



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



48.º CONSEJO DIRECTIVO

60.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008

Punto 4.11 del orden del día provisional

CD48/15 (Esp.)
7 de agosto del 2008
ORIGINAL: ESPAÑOL

LA SALUD Y LAS RELACIONES INTERNACIONALES: SU VINCULACIÓN CON LA GESTIÓN DEL DESARROLLO NACIONAL DE LA SALUD

Introducción

1. El creciente y acelerado proceso de globalización repercute en múltiples dimensiones de la vida social. Los cambios tecnológicos, económicos y políticos a nivel mundial afectan a las relaciones establecidas entre los estados. En los últimos años se ha ido configurando un sistema político a escala mundial que modifica los intercambios entre los estados y redefine otros aspectos del desarrollo humano. Ese sistema mundial influye de manera directa en la compleja relación entre la salud y las relaciones internacionales y en el campo de la cooperación internacional en el ámbito de la salud. Han aparecido nuevos actores internacionales con diferentes roles y responsabilidades. Se han configurado nuevas alianzas y asociaciones y han aparecido con fuerza algunos criterios en la relación internacional por el mayor papel de la sociedad civil, expresados en función de la transparencia y rendición de cuentas.

2. Desde hace un tiempo, y más recientemente en el ámbito de discusión del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el siglo XXI, dentro de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y en algunos Estados Miembros, se ha expresado la necesidad de analizar las consecuencias que estos cambios mundiales tienen para la salud y el desarrollo humano, así como las demandas que la situación genera para la cooperación internacional en el ámbito de la salud.

3. En el año 2003 la OPS presentó a sus Cuerpos Directivos el documento *Globalización y Salud* (CE132/15), que examinó el impacto de la globalización y las oportunidades y desafíos consiguientes para mejorar la salud de la población de la Región, aumentar la eficacia y equidad de los sistemas nacionales de salud y reducir las desigualdades en el acceso a los servicios de salud. En el año 2005 la OPS presentó una reflexión sobre la cooperación centrada en los países y el desarrollo nacional de la salud

(CD46/19), donde se incluyó la cooperación internacional como un factor contribuyente al desarrollo nacional de la salud.

4. La política exterior se refiere a las relaciones políticas entre un país y los demás. Tradicionalmente, la elaboración de políticas en este ámbito se ha centrado en la protección de los intereses nacionales, desde el punto de vista de la seguridad, el desarrollo económico y territorial y los intereses ideológicos. Esta visión ha ido cambiando para incluir otros asuntos como la salud.

5. En los últimos años, el diálogo entre los campos de la salud y de las relaciones internacionales se ha incrementado, con la emergencia de la salud como un asunto relevante de la política exterior. Sin duda la salud tiene, en el momento actual, una mayor presencia y prioridad en la agenda internacional. Este hecho tiene consecuencias notables y plantea desafíos tanto para los países como para las organizaciones internacionales.

6. En la cooperación internacional para la salud también se han producido importantes cambios en los últimos años. Los hechos más importantes han sido el incremento en el número de actores nacionales y transnacionales (estatales y no estatales) y la generación de una compleja interacción entre dichos actores, así como el surgimiento de nuevos mecanismos organizacionales *ad hoc* que hacen efectiva dicha interacción, en la que se aprecia, cada vez con más claridad, una tendencia hacia la participación del sector privado empresarial y corporativo y organizaciones de la sociedad civil.

7. Este documento que se presenta a la consideración de los Cuerpos Directivos propone un conjunto de ideas, temas y debates relacionados con la compleja relación entre la salud y las relaciones internacionales, los cambios ocurridos en dicha relación y en el campo de la cooperación internacional, así como sus consecuencias para el desarrollo nacional de la salud. La intención es iniciar un diálogo que lleve a la definición de un marco de referencia para la cooperación técnica de la Organización. Dicho marco programático es necesario para orientar el trabajo de la OPS/OMS en apoyo al desarrollo de una capacidad institucional sólida y sostenible en los gobiernos nacionales y sus unidades especializadas en la salud y las relaciones internacionales. Los Estados Miembros requieren de una adecuada capacidad para enfrentar los nuevos desafíos en la gobernanza, gobernabilidad y gestión de la cooperación internacional para la salud, lo cual es especialmente relevante para aquellos países que presentan una mayor necesidad de desarrollo sanitario.

La compleja relación entre los campos de la salud y de las relaciones internacionales

8. Aunque los mundos de la salud y de las relaciones internacionales no son completamente extraños, históricamente su relación nunca ha sido prominente

(Panenborg, 1979) ya que la salud ha sido considerada un asunto de baja prioridad¹ por las cancillerías. Algunos observadores se han referido a un divorcio histórico entre la salud y la política exterior, aunque la historia de la salud pública muestra que desde hace mucho tiempo han existido vínculos entre ambos campos, como lo demuestran convenios, tratados e intercambios binacionales sobre la salud en las fronteras.

9. Desde la perspectiva de la política en materia de salud, hace mucho tiempo que se reconoce que el comercio y las finanzas internacionales, la movilidad de las poblaciones, el cambio ambiental, los conflictos y desastres internacionales, así como los asuntos de seguridad internacional, entre otros factores, tienen repercusiones claras y demostrables sobre la salud. Se reconoce que los vínculos más fuertes entre la salud y la política exterior se encuentran en los campos de transporte, comercio, turismo y migración.

