

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE COMUNICACIÓN, LINGÜÍSTICA Y LITERATURA
ESCUELA MULTILINGÜE DE NEGOCIOS Y RELACIONES INTERNACIONALES**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADO MULTILINGÜE EN NEGOCIOS E INTERCAMBIOS
INTERNACIONALES**

**ANÁLISIS DE LA PERTINENCIA DE LA INCLUSIÓN DEL SECTOR SALUD
DENTRO DE LA POLÍTICA EXTERIOR DEL ECUADOR, EN BASE A LA DINÁMICA
DE LAS RELACIONES INTERNACIONALES EN LA ACTUALIDAD Y AL MODELO
DE DESARROLLO IMPLEMENTADO POR EL PAÍS: 2007 - 2013**

DANIEL DE LA TORRE AYORA

**MAYO, 2015
QUITO – ECUADOR**

ÍNDICE GENERAL

I. TEMA.....	1
II. RESUMEN.....	1
III. ABSTRACT.....	1
IV. ZUSAMMENFASSUNG	2
V. INTRODUCCIÓN.....	4

CAPÍTULO I

LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LA POLÍTICA EXTERIOR	15
1.1. Dinámica de la salud dentro de las relaciones internacionales.....	15
1.1.1. Surgimiento de la Salud Internacional	15
1.1.2. Inclusión de la salud dentro de la agenda internacional.....	20
1.1.3. Planteamientos de una política exterior con enfoque en salud	23
1.2. Interacción de la salud con otros componentes de la política exterior	27
1.2.1. Seguridad y salud.....	27
1.2.2. Economía y salud.....	30
1.2.3. Dignidad humana y salud	34
1.3. Diplomacia Sanitaria	38
1.3.1. Evolución de la diplomacia sanitaria.....	38
1.3.2. Gobernanza mundial en salud.....	41
1.3.3. Retos de la diplomacia sanitaria.....	45

CAPÍTULO II

LA SALUD Y LA POLÍTICA EXTERIOR DENTRO DEL MODELO DE DESARROLLO ECUATORIANO	49
2.1. Marco General del Modelo de Desarrollo plantado por el Ecuador.....	49
2.1.1. La Constitución de la República del Ecuador – 2008.....	49
2.1.2. Plan Nacional de Desarrollo y Plan Nacional del Buen Vivir	52
2.1.3. La intersectorialidad planteada en el modelo ecuatoriano	56
2.2. La salud dentro del modelo de desarrollo del Ecuador	59
2.2.1. La salud dentro de la Constitución del Ecuador.....	59
2.2.2. La salud en el marco del Plan Nacional del Buen Vivir 2013 – 2017	62
2.2.3. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el Modelo de Desarrollo ..	65
2.3. El actuar internacional del Ecuador según su modelo de desarrollo.....	69
2.3.1. La Constitución y la política exterior y relaciones internacionales.....	69
2.3.2. La comunidad internacional y el modelo de desarrollo ecuatoriano	73
2.3.3. El ejercicio de la política exterior del Ecuador	77

CAPÍTULO III

RELACIONAMIENTO INTERNACIONAL DEL ECUADOR EN EL ÁREA DE SALUD ..	82
3.1. La cooperación internacional en salud	82
3.1.1. Cooperación multilateral.....	82
3.1.2. Cooperación Bilateral	86
3.1.3. Cooperación Fronteriza	89
3.2. Mecanismos de relacionamiento del sector salud con el exterior	93
3.2.1. Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud Pública	93
3.2.2. El Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana y la SETECI	96
3.2.3. Misiones y representaciones del Ecuador en el Exterior.....	98

3.3.	Reflexión sobre los logros y desafíos del Ministerio de Salud Pública a nivel internacional.....	99
3.3.1.	Logros alcanzados desde el nivel local	99
3.3.2.	Logros a nivel internacional.....	101
3.3.3.	Desafíos y retos del Ministerio de Salud Pública y del Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana en el campo de la salud internacional.....	102
VI.	ANÁLISIS.....	105
VII.	CONCLUSIONES	114
VIII.	RECOMENDACIONES	119
	LISTA DE REFERENCIAS.....	122

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	
RESPONSABILIDADES DEL MINSITERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, DE ACUERDO A LOS OBJETIVOS DEL PNBV 2013 – 2017.....	63
TABLA 2	
RESPONSABILIDADES DEL MINSITERIO DE RELACIONES EXTERIORES, DE ACUERDO A LOS OBJETIVOS DEL PNBV 2013 – 2017	75

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 INVERSIÓN ACUMULADA ESTADO CENTRAL (2008-2012) VS. PLAN PLURIANUAL ACUMULADO (2013-2017) POR GABINETE SECTORIAL.....	55
GRÁFICO 2 NÚMERO REPRESENTACIONES DEL ECUADOR EN EL EXTERIOR POR TIPO DE OFICINA.....	78
GRÁFICO 3 NÚMERO DE REPRESENTACIONES DEL ECUADOR EN EL EXTERIOR - POR REGIÓN	78
GRÁFICO 4 PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS O ACTIVIDADES DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL POR TIPO DE ORGANISMO.....	83
GRÁFICO 5 NÚMERO DE ACTIVIDADES DE COOPERACIÓN Y RELACIONAMIENTO INTERNACIONAL VIGENTE POR ORGANISMO.....	84
GRÁFICO 6 NÚMERO DE ACTIVIDADES DE COOPERACIÓN Y RELACIONAMIENTO INTERNACIONAL VIGENTES POR REGIÓN	87
GRÁFICO 7 NÚMERO DE ACTIVIDADES DE COOPERACIÓN Y RELACIONAMIENTO INTERNACIONAL VIGENTES POR PAÍS	87

I. TEMA

ANÁLISIS DE LA IMPORTANCIA DE LA INCLUSIÓN DEL SECTOR SALUD DENTRO LA POLÍTICA EXTERIOR DEL ECUADOR, EN BASE A LA DINÁMICA DE LAS RELACIONES INTERNACIONALES EN LA ACTUALIDAD Y AL MODELO DE DESARROLLO IMPLEMENTADO POR EL PAÍS: 2007 – 2013

II. RESUMEN

Las relaciones internacionales están caracterizadas actualmente por una interrelación de los componentes y actores que la ejercen. La salud ha ganado mayor protagonismo dentro de espacios internacionales, logrando institucionalizar organismos e instrumentos internacionales que promueven acciones sanitarias a nivel internacional. El Ecuador, por su lado, cuenta con un modelo de desarrollo que prioriza el ámbito social, donde la salud se ha visto beneficiada de una inversión cada vez mayor, sumado al fortalecimiento de este sector dentro de la política nacional. Sin embargo, no está incorporada explícitamente dentro de la política exterior del país, ni entre los ejes estratégicos del Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana. A pesar de los logros y reconocimientos obtenidos por el Ministerio de Salud a nivel internacional, es indispensable una mayor socialización de las prioridades de la política pública en salud para generar un accionar articulado con el ente rector de la política exterior. El institucionalismo neoliberal marca entonces la línea de pensamiento, dado su planteamiento de existencia de intereses comunes entre Estados, los cuales promueven variaciones en su comportamiento para lograr beneficios comunes, pues a pesar de las diferencias no se vive en un estado de guerra. En este punto la salud representa un ejemplo de emprendimientos conjuntos en busca de un bienestar mutuo.

Palabras clave

Relaciones internacionales, salud internacional, diplomacia sanitaria, política exterior, Ecuador.

III. ABSTRACT

Nowadays, international relations are characterized by the interrelationship between their components and the actors who handle them. In this context, the health sector has gained greater prominence in international

forums achieving the establishment of international bodies and instruments that promote health programs worldwide. Ecuador, for its part, has a model of development that prioritizes the social area, where the health sector has benefited from ever increasing investment, in addition to its strengthening within the realm of national politics. Nevertheless, this area has not been explicitly incorporated in Ecuador's foreign policy or among the strategic priorities of the Ministry of Foreign Affairs and Human Mobility. Despite the accomplishments and the recognition earned internationally by the Ministry of Public Health, a greater mainstreaming of the priorities of public health policy is essential to achieve better articulation with the governmental body responsible for foreign policy. Thus, the theory of neoliberal institutionalism is taken as this research's model of thought, since it states that there exists common interests among states, which promote changes into their behavior in order to achieve mutual benefits, given that the world is not in a state of war despite differences between countries. The health sector is an example of this kind of initiatives that look forward a mutual wellbeing.

Keywords

International relations, international health, health diplomacy, foreign policy, Ecuador.

IV. ZUSAMMENFASSUNG

Die Internationalen Beziehungen werden derzeit von einem Zusammenspiel von Komponenten und Akteure, die Übung aus. Gesundheit hat größere Bedeutung in der internationalen Plätze gewonnen und erreichte institutionalisieren Agenturen und internationale Instrumente, die international Gesundheitsaktivitäten zu fördern. Ecuador, für seinen Teil, hat eine Entwicklungsmodell, das den sozialen Bereich, in dem die Gesundheit hat sich von steigenden Investitionen profitiert, verbunden mit der Stärkung des Sektors in der nationalen Politik priorisiert. Es wird jedoch nicht ausdrücklich in die Außenpolitik des Landes zwischen den strategischen Prioritäten des Ministeriums für Auswärtige Angelegenheiten und menschliche Mobilität einbezogen, noch. Trotz der Erfolge und Auszeichnungen, die von dem Ministerium für Gesundheit international erhalten hat, ist wesentlich größer Sozialisierung der Prioritäten der Gesundheitspolitik, um einen Trigger mit dem Dachverband der Außenpolitik artikuliert zu generieren. Die neoliberale

Institutionalismus markiert dann den Gedanken aufgrund seiner Herangehensweise an Existenz von gemeinsamen Interessen zwischen den Staaten, die Verhaltensänderungen zu fördern, um gemeinsame Vorteile zu erzielen, denn trotz der Differenzen nicht in einem Kriegszustand leben. An diesem Punkt der Gesundheit stellt ein Beispiel für Gemeinschaftsunternehmen auf der Suche nach einem gemeinsamen Wohlfahrt.

Stichworte

Ecuador, Internationalen Beziehungen, Gesundheitsdiplomatie, Außenpolitik, Internationale Gesundheit.

V. INTRODUCCIÓN

La globalización ha afectado la forma en la que los países se relacionan. Este fenómeno ha causado un cambio significativo en las actividades que realizan los seres humanos y en la forma en cómo las realizan. Los campos de la salud y de las relaciones internacionales no son la excepción y, aunque ambos sectores han estado tradicionalmente separados en su campo de estudio y trabajo, se evidencia con mayor frecuencia una creciente convergencia en su accionar. En este sentido, el presente documento propone una investigación que analice la pertinencia que el Ecuador incluya dentro de su política exterior componentes del sector de la salud, en base a un marco conceptual que plantea la colaboración interinstitucional para que cada actor potencialice los beneficios en su gestión.

A través de los años el mundo ha evidenciado la importancia que tiene la salud para la seguridad y crecimiento de los pueblos, en este sentido, no son nuevas las acciones sanitarias a nivel internacional, habiéndose establecido (formal o informalmente) desde hace varios siglos atrás. Sin embargo, en los últimos años este relacionamiento se ha oficializado a través de canales bilaterales y multilaterales, que han provocado la constitución de instituciones y espacios internacionales a nivel regional y mundial, así como convenios y alianzas estratégicas, que han incorporado en su actuar no solamente a estados sino también a la sociedad civil y al sector privado, haciendo de la salud un campo gestor de programas, proyectos y acciones en el campo de la cooperación internacional y de las relaciones internacionales.

De esta manera, los Estados han definido un accionar conjunto e institucionalizado en pro de salvaguardar la seguridad de sus ciudadanos y obtener un apoyo en aquellos casos en los que los riesgos sanitarios superan su experticia o su capacidad resolutive y, de la misma forma, han desarrollado estrategias de participación a nivel externo, donde posicionan los intereses de salud como eje transversal de desarrollo y de bienestar.

En el caso del Ecuador, se puede evidenciar que a través de la Constitución del año 2008, en conjunto con los diferentes planes de desarrollo establecidos, el Gobierno Nacional ha otorgado una prioridad especial al sector social, dentro del cual se encuentra la salud. Estos principios han generado la

construcción de una estructura burocrática más amplia que busca hacer integrales los objetivos del desarrollo, posicionando a los intereses sociales sobre aquellos económicos. La salud toma una nueva potencia, gracias a su concepción como derecho fundamental y al cual todos los ciudadanos deben tener acceso de forma universal y gratuita, obligando al Estado a invertir mayores recursos en el sector social.

A pesar de esto, al observar el desenvolvimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional (Ministerio de Salud Pública) a nivel internacional y el relacionamiento de esta institución con el ente rector de la política exterior (Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana) se evidencia que su accionar no se encuentra articulado o, al menos, no está institucionalizada la gestión operativa para la representación y posicionamiento de las prioridades y objetivos sanitarios en espacios de diálogo con actores extranjeros. De hecho, la política exterior del país (PLANEX), trata superficialmente los asuntos del sector salud, al mismo tiempo que los ejes priorizados por el MREMH no incluyen de forma expresa a este campo.

En virtud de lo expuesto, para el desarrollo de la presente investigación se plantea la siguiente hipótesis: El sector de la salud, el cual ha incrementado su protagonismo dentro de las relaciones internacionales, debe ser incluido como un componente de la Política Exterior del Ecuador, ya que representaría un eje transversal para la consecución de los objetivos de desarrollo planteados por el Gobierno Nacional en base al modelo del Buen Vivir, y esto lograría obtener mejores resultados para el desenvolvimiento que el Ministerio de Salud Pública ha llevado a cabo a nivel internacional en el ámbito de la cooperación y de la diplomacia bilateral y multilateral.

Para analizar si esta hipótesis se cumple, se establece como objetivo general determinar la pertinencia que tendría incluir componentes del sector de la salud dentro de la política exterior del Ecuador, debido a la dinámica actual de las relaciones internacionales y dada la relevancia que el gobierno ha otorgado a este sector. Para abordar este tema se plantean los puntos que deberán analizarse con el fin de cumplir el objetivo general, siendo estos ¿Cómo se comporta el sector de la salud a nivel internacional? ¿Cuál es el rol que el Gobierno del Ecuador le brinda a la salud? ¿Cuál es el relacionamiento del Ecuador a nivel internacional en el ámbito de la Salud?

