia del proyecto, lo cual, representa un avance para realizar un trabajo con mayor grado de compromiso y coordinación.

CONCLUSIONES

Mi experiencia dentro de la Secretaría de Salud me ha permitido identificar que las relaciones internacionales tienen muchos motivos o circunstancias que les dan origen y por ende cada una con su naturaleza, origen y matiz diferente, algunas de ellas de carácter político que difícilmente se materializan en aspectos concretos. Sin embargo, la cooperación internacional es un ejemplo claro de los beneficios que se pueden obtener de la relación entre países.

En el caso de México, es innegable que los principios de la política exterior coadyuvan a fomentar la cooperación internacional, dado que nuestra nación tiene una larga tradición como país oferente y esto de alguna manera se refleja tanto en el Programa Sectorial de Salud, como el de Relaciones Exteriores, al destacar la importancia que tiene la cooperación internacional.

A pesar de lo anterior, resulta necesario buscar y generar mayor equilibrio y coherencia entre los aspectos discursivos y la manera en que se plasman o se consolidan en la práctica, como se aprecia en el hecho de ir disminuyendo anualmente el presupuesto para acciones de cooperación internacional cuando las políticas están orientadas a impulsarla, dando lugar a un mensaje contradictorio o bien reflejo de un conocimiento precario de las situaciones reales con un principio superficial de compromiso.

Adicionalmente el lenguaje o terminología utilizada no siempre resulta el adecuado o con el cuidado requerido a fin de que las ideas se transmitan con claridad y no se generen malas interpretaciones o confusiones. Tal es el caso de la cooperación de México con Centroamérica, donde la semántica de las palabras alude a que muchos de los logros y alcances de dicha cooperación son responsabilidad de México, cuando realmente lo que se persigue es fomentar la corresponsabilidad.

El hecho de que desde 2007 se haya promovido el *Proyecto de Decreto que expide la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo* sin que hasta la fecha se haya aprobado, aún cuando México es de los pocos países de América Latina que no cuenta con una agencia de cooperación internacional, denota

que no se le ha dado la suficiente importancia en la esfera legislativa, lo cual en cierta medida explica la carencia de información precisa sobre la cooperación que brinda México.

El tema de cooperación internacional, como se señaló, se aborda dentro del marco programático, institucional y normativo en mayor o menor proporción, no obstante, las referencias que se incluyen brindan la base para que se puedan llevar a cabo acciones de cooperación internacional dentro de los marcos institucionales del Gobierno Federal. Sin embargo, en referencia a la salud sería conveniente que se contara con una partida presupuestal para acciones de cooperación internacional, ya que la falta de recursos limita la puesta en marcha de actividades de carácter internacional.

Aún cuando la cooperación internacional de México, se realiza primordialmente a través de la Secretaría de Relaciones Exteriores, no se cuenta con información suficiente referente a la cantidad de recursos financieros que México aporta a las acciones de cooperación internacional, dado que no existen parámetros estandarizados de referencia de costos que faciliten presupuestar a las Secretarías que participan en acciones de cooperación internacional, los recursos erogados en términos de recursos humanos, materiales y financieros, independientemente de la ausencia de un sistema eficiente de información y evaluación de dichas acciones, lo cual, genera dispersión en la información y merma la eficiencia y aprovechamiento potencial de los recursos destinados.

En el caso de Centroamérica, es evidente que representa una región clave en términos geopolíticos para México, de ahí la importancia y el interés del Gobierno Mexicano por la cooperación con Centroamérica. En aspectos de salud, también la región tiene un papel relevante en el sentido de evitar o reducir la incidencia o transmisión de enfermedades hacia México. La gran importancia de ese ámbito geográfico para la Política Exterior de México, puede verse reflejada en la institucionalización de las relaciones con Centroamérica a través del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, lo cual, ha estructurado una estrategia encaminada a disminuir la dispersión de acciones y fomentar la coordinación de posiciones políticas y económicas comunes, mismas que se manifiestan en las

Declaraciones Políticas emanadas de las reuniones de Jefes de Estado y de Gobierno que se celebran en este Mecanismo.

Adicionalmente, se puede señalar que el Mecanismo aborda diferentes aspectos que le confieren una perspectiva más integral a la relación con esa región, porque además de los aspectos políticos y económicos, el hecho de incorporar el componente de cooperación internacional, aporta operatividad y contenido a la relación.