10. Formas tempranas de cooperación internacional en la salud que datan del siglo XIX fueron generadas por la diseminación de enfermedades infecciosas que impactaban de manera negativa sobre el comercio entre países, lo que dio gran relevancia a la sanidad de los puertos. El Reglamento Sanitario Internacional de 1832, así como el Código Sanitario Panamericano de 1924, responden a la necesidad de regular esta situación. La creación de la Organización Panamericana de la Salud en 1902 también responde parcialmente a este orden de necesidades vinculadas con los avances de la ingeniería en la construcción de los canales de comunicación interoceánica. Desde 1945, con la creación de las Naciones Unidas, la reconstrucción de las economías en la posguerra y la creciente liberalización del comercio han llevado a la creación de numerosos acuerdos y arreglos institucionales internacionales relacionados con la salud.

11. Un admirable ejemplo de convergencia de perspectivas y esfuerzos entre política exterior y política en materia de salud a nivel internacional se dio con la Declaración de Alma Ata sobre atención primaria de la salud en 1978. Dicha Declaración fue posible gracias al intenso y prolongado diálogo diplomático que generó la movilización de intereses convergentes de un gran número de países que asumieron como propias la visión estratégica de lograr la salud para todos en el año 2000 formulada en el marco de la Organización Mundial de la Salud. Sobre este acontecimiento, Fidler señala que nunca como en dichos años fue tan amplia y dramática la brecha entre política exterior y la salud y que, sin embargo, fue posible que la política en materia de salud definiera su más ambiciosa y optimista estrategia mundial (Fidler, 2007).

¹ En el campo de las relaciones internacionales tradicionalmente se tiende a considerar asuntos de “alta política” (*hard power*) a los asuntos de guerra y paz, economía y comercio. En tanto que los asuntos de salud y ambiente, por ejemplo, son considerados de “baja política” (*soft issues*). No obstante se debe tener en cuenta que desde la antigüedad la salud y la enfermedad (como efecto y como arma) fue un asunto de alta relevancia en las guerras, en particular en las grandes guerras de los siglos XIX y XX (McNeill, 1984).

12. En la historia de Centroamérica y de la OPS/OMS existe una experiencia de gran importancia para los países de la subregión con una visión amplia de la relación entre la salud y la política exterior. Se trata de la Salud: Puente para la Paz y es un ejemplo claro de conjunción de esfuerzos diplomáticos por la paz, la reconstrucción de la democracia, y la movilización de los recursos en el marco de sustanciales innovaciones en la cooperación internacional (OPS y ASDI, 2002).

13. La salud volvió a jugar su rol diplomático más recientemente en el año 2000, en pleno conflicto de delimitación de fronteras entre Ecuador y Perú. Gracias al esfuerzo conjunto se logró culminar las obras de drenaje y saneamiento del Canal de Zarumilla involucrando a las poblaciones ribereñas de los dos países, la creación de un parque protegido binacional y el fortalecimiento del sistema de vigilancia de la salud pública en la frontera.

14. En los años recientes se han producido nuevas situaciones con este patrón de relaciones. Una de ellas es la importante atención otorgada al tema de la pandemia del VIH/SIDA en los foros de jefes de estado o la inclusión de temas de la salud en las reuniones del G8 y en el foro económico mundial de Davos. Debe destacarse en el Caribe la declaración de Nassau de los jefes de estado de la CARICOM (del año 2001) reconociendo a la salud de las poblaciones como la riqueza de la Región, y su reciente Cumbre celebrada en Trinidad y Tabago en el 2007 para reflexionar sobre la situación de las enfermedades crónicas no trasmisibles. Igualmente, se observó una muestra de convergencia de intereses comerciales y sanitarios en el 2002 y el 2003 con el brote del síndrome de insuficiencia respiratoria severa (SARS). Es de notar que la agenda sanitaria mundial después de Alma Ata ha estado guiada principalmente por enfermedades más que por la promoción de la salud, con el surgimiento del término de seguridad sanitaria.

15. En los últimos diez años la salud se ha convertido en un asunto de creciente importancia dentro de la agenda política mundial. En el campo de las relaciones internacionales ha crecido la comprensión de que existe un amplio abanico de asuntos sanitarios y de consecuencias para la salud con el acelerado desarrollo científico y tecnológico, que trascienden las fronteras nacionales y que requieren de la acción mundial. Se ha señalado que la necesidad de actuar de manera concertada sobre un amplio espectro de asuntos políticos, económicos y sociales que tienen consecuencias para la salud, ha resultado en un creciente número de diplomáticos que entran a la arena de la salud, y más especialistas en salud pública que entran en la arena diplomática. Se viene configurando el campo técnico que algunos autores llaman diplomacia sanitaria mundial (Kickbush y col, 2007).

16. La importancia de la salud en los Objetivos de la Declaración del Milenio (2000) y el Informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS (2005) muestran también que la salud se ha ubicado centralmente en los debates internacionales sobre

política social y desarrollo económico. La reforma de las Naciones Unidas, impulsada por el ex-Secretario General Kofi Annan, también asigna a la salud un rol muy importante, en el marco de los derechos humanos, para el logro de sus mayores objetivos² (Naciones Unidas, 2004).

17. Recientemente, como consecuencia de las negociaciones para la formulación y sanción del Convenio Marco para el Control del Tabaco, del nuevo Reglamento Sanitario Internacional (2005), y las relacionadas con la Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual (2008), la Organización Mundial de la Salud ha estado en el centro de las nuevas relaciones entre la salud y la política exterior.