De esta manera como primer objetivo particular de la investigación se propone identificar el comportamiento del sector de la salud como un componente de las relaciones internacionales a nivel bilateral y multilateral, en el contexto de gobernanza internacional. En este marco el Capítulo I, intitulado "La Salud en el Contexto de la Política Exterior", presenta un resumen de la historia del establecimiento de relaciones interestatales y la creación de organismos internacionales cuyo fin era salvaguardar la salud y posicionar las prioridades sanitarias locales a nivel externo. A través de este capítulo se observa la relevancia que este campo ha ganado a través de los años, logrando posicionarse en espacios como el Sistema de Naciones Unidas, a través de agencias directa e indirectamente relacionadas con la salubridad.

Este capítulo, aborda tres puntos principales sobre el desarrollo que ha tenido la salud a nivel externo, iniciando con su dinámica en asuntos internacionales, el relacionamiento que tiene con los componentes tradicionales de la política exterior y el surgimiento del concepto de la diplomacia sanitaria. De este modo se brinda un marco para conocer cómo poco a poco los estados han profundizado su gestión conjunta en ámbitos sanitarios, lo cual en un inicio respondía únicamente a objetivos comerciales, pero con el paso del tiempo se ha afianzado una colaboración conjunta bajo el entendimiento de que reducir los riesgos sanitarios a nivel internacional, potencializa asimismo el bienestar interno. Así se han constituido instituciones, diversas en objetivos y alcance, que buscan una cooperación en salud, que beneficie la situación interna de los pueblos.

Por otro lado, al estudiar la interacción de la salud con otros componentes de la política exterior, se presentan hechos de cómo las decisiones sanitarias afectan otros campos, por ejemplo el desarrollo, así como el impacto que los determinantes sociales, tienen en la salud de los pueblos. Dentro del análisis se señalan fenómenos internacionales que demuestran esta interacción como la propagación del virus del VIH y su influencia la seguridad nacional, el acceso a medicamentos y su relación con los intereses económicos, o la crisis financiera y el incremento de enfermedades en los países que fueron afectados.

Con estos antecedentes se da paso a la tercera parte del Capítulo I, en donde se aborda la diplomacia sanitaria y cómo a través de ésta se ha creado una gobernanza internacional en salud, cuya autoridad multilateral más reconocida es la Organización Mundial de la Salud, sin dejar de lado a mecanismos de integración y otros organismos regionales en los cuales confluyen diversos actores, creando espacios de diálogo y de discusión, en busca de soluciones a problemas sanitarios comunes y promoviendo cooperación internacional.

En este apartado se hace un acercamiento a los principales instrumentos internacionales que son aprobados en el marco de la gobernanza mundial en salud, explicando la diferencia entre cada uno de ellos y su nivel de obligatoriedad que representan para los países, de modo que se pueda analizar cómo estos acuerdos influyen en las decisiones locales y viceversa, para finalmente dar paso a la identificación de experiencias en las cuales otros países han incluido componentes de salud en su política exterior.

Posteriormente, tomando en cuenta que la política exterior de un país se define en base a los intereses internos se da paso al Capítulo II - La salud y la política exterior dentro del modelo de desarrollo ecuatoriano - el cual responde al segundo objetivo particular que es Analizar la importancia de la salud en el modelo de desarrollo y los objetivos planteados por el Ecuador, en el marco legal y en la planificación de acciones para la consecución del Buen Vivir. Este capítulo hace un análisis de las políticas gubernamentales del país, junto el marco jurídico y la restructuración burocrática, con el propósito de obtener los insumos que permitan establecer si para el Ecuador el sector de la salud representa un área de importancia.

Para el cumplimiento de este objetivo, se estructura el segundo capítulo a través de tres subtemas que permitan determinar el marco general del modelo de desarrollo ecuatoriano, el rol de la salud en este modelo y las políticas gubernamentales en el ámbito de las relaciones internacionales.

El primer subcapítulo aborda el marco general del modelo de desarrollo del Ecuador, para lo cual se realiza un análisis del texto constitucional del país, prestando atención a los preceptos estipulados respecto al desarrollo social. En este sentido, observa una serie de artículos en los cuales el país define una

política basada en la igualdad y goce de derechos fundamentales como la salud, educación e inclusión, todo ello con el fin máximo de promover el denominado Buen Vivir de la población.

Entonces, se prosigue con el análisis sobre las diferentes versiones de los planes de desarrollo construidos por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), en los cuales se busca analizar los sectores a los cuales se les brinda un rol fundamental para la consecución de los objetivos y metas planteadas en dichos documentos. Y, finalmente, se da paso al análisis de la política de intersectorialidad que ha sido emprendida por el país, a partir de la publicación de los documentos antes mencionados, así como mediante la reestructuración de las instituciones del sector público. Todo esto con el fin de construir un marco que brinde los insumos para la comprensión general del modelo de desarrollo ecuatoriano.

El segundo subtema del Capítulo II, hace un análisis específico del sector de la salud dentro del modelo de desarrollo ecuatoriano. En este apartado se observa de forma más profunda aquellos artículos constitucionales que abordan temas relativos a la salud y al goce efectivo de este derecho, identificando al mismo tiempo las obligaciones del Estado y su priorización frente a otros sectores. Al pasar el marco jurídico constitucional, se analiza la importancia que ha sido otorgada a este sector en las diferentes versiones de los planes de desarrollo. Aquí se presentan insumos cualitativos y cuantitativos referentes a aquellas metas y objetivos directa e indirectamente relacionadas con el quehacer sanitario del país.

Con este panorama, se da paso al análisis de la gestión del Ministerio de Salud Pública, evidenciando un fortalecimiento de sus acciones como Autoridad Sanitaria, a través de un proceso de reestructuración que ha estado acompañado de un incremento significativo del presupuesto y del emprendimiento de proyectos y programas intersectoriales que demuestran resultados positivos, confirmando que la institucionalización de canales de cooperación pueden potencializar los resultados esperados.

Para finalizar el segundo capítulo se analiza el rol específico de las relaciones internacionales y la política exterior del Ecuador, en el marco del modelo de desarrollo planteado. Para esto, se analiza de forma concreta el

texto constitucional, identificando los mandatos relativos al relacionamiento con el exterior, dentro de los cuales se evidencian principios establecidos para la representación y posicionamiento de los intereses nacionales a nivel internacional. Posteriormente se identifican los metas y objetivos planteados en los planes de desarrollo a nivel de relaciones internacionales, para dar paso al estudio de la gestión de la política exterior, liderada por el Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana, donde se puede observar una limitada inclusión del sector salud dentro de sus ejes estratégicos.

Finalmente, al contar con los insumos que permitan identificar el rol de la salud dentro de la dinámica de las relaciones internacionales, así como su posicionamiento a nivel interno (político y jurídico), el Capítulo III, en respuesta al objetivo particular que busca examinar la participación del Ecuador como un actor dentro de las negociaciones internacionales e instrumentos vinculantes y de cooperación, en el ámbito bilateral y multilateral, que presenta información sobre el relacionamiento bilateral y multilateral que tiene el Ecuador a nivel internacional en el ámbito de la salud.

Para el cumplimiento de este objetivo, se examina en primer lugar la gestión de la cooperación internacional en salud, desde los datos publicados por la Secretaría Técnica de Cooperación Internacional (SETECI), hasta la información obtenida a través del Ministerio de Salud Pública referente a la dinámica actual que tiene el país en el campo bilateral y multilateral, evidenciando también el fortalecimiento de las acciones sanitarias a nivel fronterizo, a través de la promoción de proyectos binacionales para el mejoramiento conjunto de la salud. En este campo se observan diferentes canales que han sido institucionalizados para lograr beneficios conjuntos, cuyos cuerpos de supervisión son conformados por todos los cooperantes intervinientes.

Posteriormente, se examinan los mecanismos que han sido establecidos para el relacionamiento del Ministerio de Salud, donde se presenta la institucionalización de la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales, dentro de esta Cartera de Estado, la cual representa el canal oficial de interacción con los diferentes cooperantes extranjeros a nivel bilateral y multilateral. De la misma manera se analizan las instituciones gubernamentales para la gestión de la cooperación y de las

relaciones internacionales (SETECI y Cancillería) y se observa cómo estas se coordinan con el MSP y cuál es el alcance de esta articulación.

Finalmente se da paso a un espacio para la reflexión sobre la información presentada, en el cual se abordan los logros que ha tenido el sector salud a nivel interno, para su desenvolvimiento internacional, pasando por los reconocimientos logrados a nivel internacional y describiendo ciertos logros y desafíos identificados para potencializar esta gestión.

Este trabajo se presenta como un aporte al estudio de la dinámica multidimensional de las relaciones internacionales en la actualidad, dentro de un contexto donde los diversos intervinientes y temas abordados en las mesas de negociación se encuentran interrelacionados. A través de los capítulos y subcapítulos propuestos, se plantea un análisis sobre el grado de preparación que tienen los funcionarios del servicio exterior para tratar, a nivel internacional, temas de salud, así como el nivel de acompañamiento y preparación que los representantes del Ministerio de Salud Pública tienen para participar en delegaciones internacionales.

El planteamiento de esta problemática, surgió del análisis de varios de los acuerdos alcanzados y proyectos de cooperación emprendidos en el campo de la salud, a nivel bilateral y multilateral, donde se evidencia que los resultados podrían tener un mayor alcance y beneficios si se logra articular las acciones diplomáticas y sanitarias.

El escenario actual de las relaciones internacionales exige a los Estados crear e institucionalizar alianzas estratégicas con sus contrapartes, así como la formalización de mecanismos de comunicación y de gestión conjuntos, de modo que se puedan identificar los objetivos y prioridades comunes y promover su cumplimiento a través de esfuerzos unificados, bajo la creación de regímenes, instrumentos e instituciones internacionales. Por esta razón, la presente investigación propone el modelo conceptual del institucionalismo neoliberal, del cual sus autores principales (Robert Keohane y Joseph Nye) proponen una convergencia entre el neorrealismo y el neoliberalismo, para establecer un marco en el cual se evidencia que en el escenario de las relaciones internacionales existen intereses mutuos y que las instituciones varían con el tiempo, lo cual causa efectos en los estados.

A pesar de que Keohane reconoce que el estado es el participante principal, aclara que no es el único y añade que, por esto no existe un completo caos (anarquía), sino que la política exterior cuenta también con instituciones que provocan un efecto en las acciones de los actores. El poder deja de ser, entonces, el agente mandatario en las interacciones, pues este sería reemplazado por los intereses de las partes, los cuales están organizados mediante regímenes internacionales, como acuerdos, que a pesar de no ser fáciles de lograr son un marco de información que propician la cooperación.

El institucionalismo liberal declara también que dentro de las relaciones internacionales no existen estructuras dadas per se, sino que son los hombres quienes organizan las instituciones que guían la interacción de los estados, la cual se da en un “escenario sistémico”.

Así, esta teoría reconoce que la política internacional está basada, en primer lugar por la descentralización, pues, al igual que el neorrealismo, mantiene que el estado al ser independiente toma sus propias decisiones basadas en sus intereses y, en segundo lugar, por el rol de los demás actores, sobre todo de las instituciones formales e informales, dado que sus variaciones influyen en el comportamiento de todos los actores (JIMENEZ, 2003).

Las instituciones a la cuales se refiere el institucionalismo neoliberal son:

a) Las organizaciones internacionales: son aquellas que funcionan como instituciones formales legalmente constituidas. Pueden trabajar dentro de la ONU (Organizaciones internacionales gubernamentales, OIG) o independientemente (Organizaciones Internacionales No-gubernamentales, ONG). Estas instituciones se organizan de forma burocrática.

b) Los regímenes internacionales: se conforman por los instrumentos internacionales como acuerdos o convenios. Estos tienen la característica de haber sido negociados por los estados. Son caracterizados por contener reglas y normas.

c) Las convenciones: son instituciones informales, que implícitamente señalan una cierta obligación de los estados a comportarse de una forma determinada. Por ejemplo la reciprocidad (KEOHANE, 1989).

De acuerdo con el principal autor de esta teoría, Keohane, estas instituciones tienen un efecto en el comportamiento de los estados, debido a que manifiestan compromisos, los cuales al no ser cumplidos afectarían a la reputación de dicho actor. Esto se da por la importancia de la reciprocidad.

En este contexto, es pertinente realizar el análisis propuesto en el cual se analiza el desarrollo que ha tenido el sector de la salud a nivel internacional, en un marco en el cual ya no participan únicamente estados, sino que alianzas públicas y privadas juegan un papel a veces protagónico dentro de la cooperación y donde al mismo tiempo las organizaciones sociales tienen un papel clave en la toma de decisiones. Al mismo tiempo este modelo de pensamiento brinda un marco conceptual para analizar la importancia de que existan mecanismos institucionalizados para la interrelación entre la gestión internacional de la salud con otros actores de la política exterior, los cuales al mismo tiempo son sensibles a la variación constante.

La investigación aquí presentada es del tipo exploratorio – descriptivo, pues por un lado busca brindar un análisis inicial a la pertinencia de que el Ecuador incluya dentro de su política exterior un componente del sector de la salud. Y por otro lado, se presentará una descripción del rol que ocupa la salud, en la actualidad, dentro de las relaciones internacionales, así como su relevancia para el desarrollo del Ecuador, como insumos para determinar si la hipótesis propuesta se cumple. Este estudio representa un insumo nuevo para las investigaciones y futuras propuestas en el marco de la convergencia de la política exterior con el sector de la salud. Si bien existen trabajos previos sobre el comportamiento de este campo a nivel internacional, así como su relevancia dentro del modelo de desarrollo del país, no se ha encontrado un estudio específico con el enfoque aquí planteado.

A través del método teórico se realiza un análisis para determinar el cumplimiento de la hipótesis. En primer lugar se realizó un levantamiento de la bibliografía y literatura existente sobre relaciones internacionales, salud internacional y diplomacia sanitaria, para dar paso a la recolección de

información específica sobre la gestión del Ministerio de Salud a nivel internacional. Los documentos revisados provienen de fuentes oficiales como publicaciones de la Organización de Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud, Ministerio de Relaciones Exteriores, libros publicados por autores reconocidos a nivel internacional como la Dra. Ilona Kickbush y el Dr. David Fidler, entre otras, así como estudios y literatura académica incluidos en ediciones de revistas científicas y estudios realizados a nivel universitario.

Una fuente importante fue la biblioteca del Programa de Líderes en Salud Internacional de la Organización Panamericana de la Salud, la cual cuenta con estudios específicos sobre este tema a nivel regional y mundial. Por otro lado, se utilizarán documentos oficiales del Ecuador como la Constitución, el Plan Nacional para el Buen Vivir y Decretos Ejecutivos, así como instrumentos internacionales suscritos. De la misma manera se realizó el estudio de la literatura provista en la biblioteca de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, entre otras instituciones de educación superior y del Ministerio de Salud Pública, especialmente de los libros existentes en la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales.