Desde su origen, el Mecanismo ha atravesado por diferentes etapas, en el aspecto de cooperación internacional. Dentro de las acciones que se llevaron a cabo durante el período 2003-2008, el bienio 2005-2006 fue en el que se realizaron un mayor número de actividades. Desde mi perspectiva jugó un papel preponderante el factor humano, ya que los funcionarios mexicanos que asumieron la responsabilidad de los proyectos manifestaron interés en llevar a cabo las actividades de la mejor manera, aunado a que no hubo limitaciones presupuestarias en términos de cancelar actividades.

Otro aspecto que vale la pena mencionar, es la creación del Plan Puebla-Panamá hoy Proyecto Mesoamérica. En primera instancia reflejó una duplicidad al crear otro vínculo con la región Centroamericana, al ya generado con el Mecanismo de Tuxtla. Si bien, paulatinamente se fueron identificando las diferencias, en un principio creó confusión y una percepción de paralelismo o redundancia en el trabajo, objetivos y alcances realizado en uno y otro. Desde mi punto de vista, hubiese sido más conveniente conferirle un nuevo impulso al Mecanismo de Tuxtla incorporando a los estados del Sur-Sureste y promoviendo una visión de cooperación sur-sur, al considerar que los nueve estados de México tienen desarrollos similares a los países centroamericanos.

Lo anterior resalta la necesidad de contar con una Agencia de Cooperación en México que brinde una visión integral de la cooperación internacional, dado que al ser la política exterior una atribución del Presidente de la República, en ocasiones no se cuenta con una visión cercana de los objetivos o necesidades reales (como fue el caso del Plan Puebla-Panamá) dando lugar así a que se generen duplicidades de esfuerzos, y se presenten conceptos que son contrarios a

la visión que se tiene de la cooperación internacional, como en el actual Plan Nacional de Desarrollo, al señalar como responsabilidad del Gobierno de México su papel dentro de la cooperación con Centroamérica, lo cual, contraviene la idea de corresponsabilidad que es necesario promover.

Desde mi perspectiva en la Secretaría de Salud, el Mecanismo de Tuxtla, debería flexibilizarse porque son las cuestiones operativas las que en ocasiones merman la participación en los proyectos de cooperación, tales como la insuficiencia de recursos financieros que se les otorgan a los participantes centroamericanos, el tiempo que toman los procedimientos de logística, la falta de continuidad en la participación de los funcionarios centroamericanos, la manera unilateral como se solicita la elaboración de los Términos de Referencia (ya que sólo los requisita México), etc.

Lo anterior vislumbra varios aspectos que podrían ser mejorados dentro del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla a efecto de promover esquemas mas equitativos en la cooperación. Al respecto, desde mi perspectiva sugiero lo siguiente:

- Es importante negociar los temas de la cooperación con las contrapartes centroamericanas para cerciorarse que efectivamente los proyectos de cooperación que se presenten atienden las demandas regionales reales.
- Se deberían elaborar los términos de referencia de manera conjunta (México y Centroamérica) a fin de que se facilite la identificación de objetivos, alcances y actividades comunes e integrales. Además de ser una manera de generar una responsabilidad compartida no sólo en la ejecución del proyecto, sino en la planeación del mismo.
- Es fundamental sensibilizar a la contraparte centroamericana de la importancia de replicar los conocimientos que reciben y promover el compromiso de transferirlos a nivel nacional. Por ejemplo, en la Iniciativa de cooperación de la Unión Europea hacia América Latina denominada EUROsociAL se plantea desde un inicio la necesidad de conformar grupos de trabajo nacionales que permitan la transferencia de conocimientos de los expertos que participan en pasantías o seminarios. Algo similar se podría

proponer con Centroamérica, es decir, generar el compromiso de los asistentes de transferir los conocimientos que reciben.

- En la medida que haya retroalimentación del conocimiento resulta más probable que se puedan generar indicadores de medición del impacto de las capacitaciones en las políticas públicas nacionales, y su vez, la autosustentabilidad del proyecto.
- Es importante promover la continuidad en la participación de los funcionarios centroamericanos en cada una de las actividades, ya que de lo contrario, dificulta el seguimiento de todas las etapas del proyecto.
- Es importante que la Secretaría de Relaciones Exteriores, promueva la búsqueda de nuevos actores para la cooperación internacional, ya que por un lado, sugieren que así sea, pero son estrictos en el uso de logos y en la manera en que la institución que pueda apoyar financieramente en la cooperación internacional no disminuya u opaque la presencia de México como país donante de cooperación internacional con Centroamérica.
- Se deberían buscar sinergias con otros proyectos de cooperación internacional en esa región, por ejemplo el Proyecto Mesoamérica, antes Plan Puebla-Panamá, a efectos de que los esfuerzos de México por brindar cooperación a la región Centroamericana tengan una orientación más certera.
- El hecho de que la Secretaría de Relaciones Exteriores cuente con recursos financieros solo para actividades de capacitación limita significativamente las propuestas que se pueden hacer en la región.
- En el ámbito logístico la Cancillería de México debería brindar mayor apoyo a las áreas que presentan proyectos considerando las modalidades en las que entregan viáticos a los participantes centroamericanos, ya que en muchas ocasiones, como se mencionó, se limitan los arreglos logísticos necesarios para la realización de cualquier actividad.