18. Otro hito en esta transformación lo constituye el lanzamiento de la Iniciativa sobre Política Exterior y Salud Global (PESG) suscrita por los ministros de relaciones exteriores de Brasil, Francia, Indonesia, Noruega, Senegal, Sudáfrica y Tailandia, en la ciudad de Oslo en marzo del 2007, con el fin de avanzar hacia una política exterior que tome en cuenta las consideraciones de la salud global más allá de las situaciones de crisis y emergencias sanitarias. Esta iniciativa busca promover el uso del lente de la salud en la formulación de la política exterior para trabajar juntos hacia la consecución de objetivos comunes. La Declaración Oslo y la Agenda para la Acción 2007 señala la urgencia de ampliar el campo visual de la política exterior para abarcar con prioridad los asuntos de la salud, en la era de la globalización y de la interdependencia, y refiere que esa nueva visión se basa en el principio de proteger la oportunidad fundamental para la vida de los ciudadanos del mundo (Declaración de Oslo, 2007).

19. Este cambio positivo en la naturaleza y en la perspectiva de la relación entre la política en materia de salud y la política exterior supone un desafío y también una oportunidad para los países y para los organismos de cooperación internacional como la OPS/OMS. En este mundo globalizado, en cada país y en cada subregión de las Américas existe un número importante de problemas, desafíos, oportunidades y compromisos que responden a esta condición de interdependencia entre políticas sanitarias y de relaciones exteriores, y se visualiza con mayor claridad la necesidad de capitalizar las oportunidades de la salud mundial en beneficio de sus poblaciones, de hacer realidad los derechos y las aspiraciones de sus ciudadanos y de asumir los compromisos que supone la democracia. Para ello se hace imprescindible generar y asegurar capacidades institucionales nacionales para una gestión efectiva de estas oportunidades y para enfrentar los consiguientes riesgos y amenazas a la salud.

20. Es así como la diplomacia en salud, como un tema emergente de conocimiento y práctica, se constituye en una función esencial para acelerar la construcción de los

² Para alcanzar una de las tres mayores libertades (la libertad de la necesidad) el Secretario General considera esencial alcanzar los ocho objetivos de la Declaración del Milenio (ODM). De ellos tres son específicos de salud y otros cuatro buscan la mejoría de determinantes de la salud.

consensos en las negociaciones de alto nivel sobre temas de salud y de otros temas que no son estrictamente de salud pero que pueden o tienen impacto en la salud global. Se necesita avanzar hacia una relación más sostenible entre política exterior y salud, afirma la Directora General de la OMS y los ministros de relaciones exteriores de Francia y Noruega. Para ello resulta necesario contar con los insumos que brindan el análisis de políticas y la investigación. De igual manera se requiere mejorar las oportunidades de entrenamiento tanto para diplomáticos como para especialistas en salud pública, en la interfase entre salud y política exterior. Las instituciones académicas y los *think tanks* tienen un rol crítico que cumplir en elevar el perfil de la salud como tema de preocupación de la política exterior (Chang, Gahr Støre, Kouchner, 2008).

El nuevo escenario mundial de la cooperación internacional para la salud

21. Las políticas de la salud son responsabilidad de los estados. En el mundo actual las políticas y acciones sanitarias locales y nacionales requieren de la cooperación internacional y de intervenciones colectivas transnacionales para garantizar la salud de las poblaciones, sobre todo ante problemas de la salud y riesgos que trascienden fronteras. En este contexto, hay cada vez un mayor reconocimiento que la estructura, las regulaciones y las formas de organización de cada estado necesitan mejorar sustancialmente para incluir y beneficiar a todos, reduciendo los niveles de la exclusión de los procesos del desarrollo.

22. El sector de la salud es complejo, con múltiples actores, necesidades y fuentes de financiamiento. En el marco de los procesos de globalización y a siete años de la fecha señalada para el logro de los Objetivos de la Declaración del Milenio, el rápido incremento de los flujos de la ayuda oficial al desarrollo en la salud y el gran número de agentes proveedores de recursos financieros en el sector, ha creado un escenario complejo, tanto para los esfuerzos de alineamiento y armonización de la cooperación como para asegurar una adecuada gobernanza en todos los niveles (Garrett, 2007).

23. La cooperación internacional para el desarrollo está cambiando a un ritmo vertiginoso. El recuadro siguiente resume algunos de los principales cambios ocurridos recientemente en el campo específico de la cooperación en materia de salud.

Cambios ocurridos durante los últimos años en el campo de la cooperación internacional en el ámbito de la salud a escala mundial

- Creciente importancia de la salud en las agendas políticas internacionales.
- Incremento sustantivo en el flujo de recursos no concesionales para la salud originados en el campo de la ayuda internacional.
- Proliferación de nuevos actores transnacionales: a) actores privados del sector corporativo de los negocios, incluyendo las compañías con fines de lucro, los del sector filantrópico y las asociaciones empresariales, y b) organizaciones no gubernamentales de desarrollo de los países desarrollados.³
- Rol creciente de las instituciones financieras internacionales en el financiamiento y gobernanza del sector de la salud en los países de ingresos medianos y bajos.
- Creciente involucramiento del sector privado en el desarrollo de políticas públicas, particularmente de agentes privados de países desarrollados influenciando políticas públicas en los países en desarrollo.
- Desarrollo de nuevos modos de asociaciones entre entidades internacionales, en las formas en las que estas se relacionan entre sí, incluyendo las relaciones con sus pares nacionales, para financiar y otorgar cooperación internacional, resultando en iniciativas innovadoras para la salud que busquen maneras más efectivas para incrementar recursos destinados al mundo en desarrollo.
- Nuevo y creciente interés por los bienes públicos y sus implicaciones normativas internacionales.