Gracias a esta información, se dio paso al método analítico de investigación mediante el cual se observó cada uno de los factores que intervienen tanto en la política exterior como en la salud internacional, relacionándolos con el modelo de desarrollo del Ecuador, de modo que se pueda comprobar si la hipótesis propuesta se cumple.

Dada la naturaleza multidisciplinaria de la Licenciatura Multilingüe en Negocios y Relaciones Internacionales, se encuentra en este tema un insumo que potencializará el análisis sobre la preparación y trabajo que realizamos como profesionales, en un contexto donde existe una interdependencia de actores en la comunidad internacional y donde las decisiones internas tienen repercusiones internacionales (y viceversa), por lo cual resulta necesario ampliar el espectro de nuestros conocimientos, para representar al país de manera íntegra y efectiva, empezando por tomar uno solo (de los varios sectores que se ejercen en el quehacer internacional) y analizando su relación (o posible relación) con la política exterior.

Los profesionales de la Licenciatura Multilingüe en Negocios y Relaciones Internacionales, estamos en la obligación de comprender el escenario actual de las relaciones internacionales y profundizar nuestro conocimiento sobre los nuevos componentes de la política exterior de los diferentes países con el fin de ser actores de la transformación de las instituciones nacionales e internacionales, de una manera sustentada y motivada, para promover que la cooperación internacional y las participaciones en foros en el exterior traigan consigo mayores beneficios.

CAPÍTULO I

LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LA POLÍTICA EXTERIOR

1.1. Dinámica de la salud dentro de las relaciones internacionales

Este subcapítulo, presenta insumos de análisis del rol de la salud, dentro del contexto internacional actual, en el cual diversos temas y actores confluyen en espacios de discusión y diálogo, donde el carácter intersectorial, provocado por la globalización, demuestra la necesidad de articular la política exterior con los intereses nacionales. Para ello, se aborda el panorama a través de la presentación de una reseña sobre los hechos cruciales para el surgimiento de la salud internacional, que permiten comprender cómo este campo ha ganado impulso dentro de la agenda internacional, a la vez que se muestran experiencias icónicas de su inclusión dentro la política exterior.

1.1.1. Surgimiento de la Salud Internacional

Históricamente las sociedades han sido partícipes del relacionamiento en el ámbito de salud. En este sentido, desde el siglo II a.C., se evidencia que existieron intercambios de prácticas medicinales entre los territorios pertenecientes a las actuales China, Corea y Japón. De la misma manera, durante la Edad Media y el Renacimiento, Europa habría aprovechado los conocimientos musulmanes en el área de salud. Unos siglos más tarde, apareció el primer indicio de una organización extrafronteriza en salud, emprendida por los acercamientos entre los estados-ciudades del norte de Italia, cuando en el siglo XIV promovieron los Consejos de Salud en el marco de la amenaza de la Muerte Negra (GÓMEZ & KHOSHNOOD, 1991), lo cual representaba un interés mutuo para la cooperación entre los países, que causó el emprendimiento de una institución que influyó en las actividades de los mismos.

Sin embargo, a raíz de los problemas de salud enfrentados por los colonizadores y sus familias en América Latina y el Caribe, se habrían llevado a cabo las primera brigadas médicas, las cuales no estaban dirigidas a las poblaciones indígenas, sino que su fin máximo era el de brindar protección y atención a los residentes Europeos. Posteriormente, y hasta mediados del siglo XIX, debido al incremento de los intercambios comerciales trasfronterizos, se

evidenciaron las limitaciones que el contagio de enfermedades infecciosas causaba al fluido desarrollo de las actividades económicas, dando paso a la necesidad de establecer medidas al respecto, como lo fueron las cuarentenas portuarias (GÓMEZ & KHOSHNOOD, 1991).

No es sino hasta el año 1851, cuando tras una epidemia de cólera proveniente de la India y que atacó Europa, se conforma el primer espacio internacional formal, al cual asistieron doce países¹, once europeos y uno asiático, celebrando así la Primera Conferencia Sanitaria Internacional. En esta ocasión, los países trataron sobre las normas para las cuarentenas en los puertos y las principales enfermedades que representaban una amenaza (HOWARD-JONES, 1975). Este foro internacional estableció por primera vez el precepto de que la salud es un asunto que requiere ser abordado entre países (OMS, 2007). Las conferencias sanitarias continuaron desarrollándose en Europa hasta el año 1907, cuando en la ciudad de París se conformó la Oficina Internacional de Higiene Pública – OIHP (GÓMEZ & KHOSHNOOD, 1991). Esto es coherente con el plantamiento de Robert Keohane, respecto a que a pesar de discordias existentes entre los países, éstos tienen intereses comunes, los cuales al abordarse en conjunto traen consigo beneficios para todas las partes.

En América se desarrollaron también procesos de institucionalización de las actividades colectivas en salud que buscaban salvaguardar los intereses comerciales, al proponer alternativas para reducir los contagios de fiebre amarilla, cólera, paludismo, entre otras enfermedades tropicales. En este marco, en el año 1902 se lleva a cabo la Primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas de las Américas, obteniendo como resultado la creación de la Oficina Panamericana Internacional, actualmente Organización Panamericana de la Salud – OPS – y oficina regional de la Organización Mundial de la Salud – OMS para las Américas, constituyéndose en el organismo internacional en el ámbito de salud, más antiguo hasta el momento (OPS, 2014).

Paralelamente, la salud de aquella época vio cómo instituciones privadas fueron parte también de la participación en el ámbito de acciones

¹ Austria, España, Francia, Gran Bretaña, Grecia, Portugal, Rusia, Turquía y los Estados Pontifices de Cerdeña, Toscana y las Dos Sicilias (HOWARD-JONES, 1975)

internacionales de salud. Una de las más reconocidas es la Fundación Rockefeller, la cual se constituye como tal en el año 1913 y crea la Comisión Internacional de Salud, misma que realizó investigaciones sobre la anquilostomiasis y logró erradicarla, implementando más tarde esa experiencia en otros países (The Rockefeller Foundation, 2014)².

Las acciones de salud internacional se desarrollaron en el mismo contexto del control de enfermedades contagiosas que representaban un riesgo a los estados. Al finalizar la Primera Guerra Mundial, Europa vio surgir el brote de nuevas enfermedades y la propagación de otras existentes. En este contexto, se conformó la Organización de la Salud, dentro de la Sociedad de Naciones, con el propósito de brindar apoyo especialmente a las naciones más afectadas en la guerra (OMS, 2007).

A pesar de que en este primer periodo se pudo obtener logros relevantes en el ámbito sanitario, como la aprobación del primer Reglamento Sanitario Internacional en 1892 y las investigaciones y prácticas encontradas para la prevención y tratamiento de la fiebre amarilla, la Segunda Guerra Mundial afectó considerablemente a los organismos que habrían sido creados. Es así como con la conformación de la Organización de las Naciones Unidas, los Estados Miembros recalcaron la importancia de contar con una institución que dirija el área de la salud. De este modo, en el seno de la ONU se formó un Comité de Salud, que preparó la Conferencia Internacional de Salud, llevada a cabo en Nueva York, en el año 1946 y elaboró el Acuerdo Constitutivo de la Organización Mundial de la Salud – OMS (GÓMEZ & KHOSHNOOD, 1991).

En ese momento, las interacciones de los estados en el área de la salud cambian su enfoque, debido al nuevo panorama de las relaciones internacionales y el sector de la salud empieza a tener una influencia de la cooperación internacional, marcada especialmente por una transferencia de tecnología y de conocimientos, basada en las mejores experiencias logradas por las potencias mundiales, aunque sin un enfoque a las realidades de los

² De acuerdo a Gómez et al. (1991), las acciones emprendidas por la Fundación Rockefeller habrían tenido un fin económico más que filantrópico. La anquilostomiasis afectaba a las poblaciones del Sur de Estados Unidos, haciendo a su población menos productiva que la del norte. Al respecto habrían indicado que la erradicación de dicha enfermedad tuvo beneficios físicos y económicos.

estados receptores³. A pesar de que la entrada en vigor del Acuerdo Constitutivo de la OMS representa una evolución en términos de gobernanza mundial en salud y no obstante los grandes logros a nivel internacional, como los avances y actividades desarrolladas para la erradicación de la viruela⁴, las acciones tenían un enfoque de programas verticales, sin una integralidad en los servicios de salud (GÓMEZ & KHOSHNOOD, 1991).

Tres décadas después de la constitución de la OMS, en el año 1978, se lleva a cabo en la República de Kazajistán la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, la cual representa un hito en la historia de la salud internacional. De esta reunión se obtuvo la Declaración de Alma – Ata, la cual posiciona a la salud como algo más amplio que acciones curativas y de control de enfermedades y la categoriza como un ámbito que requiere de la participación de todos los gobiernos para lograr resultados favorables (GÓMEZ & KHOSHNOOD, 1991).

Con la finalidad de *“proteger y promover la salud para todas las personas del mundo”* (OMS, 1978), a través de este documento, los 134 gobiernos participantes aceptan y continúan con la definición de salud establecida por la OMS⁵ recalcando su valor como derecho fundamental y declara desde entonces, la interdependencia de este sector con el desarrollo social y económico por lo cual requiere el trabajo de todos los países (OMS & UNICEF, 1978).

La Declaración de Alma – Ata, establece preceptos a nivel de trabajo conjunto de los países y propone que la desigualdad de la condición de salud de los pueblos, especialmente a nivel de países desarrollados y en desarrollo es responsabilidad de todos. De la misma manera, expresa la necesidad de fortalecer la atención primaria de salud y de brindar una atención integral, tomando en cuenta factores como la nutrición y la calidad del agua, entre otros, para lograr el goce del máximo nivel de salud posible⁶. De este modo:

“La Conferencia internacional sobre atención primaria de salud realiza un llamamiento urgente y efectivo para una acción nacional e internacional a fin de desarrollar e implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo y, particularmente, en los

³ Cooperación “donante – receptor” (GÓMEZ & KHOSHNOOD, 1991)

⁴ Aunque las acciones para el control y erradicación de la viruela iniciaron en 1948, el informe oficial sobre su erradicación fue aceptado por la XXXIII Asamblea Mundial de Salud de la OMS, en el año 1980 indicando que una reaparición sería poco probable a nivel mundial (OMS, 2014).

⁵ *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (OMS, 1948)

⁶ Derecho fundamental planteado en el Acuerdo Constitutivo de la OMS (OMS, 1948).

países en vías de desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y en consonancia con el nuevo orden económico internacional.” (OMS & UNICEF, 1978)

Este nuevo panorama en la salud internacional fue bien acogido por los gobiernos, incluyendo las autoridades sanitarias nacionales, instituciones de financiamiento y demás organismos involucrados en el trabajo sanitario. Este régimen marca una variación en el actuar de los países en el campo de la salud, mostrando, como lo menciona el institucionalismo neoliberal, que los intereses comunes pueden generar emprendimientos cooperativos y que las diferencias entre Estados no significan una situación de guerra. A pesar de que los alcances fueron criticados al evidenciar que para el inicio de programas integrales, en remplazo de los verticales, se requería una inversión inicial en infraestructura que era mayor a los presupuestos planteados. No obstante, la comunidad internacional defendió estos preceptos al indicar que los beneficios y ahorro futuro serían más favorables (GÓMEZ & KHOSHNOOD, 1991).

Es así como, desde la constitución de la OMS, pasando por la histórica Declaración de Alma – Ata, se multiplicaron los actores y las acciones emprendidas en pro de la salud a nivel internacional, a través de cooperación técnica y mecanismos de financiamiento. De la misma manera, durante las conferencias internacionales en el ámbito de salud, los países han alcanzado cada vez mayores compromisos vinculantes y no vinculantes y se han desarrollado una serie de investigaciones y acciones en cooperación e interrelación internacional para el mejoramiento de la salud. Muchos de ellos aún se encuentran en discusión sobre el verdadero beneficio, o daño, que habrían causado a los sistemas nacionales de salud (OPS, 2008).

El surgimiento de estas instituciones, regímenes y convenciones internacionales demuestran que, en el campo de la salud, es necesaria una intervención articulada y cooperativa entre los diferentes actores a nivel internacional, sean éstos públicos, privados, bilaterales o multilaterales. La evolución que ha registrado el campo de la salud internacional ha trascendido situaciones de enfrentamiento al identificar problemas y riesgos que pueden atentar la seguridad de los pueblos, causando que las instituciones varíen con el tiempo y tiendan a la creación mecanismos que responden a intereses mutuos.

1.1.2. Inclusión de la salud dentro de la agenda internacional

“Es necesario comprender mejor la naturaleza, la magnitud, la intensidad y la eficacia de las medidas de política exterior adoptadas en relación con la salud mundial, en particular a medida que aumentan las actividades de política exterior relativas a la salud mundial en contextos bilaterales, regionales y multilaterales. Ese objetivo requiere una catalogación y un análisis más sistemáticos de las actividades de política exterior, incluida la documentación de los procesos políticos mediante los cuales los encargados de formular la política exterior examinan las cuestiones de salud mundial y adoptan medidas al respecto y evalúan los efectos que tiene la salud mundial en la política exterior” (ONU & OMS, 2009)

La política exterior ha estado guiada tradicionalmente por los intereses nacionales, en especial aquellos relacionados con un poder duro, como lo son la seguridad y protección, abriendo espacio a los aspectos económicos y comerciales desde la intensificación de las transacciones a nivel internacional. En este escenario la salud ha sido considerada como un tema técnico, el cual no ha sido abordado articuladamente entre las autoridades nacionales de salud con los responsables de la política externa (KICKBUSH, 2007).

A pesar de haber participado históricamente en las interacciones transfronterizas, es en los últimos 15 años cuando la salud ha ganado un gran espacio dentro de las cuestiones de relaciones internacionales, impulsando su inclusión en el ámbito de política exterior de los gobiernos, lo cual tendría que ver con la redefinición de los aspectos de desarrollo humano, sumado a la globalización que ha provocado que exista una mayor interdependencia entre este sector con otros componentes de la política exterior. De la misma manera, el desarrollo tecnológico y la investigación han ampliado el número de temas relacionados con la salud que se ventilan en espacios internacionales (OPS, 2008).

Esta dinámica provoca que las decisiones sobre salud tomadas a nivel interno, tengan cada vez mayor impacto en el contexto internacional y de la misma manera, se evidencia que mientras más interrelación existe entre estados, hay un mayor número de instrumentos internacionales, que igualmente influyen en el planteamiento de la política interna (KICKBUSH, 2007). Existe entonces una conjugación de intereses comunes que promueven la cooperación a nivel bilateral y multilateral, la misma que tiene efectos en las decisiones y logros de los estados.