Sin duda, la manera en que se brinda la cooperación internacional ha tenido y tendrá modificaciones conforme lo hace el contexto internacional, por lo que también, en la medida en que se proporcionen en las Universidades conocimientos en este aspecto, los alumnos saldrán mejor preparados para enfrentar y manejar las modalidades de las relaciones internacionales en ese momento histórico. Como lo refleja el nuevo plan de estudios de la carrera de

Relaciones Internacionales al incorporar la materia de cooperación internacional dentro de la formación del alumnado. Sin embargo, considerando el papel que desempeña la cooperación internacional dentro de la política exterior de los países, tal vez, sería conveniente considerar la incorporación de esta materia como obligatoria dentro del Plan de Estudios.

Finalmente, me parece que la cooperación internacional como principio de la política exterior es un medio que permite materializar, fructificar, diversificar y fortalecer las relaciones internacionales, por lo que siempre será necesario el perfeccionamiento y actualización de la manera en que se lleva a cabo la cooperación internacional de México. La creación de una Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo permitirá evaluar la cooperación internacional actual y brindará nuevas herramientas que permitan una identificación de los impactos positivos y capitalizar estos en la política exterior.

La cooperación internacional desde mi punto de vista personal y profesional, es un ejemplo adecuado de cómo las relaciones internacionales pueden representar un instrumento fundamental de apoyo para la construcción de un mundo con mejores condiciones de vida y oportunidades para todos los que lo habitamos.

ANEXO

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE LOS PROYECTOS DURANTE

LOS BIENIOS 2003-2004, 2005-2006 y 2007-2008

*La información fue obtenida de las publicaciones que emite la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE) sobre el tema, y están señaladas en el apartado de referencias con los números 26, 27, 28 29 y 30, para los períodos 2003-2004 y 2005-2006. Para el caso del bienio 2007-2008 la información fue obtenida directamente de la Secretaría de Salud, ya que la publicación correspondiente por parte de la SRE se encontraba pendiente de emitirse al término de la redacción de este trabajo.

Proyecto	Actividades durante el 2003-2004
Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA con especial atención a la población migrante	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Curso intensivo de ITS/VIH/SIDA, vigilancia, prevención y atención, del 3 al 14 de noviembre de 2003 en Cuernavaca, Morelos. ▪ III Tercer Congreso Multidisciplinario del ITS/VIH/SIDA, los días 29 y 30 de noviembre de 2003 en San Salvador. Funcionarios de CENSIDA participaron con la exposición "Como afectan las infecciones de transmisión sexual a las personas que viven con SIDA y la impartición de un Taller sobre "Sexualidad y VIH". ▪ Elaboración del Manual de capacitación Prevención de las ITS y el VIH/SIDA con mujeres en Contextos de Comercio Sexual, elaborado por el CENSIDA. La Secretaría de Relaciones Exteriores, por medio de las Embajadas en los países centroamericanos, distribuyó mil ejemplares entre los Ministerios de Salud de dichos países. ▪ Taller Mesoamericano sobre poblaciones móviles de VIH/SIDA: Construyendo Redes, del 3 al 6 de agosto de 2004 en Tapachula, Chiapas, para promover la creación de una red mesoamericana de organizaciones que trabajan con poblaciones móviles.
	Actividades durante el 2005-2006
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 7° Diplomado Multidisciplinario sobre VIH/SIDA: Diagnóstico y Respuesta Estratégica del 3 al 28 de julio de 2006, en Cuernavaca, Morelos, con el objetivo de incrementar los conocimientos y habilidades de los alumnos para formar profesionales especializados en la problemática del VIH/SIDA desde una perspectiva integral. En esta actividad sólo participaron Belice, Costa Rica, Honduras y Panamá. ▪ Curso de Vigilancia Epidemiológica de Segunda Generación en VIH/SIDA, en la Universidad Landívar de la Ciudad de Guatemala, con el objetivo de incrementar los conocimientos y habilidades de los participantes para realizar el monitoreo y la evaluación de actividades relacionadas a la vigilancia epidemiológica de segunda generación (de comportamiento) en VIH/SIDA.
	Actividades durante el 2007-2008
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ "Encuentro Mesoamericano de Atención Integral de VIH/SIDA en Población Móvil de los Países de la Región y en los Estados de Chiapas, Tabasco, Quintana Roo y Oaxaca de México", celebrado los días 18 y 19 octubre de 2007 en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. ▪ "8° Diplomado Multidisciplinario sobre VIH/SIDA: Diagnóstico y Respuesta Estratégica", realizado del 2 al 27 de julio de 2007 en la Ciudad de Cuernavaca, Morelos. Participó un experto de cada uno de los siguientes países: El Salvador, Guatemala, Honduras y Panamá. ▪ En 2008 no se llevó a cabo ninguna actividad porque fue la XVII Conferencia Mundial de VIH/SIDA por primera vez en un país Latinoamericano y se llevó a cabo en México. Se esperaba contar con participación de funcionarios centroamericanos pero ningún centroamericano pidió el apoyo dado que tenían que pagar la inscripción al evento que era de 15,000 euros aproximadamente.