Fuente: Nervi L. Estudio comisionado por OPS/OMS (2007)

24. Existe una relación entre la gobernanza en la salud y el proceso de desarrollo nacional de la salud que requiere analizar los cambios que se han dado en la arquitectura de la cooperación internacional en la salud en estos últimos años, y que son diferentes a lo acontecido en el campo internacional de la salud después de la segunda guerra mundial.

25. Las iniciativas en salud a nivel mundial (IGS) se han creado en el último decenio como un modelo organizacional necesario, según sus impulsores, para enfrentar los complejos retos de la agenda sanitaria mundial y canalizar recursos adicionales para la salud.⁴ En los últimos 10 años se han constituido más de 120 IGS, algunas de las cuales

³ USAID se ha referido a este fenómeno como una “revolución privada en el desarrollo global” (USAID, 2006), mientras que Hall y Biersteker le han llamado la “emergencia de la autoridad privada en la gobernanza global” (Hall y Biersteker, 2004).

⁴ Se denomina en este documento iniciativas globales en salud (IGS) a la amplia variedad de coaliciones, redes y alianzas que han proliferado en el campo de la cooperación internacional para el desarrollo. En la literatura en inglés se usa más frecuentemente *Public-private Partnership (PPP)*. Sin embargo un análisis cuidadoso muestra que menos de la mitad tienen algún tipo de interacción público-privada. La mayoría de las IGS son asociaciones informales que evolucionan rápidamente hacia nuevas formas de asociación o desaparecen.

han sido muy exitosas (Fundación Gates, 2005) como la Iniciativa Mundial de Erradicación de la Polio, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM), la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización (GAVI), las alianzas *Stop TB*, *Roll Back Malaria*, la Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición (GAIN), el Programa Multinacional contra el VIH/SIDA (MAP) del Banco Mundial, entre otros. Se debe contar también a nuevos actores como son las fundaciones filantrópicas, la empresa privada y la sociedad civil (OCDE, 2007). Dentro de las fundaciones filantrópicas, la Fundación Bill y Melinda Gates se ha constituido en una importante fuente de financiamiento y de influencia en acciones sanitarias a escala mundial. La creciente importancia de estas IGS plantea profundos y nuevos desafíos y presionan sobre la soberanía de los estados y sobre los arreglos institucionales vigentes en materia de cooperación internacional.

26. A pesar del alto número de IGS identificados, en la realidad existen unas pocas que son financiera y políticamente importantes y que juegan un papel clave en la gobernanza sanitaria global y entre ellos se destacan los nuevos fondos. Los fondos se conforman por donantes públicos y privados y se han convertido en agentes clave en el desarrollo, no sólo en el campo de la salud. Pero es importante tener en cuenta que, a pesar del incremento de los recursos financieros del sector privado, el sector público continúa aportando la mayoría de los fondos. Las contribuciones privadas al financiamiento mundial de la salud son una fracción minoritaria de la ayuda total. Sin embargo, los actores privados han aumentado, de manera desproporcionada a la magnitud de los fondos que aportan, su visibilidad y poder en la gobernanza mundial (Nervi, 2007).

27. Un resultado de los cambios señalados ha sido el incremento de recursos para la asistencia oficial para el desarrollo en la salud (AODS). De acuerdo con informes de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), la ayuda oficial al desarrollo en la salud ha pasado de 6.000 millones de dólares en 1999 a 13.400 millones de dólares en el año 2005. El crecimiento promedio de la AODS durante los últimos 15 años ha sido de 5,4%, promedio anual en el cual la proporción de la ayuda bilateral ha crecido. La ayuda multilateral se ha mantenido constante en el período del año 1996 al 2004. Dos terceras partes de la ayuda en la salud es bilateral mientras que un tercio es multilateral. En América Latina, la asistencia oficial para el desarrollo en la salud llegó a los US\$ 402 millones (OPS, 2007), pero la tendencia de su peso proporcional con relación a África y Asia ha sido decreciente en los últimos años (17% de toda la ayuda).

28. El incremento en el financiamiento mundial para la salud puede ser atribuido parcialmente a los nuevos actores, como las iniciativas mundiales en salud y las fundaciones privadas. De acuerdo con los informes de la OCDE, el aporte de las fundaciones privadas así como los recursos canalizados por programas promovidos por estas iniciativas mundiales en salud representan en conjunto entre el 20% y 25%.