En el ámbito del desarrollo, en el año 2000 se aprobó en el seno de las Naciones Unidas la Declaración del Milenio, la cual presentó ocho objetivos estratégicos que deberían ser cumplidos por los Estados Miembros hasta el año 2015. Si bien el planteamiento de las metas busca combatir la pobreza y promover el desarrollo, se evidenció desde entonces la relación que este campo tiene con la salud. De este modo, tres de los objetivos están directamente relacionados con el ejercicio de la salud en cuanto a reducción de la muerte infantil, la mejora de la salud materna y la lucha contra el VIH, la malaria y otras enfermedades transmisibles (OPS, 2008).

Vistas las dificultades que tendrían los Estados Miembros para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en el año 2008 la Asamblea General de las Naciones Unidas exhortó a los gobiernos, a través de la Resolución Nro. 63/33, a promover las acciones que permitan el cumplimiento de aquellos objetivos relacionados con la salud. Para ello se señaló la importancia de que se articulen los esfuerzos realizados por los Ministerios de Salud y los Ministerios de Relaciones Exteriores en el marco de la consecución de fondos y alianzas que permitan lograr las metas, pues el mejoramiento de la salud no depende únicamente del sector, sino también de otras materias, como cambio climático, urbanidad, desarrollo económico y migraciones (ONU, 2008).

En el mismo contexto, la Secretaría General de la ONU, preparó un informe respecto a la resolución antes citada, en el cual se estableció que la salud representa un eje primordial para el cumplimiento de los ODM, por su estrecha relación con la productividad económica y la protección a las poblaciones vulnerables en momentos de crisis económica y alimentaria, cambio climático, en caso de conflictos y desastres naturales, elevando el alcance de los esfuerzos de salud a un escenario multisectorial (ONU & OMS, 2009). Se denota de esta manera que en el marco de las Naciones Unidas, la salud ha causado una variación en las metas planteadas, con el propósito de generar beneficios para todos los países parte de la ONU, a través de regímenes internacionales, al posicionarse como un punto fundamental para los ODM.

Por otro lado, la globalización y el incremento de las migraciones, han facilitado la propagación de enfermedades, amenazando la seguridad nacional de los países. Esto ha generado el planteamiento de acciones conjuntas, a

través de instrumentos internacionales y de organismos multilaterales, que permitan disminuir el riesgo de la diseminación de enfermedades transmisibles. Así, entre otros, la propagación del VIH/SIDA y los últimos casos de influenza presentados, han exigido a los gobiernos fortalecer las capacidades de los sistemas nacionales de salud tanto en brechas internas (talento humano, recursos, marco normativo) como externas (poder de países desarrollados sobre países en desarrollo, prevención y control en fronteras) (ONU & OMS, 2009).

Es así como en los últimos años, se ha expandido la cooperación internacional en materia de salud, creando una compleja red de temáticas y actores (públicos y privados) donde ha incrementado la participación formal e informal de instituciones financieras, sociedad civil, gobiernos y organismos internacionales que emprenden actividades transfronterizas para fortalecer las condiciones sanitarias y hacer frente a las problemáticas en torno a la salud nacional e internacional (OPS, 2008).

En este contexto, se han conformado múltiples iniciativas como la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI), el Fondo Mundial de Lucha contra el VIH, la Malaria y la Tuberculosis, el Servicio Financiero Internacional para la Inmunización, el Mecanismo Internacional de Compra de Medicamentos UNITAID y el Fondo Estratégico de la OPS para la adquisición de medicamentos. A esto se suma el involucramiento de instituciones privadas que aportan continuamente en programas y actividades de salud a nivel bilateral y multilateral (ONU & OMS, 2009).

Estos esfuerzos han logrado grandes avances en la promoción de la salud internacional, sin embargo la Asamblea General de las Naciones Unidas ha recomendado a los Estados Miembros crear puentes entre los Ministerios de Salud y los Ministerios de Relaciones Exteriores para lograr el involucramiento de la salud dentro de la política exterior, con el fin de enfrentar los desafíos que la salud internacional propone en los ámbitos de la seguridad nacional e internacional, el bienestar económico, el desarrollo socioeconómico y la dignidad humana (ONU, 2008). Este planteamiento de la ONU concuerda con los preceptos del institucionalismo neoliberal, sobre la existencia de intereses comunes entre estados, los cuales generan el establecimiento de instrumentos

y organismos internacionales en búsqueda de la obtención de beneficios mutuos.

1.1.3. Planteamientos de una política exterior con enfoque en salud

Si bien la globalización ha provocado un proceso de internacionalización de la salud, los países presentan generalmente un débil relacionamiento entre su política exterior y las prioridades sanitarias. El ejercicio de la salud internacional es llevado a cabo por las autoridades sanitarias nacionales, a través de una participación en foros y espacios internacionales (cada vez más frecuentes) y de la profundización de lazos de cooperación. Sin embargo existen gobiernos que han implementado acciones más profundas, con el propósito de integrar los esfuerzos de salud y de la política exterior dentro de un solo marco de lineamientos, como Suiza, Reino Unido y Brasil (ONU & OMS, 2009).

Suiza es el primer país en el mundo que ha identificado la necesidad de plantear sus lineamientos de salud en el marco de la política exterior. En este sentido, en el año 2006 aprobó el Acuerdo sobre Objetivos de Política Exterior en Salud, el cual expresa el compromiso del país con varios sectores cuya política nacional está ventilándose en el escenario internacional. Este documento recoge objetivos estratégicos sobre asuntos sanitarios que tienen impacto transfronterizo, las actividades de salud que requieren normativas, los acuerdos internacionales para la cooperación, los brotes de enfermedades y pandemias, el compromiso de la salud en relación al desarrollo y las iniciativas sobre políticas conjuntas con otros sectores (KICKBUSH, 2007).

Seis años más tarde, en un proceso en el que participaron varios actores involucrados en el ámbito de la salud (sociedad civil, sector privado, investigadores, Ministerio de Salud) se aprobó la “Política Exterior en Salud de Suiza” la cual representa una actualización a los planteamientos establecidos en el año 2006, como una forma de ser coherente con la dinámica actual de las relaciones internacionales, dentro de las cuales se requiere un trabajo multisectorial para asegurar el cumplimiento de los derechos humanos, la democracia, así como un instrumento que refleje los intereses del país a nivel internacional (CONFEDERACIÓN SUIZA, 2012).

La Política Exterior de Suiza, busca reflejar en el espacio internacional aquellos aspectos que son de interés del país, en base a sus principios y valores⁷, a través del planteamiento de veinte objetivos estratégicos donde conjugan la gobernanza, la multisectorialidad, con el fin de demostrar su compromiso con la salud, así como su apoyo al desarrollo sostenible, reducción de la pobreza y cooperación al desarrollo, intentando tener así una participación importante en los foros internacionales de materia sanitaria (OFICINA FEDERAL DE SALUD PÚBLICA DE SUIZA, 2014).

El documento toma en consideración la interrelación que todos los actores públicos, privados, bilaterales y multilaterales presentan en el contexto actual de la salud internacional y de esta manera presenta sus objetivos para que a través de una gobernanza adecuada y el fortalecimiento de la cooperación se logre el desarrollo conjunto. Los lineamientos de esta política incluyen temas de relevancia en salud internacional como las enfermedades transmisibles, las enfermedades no transmisibles, asuntos de propiedad intelectual, determinantes de la salud y el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud. Pero también incluyen temas novedosos como la telesalud, la arquitectura mundial de la salud, la diplomacia sanitaria conjugados con enfoques de las fuerzas duras como los intereses económicos, la ayuda humanitaria y los derechos humanos (CONFEDERACIÓN SUIZA, 2012).

Otro ejemplo de articulación de esfuerzos entre salud y política exterior es el Reino Unido. En el año 2008, este Estado aprobó su Estrategia sobre Salud Global, con el fin de brindar un marco para que las diversas instituciones y agencias que trabajan en cooperación internacional, puedan dirigir sus acciones de una manera coordinada y conjunta que permita obtener resultados significativos para el mejoramiento de la salud. Esta decisión fue tomada al considerar el relacionamiento de la política en salud con la globalización, el surgimiento de nuevas enfermedades y pandemias, la recesión económica y el impacto y mitigación del cambio climático (DEPARTMENT OF HEALTH OF THE UK, 2010).

⁷ De acuerdo a Ilona Kickbush, investigadora en temas de salud global, Suiza tendría una doble participación en el relacionamiento entre Estados en el ámbito de la salud, al ser el país anfitrión de la OMS, así como por tener una representación amplia como productor de medicamentos (KICKBUSH, 2007).

El Reino Unido expresa que para salvaguardar la seguridad y la prosperidad interna no se puede trabajar aislado de lo que sucede en el panorama internacional, por lo cual es necesario que su relacionamiento sea enfocado y estratégico, para hacer frente a la globalización y emprender acciones en los ámbitos de salud y desarrollo. De esta manera en el año 2011 presentó el documento *Health is Global: An outcomes framework for global health 2011 – 2015*, el cual representa una evaluación de los resultados obtenidos con la Estrategia de Salud Global y los objetivos que propone el país para trabajar estratégica e intergubernamentalmente en beneficio de la salud. (DEPARTMENT OF HEALTH OF THE UK, 2011).

Bajo el precepto de que la salud global se refiere a los temas de salud que son influenciados por factores que se extienden más allá de las fronteras, las acciones en este documento están planteadas a través de doce objetivos estratégicos, alineados con la política exterior en los ámbitos de seguridad mundial, promoción del bienestar económico, apoyo a los países de ingresos bajos y promoción de la dignidad humana (derechos humanos y asistencia humanitaria), organizándolos en tres categorías: seguridad sanitaria global, desarrollo internacional y comercio para una mejor salud (DEPARTMENT OF HEALTH OF THE UK, 2011).

Al igual que el caso de Suiza, este documento recoge aspectos tradicionales de la salud internacional, pero suma temáticas de cooperación como el aprendizaje de experiencias de otros países, de desarrollo como las metas relacionadas a los ODM, su rol en salud ante los conflictos, y el comercio e inversiones. Finalmente señala los mecanismos en los cuales se implementarán las actividades para el cumplimiento de los objetivos, indicando que dentro de su evaluación se tomará en cuenta el relacionamiento que el Reino Unido consiga a nivel bilateral y multilateral con otros gobiernos (DEPARTMENT OF HEALTH OF THE UK, 2011).

En Latinoamérica el caso de Brasil ha sido reconocido en diferentes espacios internacionales. Por un lado, junto con Francia, Indonesia, Noruega, Senegal, Sudáfrica y Tailandia plantearon la Iniciativa Política Exterior y Salud Global, aprobada a través de la Declaración Ministerial de Oslo – 2007, la cual propone abordar el campo de la salud internacional de una forma más amplia que no se limite a tratar los casos de emergencia sanitaria, sino que responda

a un planteamiento explícito dentro de la política exterior, con el fin de favorecer la consecución de objetivos comunes para los países (OPS, 2008).

En el marco de esta iniciativa se han planteado diez temas estratégicos comunes para los siete gobiernos, los cuales son abordados a través de reuniones informales dos veces al año, para lo cual cuentan con expertos en la materia que puedan elaborar los documentos de discusión. El grupo busca *“fomentar una cobertura sanitaria universal en la agenda multilateral”* (Ministerio de Asuntos Exteriores de Francia, 2013) y presenta un informe anual a la Organización Mundial de la Salud. De la misma manera, posicionan en conjunto proyectos de resolución que son puestos en consideración de la Asamblea Mundial de la Salud (Ministerio de Asuntos Exteriores de Francia, 2013).

Pero Brasil no ha tenido únicamente logros en el marco de esta iniciativa. Su planteamiento de que la salud de la población debería ser el centro de su diplomacia ha tenido resultados significativos a nivel internacional. Dentro de los más reconocidos se encuentran los alcances de su lucha sobre el VIH dentro de varios espacios de negociación internacional, tanto sanitarios como comerciales, especialmente en lo referente al aseguramiento de la provisión de antirretrovirales (KICKBUSH, 2007).

En esta lucha, Brasil tuvo un rol protagónico al lograr defender el acceso a antirretrovirales como un derecho fundamental, reflejando su política insertada desde el año 1996 de garantizar de forma universal y gratuita medicamentos a enfermos con VIH. Sus logros fueron presentados a nivel internacional y se obtuvo un consenso intergubernamental sobre temas de propiedad intelectual y licencias obligatorias (Oliveira, 2008). Este emprendimiento brasileiro demuestra que el virus del VIH representa un interés común para los países y que, a pesar de las tensiones con la industria farmacéutica, se establecieron instrumentos internacionales que tienen un impacto sustancial en el comportamiento de los gobiernos en lo referente a la atención de pacientes con esta patología.

Brasil también ha planteado una estrategia conjunta de cooperación Sur – Sur, entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Relaciones Exteriores. Estos lineamientos abarcan el desenvolvimiento del país en el ámbito de salud a nivel internacional, priorizando la transferencia de conocimientos, intercambio

de experiencias hacia los países en desarrollo, así como un fortalecimiento de la participación en espacios internacionales y mecanismos de integración regional (GUERRERO, AUER, & GODUE, 2010).

El establecimiento de los instrumentos y estrategias mencionadas anteriormente, si bien son iniciativas internas de los países, representan convenciones que guían su accionar y relacionamiento a nivel internacional, identificando aquellos ejes en los que requieren un trabajo conjunto con otros actores para salvaguardar sus intereses locales, demostrando una articulación beneficiosa como lo plantea el institucionalismo neoliberal.

1.2. Interacción de la salud con otros componentes de la política exterior

Dentro de las relaciones internacionales, la política exterior tiene componentes de poder fuerte (como la seguridad, protección e intereses económicos) y de poder blando (como la salud y la dignidad humana). Al interactuar todos estos en un panorama globalizado, es importante conocer el rol que la salud juega y cómo reacciona ante ellos, con el fin de comprender la forma en la que pueden confluir, así como las potenciales tensiones que existen al momento de incluir los intereses sanitarios dentro de la política exterior y de la agenda internacional.

Se presenta entonces un marco en el que la salud ha ganado terreno y ha estado presente en las mesas de diálogo y negociación, pero donde aún es importante que se considere la importancia que este sector tiene en el campo de la política mundial y se generen acciones articuladas e intersectoriales para lograr mejores resultados a nivel económico y social.