Proyecto	Actividades durante el 2003-2004
<p>Fortalecimiento de la Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vector</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Curso – Taller Belice – Guatemala – México para la prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores, del 28 al 30 de mayo de 2003 en Chetumal, Quintana, Roo, en el que se definieron localidades fronterizas con las que se deberá trabajar de manera coordinada para abatir las enfermedades transmitidas por vector. ▪ Curso – Taller para fortalecer la vigilancia, diagnóstico, prevención y control de encefalitis del Oeste del Nilo, del 9 al 12 de diciembre de 2003 en Mérida, Yucatán. En este curso – taller se adquirió el compromiso de establecer un “Plan para la vigilancia, prevención y control del Virus del Oeste del Nilo (VON)”, el cual será presentado a los Ministros de Salud de cada país y estos a sus respectivos Gobiernos para que se derive en un compromiso político que garantice un seguimiento continuo del Plan. ▪ Curso Trinacional BÉlice – Guatemala – México, del 21 al 23 de junio de 2004, Cancún, Quintana Roo, en el que se definieron las localidades fronterizas en las que se trabajaría sobre la prevención y control del paludismo, dengue, malaria y oncocercosis. <p>Asesoría y capacitación en materia de vectores a personal directivo y operativo de los Ministerios de Salud en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicaragua, del 6 al 8 de septiembre de 2004. ▪ Honduras, 1 y 2 de noviembre de 2004. ▪ El Salvador 8 y 9 de noviembre de 2004. <p>Las visitas permitieron evaluar la situación epidemiológica que prevalece en esos países, con énfasis en paludismo y dengue.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reunión sobre el Plan Regional: Vigilancia, prevención y control de paludismo/malaria, del 4 al 8 de octubre de 2004 en Villahermosa, Tabasco. El objetivo fue elaborar un plan regional para la vigilancia, prevención y control del paludismo/malaria y homogeneizar actividades en el marco de otras iniciativas regionales.