29. Los resultados obtenidos hasta ahora no son del todo favorables. La mayor parte de la ayuda está orientada a programas verticales de control de enfermedades, con muy poco apoyo al fortalecimiento de la infraestructura sanitaria básica y a los sistemas de salud. Asimismo, muchas de estas intervenciones recargan el trabajo de las autoridades sanitarias nacionales, debilitando el desarrollo nacional de la salud. Se puede decir que si antes el problema era la falta de recursos, ahora el problema central es la gobernanza de esta compleja red de actores involucrados. Muchos estudios señalan que esta situación compleja representa un gran reto para los países en vías de desarrollo, que son quienes deben gerenciar y gastar efectivamente estos recursos, lidiando con múltiples instrumentos de ayuda y mecanismos de seguimiento y evaluación, de los diferentes socios y aliados. Es ya clásico el ejemplo de Tanzania reportado por Birdsall que muestra que en el período del 2001 al 2002 tuvo 1.300 proyectos de ayuda externa, 1.000 reuniones de donantes por año y tuvo que presentar 2.400 informes anuales para los donantes (Birdsall, 2004).

30. Por estas razones, en febrero del 2003 los principales bancos multilaterales de desarrollo, las organizaciones internacionales y bilaterales y representantes de países beneficiarios se reunieron en el Foro de Alto Nivel sobre la Armonización de la Cooperación Internacional, que tuvo lugar en Roma. Dos años después, en marzo del 2005, la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda, suscrita por los delegados que asistieron al segundo Foro de Alto Nivel, introdujo un cambio en el programa sobre la eficacia de la ayuda, de modo que del consenso general alcanzado en Roma se pasó a compromisos más concretos para aumentar los esfuerzos en materia de armonización,⁵ alineamiento⁶ y gestión. Además, el Foro de París estableció mecanismos para la vigilancia del avance. El principal objetivo del alineamiento y armonización de la ayuda es incrementar el liderazgo y apropiación de los objetivos por parte de los países receptores, evitando además la duplicación de acciones y de estructuras para la entrega de la ayuda y el monitoreo de la misma. Un ejemplo de aplicación se encuentra en la aprobación de principios enunciados como los “3 unos” por la Junta de ONUSIDA: un plan de acción nacional, una autoridad coordinadora nacional y un sistema de monitoreo y auditoría.

31. Por tanto, son varios los retos a enfrentar en materia de gobernanza de la cooperación internacional en el ámbito de la salud: alcanzar acuerdos sobre un marco normativo común para el funcionamiento de estas iniciativas promovidas en los últimos años, fortalecer un liderazgo o autoridad institucional que guíe las acciones en el escenario mundial, así como generar los suficientes recursos que permitan la acción adecuada de esta cooperación internacional en el ámbito de la salud y su distribución adecuada según necesidades.

⁵ Se entiende por armonización a los esfuerzos de los donantes por coordinar sus actividades entre ellos.

⁶ Alineamiento es la coordinación de las prioridades del donante con las prioridades del país receptor, anteponiendo las prioridades de este último.

Implicaciones para el desarrollo nacional de la salud

32. El documento CD46/19 (2005) llamó la atención sobre el proceso del desarrollo nacional de la salud ⁷ (DNS) y sus componentes: el plano del nivel, estructura y tendencia de la situación sanitaria, que refleja la influencia de los determinantes de la salud; el plano de las políticas, prioridades, estrategias e intervenciones que definen los sistemas de la salud; y el plano de la cooperación para la salud, que incluye las voluntades, recursos e intervenciones concretas, nacionales e internacionales en apoyo a la gestión nacional. La finalidad de la cooperación internacional con foco en los países es acelerar el avance del DNS en cada país, en tanto integrante de la comunidad internacional.

33. En las actuales condiciones es esencial tener en cuenta que, conforme avanza la interdependencia entre los países, casi todas las políticas en materia de salud adquieren una significativa dimensión regional o mundial, a la vez que aumenta el número de convenios y acuerdos internacionales y su impacto sobre los procesos nacionales de decisión. Por tanto se hacen cada vez más imprescindibles (Kickbush y col, 2007) la coherencia política, la dirección estratégica, y una base de principios y valores comunes muy sólida. Esa es una capacidad institucional esencial para que los estados puedan actuar en el nuevo entorno de la salud.

34. Una premisa de partida es la generación y sostenimiento de puentes institucionales, capacidades conjuntas, y cultura y prácticas de acción conjunta entre las diversas instancias del gobierno que tienen que ver con la cooperación internacional, principalmente de los sectores de la salud y de las relaciones internacionales, pero que también deberá incluir otros sectores como el comercio exterior, finanzas, trabajo y empleo, educación y cultura.

35. Teniendo en cuenta dos elementos principales cuales son los objetivos nacionales de política tanto de la salud como de las relaciones internacionales,⁸ y considerando elementos del análisis previo, se explorarán a continuación los ámbitos de acción (definidos según la secuencia lógica conformada de “qué, para qué, cómo y con qué”) con una aproximación a intervenciones con fines de fortalecimiento institucional. Se incluyen, a modo de ilustración, los procesos, asuntos o problemas vigentes actualmente en el escenario mundial, regional y subregional.

⁷ El Desarrollo Nacional de la Salud en cada país es el proceso (económico, social, político, cultural y sanitario) que constituye la matriz estructural en la que se definen tanto las condiciones de vida y de salud de la población, como las posibilidades e intervenciones estatales y sociales para modificar y mejorar esas condiciones. Es sobre este dinámico y complejo sustrato de la realidad social y sanitaria y sobre las características institucionales y organizacionales de cada país que se ejercen las acciones de la cooperación internacional para el desarrollo.

⁸ Tradicionalmente son cuatro las macrofunciones esenciales del campo de las relaciones internacionales: aseguramiento de la seguridad nacional, defensa de los intereses económicos nacionales, promoción del desarrollo y promoción de la dignidad humana.