1.2.1. Seguridad y salud

Al pasar el tiempo y al enfrentar el mundo menos guerras en comparación con décadas atrás, la seguridad humana se ha redefinido, de forma tal que no aborda únicamente temas de protección militar, sino que también incluye aspectos relacionados con el desarrollo (ROSES, 2012). Este nuevo contexto ha exigido una reformulación del concepto de seguridad ante lo cual, con el fin de alejar la definición de las armas y acercarla a la vida, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo señala:

“En definitiva, la seguridad humana se expresa en un niño que no muere, una enfermedad que no se difunde, un empleo que no se elimina, una tensión étnica que no explota en violencia, un disidente que no es silenciado. La seguridad humana no es una preocupación por las armas: es una preocupación por la vida y la dignidad humanas.”
(PNUD, 1994)

De este modo se vería que la concepción de seguridad humana se relaciona directamente con los determinantes de la salud, como la seguridad económica, nutrición, seguridad ambiental, violencia, maltrato, protección de los derechos humanos; lo cual denota una razón para trabajar articuladamente entre el área de la salud y los intereses de protección nacional. Esto, de igual manera, ha cambiado el rol que tenía la salud dentro del aspecto de seguridad, donde era concebida únicamente como la gestión de asuntos humanitarios (ROSES, 2012).

En este nuevo panorama, la salud ha demostrado su relevancia para la seguridad nacional e internacional. Mientras en las primeras décadas del siglo XX, gracias a la aparición de las vacunas y métodos de control de enfermedades, especialmente en misiones militares en el exterior y en comerciantes, se disminuyó la tensión de riesgos a la salud; la globalización trajo consigo una mayor capacidad de movilización transfronteriza que ha llevado de nuevo a los espacios de discusión la necesidad de trabajar en conjunto para salvaguardar los intereses internos (FELDRAUM et al., 2010). Como menciona Robert Keohane en su teoría del institucionalismo neoliberal, a pesar de que existan discordias entre los países, el mundo no vive en un estado de guerra, existen intereses comunes que promueven acciones de cooperación y favorecen al cumplimiento de metas conjuntas, que son beneficiosas a nivel interno.

De este modo, las naciones y pueblos han visto como el brote de enfermedades y la propagación de epidemias ha representado una amenaza para los intereses nacionales, sociales y económicos. Los Síndromes Respiratorios Agudos Severos (SRAS), la diseminación de las influencias H1N1 y H5N1, así como la aparición de resistencia a los medicamentos contra la tuberculosis, entre otros, han exigido a los estados a tomar acciones de cooperación en salud y de políticas públicas al respecto (FELDRAUM et al., 2010).

El VIH/SIDA es una pandemia que tomó mucha importancia en los foros internacionales, así como para planteamiento de acciones para la seguridad nacional de los pueblos. Este virus representa una amenaza tanto a nivel personal, social y económico, debido a la necesidad que los pacientes tienen de contar con medicamentos adecuados y oportunos. En este marco, existe una diversidad de iniciativas para apoyar las acciones tomadas en relación a la prevención del contagio y a su tratamiento. Entre ellas se encuentra el Fondo Global, el cual brinda recursos económicos para que los países desarrollen planes y proyectos para la lucha contra el VIH, la malaria y la tuberculosis (FELDRAUM et al., 2010).

Esta nueva conceptualización de los riesgos de salud como componente de la seguridad humana y de la seguridad nacional, han creado un vínculo entre esta fuerza con uno de los conceptos clásicos de la política exterior, llevando a los espacios internacionales un tema que tradicionalmente ha sido tratado a nivel interno. Sin embargo, de acuerdo a algunos expertos del área de la salud, estos esfuerzos no demostrarían un interés para conseguir salud para todos y todas, sino que responde meramente al interés de salvaguardar la protección nacional (FIDLER & DRAGER, 2006).

Estos riesgos para la salud, junto a la interdependencia epidemiológica, ha hecho necesario que los gobiernos establezcan políticas públicas visibles dentro de su política exterior así como ha provocado una mayor interacción en el ámbito de la cooperación internacional. Esto a su vez ha generado una mayor necesidad de que los Ministerios de Salud trabajen en el planteamiento de políticas conjuntas con los Ministerios de Relaciones Exteriores (FIDLER & DRAGER, 2006). Es importante tomar en cuenta que esta interdependencia epidemiológica representa una parte de los intereses comunes de los estados, a la vez que su abordaje conjunto justifica la institucionalización de organismos y regímenes internacionales que han sido establecidos, como herramienta para la obtención de logros mutuamente beneficiosos en la lucha por salvaguardar la salud de los pueblos.

En este ámbito existe tensiones entre varios sectores involucrados dentro de la política exterior de los países, pues estos esfuerzos requieren no solamente voluntad política para llevarse a cabo, sino también la transferencia de recursos financieros. Si bien la cooperación internacional aporta para estos

finés, aún existen críticas respecto a su utilización, por responder a condiciones exógenas más que para la consecución de los objetivos nacionales (FIDLER & DRAGER, 2006).

Asimismo, aunque existen, a través de la salud, experiencias exitosas en la lucha por la consecución de la paz en estados de guerra como las iniciativas “salud: un puente para la paz”⁸, o las intervenciones en la frontera entre Ecuador y Perú, en los años de guerra, para mejorar las condiciones sanitarias de las poblaciones y realizar actividades de promoción de la salud (OPS, 2008), este tipo de cooperación ha sido ampliamente criticado, especialmente aquella brindada por los Estados Unidos, al considerarse como un mecanismo para ganar el respaldo de las poblaciones ayudadas (FELDRAUM et al., 2010).

1.2.2. Economía y salud

“Voy a decírselo con toda franqueza. El sector de la salud no tenía ni voz ni voto cuando se formularon las políticas que han causado estas crisis, pero la salud está sufriendo la mayor parte de las consecuencias... Creo que el mundo está más desequilibrado que nunca en materia de salud. Y no debería ser así. La salud constituye el fundamento mismo de la productividad y la prosperidad económica. El equilibrio del estado de salud de una población contribuye a su cohesión y estabilidad social. Una población próspera y estable es un activo para cualquier país.” (CHAN, 2008)

Desde el inicio de la relación transfronteriza en el ámbito de la salud, uno de los intereses primordiales ha sido el de salvaguardar la economía. Adicionalmente, con la Nueva Arquitectura Internacional, establecida posterior a la Segunda Guerra Mundial, se han suscrito una diversidad de acuerdos internacionales, en el ámbito comercial a nivel bilateral y multilateral, en los cuales la salud ha estado presente en las discusiones. Además de esto, en los últimos años ha existido una mayor preocupación sobre los efectos que la inequidad económica tiene para la salud y como ésta a su vez afecta en la productividad y desarrollo de los pueblos (FELDRAUM et al., 2010).

En el año 2000, se incluyeron ejes de salud dentro de los ODM, como un aporte de este sector al desarrollo. De la misma manera, estudios demuestran como las enfermedades contagiosas y las enfermedades crónicas tienen un efecto en el crecimiento económico debido a su relación directa con

⁸ Iniciativas de la OPS y OMS en las cuales los gobiernos en guerra hacen una “pausa” a los ataques para permitir que se lleven a cabo misiones médicas y salvaguardar la salud de las poblaciones.

un mejor rendimiento laboral, cambios demográficos y consecución de niveles de estudio más altos (OMS, 2014).

De acuerdo a un estudio realizado en México en el año 2006, un buen estado de salud en la niñez permite que exista una mayor productividad laboral en la edad adulta, debido a la posibilidad de acceso a educación, así como a la reducción de cargas económicas debido a enfermedades crónicas. De la misma manera, una condición óptima de salud permite que los niños tengan un mejor rendimiento en la etapa escolar, disminuyendo el riesgo a la pérdida de conocimientos por inasistencia a clases y permitiéndoles alcanzar niveles más altos de educación y mejores ingresos, logrando así limitar ciclo de la pobreza (COMISIÓN MEXICANA SOBRE MACROECONOMÍA Y SALUD, 2006).

Se ha evidenciado también que las pérdidas económicas por una mala salud limita la posibilidad de un crecimiento sostenido. Los gastos sanitarios, especialmente en caso de enfermedades crónicas u hospitalización, pueden ser significativos y llevar a las personas a situaciones de pobreza, sobre todo cuando los sistemas de salud nacionales no tienen capacidad de atención sin un desembolso anticipado y si los pacientes no son parte de un sistema de aseguramiento de salud. Es con esta visión que en el año 2005, la Asamblea Mundial de la Salud, aprobó la Resolución Nro. 58/33, en la cual se expresa la necesidad de que los gobiernos establezcan sistemas de financiación sostenibles, trabajo en el acceso universal a servicios de salud y mecanismos sostenidos y duraderos en el ámbito de seguro social de enfermedad. Este paso de la “salud para todos” a la Cobertura Universal de Salud (CUS), requiere que los estados planteen políticas financieras sustentables, que protejan económicamente a los ciudadanos en caso de enfermedad (OMS, 2013).

Se estima que un 60% de las muertes son causadas por enfermedades crónicas. Usualmente, estas muertes no son relacionadas con la economía, sin embargo el incremento de este tipo de enfermedades plantean un riesgo económico a futuro para las personas que continúan en edad económicamente activa. Al mismo tiempo, las enfermedades crónicas limitan la productividad de quienes las sufren (OMS, 2006).

En el contexto de la crisis financiera vivida en el año 2008, se puso en evidencia que la atención en salud es un sector vulnerable a la mala economía. Se demostró que en momento de crisis las poblaciones de ingresos bajos no pueden acceder a servicios de salud para el tratamiento de enfermedades y su empeoramiento causa la necesidad de una mayor inversión para tratarlas. De la misma manera, la crisis alimentaria dejó entrever que en estas situaciones existe un menor acceso a alimentos saludables, el cual puede provocar muerte prematura y enfermedades crónicas (CHAN, 2008).

En el marco de la OMS, esta temática ha sido abordada por los estados miembros. De una muestra de 92 países (que representan el 80% de la población mundial) se estimó que el gasto en salud estaba financiado en un 40% por un pago directo de los usuarios, cuando las investigaciones han comprobado que, si esta cifra se reduce a menos del 20%, las catástrofes provocadas por crisis económicas son casi inexistentes (OMS, 2013).

En este sentido, la Asamblea General de las Naciones Unidas, reconoció en el año 2012 la importancia que tiene la salud para el desarrollo internacional e instó a los gobiernos a generar sistemas de financiación de salud, que promuevan el acceso a servicios y tratamiento, reduciendo las posibilidades de empobrecimiento, a causa de pagos directos por enfermedades catastróficas. Para ello, recomienda, que los países trabajen conjuntamente en la asistencia técnica e intercambio de experiencias (ONU, 2012).

Por otro lado, una de las grandes tensiones entre la salud y la economía se relaciona con el ámbito del comercio. En la actualidad las transacciones de la salud van más allá de los medicamentos e insumos, abordando servicios médicos, como el análisis de muestras, contratación para infraestructura sanitaria, turismo médico e incluso intercambio de talento humano. Estas interacciones han exigido a los gobiernos crear marcos normativos que promuevan un intercambio beneficioso (FELDRAUM et al., 2010), aunque se admite que la tensión más profunda es aquella relacionada con la comercialización de bienes farmacéuticos (medicamentos, biológicos, dispositivos y otros insumos).

Los acuerdos internacionales han promovido el comercio exterior, sin embargo, al ser la salud un sector sensible, se han llevado a cabo acciones a nivel internacional para asegurar el acceso a tratamientos médicos adecuados y oportunos. En este sentido, en el año 1947 entró en vigencia el Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT por sus siglas en inglés), el cual recoge lineamientos sobre medidas que los gobiernos deberán tomar en cuenta, con el fin de facilitar las transacciones comerciales a nivel internacional y ha sido expandido de 23 a 161 Estados Miembros hasta el año 2015.

A pesar de que este documento señala en su Artículo XX la necesidad de eliminar cualquier tipo de barreras a la comercialización de bienes del sector de la salud, en el año 1994 se suscribe el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio – ADPIC – el cual marca una nueva era en el comercio exterior. Este documento provocó tensiones con respecto a sus efectos para el sector de la salud: en primer lugar debido a las discusiones que se habían llevado a cabo en la década de los 90 sobre los efectos de la globalización en el acceso a medicamentos y, en segundo lugar, gracias a los debates en torno a la expansión de la pandemia del VIH/SIDA, los cuales lograron movilizar a países, organismos internacionales y a la sociedad civil en pro de un análisis de los acuerdos comerciales y la salud (OLIVEIRA, 2008).

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA – ONUSIDA – estuvo presente en la III Conferencia Ministerial de la OMC, en el año 1993. En esta ocasión, el Programa presentó los riesgos que el Acuerdo de la OMC sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) podría tener para la salud pública y, en especial, sobre la expansión del VIH/SIDA. De este modo, propuso que se tomen medidas para obtener precios diferenciales, eliminación de tarifas aduaneras, promoción de medicamentos genéricos y la utilización de licencias obligatorias⁹. Posteriormente, con el planteamiento de los ODM se respalda la lucha por los objetivos de acceso a medicamentos, logrando así que en el año 2001, en la Declaración Doha, relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud

⁹ “Por licencias obligatorias se entiende el permiso que da un gobierno para producir un producto patentado o utilizar un procedimiento patentado sin el consentimiento del titular de la patente. Se trata de una de las flexibilidades que permite en lo que respecta a la protección de las patentes, el Acuerdo de la OMC sobre Propiedad Intelectual, a saber, el Acuerdo sobre los ADPIC” (OMC, 2014)

Pública, la OMC reconozca *“la gravedad de los problemas de salud pública que afligen a muchos países en desarrollo y menos adelantados, especialmente los resultantes del VIH/SIDA, la tuberculosis, el paludismo y otras epidemias”* (OMC, 2001), representando un logro conjunto de los esfuerzos de salud internacional, al haber incluido en la declaración la posibilidad de la utilización de licencias obligatorias, así como al reconocer que los países desarrollados deben brindar incentivos para la transferencia de tecnología en este ámbito.

La lucha del sector de la salud para el reconocimiento de las licencias obligatorias y de la diferencia de los medicamentos frente a otros bienes, es un hito histórico que demuestra la existencia de intereses comunes de los estados que ponen a la salud un lugar importante de sus agendas, a la vez que representa un punto de quiebre que creó variaciones sustanciales en los modelos de abastecimiento y producción de medicamentos esenciales, como se plantea dentro del institucionalismo neoliberal, demostrando que en conjunto se pueden generar regímenes internacionales, para acciones de cooperación que benefician a todas las partes a nivel externo e interno. Gracias a esta flexibilidad varios países de África, así como Brasil e incluso Ecuador se han sido capaces de favorecer un mayor acceso a medicamentos esenciales como antiretrovirales. En el caso ecuatoriano, hasta abril de 2015 se han otorgado 22 licencias obligatorias de fármacos.