Fortalecimiento de la Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vector	Actividades durante el 2005-2006
	<p>Asesoría y Capacitación a Personal Directivo y Operativo de los Programas Nacionales de Vectores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Honduras, del 6 al 10 de junio de 2005. En el departamento de la Ceiba se realizó un ejercicio de estratificación de áreas de riesgo e identificación de casas maláricas, que permitió identificar los sitios exactos donde la malaria se anida, causando persistencia de la transmisión. ▪ Belice, 9 y 10 de junio de 2005. Se ofreció asesoría en estudios epidemiológicos, estratificación de riesgo, estrategias especiales de vigilancia epidemiológica y de participación social. Se contó con especialistas del estado de Quintana Roo, que colaboran con las autoridades de salud de Belice. ▪ Guatemala, 13 y 14 de junio de 2005. Participaron expertos del CENAVECE y especialistas de los estados fronterizos de México y Guatemala; discutieron la situación actual del paludismo y dengue, las estrategias de prevención y control realizadas, y analizaron los problemas gerenciales y operativos que dificultan el funcionamiento de los programas de vectores. ▪ Reunión Trinacional Belice – Guatemala – México para la prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores, del 22 al 24 de junio de 2005 en Chetumal, Quintana Roo, con la finalidad discutir la situación actual del tema en los países. Entre los resultados alcanzados destacan: la consolidación de un programa integrado de prevención y control de enfermedades – como la malaria y el dengue- en localidades de la línea fronteriza entre estas naciones; y la redefinición de proyectos de trabajo conjunto en áreas específicas de la región. ▪ Taller Regional de Vigilancia Epidemiológica Prevención y Control de Malaria, Dengue y Encefalitis por Virus del Oeste del Nilo, del 4 al 8 de julio de 2005 en Hidalgo, México, se contó con la representación de los siete países convocados. Durante los trabajos se revisó la situación epidemiológica de cada enfermedad, así como la normatividad para la vigilancia, prevención y control de las mismas en cada uno de los países participantes. Se expusieron las actividades puntuales de cada nación y se intercambiaron experiencias exitosas que permitieron detectar ventajas y desventajas en los sistemas de información y estandarizar procesos para la atención de brotes. ▪ <i>Diplomado de actualización: Entomología y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores con Énfasis en Malaria.</i> Se realizó del 13 de noviembre al 8 de diciembre de 2006 en la ciudad de Tapachula, México, con el objetivo de fortalecer las capacidades técnicas y operativas del personal responsable de la vigilancia entomológica y el control de la malaria en la región mesoamericana.
	Actividades durante el 2007-2008
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taller Mesoamericano para la vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector con énfasis en participación comunitaria". Celebrado del 11 al 20 de junio de 2007 en Puerto Escondido, Oaxaca.

Proyecto	Actividades durante el 2003-2004
<p align="center">Diagnóstico Mesoamericano de Adicciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Taller inicial de diagnóstico mesoamericano de adicciones, del 28 de julio al 1º de agosto de 2003 en México, de donde se definió la lista básica de información sobre tabaco, alcohol y otras drogas que se incluirá en los diagnósticos locales de adicciones y por ende en el Diagnóstico Mesoamericano. ▪ Taller intermedio sobre presentación de resultados preliminares, del 8 al 12 de diciembre de 2003 en San José, Costa Rica, en el cual se determinó los indicadores de infraestructura y recursos se agruparán para los tres tipos de adicciones. ▪ Tercer Taller de Trabajo conclusiones finales, del 7 al 11 de junio de 2004 en San Salvador, El Salvador. Se analizaron los diagnósticos locales para integrar la información en un diagnóstico regional. ▪ Reunión para la presentación del Diagnóstico Mesoamericano de Adicciones y Acuerdos de Cooperación, los días 9 y 10 de diciembre de 2004 en la Ciudad de México. El propósito fue validar la información contenida en el documento del Diagnóstico Mesoamericano.
	<p align="center">Actividades durante el 2005-2006</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración del Diagnóstico Mesoamericano de Adicciones: Reporte sobre el Consumo de Tabaco, Alcohol y otras Drogas en la Región Mesoamericana. Se preparó con los datos recopilados en cada país y contiene información de carácter preponderantemente epidemiológico, refleja la situación del problema en la región. Con este trabajo concluyó la primera fase del proyecto. Se reprodujeron y distribuyeron 2,000 discos compactos con la información del Diagnóstico en México y Centroamérica. ▪ Taller Inicial: Definición de Indicadores Comunes en Adicciones. Con este taller se dio inicio a la segunda fase del proyecto. Se llevo a cabo del 6 al 9 de diciembre de 2005 en la Ciudad de México con el propósito principal de identificar y establecer una lista de información básica recabada de manera periódica en cada uno de los países participantes, a fin de elaborar un observatorio regional de adicciones (tabaco, alcohol y otras drogas), Dentro de los trabajos realizados y en virtud de los resultados obtenidos en la primera etapa de la ejecución, se acordó por consenso la modificación de los términos de referencia del proyecto original con el fin de responder a las necesidades de la delegaciones centroamericanas y de México. A partir de 2006, se denominará "Programa Mesoamericano de Adicciones". ▪ Taller de Capacitación: Metodología para un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. Ciudad de México, 28 al 30 de junio de 2006. Que tuvo como objetivo difundir el marco metodológico del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA-México), que permite contar con un diagnóstico actualizado de los indicadores de salud relacionados con el uso y abuso de alcohol, tabaco y otras drogas, que contribuya a la definición de políticas y a la toma oportuna y eficaz de decisiones.