Nivel 1: Rectoría en salud (qué)

36. Es la capacidad institucional a nivel de gobierno que asegura las condiciones institucionales, el liderazgo político, la base jurídica normativa y las competencias técnicas para la gobernanza y gobernabilidad del sector de la salud y de sus políticas públicas. De manera genérica es la capacidad de gestión del estado para implementar y llevar a buen término sus objetivos y políticas nacionales e internacionales en materia de salud con respecto a las relaciones internacionales. Asegura el alineamiento de las políticas nacionales en materia de salud y de política exterior. También fundamenta la capacidad para aprovechar en beneficio de la población del país las oportunidades de la cooperación internacional. Implica, por ejemplo:

- ejercicio de la rectoría sectorial en salud a nivel nacional y orientación y apoyo al proceso de desarrollo de la salud en las instancias subnacionales de gobierno (descentralización y/o regionalización);
- liderazgo y dirección del proceso de armonización, alineamiento y coordinación de la cooperación internacional;
- negociación de proyectos y convenios con organismos de financiamiento internacional, organismos de cooperación técnica y con otros países, y que puede conllevar compromisos financieros;
- corresponsabilidad con otros países en la implementación de convenios en pro del bien común, lo que puede implicar en algún grado la cesión de soberanía en la salud (es el caso de convenios internacionales vinculantes).

Nivel 2: Diplomacia sanitaria (para qué)

37. Bajo el enfoque de la diplomacia moderna (Barston, 2006), comprendería el conjunto de funciones para el manejo de las relaciones entre los estados y otros actores relevantes vinculados con la salud, que persiguen la búsqueda de soluciones y acuerdos para el beneficio de la salud de sus pueblos. En el ámbito multilateral la diplomacia en salud comprendería los procesos de construcción y manejo de las coaliciones antes, durante y después de las negociaciones, en la consecución de objetivos compartidos en materia de salud global. Se reconoce que es un concepto nuevo en construcción que evolucionará en el marco de la teoría y práctica de las relaciones internacionales. Estas funciones son ejercidas mediante la acción de diplomáticos y de especialistas en la salud pública no diplomáticos, en un marco institucional concertado intersectorialmente, en defensa y beneficio de los intereses nacionales y sectoriales. Debe asegurar la acción de los diversos niveles de la relación entre la salud y las relaciones exteriores y sus articulaciones con otros campos. Debe ser capaz de actuar eficazmente pero también de

influir en la configuración del entorno de política internacional en beneficio de la salud. Supone actuar en:

- acción diplomática en foros y ámbitos internacionales;
- cooperación entre países sobre problemas comunes e intercambio de experiencias;
- políticas de salud de las zonas fronterizas y de sus poblaciones;
- liderazgo colectivo y acción concertada a nivel internacional para acciones de beneficio mutuo;
- políticas y convenios internacionales para lidiar con asuntos relacionados con las migraciones (proteger la salud de los migrantes o la emigración de personal de la salud):
 - Solidaridad internacional y acción humanitaria.
 - Ética de las relaciones internacionales en su relación con la salud.
 - Políticas para la gestión de bienes públicos globales, acuerdos TRIP y principios de Doha.

Nivel 3: Gestión de la cooperación internacional (cómo)

38. Este nivel se refiere a la necesidad de capitalizar en beneficio nacional, es decir de toda la población del país, las posibilidades y oportunidades que ofrece la cooperación internacional. Tiene mucho que ver con la rectoría en salud y requiere asegurar:

- acción proactiva y efectiva en la movilización de recursos necesarios para satisfacer las necesidades de la salud que no es posible satisfacer con los recursos internos. En este sentido la consideración de las condiciones económicas, políticas y jurídicas de la cooperación son de gran importancia;
- evaluación de la cooperación recibida en términos del beneficio, impacto y sostenibilidad, y evaluación *ex ante*;
- aseguramiento del desarrollo o fortalecimiento de capacidades institucionales autónomas y sostenibles;
- gestión efectiva y eficiente de los recursos considerando el ordenamiento jurídico y normativo nacional *vis à vis* las regulaciones y normas internacionales vigentes.

Nivel 4: Desarrollo de capacidades nacionales para la acción internacional en la salud (con qué)

39. Esta es la premisa institucional básica para poder actuar con efectividad en los dos niveles previos. Implica la formación y la retención de recursos humanos con adecuado dominio tanto de las competencias esbozadas anteriormente como de la base normativa y jurídica para asegurar su puesta en práctica. Ello requiere decisión política, recursos suficientes y una clara estrategia de formación de redes de instituciones, activos procesos de intercambio, así como estrategias e intervenciones para el fortalecimiento institucional.