Finalmente, es menester indicar también el rol que actualmente tiene el sector salud, en lo concerniente al comercio de alimentos. Estas discusiones están siendo llevadas en el marco del GATT, a través de la Comisión del CODEX Alimentarius y en base a la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias y buscan salvaguardar el bienestar físico a través de la alimentación saludable (FELDRAUM et al., 2010).

1.2.3. Dignidad humana y salud

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, promulgada en el seno de las Naciones Unidas en el año 1948, delineó un marco para garantizar acciones que protejan a las personas de una violación de sus derechos fundamentales y de su dignidad. La Organización de las Naciones Unidas, amplía la definición otorgada por la OMS a la salud, al señalar su alcance multidimensional, ampliando el carácter de prestación de servicios al

relacionarlo con los determinantes sociales y la participación de la comunidad. Este enfoque transformó a la salud en una herramienta para el cumplimiento de los Derechos Humanos (GUERRERO, AUER, & GODUE, 2010).

En este sentido, la salud entraría dentro de la dignidad humana, inicialmente por ser un derecho fundamental. Pero al mismo tiempo, porque el goce de salud permite que se ejerzan otros derechos básicos como la educación y el trabajo y, como se mencionó en el apartado anterior, porque es vulnerable a problemas del mercado las cuales requieren de acciones conjuntas (KICKBUSH et al., 2013).

No obstante, la salud también se relaciona con los Derechos Humanos debido a que la desatención de los mismos puede tener impacto sobre la salud; así mismo las políticas emprendidas en el marco de la salud pueden funcionar como una herramienta para la promoción de estos derechos y una mala práctica sanitaria puede poner en riesgo el cumplimiento de los mismos. De este modo, la salud tiene competencia en la defensa de la dignidad humana en temas de violencia, alimentación, reducción de la pobreza, equidad, tortura, no discriminación, protección a grupos vulnerables, entre otros (OMS, 2002).

A nivel de salud internacional, se han levantado una serie de iniciativas en pro de la promoción de una vida digna y del desarrollo, así como para la reducción de la pobreza. El planteamiento de los Derechos Humanos, reconocidos en la mayor parte de países del mundo representan un interés común de respetar la dignidad de las personas. Si bien nacen después de enfrentar una época de guerra, marcan la línea de que el mundo, por más enfrentamientos y discordias, tiene intereses compartidos, los cuales son cumplidos al institucionalizar mecanismos formales e informales de cooperación para lograr beneficios conjuntos.

Como muestra de estos esfuerzos se encuentran los programas dirigidos a reducción de la violencia de género, los planes y proyectos en el marco de los derechos de salud sexual y salud reproductiva, la resolución sobre discapacidades tomada en el seno de la OMS y su plan de trabajo, los programas de nutrición llevados a cabo en los Estados Miembros y el Programa Ampliado de Inmunizaciones que busca prevenir desde la infancia el contagio de enfermedades.

De la misma manera, es menester indicar la importancia que un buen desenvolvimiento de los sistemas nacionales de defensa de los Derechos Humanos tiene para la salud. Este panorama acoge las políticas públicas encaminadas a fortalecer el desarrollo, disminuir las brechas de inequidad, generar oportunidades laborales y acceso a la educación, mismas que desencadenan, a su vez, impactos positivos para la salud, al tener población que conoce sobre hábitos alimentarios saludables, ciudadanos con acceso a servicios de salud oportunos y de calidad, así como asequibilidad de servicios y tratamientos de salud (OMS, 2002).

El trabajo por el cumplimiento de los Derechos Humanos también tiene un rol significativo en la consecución del ejercicio del derecho a la salud. Se puede observar cómo las políticas nacionales son cada vez más incluyentes y dirigidas al ámbito del desarrollo y de la seguridad humana como herramienta para lograr mejores condiciones de vida de los habitantes. En este marco, los ODM representan un gran impulso al compromiso internacional de los gobiernos de proponer políticas y emprender acciones que beneficien a la ciudadanía, enfocada en ella misma más que en la seguridad nacional como tal (KICKBUSH et al., 2013).

No obstante, la legislación en salud representa también un insumo para el fortalecimiento de la promoción de la dignidad humana. De este modo se ha establecido el concepto de salud basado en los derechos humanos, el cual se traduce en políticas sanitarias que fomenten el goce de los derechos fundamentales y salvaguarden la equidad y la cohesión social. De la misma manera, en el marco de los instrumentos internacionales, se puede evidenciar avances que ha tenido la salud, como la lucha por el acceso a medicamentos, las brigadas de salud en espacios de guerra como actividad para la promoción de la paz y a través de la ayuda humanitaria en casos de emergencias y desastres (OMS, 2002).

En concordancia con lo expuesto, el derecho a la salud se encuentra intrínseco en varios instrumentos internacionales, de modo que, por un lado se promueve el efectivo goce de otros derechos humanos, a la vez que las acciones implementadas para el cumplimiento de lo estipulado en dichos instrumentos coadyuvan a la consecución de intereses sanitarios. Bajo estos preceptos se han suscrito, entre otros: la Convención Internacional sobre

Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial – 1965, el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales – 1966, la Convención sobre la Eliminación de todas formas de Discriminación contra la Mujer – 1979, la Convención sobre los Derechos de los Niños – 1989, la Convención Internacional sobre Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migrantes y sus Familias – 1990, la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad – 2006. En todos estos documentos se incluyen lineamientos específicos en el campo de la salud, algunos con aplicaciones generales, pero otros contienen derechos específicos de los grupos vulnerables (OHCHR & OMS, 2008).

Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en todo este marco normativo internacional, los estados tienen obligaciones que están categorizadas por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. La primera obligación es la de la protección de que terceros interfieran en el derecho a la salud. Esto se traduce en el establecimiento de normativas y otros mecanismos que sean pertinentes para garantizar que no haya ningún tipo de amenaza a la accesibilidad, asequibilidad y calidad de los servicios de salud, insumos o unidades operativas. En segundo lugar se encuentra la obligación de los estados de respetar el derecho a la salud, para lo cual deberán asegurar que no exista privación de los servicios de salud (prevención, promoción y atención). Y finalmente, la obligación de cumplimiento, la cual exige establecer todo el marco normativo, financiero y administrativo que permita dar cumplimiento al derecho de la salud (OHCHR & OMS, 2008).

Si bien los Derechos Humanos tienen carácter universal, es menester indicar que los Estados Miembros tienen que brindar atención prioritaria a los grupos vulnerables. De esta manera, los programas, proyectos y acciones emprendidas para asegurar su cumplimiento no suelen ser tomados como regla general sino, prestando consideración a aquellos segmentos de la población que más lo requieren. Estas actividades deben ser implementadas de forma progresiva, y a pesar de que la meta es llegar al goce efectivo del derecho a la salud, las obligaciones mínimas que los estados deben cumplir para este fin son: acceso a prestación de servicios y bienes de salud sin discriminación, acceso a alimentación esencial que sea nutricionalmente adecuada y segura, acceso a protección, vivienda y saneamiento y provisión de agua segura,

provisión de medicamentos esenciales, distribución equitativa de bienes y servicios de salud (OHCHR & OMS, 2008).

1.3. Diplomacia Sanitaria

La diplomacia sanitaria ha sido un tema discutido por expertos de la salud y de las relaciones internacionales en los últimos tiempos. En un mundo donde los resultados que se obtengan en el sector de la salud son influenciados por los determinantes sociales y, donde además, la salud impacta también en el desarrollo, las negociaciones y acuerdos que se alcanzan a nivel internacional, requieren un manejo multisectorial de la diplomacia. Para entender sus alcances, se complementa la comprensión del impulso que ha tenido la salud en las relaciones internacionales, presentando una reseña sobre la evolución de la diplomacia sanitaria, analizando el modelo de gobernanza mundial en salud y describiendo los retos que deben ser abordados por esta práctica, en el contexto actual de las acciones internacionales en salud.

1.3.1. Evolución de la diplomacia sanitaria

Como se presentó anteriormente, el ejercicio de la política exterior en la actualidad ya no concibe únicamente las fuerzas de poder duro en su práctica, sino que existen acuerdos en ámbitos de las fuerzas blandas, que incluso tienen un impacto fuerte en las políticas que implementan los países. Vistos los efectos de la globalización, que ha causado que los temas de política interna y externa estén relacionados estrechamente, en donde la una crea cambios en la otra, la diplomacia sanitaria aparece como un mecanismo que *“apunta a capturar estos procesos de negociación multinivel y multiactor, que forman y manejan el escenario de la política global en salud”* (KICKBUSH, 2007).

Desde la Primera Conferencia Sanitaria Internacional, los países empezaron a llevar al nivel externo sus intereses en cuanto a salud. Si bien en la primera mitad del siglo XX, estaban separados los esfuerzos diplomáticos de las prioridades sanitarias, debido a las características técnicas de este campo, al terminar la Segunda Guerra Mundial, los países promueven la necesidad de contar con espacios de diálogo internacional en un nivel no-político. Esto consiguió que se abran discusiones y negociaciones en el ámbito de la salud, iniciando con el establecimiento de un cuerpo a nivel internacional que pueda

coordinar y dar seguimiento a los avances de esta rama: la OMS (KICKBUSH et al., 2013). El emprendimiento de estas acciones formales (orgniasmos e instrumentos jurídicos) e informales sustenta lo planteado en el modelo del institucionalismo neoliberal respecto a que son los Estados independientes los que, en base a sus intereses, así como a la influencia de los demás actores del escenario internacional generan instituciones cuya vinculación tiene un efecto formal (vinculante) o informal (reputación).

De esta manera, las discusiones en las conferencias de la OMS, que en un inicio eran lideradas por funcionarios diplomáticos, poco a poco incluyeron expertos en el área sanitaria, hasta que los Minsiterios de Salud fueron los responsables de respresentar a los Estados Miembros. Los esfuerzos realizados en esos momentos, con logros como la erradicación de la viruela fueron significativos. Sin embargo existía dificultad de los gobiernos para poder alinear sus políticas nacionales con las exigencias de este nuevo sistema internacional. En base a esta situación se plantearon nuevas visiones hasta llegar al concepto de “Salud para Todos”, como paso previo al gran compromiso internacional por la salud alcanzado con la Declaración de Alma – Ata, donde se expresó la importancia de ver a la salud de manera integral y donde todos los países tienen responsabilidad compartida (KICKBUSH et al., 2013).

La aparición del VIH/SIDA jugó un rol importante en el impulso que tuvo la salud dentro de la actividad diplomática. Su propagación llevó a la salud al campo político, posicionándala como una prioridad de los estados en la búsqueda del desarrollo. En este contexto, en la década de los 80, empezaron a aparecer organizaciones sin fines de lucro que iniciaron su trabajo en el ámbito de la salud. A esto le siguió, en los años 90, el involucramiento de instituciones financieras públicas y privadas, quienes progresivamente incluían dentro de sus programas actividades para la promoción de la salud. De esta manera, poco a poco el sector de la salud internacional recibió más actores dentro de su esfera (KICKBUSH et al., 2013).

Mientras más temas de salud han sido llevados a espacios internacionales, se identifican más actores y se estrecha el relacionamiento con otros sectores. Esto a su vez ha creado que se amplíe la cantidad de foros internacionales en materia sanitaria, la participación de actores y el

establecimiento de alianzas públicas y privadas. De esta manera, la salud se ubica actualmente en un periodo en el cual debe lograr equilibrar los intereses nacionales con aquellos de la comunidad internacional. (KICKBUSH, 2007).

El hecho de que los temas de salud hayan sido incluidos dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la constatación de su importancia como promotor de crecimiento económico, seguridad y dignidad humana, así como sus logros a través de un mejoramiento de los determinantes sociales, ha redefinido los alcances de las políticas nacionales en salud, brindando cada vez más impacto dentro de los espacios internacionales. En este escenario se evidencia un aumento del número de foros internacionales enfocados en la salud, el establecimiento de nuevas alianzas a nivel externo y la suscripción, con mayor frecuencia, de instrumentos internacionales donde interviene este campo (KICKBUSH et al., 2013).

En este panorama, si bien la salud ha ganado terreno en los ámbitos de política exterior, como se vio en los ejemplos de Suecia, Reino Unido, Brasil, así como cierto protagonismo a nivel mundial a través de declaraciones internacionales y de un mayor número de instrumentos internacionales que incluyen aspectos para el mejoramiento sanitario, aun se requiere potencializar a este sector para posicionarlo, no solamente como importante para los que más lo necesitan, sino para todos (KICKBUSH et al., 2013).

Todavía se enfrentan pandemias que pueden significar un riesgo para todos, asimismo los medicamentos dispositivos médicos requieren ser transferidos e intercambiados con mayores facilidades y a precios más accesibles. El calentamiento global ha creado un nuevo escenario en el marco del desarrollo sostenible, donde se evidencia el riesgo en términos de seguridad alimentaria, calidad del agua y del aire (y sus efectos para la salud), las amenazas de bioterrorismo, y la relación de la salud con el desarrollo socioeconómico. Esto denota la necesidad de seguir incluyendo a este sector dentro de los debates internacionales (KICKBUSH et al., 2013).

Las misiones diplomáticas de los gobiernos tienen una necesidad progresiva de capacitar a sus funcionarios en ámbitos de salud y, en igual medida, los responsables de las relaciones internacionales de los Ministerios de Salud encuentran mayor interés en el reforzamiento de conocimientos en el

área de la diplomacia. Por consiguiente, la necesidad de articulación entre ambos ministerios empieza a ser cada vez más evidente, en la medida en la que se requiere de esfuerzos conjuntos para lograr resultados favorables para los países que, respondiendo a las exigencias de la comunidad internacional, salvaguarden los intereses internos, lo cual se logra a través de lobbying y de negociación, para potencializar compromisos y llegar a acuerdos multidimensionales y beneficiosos a nivel bilateral y multilateral, dentro del contexto público y privado. (KICKBUSH et al., 2013).

Sin embargo, se debe tomar en cuenta que un buen manejo de la diplomacia sanitaria no debería quedarse únicamente en el establecimiento de acuerdos o instrumentos internacionales. Su necesidad se amplía a todo el contexto de las relaciones internacionales, desde la negociación y firma de documentos, hasta el seguimiento, ratificación, denuncias y finalización de los compromisos, así como en su gestión interna para el cumplimiento de las obligaciones (KICKBUSH et al., 2013).

Se evidencia que los efectos de la salud internacional han influido para la constitución de instituciones formales, oficiales e informales, las cuales han tenido un efecto sobre el comportamiento de los países respecto al manejo de la diplomacia sanitaria, a través de canales de cooperación, así como de instrumentos vinculantes comprobando que la política internacional en salud cuenta también con un componente de salvaguardia de los intereses nacionales y uno que tiene que ver con su interrelación con demás actores.