	Actividades durante el 2007-2008
Diagnóstico Mesoamericano de Adicciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “Taller: Hacia un Modelo de Calidad en el Tratamiento de las Adicciones”, celebrado del 21 al 23 de noviembre de 2007 en Chetumal, Quintana Roo. ▪ En 2008 no se llevó a cabo ninguna actividad por problemas presupuestarios, quedando pendiente una actividad sobre prevención que se realizará en 2009.

Proyecto	Actividades durante el 2003-2004
Promoción de la salud Familiar, escolar y comunitaria de los municipios de México y Centroamérica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reunión Mesoamericana, celebrada del 8 al 10 de octubre de 2003 en Guatemala. En la reunión se decidió unificar el proyecto de “Paquete básico de salud escolar familiar y comunitaria” y “Promoción de la seguridad alimentaria y nutricional en municipios transfronterizos saludables y productivos con la participación de mujeres y jóvenes rurales”, considerando que tenían objetivos comunes y que el nuevo proyecto se denominará “Promoción de la salud familiar, escolar y comunitaria de los municipios de México y Centroamérica”. ▪ Reunión para definir el Plan de Acción Mesoamericano, del 25 al 27 de agosto de 2004, en San José, Costa Rica, la en donde se acordó abordar el proyecto de dos vertientes: Municipios y Comunidades Saludables. Con el propósito de impulsar el establecimiento de la Red Mesoamericana de Municipios por la Salud y Escuelas Saludables y Seguras a partir de la acreditación y certificación <p>Este proyecto concluyó en este bienio.</p>

Proyecto	Actividades durante el 2005-2006
Salud y Nutrición en el Desarrollo Humano	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Taller para la Revisión de Experiencias y Nueva Generación en Programas de Alimentación y Nutrición con Énfasis en Población Extremadamente Pobre en Centroamérica y México.</i> Realizado del 13 al 17 de junio de 2005 en Guatemala. Su objetivo fue dar a conocer las características de los programas nutricionales de nueva generación. ▪ Taller de Seguimiento: Evaluación de la Nueva Generación de Programas de Nutrición en Énfasis en Población Extremadamente Pobre en Centroamérica y México. Se llevó a cabo del 20 al 24 de marzo de 2006, en Cuernavaca, Morelos, México, con el propósito de analizar críticamente los programas nacionales de alimentación y nutrición, e integrar conceptos de monitoreo y evaluación en los mismos, usando metodología científica. ▪ Taller de Seguimiento para Evaluar el Impacto del Proyecto Salud y Nutrición en el Desarrollo Humano. Se celebró del 24 al 27 de octubre de 2006, en San Pedro Sula, Honduras, con la finalidad de evaluar el impacto del citado proyecto en los Programas Nacionales de Alimentación y Nutrición de los países centroamericanos, así como en la formación de recursos humanos dedicados al diseño y evaluación de los programas. <p>Este proyecto concluyó en este bienio.</p>

Proyecto	Actividades durante el 2005-2006
Modelo de Seguridad en Salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como única actividad del proyecto, del 17 al 19 de agosto de 2005 se llevó a cabo en la Ciudad de México la <i>Reunión Técnica: Un Modelo para la Seguridad en Salud</i>, con el propósito de dar a conocer el Modelo Mexicano para la Seguridad en Salud entre los especialistas centroamericanos en salud y protección civil. <p>Este proyecto concluyó en este bienio.</p>

Proyecto	Actividades durante el 2005-2006
Modelo de Arbitraje Médico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Seminario – Taller Alternativas de Resolución de Inconformidades en la Relación Médico – Paciente y Calidad de los Servicios de Salud</i>, del 25 al 27 de mayo de 2005 en Guatemala. El evento tuvo como finalidad dar a conocer a los países centroamericanos el Modelo Mexicano de Arbitraje Médico y su experiencias como medio alternativo a la vía judicial para la resolución de conflictos médico – paciente. ▪ <i>II Taller sobre el Modelo de Arbitraje Médico, celebrado del 28 al 30 de septiembre de 2005 en la Ciudad de México</i>. En esta actividad se mostraron <i>in situ</i> los avances obtenidos por la CONAMED en la mejoría de la práctica de la medicina y se propició el intercambio técnico entre los países involucrados, a fin de definir criterios comunes, operativos y jurídicos que faciliten la aplicación de los modelos en el ámbito mesoamericano. ▪ <i>III Seminario Taller: Factibilidad de la Aplicación del Modelo de Arbitraje Médico en Centroamérica</i>. Se llevó a cabo del 5 al 7 de abril de 2006 San José, con el objetivo de conocer, analizar y discutir los planteamientos oficiales de cada uno de los países participantes para la adopción, asimilación y en su caso adecuación del modelo de arbitraje médico en su ámbito; con base en la Legislación aplicable de cada país. ▪ <i>IV Seminario Taller: Proceso Arbitral, Desarrollo y Diseño de Esquemas de Quejas Médicas</i>. Se desarrolló del 27 al 29 de septiembre de 2006 en las instalaciones de la CONAMED en la Ciudad de México, con la finalidad de revisar, analizar y discutir la experiencia adquirida en la operación de diversos esquemas de atención de quejas, a fin de desarrollar una propuesta asequible y práctica que considere el modelo arbitral mexicano para contribuir de manera institucional en la resolución de conflictos médico-paciente, en el ámbito de los países centroamericanos. <p>Este proyecto concluyó en este bienio.</p>