40. Es pertinente señalar que se deben considerar dos tipos de brechas al planificar un proceso de desarrollo de capacidades institucionales en este campo: de un lado las brechas que pueden existir entre la salud pública y las relaciones internacionales a nivel de las capacidades existentes (un grupo de profesionales capacitados y el potencial existente), y del otro lado las brechas derivadas del desbalance entre los poderes de negociación, de influencia, de presión y de acción entre los países, en especial entre países desarrollados y en desarrollo (Kickbush, 2007). Se mencionan algunas acciones necesarias:

- mapeo de competencias y su alineamiento con las políticas nacionales;
- programas sostenibles de fortalecimiento de capacidades institucionales de las instancias de gobierno involucradas, incluyendo programas educacionales;
- capacidad para el desempeño de funciones de la salud pública de alcance y responsabilidades internacionales (por ejemplo, para la implementación del nuevo Reglamento Sanitario Internacional).⁹

Intervención del Consejo Directivo

41. Se solicita al Consejo Directivo comentarios y sugerencias que considere relevantes. Interesa en particular la revisión de los ámbitos de acción que son sugeridos, para fortalecer la capacidad institucional de los gobiernos en materia de salud y relaciones internacionales. Adicionalmente, se solicitan algunas ideas sobre la mejor manera de promover la discusión y el diálogo entre los Estados Miembros sobre estos

⁹ NB: Este documento será seguido de una propuesta de política y estrategia de cooperación técnica en apoyo al fortalecimiento de la capacidad institucional de los gobiernos de los Estados Miembros en materia de las relaciones internacionales y la salud, incluyendo los diversos niveles sugeridos, que será presentada para discusión de los Cuerpos Directivos de la OPS en el año 2009.

temas, a fin de identificar las líneas prioritarias de cooperación técnica en materia de salud y relaciones internacionales. Finalmente, se invita al Consejo Directivo a que, una vez examinado el informe, considere las recomendaciones formuladas por el Comité Ejecutivo en su 142.^a sesión en la resolución CE142.R14 (véase anexo B).

Referencias

1. Panenborg, C.O. *A New International Order*, Alpheen aan den Rijn, Sijthoff & Noordhoff, 1979.
2. McNeill, William H. *Plagas y Pueblos. Siglo XXI España*, 1984.
3. Fidler, D., *Health and Foreign Policy: A Conceptual Overview*. The Nuffield Trust, 2005.
4. Organización Panamericana de la Salud y Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional. *Salud y paz para el desarrollo de Centroamérica*, San José, 2002.
5. Kickbush, I.; G. Silberschmidt y P. Buss. *Global health diplomacy: The need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health*. Bull. of the World Health Organization, March 2007.
6. United Nations. *In Larger Freedom: towards security, development and human rights for all*. Report of the Secretary-General, 2005.
7. *Foreign Policy Taking up the Challenges of Global Health: Agenda for Action*. Adopted by the Ministers of Foreign Affairs of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa and Tayland. Oslo, 20 March 2007.
8. Margaret Chan, Jonas Gahr Støre & Bernard Kouchner. *Foreign policy and global public health: working together towards common goals*. Bulletin of the World Health Organization, July 2008, 86 (7).
9. Garret, Laurie. *The Challenge of Global Health*. Foreign Policy Jan/Feb 2007.
10. Bill & Melinda Gates Foundation and McKinsey & Company. *Global Health Partnerships: Assessing Country Consequences*. Washington D.C., 2005.
11. Organization for Economic Co-operation and Development. *Development Co-operation Report 2007*. OECD Journal on Development, Volume 9, No 1. Disponible en: www.OCDE.org/dac/. Accedido el 4 de abril del 2008.
12. Nervi, Laura: *Mapping a Sample of Global Health Partnerships: A Recount of Significant Findings*. Trabajo Comisionado por HSS/OPS. Washington D.C., diciembre de 2007.
13. Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas 2007*. Capítulo 5. páginas 412-413.

14. Birdsall N. Seven deadly sins: reflections on donor failings. Working Paper number 50. Center for Global development, December 2004.
15. Kickbush I, G. Silberschmidt y P. Buss. Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. Bull. of the World Health Organization, March 2007.
16. Kickbush I, G. Silberschmidt y P. Buss. Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. Bull. of the World Health Organization, March 2007.
17. Barston, R.P. Modern Diplomacy, Third Edition. Longman, May 2006.

Anexos



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CD48/15 (Esp.)
Anexo A

**PLANTILLA ANALÍTICA PARA VINCULAR LOS PUNTOS DEL ORDEN DEL DÍA
CON LAS ÁREAS ORGÁNICAS CORRESPONDIENTES**

1. Punto del orden del día: 4.11

2. Título del punto del orden del día: La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud

3. Unidad a cargo: HSS y ERP

4. Funcionario a cargo: Dr. Pedro Brito. Gerente de Área de HSS

5. Lista de centros colaboradores e instituciones nacionales vinculadas a este punto del orden del día:
Oficinas de Relaciones Internacionales de los Ministerios de Salud (ORIS), Cancillerías de los países.

6. Vínculo entre este punto del orden del día y la Agenda de Salud para las Américas:
Se vincula al punto a) “Fortalecer la Autoridad Sanitaria Nacional” de las Áreas de acción de la Agenda.

7. Vínculo entre este punto del orden del día y el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2008-2012:
Está ligado a los Objetivos estratégicos 15 del Plan Estratégico de la OSP.

8. Prácticas óptimas en esta área y ejemplos de otros países de AMRO:

- El trabajo que la OSP ha venido desarrollando en el seno de la OEA, el proceso de las Cumbres de las Américas y Cumbres Iberoamericanas, donde se hace práctica de la diplomacia en salud.
- El trabajo de la Oficina de Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud del Brasil dentro de la Región, como en el seno de la Asamblea Mundial de la Salud.
- La iniciativa del Brasil (FIOCRUZ) con apoyo de la OPS, para desarrollar el curso sobre Salud Global y Diplomacia Sanitaria
- El curso de Diplomacia Global en Salud en Ginebra, auspiciado por el Instituto de Graduados de Ginebra.