1.3.2. Gobernanza mundial en salud

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la gobernanza mundial se refiere al establecimiento de medidas acordadas que promuevan acciones conjuntas para el cumplimiento de metas comunes (COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD - OMS, 2007). En este sentido, la gobernanza mundial en salud se puede definir como todas *“las regulaciones colectivas para abordar la interdependencia internacional y transnacional en el contexto de la salud”*¹⁰ (HEIN & KOHLMORGEN, 2008).

¹⁰ Traducción del autor de *“totality of collective regulations to deal with international and transnational interdependence in the context of health issues”*.

Durante el Siglo XX, la salud no ha estado incluida dentro de la legislación internacional, pues debido a su campo técnico ha estado especialmente dedicada al control de enfermedades a través de la cooperación. Sin embargo la globalización ha traído consigo un nuevo escenario, en el cual ha habido cambios sociales, acompañados por un desarrollo de las tecnologías de la comunicación y la información, mayor movilidad humana y cambios en los estilos de vida de las poblaciones; donde los estados soberanos requieren trabajar en conjunto para poder luchar contra la propagación de enfermedades y el desarrollo (KICKBUSH et al., 2013).

De acuerdo a la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, esta situación se debe a cuatro razones. Primero, existe más interacción entre estados y personas, de modo que aunque los pueblos son soberanos, el poder de los mecanismos de integración regional y de los organismos internacionales ha tomado un nuevo poder y autoridad. Segundo, la globalización ha interrelacionado las actividades internas, por lo cual las políticas que antes eran planteadas como sectoriales requieren una visión multisectorial. Adicionalmente, se ve un mayor peso de los actores privados y la sociedad civil en el contexto internacional, aunque no sea un poder formal como el de los estados. Y, finalmente, la gobernanza mundial ha tenido, por etapas, diferentes liderazgos entre potencias y organismos internacionales, lo cual ha creado inequidad de poder y de autoridad (COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD - OMS, 2007).

En este sentido, la gobernanza sanitaria ha visto la necesidad de integrar el derecho internacional a su gestión. El proceso de suscripción de acuerdos y demás instrumentos internacionales puede realizarse de forma bilateral, sin embargo en el transcurso del tiempo se ha identificado que existe una mayor facilidad de hacerlo en el marco de organismos internacionales, debido a que estos proveen espacios y foros para la discusión y diálogo, permiten contar con un órgano de seguimiento y control de los acuerdos establecidos y en ellos se puede alcanzar compromisos de todos los estados participantes. De este modo, la salud ha empezado su trabajo en este ámbito, dentro de varios espacios internacionales, a pesar de que no todos ellos tienen la competencia jurídica de establecer instrumentos vinculantes en el sector de la salud (por ejemplo: Organización Mundial del Comercio, Organización Mundial del Trabajo, UNICEF) (KICKBUSH et al., 2013).

Aunque la OMS es una de las primeras agencias intergubernamentales creada en el Sistema de Naciones Unidas, la concepción de la gobernanza mundial en salud es un término nuevo que ha tomado fuerza desde el año 2002. Este organismo, de acuerdo a su constitución y a las competencias otorgadas por los Estados Miembros, tiene atribuciones para controlar y coordinar las acciones emprendidas internacionalmente en el sector de la salud, así como para que los pueblos puedan suscribir instrumentos internacionales en su seno. De este modo se le otorga la calidad de institución “Directora y Coordinadora” en el ámbito de la salud y dentro de sus foros, la Asamblea Mundial tiene la capacidad de adoptar regulaciones sobre áreas específicas y tradicionales de este sector (KICKBUSH et al., 2013).

Como la institución multilateral más grande y más antigua, la OMS ha sido tradicionalmente el organismo que ha encabezado la gobernanza mundial en salud. El máximo cuerpo directivo de esta agencia es la Asamblea Mundial de la Salud, la cual está integrada por todos los Estados Miembros y se reúne una vez al año. Entre sus funciones se encuentra la elección del Director General¹¹, la revisión del presupuesto, la aprobación de los planes de trabajo, elaboración de informes, investigaciones y estudios (OMS, 2014).

Por su lado, el Consejo Ejecutivo se integra por 34 miembros, los cuales permanecen en el mandato por tres años. Este cuerpo tiene la competencia de adoptar resoluciones para ponerlas en consideración de la Asamblea Mundial y realiza funciones administrativas para la entrada en vigor de las decisiones y políticas de la Asamblea. Del mismo modo, cumple las funciones de asesoría (OMS, 2014).

Dentro de la gestión de la OMS, se adoptan documentos normativos y documentos vinculantes. En este sentido, algunos miembros subestiman la importancia de los documentos normativos, por la razón de no exigir una obligación legal de los estados a cumplir con sus planteamientos. Sin embargo estos documentos representan un compromiso moral de participantes en la OMS y cuentan con sistemas de evaluación y seguimiento. Asimismo, este tipo de instrumentos abren espacio para la suscripción de posibles acuerdos o regulaciones a futuro (KICKBUSH & al.", 2013). Estos instrumentos son un

11 Actualmente este cargo es ostentado por la Dra. Margaret Chan, quien inició su primer mandato en el año 2006 y fue ratificada para un segundo periodo en el año 2012, mismo que finalizará en 2017. (OMS, 2015)

ejemplo de los regímenes informales, a los que se refiere Keohane, los cuales si bien no tienen un carácter de vinculante, repercuten directamente en la reputación de los países.

Dentro de estos documentos se encuentran las resoluciones, que usualmente son una serie de recomendaciones para que los Estados Miembros puedan alcanzar las metas planteadas de cada tema específico. De acuerdo a la complejidad de la recomendación puede ser categorizada como código, estrategia o plan de acción y su entrada en vigor es inmediata, siempre que se cuente con la mayoría simple de votos dentro de la Asamblea Mundial, para su aprobación. Usualmente, las negociaciones se realizan previamente a la reunión de este cuerpo directivo, por lo cual se requiere el uso de la diplomacia, para entablar lazos de fuerza moral, que permitan su aprobación y su implementación. En este contexto se encuentran, como ejemplo, el Código de Prácticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la contratación internacional de personal de salud, así como la Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo de alcohol.

Por otro lado, dentro de los documentos vinculantes se encuentran los acuerdos internacionales, los cuales son aprobados por dos tercios de la Asamblea Mundial, y las regulaciones, que se aprueban por mayoría simple. En el caso de los primeros, el ejemplo más relevante es el Convenio Marco sobre el Control del Tabaco (CMCT), el cual representa un hito en la historia de la OMS. Sus negociaciones iniciaron en la década de los 90 y posterior a seis rondas de discusión fue aprobado en el año 2003 y entró en vigor en el año 2005 (KICKBUSH et al., 2013). Este instrumento contiene obligaciones en los ámbitos de lucha para la disminución del uso de tabaco y acciones en torno a publicidad, tráfico, políticas de su consumo y etiquetado, llegando a ser el instrumento de la OMS más ampliamente acogido¹² y ha sido campo de suscripción de documentos adicionales como el Protocolo del Convenio (OMS, 2013).

En el caso de las regulaciones, la más reconocida es el Reglamento Sanitario Internacional, el cual fue suscrito inicialmente en el año 1951 y fue

¹² Actualmente existen 177 partes del Convenio, de las cuales 168 son Estados Miembros de la OMS. Este documento está abierto para la participación de naciones y pueblos que no sean miembros de la OMS, así como para mecanismos de integración regional. Estados Unidos no ha ratificado su firma (OMS, 2013).

actualizado en el año 2005. En este documento se amplió la visión que se tenía sobre el control de enfermedades al incluir aspectos sobre seguridad, cobertura de servicios de salud, comercio exterior y derechos humanos. En sus 66 artículos cuenta con especificaciones claras sobre las obligaciones de los estados en materia de vigilancia y respuesta ante amenazas de salud pública transfronteriza, brindando a la OMS la posibilidad de ejercer autoridad. En este caso, al tratarse de una regulación, su entrada en vigor es automática para todos los miembros, a excepción de aquellos que hayan notificado su inconformidad (KICKBUSH et al., 2013). El CMCT y el Reglamento Sanitario Internacional representan ejemplos de regímenes internacionales formales, los cuales tienen un carácter de obligatoriedad, pero que nacen de los intereses de los países los cuales se organizan para generar marcos de cooperación.

Sin embargo es importante mencionar que el contexto actual de las relaciones exteriores y el comportamiento de la salud como un campo interdependiente, ha provocado que dentro de la gobernanza internacional en salud, existan cada vez más una serie de actores y de sectores involucrados. La salud ve en este momento, la necesidad de buscar mejores mecanismos de gobernanza con el fin de coordinar adecuada y oportunamente los programas de salud. Grupos de integración regional, la sociedad civil y entidades filantrópicas están cambiando la modalidad en la cual se desenvuelve la diplomacia sanitaria, llevando a que se haga un análisis sobre el futuro de la gobernanza y que replanteen los preceptos del funcionamiento de la salud internacional (MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES DE FRANCIA, 2013).

1.3.3. Retos de la diplomacia sanitaria

Como se ha visto en los apartados anteriores, la globalización ha creado un cambio profundo en el panorama de la interacción entre estados. Respecto a la gobernanza de la salud su influencia en los procesos de privatización ha provocado que se amplíen las modalidades de cooperación internacional, incluyendo dentro de su espectro a un amplio número de actores involucrados en la lucha para el mejoramiento de la salud de los pueblos. En este sentido, la OMS, al no tener una calidad de “donante” ha visto como poco a poco existe una mayor presión por parte de terceros, creando la necesidad de que los organismos gubernamentales internacionales modifiquen su gestión,

con el fin de que sea coherente con el escenario actual (KICKBUSH et al., 2013).

Dentro de la gobernanza de la salud mundial, se evidencia con más frecuencia la participación de la cooperación sur – sur. A esta realidad se añaden las iniciativas regionales de sistemas de gobernanza internacional, así como otras iniciativas de grupos como el G8, el G20, alianzas públicas y privadas, organismos no gubernamentales sin fines de lucro, fundaciones filantrópicas y la participación de la sociedad civil, todas ellas empujando acciones y mostrando su poder formal y no formal dentro de las propuestas de armonización internacional en este sector (KICKBUSH et al., 2013). Se evidencia entonces una variación en el comportamiento de los actores de la política exterior, los cuales para maximizar sus beneficios generan nuevos regímenes.

En este panorama la diplomacia sanitaria encuentra nuevos retos que deben ser asumidos desde los gestores de la política exterior en salud, donde las negociaciones cada vez son más amplias y aún existen malas interpretaciones de lo que se refiere a protección en materia sanitaria, y adicionalmente, se mantienen presiones de poder de países y de industrias. Por esta razón es necesario establecer una nueva gobernanza global para que la diplomacia en salud tome la fuerza requerida que permita defender la salud como un promotor de su mejoramiento (BUSS, 2012).

El modelo tradicional de gobernanza de la OMS ha sido criticado por la forma en la que implementa sus programas. Su carácter de organismo centrado en los estados, donde la participación de nuevos actores (relevantes) de las relaciones internacionales es limitada, ha dado cabida a una serie de discusiones sobre el rumbo que debería tomar este organismo para responder a las exigencias sanitarias de los países. Esta visión pone sobre la mesa la necesidad de contar con un modelo que permita la interacción intersectorial el momento de la toma de decisiones en el cual, gracias a la diversidad, se pueda establecer claramente los roles y autoridad de cada uno de ellos y en donde se pueda establecer un mecanismo de transparencia y evaluación. (KIDDELL-MONROE, s/f).

Todo esto ha causado que la OMS inicie desde el año 2010 un proceso de reforma que busca centrar sus actividades y programas en las prioridades de los estados miembros, mejorar su gobernanza y adaptar a la organización al nuevo contexto internacional. Con este propósito se han llevado a cabo una serie de reuniones ordinarias y extraordinarias, en las cuales los Estados, actores privados y la sociedad civil han podido presentar sus propuestas hacia un mejoramiento de la gobernanza interna de la OMS y de sus acciones hacia el exterior (OMS, 2014).

Las negociaciones que vendrán en este sentido, serán entonces multidimensionales, donde cada actor o grupo de actores defenderán sus intereses. Los organismos privados, a cambio de experiencia y de recursos, propondrán sus programas y los estados y organismos internacionales deberán manejar estas nuevas realidades, conjugadas con un espacio de diálogo multisectorial. Para ello, la OMS deberá considerar el beneficio que podría tener la inclusión de estos nuevos actores no gubernamentales en materia de financiamiento y propuesta de actividades en torno a la salud (KICKBUSH, HEIN, & SILBERSCHMIDT, 2010).

El nuevo modelo de gobernanza mundial en salud, propone una visión que permita que todos los actores puedan estar representados, que las polaridades entre países desarrollados y en desarrollo no sean un impedimento para que se logren las metas de salud planteadas y donde los ciudadanos también cuenten como una participación desde su rol como parte de la sociedad. De la misma manera, busca que la salud deje de ser ese “algo y nada” dentro de las decisiones en materia internacional, reforzando su presencia en foros internacionales de salud y de las determinantes sociales que tienen impacto en ella y donde las fuentes de financiamiento y de uso de recursos sea transparente y tenga credibilidad en cuanto a su ejecución, impacto y transparencia (KIDDELL-MONROE, s/f).

De esta manera, se hace imperativo que la política exterior de los países refleje sus intereses internos. Para estos fines, es necesario que los gobiernos planteen estrategias (instituciones formales e informales) que permitan proponer y posicionar sus experiencias y realidades ante esta compleja red de gobernanza mundial salud. Estos aportes podrían ser relevantes dentro de la forma de interrelacionarse los gobiernos con

organismos y con agentes privados; logrando que gracias a la diplomacia se obtengan mayores beneficios de los recursos y bienes globales de la salud para el bien de la comunidad (KICKBUSH et al., 2013).

Todo esto evidencia que el campo de la salud tiene, en la actualidad, un comportamiento activo dentro de los espacios internacionales, el mismo que ha evolucionado y ha ganado terreno a través del tiempo, favoreciendo el establecimiento de mecanismos de diálogo y coordinación que han promovido, en cuyo marco se han implementado acciones, proyectos y programas a nivel bilateral y multilateral. Esta dinámica de la salud internacional, a diferencia de otros campos, ha logrado consolidar incluso una institución referente en el ámbito de la gobernanza mundial (OMS), cuyos fines responden a los intereses comunes de sus Estados Miembros, dejando explícita la búsqueda de acciones colaborativas a través de regímenes internacionales que coadyuven a la identificación de objetivos conjuntos, que promueven el bienestar y consecución de metas propias de los países.