Proyecto	Actividades durante el 2005-2006
<p>Actualización en Prevención y Rehabilitación de la Discapacidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Curso de Capacitación en Técnicas de Neurofacilitación</i> que se llevo a cabo del 1º de agosto al 31 de octubre de 2005 en las instalaciones del CNR en la Ciudad de México, a efectos de proporcionar a los participantes las técnicas y procedimientos más adecuados para rehabilitar a pacientes neurológicos. ▪ <i>Curso de Capacitación de Técnicas de Neurofacilitación en Evento Vascular Cerebral</i>, Se celebró del 6 al 30 de noviembre de 2006 en las instalaciones del INR, con el objetivo de capacitar al alumno en la aplicación de técnicas de neurofacilitación para pacientes con secuelas tempranas de Eventos Vasculares Cerebrales (EVC) de tipo de isquémico o hemorrágico, que así lo requieran. ▪ <i>Curso de Capacitación en Diseño y Elaboración de Ortesis y Prótesis del Sistema Músculo-Esquelético</i>. Se llevó a cabo del 28 de agosto al 20 de octubre de 2006, en la Ciudad de México, para dar a conocer los diferentes procedimientos y alternativas para la elaboración de órtesis y prótesis para las principales patologías del sistema músculo-esquelético de miembro superior e inferior.
	<p style="text-align: center;">Actividades durante el 2007-2008</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ "Curso de Rehabilitación Cardíaca", celebrado del 4 de junio al 31 de julio de 2007 en el INR. ▪ "Curso de Rehabilitación para el Trabajo", realizado del 1 al 24 de agosto de 2007 en el INR. ▪ Seminario-Taller de Rehabilitación de Columna Vertebral, realizado en la Ciudad de México del 11 al 22 de agosto de 2008. ▪ Curso Modular de Logopedia y Foniatría, realizado en la Ciudad de México del 20 al 24 de agosto de 2008.

REFERENCIAS

1. Organización de las Naciones Unidas, Carta de Naciones Unidas, 1945.
2. Comisión Mexicana para la Cooperación con Centroamérica, Documentos Básicos I, México, 1991.
3. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Diario Oficial de la Federación, 12 de febrero de 2007.
4. Diccionario LID de Diplomacia y Relaciones Internacionales, LID Editorial Empresarial, 1ª. Edición diciembre de 2005, Director de obra: Alfonso Dastis
5. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, Diario Oficial de la Federación, 2 de junio de 2006
6. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, Presidencia de la República, 2007.
7. Secretaría de Relaciones Exteriores, Programa Sectorial de Relaciones Exteriores 2007-2012, Primera Edición, 2007.
8. Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2001-2006, Primera edición, 2001.
9. Secretaría de Salud, Programa Sectorial de Salud 2007-2012, Primera edición, 2007.
10. Protocolo de Tegucigalpa, se suscribió el 13 de diciembre de 1991, vigente desde el 23 de julio de 1992. Se elabora y suscribe con la finalidad de actualizar el marco jurídico de la Organización de Estados Centroamericanos, (antecedente de SICA) para alcanzar la integración centroamericana.
11. Pérez Bravo, Alfredo y Sierra Medel, Iván, Cooperación Técnica Internacional, La dinámica internacional y la experiencia mexicana, SRE-PNUD, México, 1998.
12. Secretaría de Relaciones Exteriores, Marco Programático para el desarrollo de la Cooperación Técnica y Científica. México, 2 de febrero de 1993.
13. Secretaría de Relaciones Exteriores, Declaración Conjunta de la I Reunión de Jefes de Estado y de Gobierno de los países integrantes del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, 10 de enero de 1991.
14. Secretaría de Relaciones Exteriores, Declaración Conjunta de la II Reunión de Jefes de Estado y de Gobierno de los países integrantes del

- Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, 15 de febrero de 1996.
15. Secretaría de Relaciones Exteriores, Declaración Conjunta de la III Reunión de Jefes de Estado y de Gobierno de los países integrantes del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, 17 de julio de 1998.
 16. Secretaría de Relaciones Exteriores, Declaración Conjunta de la IV Reunión de Jefes de Estado y de Gobierno de los países integrantes del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, 24 de marzo de 2004.
 17. Secretaría de Relaciones Exteriores, Declaración Conjunta de la V Cumbre del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, 27 de junio de 2002.
 18. Secretaría de Relaciones Exteriores, Declaración Conjunta de la VI Reunión de Jefes de Estado y de Gobierno de los países integrantes del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, 25 de marzo de 2004.
 19. Secretaría de Relaciones Exteriores, Declaración Conjunta de la VII Reunión de Jefes de Estado y de Gobierno de los países integrantes del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, 29 de junio de 2005.
 20. Secretaría de Relaciones Exteriores, Declaración de la VIII Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla. 11 de julio de 2006.
 21. Secretaría de Relaciones Exteriores, Declaración Conjunta de la IX Reunión de Jefes de Estado y de Gobierno de los países integrantes del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, 29 de junio de 2007.
 22. Secretaría de Relaciones Exteriores, Declaración de Villahermosa emanada de la X Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno del Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla, 27 de junio de 2008.
 23. 55ª. Asamblea Mundial de la Salud, Informe de la Comisión de la Organización Mundial de la Salud sobre Macroeconomía y Salud (A55/5), 13 de mayo de 2002.
 24. Secretaría de Relaciones Exteriores, Informe Bienal de la Cooperación Técnica y Científica de México 2003-2004, Primera edición 2003.
 25. Secretaría de Relaciones Exteriores, Informe Anual de la Cooperación Técnica y Científica de México 2005, Primera edición 2006.
 26. Secretaría de Relaciones Exteriores, La cooperación Mexicana con Centroamérica y El Caribe 2006, primera edición 2008.
 27. Secretaría de Relaciones Exteriores, La cooperación Mexicana con Centroamérica y El Caribe 2005, primera edición noviembre de 2006.

28. Secretaría de Relaciones Exteriores, La cooperación Mexicana con Centroamérica y El Caribe 2004, primera edición 2005.
29. Secretaría de Relaciones Exteriores, La cooperación Mexicana con Centroamérica y El Caribe 2003, primera edición 2004.
30. Secretaría de Relaciones Exteriores, La cooperación Mexicana con Centroamérica y El Caribe 2002, primera edición 2003.
31. Osmańczyk, Edmund Jan. Enciclopedia Mundial de Relaciones Internacionales y Naciones Unidas. México, Fondo de Cultura Económica, 1976.

INDICE DE CUADROS Y ESQUEMAS

	Págs.
Cuadros	
Cuadro 1. Propuesta de identificación de modalidades de cooperación internacional de acuerdo con las circunstancias, motivos o partes involucradas.	8
Cuadro 2: Programas de Gobierno en los que se hacen referencias expresas al tema de la cooperación internacional	25
Cuadro 3: Programa Nacional de Salud 2001-2006 en el apartado que aborda el tema de la cooperación internacional	37
Cuadro 4: Relación interinstitucional que guarda tanto la Dirección General de Cooperación Técnica y Científica (SRE) y la Dirección General de Relaciones Internacionales (SS) para dar cumplimiento a los compromisos adquiridos en el Mecanismo de Diálogo y Concertación de Tuxtla 2003-2008.	47
Cuadro 5: Diferencias fundamentales entre el Mecanismo de Tuxtla y el Plan Puebla-Panamá	60
Cuadro 6: Proyectos en materia de salud que se ejecutaron durante el período 2003-2008	71
Esquemas	
Esquema 1: Marco jurídico que se relaciona con la cooperación internacional en salud	21
Esquema 2: Simplificación de la cronología histórica y los diferentes nombres que han adquirido en el transcurso de ésta tanto la Dirección General de Cooperación Técnica y Científica (SRE) como de la Dirección General de Relaciones Internacionales (SS), que refleja el grado de importancia que se le ha dado al tema en cada época.	40