9. Repercusiones financieras del punto del orden del día:

Este documento, busca establecer las bases conceptuales para el trabajo en la arena diplomática internacional que coadyuve no solo a la búsqueda de apoyo político del plan estratégico de la OSP, sino también al proceso de movilización de recursos extra presupuestales para financiar el Plan.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



142.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C, EUA, 23 al 27 de junio del 2008

CD48/15 (Esp.)
Anexo B

ORIGINAL: ESPAÑOL

RESOLUCIÓN

CE142.R14

LA SALUD Y LAS RELACIONES INTERNACIONALES: SU VINCULACION CON LA GESTION DEL DESARROLLO NACIONAL DE LA SALUD

LA 142.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo considerado el documento presentado por la Directora, *La salud y relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud* (documento CE142/25),

RESUELVE:

Recomendar que el Consejo Directivo adopte una resolución redactada en los siguientes términos:

EL 48.^o CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado el documento presentado por la Directora, *La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud* (documento CD48/15);

Reconociendo la importancia que se le otorga a la salud en diferentes foros internacionales por su creciente vinculación con las dimensiones de la política exterior;

Considerando las recomendaciones del grupo de trabajo sobre la OPS en el siglo XXI;

Considerando la multiplicidad de actores con diferentes funciones y responsabilidades que inciden en la gobernanza de la salud global;

Considerando el efecto que tienen estos fenómenos en el ejercicio de la función de rectoría de las autoridades sanitarias y del propio desarrollo nacional de la salud; y

Considerando lo anterior, la agenda internacional de las autoridades de salud es cada vez más importante e intensa,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que estrechen las relaciones de coordinación e intercambio de las autoridades sanitarias con las autoridades encargadas de la política exterior y de cooperación internacional de los gobiernos;
 - b) a que promuevan mecanismos institucionales de consulta entre el sector salud y el de relaciones exteriores, para los procesos de diálogo y negociación de los temas relevantes para la salud global y regional que son objeto de debates en los foros internacionales;
 - c) a que fortalezcan la función de rectoría de las autoridades sanitarias, para responder a las crecientes demandas que plantean los acuerdos y regulaciones internacionales que se vinculan con el desarrollo nacional de la salud;
 - d) a que fortalezcan la capacidad institucional de los gobiernos para la gestión de la cooperación y de las relaciones internacionales en salud, aportando los recursos necesarios para el mejor cumplimiento de esas funciones, incluyendo una adecuada posición en la estructura organizacional;
 - e) a que promuevan la inclusión de los temas de salud internacional en los ámbitos de profesionalización de la carrera diplomática, así como los temas de relaciones internacionales en los ámbitos de profesionalización de especialistas y líderes en salud pública.

2. Solicitar a la Directora:
 - a) que facilite el diálogo e intercambio de experiencias entre los Estados Miembros, sobre las nuevas dimensiones internacionales que tiene la salud y su importancia para el desarrollo nacional de la salud;
 - b) que colabore con los gobiernos y el sector académico en el desarrollo de programas específicos de capacitación sobre salud internacional, incluyendo en particular, a los profesionales de los países que cumplen las funciones de cooperación y relaciones internacionales;
 - c) que mantenga y fortalezca la presencia de la Organización en los foros pertinentes, abogando por la salud del hemisferio y su posicionamiento en el escenario internacional;
 - d) que sistematice periódicamente la experiencia de la Organización Panamericana de la Salud y los países en este campo y la difunda entre los Estados Miembros;
 - e) que coopere con el fortalecimiento de capacidades institucionales de los gobiernos para atender los aspectos vinculados con las relaciones internacionales y la gestión de la cooperación en materia de salud;
 - f) que continúe y amplíe el Programa de Líderes en Salud Internacional y promueva sinergias y complementariedad con aquellas iniciativas que desarrollen los países para la formación de especialistas en los campos de la salud y las relaciones internacionales;
 - g) que facilite el análisis de la dimensión de la salud cuando se consideren, adopten e implementen políticas a nivel internacional, que puedan tener o tengan un impacto sobre la salud pública de los Estados Miembros;
 - h) que tome en cuenta las recomendaciones del grupo de trabajo sobre la OPS en el siglo XXI que sean pertinentes para el desarrollo de la presente iniciativa.

(Novena reunión, 27 de junio del 2008)



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



48.º CONSEJO DIRECTIVO 60.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008

CD48/15 (Esp.)
Anexo C

Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Oficina de las resoluciones cuya aprobación se ha propuesto al Consejo Directivo

| |
|--|
| 1. Resolución: La salud y las relaciones internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud |
| 2. Relación con el presupuesto por programas Objetivo Estratégico: 15 Resultados esperados (RER): 15.1 |
| 3. Repercusiones financieras <i>a)</i> Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades): USD \$ 2.000.000 (solo gasto operativo) <i>b)</i> Costo estimado para el bienio 2008-2009 (redondeando a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades): USD \$ 800.000 (solo gasto operativo) <i>c)</i> Del costo estimado que se indica en el apartado <i>b</i> , ¿que parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?: 100% |
| 4. Repercusiones administrativas <i>a)</i> Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué subregiones, cuando corresponda): Ámbito regional |

b) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal):

No

c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación) :

El plazo a mediano plazo es el bienio 2008-2009 y a largo plazo el período 2008-2012.