CAPÍTULO II LA SALUD Y LA POLÍTICA EXTERIOR DENTRO DEL MODELO DE DESARROLLO ECUATORIANO

2.1. Marco General del Modelo de Desarrollo plantado por el Ecuador

Este subcapítulo describe el modelo de desarrollo que ha sido implementado por el Ecuador, en el cual se puede observar un alto impulso al sector social, entre éste se encuentra la salud. A través de un marco normativo supremo como la Constitución y un documento que guía la planificación del país como los planes de desarrollo (en sus tres versiones), se presenta una propuesta política que plantea la articulación de acciones con un alto componente de prioridad del ser sobre el capital. En este contexto, el país propone un trabajo intersectorial para la consecución de las metas planteadas, a nivel jurídico, así como dentro del Plan Nacional para el Buen Vivir, donde se deja entrever la necesidad de articulación de trabajo entre las diferentes instancias públicas, en este caso específico la Autoridad Sanitaria con el Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana.

2.1.1. La Constitución de la República del Ecuador – 2008

Con el inicio del mandato del Economista Rafael Correa Delgado como Presidente de la República del Ecuador, el país experimentó una época de transición que inició con el Decreto Nro. 2, el cual dictó convocar a una consulta popular, para que el pueblo se pronuncie sobre su voluntad de que se lleve a cabo una Asamblea Nacional Constituyente *“para que transforme el marco institucional del Estado, y elabore una nueva Constitución”* (DECRETO EJECUTIVO N° 2, 2007).

El 30 de abril del mismo año se llevó a cabo la consulta popular en la cual la respuesta de los votantes fue favorable, alcanzando el 81,72% de aceptación. Posteriormente, el 20 de septiembre de 2007, los votantes asistieron a los recintos electorales, esta vez para elegir a los Asambleístas que los representarían en este proceso. Como resultado se obtuvo 24 constituyentes a nivel nacional, 100 a nivel provincial y 6 por parte de los migrantes (THE CARTER CENTER, 2008).

Las sesiones de los Asambleístas Constituyentes iniciaron el 29 de noviembre de 2007 y el proceso de elaboración del texto de la propuesta de

Constitución duró hasta el 24 de julio de 2008, fecha en la que la Asamblea aprueba el proyecto del documento final (THE CARTER CENTER, 2008), el cual fue acogido por la ciudadanía a través de Referéndum, el día 28 de septiembre de 2008.

La Constitución de la República del Ecuador – 2008, que entró en vigencia tras su publicación en el Registro Oficial del 20 de Octubre del mismo año, plantea un estado democrático, que incluye la característica de intercultural y plurinacional, soberano, independiente y con un gobierno republicano en el cual los deberes primordiales del Estado son:

1. *Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes.*
2. *Garantizar y defender la soberanía nacional.*
3. *Fortalecer la unidad nacional en la diversidad.*
4. *Garantizar la ética laica como sustento del quehacer público y el ordenamiento jurídico.*
5. *Planificar el desarrollo nacional, erradicar la pobreza, promover el desarrollo sustentable y la redistribución equitativa de los recursos y la riqueza, para acceder al Buen Vivir.*
6. *Promover el desarrollo equitativo y solidario de todo el territorio, mediante el fortalecimiento del proceso de autonomías y descentralización.*
7. *Proteger el patrimonio natural y cultural del país.*
8. *Garantizar a sus habitantes el derecho a una cultura de paz, a la seguridad integral y a vivir en una sociedad democrática y libre de corrupción. (ECUADOR, 2008)*

Respecto al punto 5, para que los ciudadanos accedan al Buen Vivir, la Constitución incluye el capítulo segundo, del Título II “Derechos” a la descripción de los derechos del Buen Vivir que incluyen agua, alimentación y ambiente sano, educación, salud, comunicación e información, hábitat, entre otros. Por otro lado, en este compromiso por el bienestar de la población, el Título VII está dedicado a los mandatos para el Régimen del Buen Vivir. Este está compuesto por un capítulo dedicado a la inclusión y equidad y el segundo capítulo que detalla lo correspondiente a la biodiversidad y los recursos naturales, siendo la primera ocasión en la cual el Ecuador incluye en su marco legal los derechos de la naturaleza.

Dentro de este contexto, la Constitución establece que el Estado generará el Plan Nacional de Desarrollo, asegurando que sus planteamientos serán inclusivos, equitativos y responderán a las necesidades de desarrollo del país. De la misma manera, establece la gratuidad de los servicios de educación y salud, así como la obligación del Estado de contar con los recursos suficientes que permitan brindar servicios eficaces y de calidad. Se incluyen también las protecciones y garantías que la ciudadanía tendrá para reclamar sus derechos oportunamente (ECUADOR, 2008).

En relación a la economía, el Ecuador declara tener un sistema *“social y solidario; reconoce al ser humano como sujeto y fin; propende a una relación dinámica y equilibrada entre sociedad, Estado y mercado, en armonía con la naturaleza; y tiene por objetivo garantizar la producción y reproducción de las condiciones materiales e inmateriales que posibiliten el Buen Vivir”* (ECUADOR, 2008), en donde se presta primordial atención a la producción nacional, a través de cooperativas, asociaciones y trabajo comunitario, bajo la premisa de que la economía debe buscar la igualdad y el desarrollo social, sobre otros intereses (GRIJALVA, 2009).

En este sentido, se establece que la soberanía del país regirá sobre los intereses comerciales y que los contratos que se establezcan entre el estado y las empresas extranjeras deberán incluir entre sus condiciones que las controversias no podrán ser tomadas como un conflicto diplomático. A este se exceptúan los acuerdos comerciales que sean suscritos con las representaciones diplomáticas (ECUADOR, 2008).

En este contexto se puede observar, la prioridad que el modelo planteado por el Ecuador otorga a los derechos sociales y ambientales, como eje para la consecución del Buen Vivir. Este nuevo paradigma, busca el equilibrio y armonía entre todos los sectores de la sociedad, planteando un modelo que permita tener un goce efectivo de los derechos sociales y de libertades (SILVA, 2008). De esta forma, la constitución incluye mandatos referentes a la libre movilidad humana, al tiempo libre, atención a grupos prioritarios y un impulso a la integración regional.

El Modelo de Desarrollo, que plantea el Ecuador dentro de la Constitución, establece la consecución del Buen Vivir de los individuos en armonía con la sociedad y la naturaleza, como fin último para su desarrollo. En

este marco presenta innovaciones como la participación ciudadana, de manera institucionalizada, como una de las funciones del Estado. Asimismo, existe un planteamiento significativo de aspectos de inclusión de grupos indígenas como la complementariedad de sus prácticas y saberes dentro de los sistemas de salud y de educación, así como la posibilidad de mantener sus medidas tradicionales propias en caso de violación de normas sociales con la “justicia indígena” (GRIJALVA, 2009).

Posterior a la entrada en vigor de la Carta Magna, el Ecuador ha experimentado una serie de cambios en la organización del poder ejecutivo, en el cual ha existido la creación de nuevas carteras de estado, separación de algunas y nuevas atribuciones otorgadas a otras, con el propósito de poder hacer efectivos los derechos planteados en el nuevo contexto legal del Ecuador. Como muestra de esto, se encuentra la creación de ministerios sectoriales, que están a cargo de coordinar las políticas de los ministerios coordinados.

2.1.2. Plan Nacional de Desarrollo y Plan Nacional del Buen Vivir

A través de la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – SENPLADES - el gobierno del Ecuador ha propuesto la agenda de desarrollo que deben seguir las instituciones públicas para la consecución del Buen Vivir. En este contexto, han existido tres actualizaciones del documento: Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2009, Plan Nacional del Buen Vivir 2009 – 2013 y el recientemente publicado Plan Nacional del Buen Vivir 2013 – 2017.

El primer documento recogió inicialmente los lineamientos planteados por el Plan de Gobierno que el Presidente Rafael Correa, presentó a la ciudadanía durante la campaña electoral. De esta manera, el Plan Nacional de Desarrollo categorizó las intervenciones en:

1. *Revolución Constitucional y Democrática*
2. *Revolución Ética*
3. *Revolución Económica y Productiva*
4. *Revolución Social*
5. *Revolución por la dignidad, soberanía y la integración latinoamericana*
(SENPLADES, 2007)

Bajo estos preceptos, el plan propuso ocho estrategias de las cuales se establecieron doce objetivos los mismos que integraron las primeras políticas presentadas durante los primeros meses de gobierno del Presidente Correa, en materia económica y social, así como planes de política planteados por los gobiernos anteriores (SENPLADES, 2007).

Este documento, fue un primer paso para el trabajo intersectorial, al plantear las metas en base a objetivos, en los cuales se visualiza el trabajo y la coordinación que las instituciones deben realizar para lograr los resultados esperados. De la misma manera, las metas propuestas guardan coherencia con el presupuesto, y sus limitaciones. Todo esto se basó en tres principios: justicia social, justicia democrática participativa y justicia intergeneracional (SENPLADES, 2007).

En lo correspondiente al Plan Nacional del Buen Vivir 2009 – 2013, este cuenta ya con una visión alineada a la Constitución del 2008, en el cual se señala que los resultados del “desarrollo” no han sido los esperados y plantea el paradigma del Buen Vivir, como el fin último de las políticas y programas de las instituciones del gobierno. A esto añade la necesidad de que los ciudadanos puedan convivir en armonía con la naturaleza, así como con la diversidad de nacionalidades que interactúan en el país. Establece la cohesión social, la igualdad y la equidad, como eje de sus objetivos y propone un nuevo modelo para el desarrollo y generación y redistribución de la riqueza, que se amplíe del modelo primario exportador (SENPLADES, 2009).

Basado en un modelo socialista para el Buen Vivir, el plan propone doce objetivos, los cuales posicionan al individuo sobre el capital, y buscan promover un desarrollo basado en la justicia social, ciudadanía y solidaridad (SENPLADES, 2009).

Este plan también incluye la estrategia que sería implementada para el logro de las metas a nivel descentralizado. En este marco se planteó la necesidad de realizar un diagnóstico y análisis a la distribución territorial actual, con el fin de identificar un modelo que responda a las necesidades actuales del país y que permita la articulación desde los niveles centrales, con los niveles nacionales y con los gobiernos autónomos descentralizados (SENPLADES, 2009).

Finalmente, tras seis años de gobierno, la SENPLADES presentó la última actualización del documento “Plan Nacional del Buen Vivir 2013 – 2017: Todo el mundo mejor”. Este documento recoge los logros alcanzados por el Gobierno en el periodo 2009 – 2013 y los utiliza como herramienta de planificación, a través de cinco ejes: la revolución cultural, el territorio y la revolución urbana, la revolución agraria, la revolución del conocimiento y la excelencia. En concordancia con el socialismo del Buen Vivir, al igual que el Plan 2009 -2013, se establecen doce objetivos estratégicos, cada uno de ellos con políticas y metas específicas. El proceso de elaboración de este nuevo documento utilizó los planteamientos sectoriales integrándolos en un marco nacional (SENPLADES, 2013).

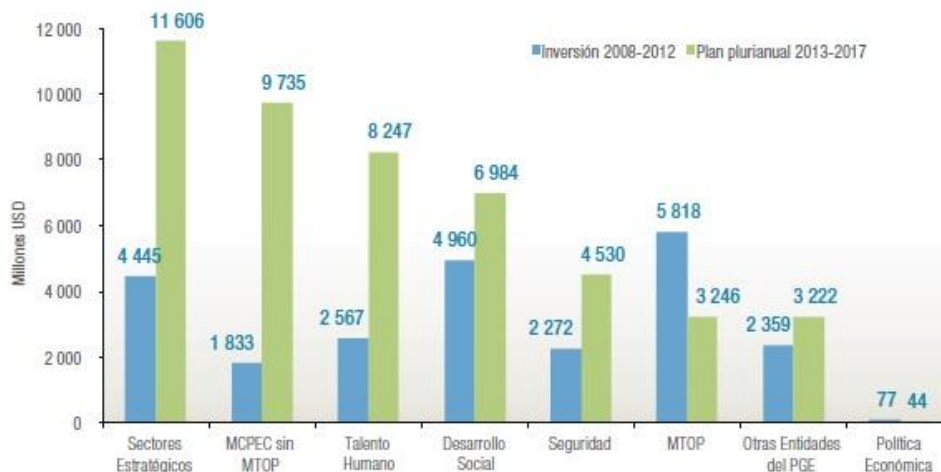
De esta manera, como se puede observar se presentan objetivos con un alto componente social para el cumplimiento de las metas planteadas para lograr el Buen Vivir:

1. *Consolidar el Estado democrático y la construcción del poder popular*
2. *Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad*
3. *Mejorar la calidad de vida de la población*
4. *Fortalecer las capacidades y potencialidades de la ciudadanía*
5. *Construir espacios de encuentro común y fortalecer la identidad nacional, las identidades diversas, la plurinacionalidad y la interculturalidad*
6. *Consolidar la transformación de la justicia y fortalecer la seguridad integral, en estricto respeto a los derechos humanos*
7. *Garantizar los derechos de la naturaleza y promover la sostenibilidad ambiental territorial y global*
8. *Consolidar el sistema económico social y solidario, de forma sostenible*
9. *Garantizar el trabajo digno en todas sus formas*
10. *Impulsar la transformación de la matriz productiva*
11. *Asegurar la soberanía y eficiencia de los sectores estratégicos para la transformación industrial y tecnológica*
12. *Garantizar la soberanía y la paz, profundizar la inserción estratégica en el mundo y la integración latinoamericana* (SENPLADES, 2013)

Los planteamientos del plan como promotor de la felicidad dentro de la diversidad cultural y ambiental, han hecho que el nombre del Ecuador se lleve a espacios internacionales, como un proyecto ejemplar, en el ámbito de planteamiento y consecución de metas y objetivos, el cual incluye la continuidad a las actividades que ya están siendo desarrolladas (PEREZ, s/f).

El PNBV 2013 – 2017, es un modelo que también propone lineamientos estratégicos para la inversión pública, la estrategia para el seguimiento, evaluación y control de las metas planteadas, la regulación económica y el Plan Plurianual de Inversiones 2013 – 2017.

GRÁFICO 1
INVERSIÓN ACUMULADA ESTADO CENTRAL (2008-2012) VS. PLAN PLURIANUAL ACUMULADO (2013-2017) POR GABINETE SECTORIAL



Nota: Desde el 2014 en adelante, los valores presentados son indicativos

MTOP: Ministerio de Transporte y Obras Públicas. MCPEC: Ministerio Coordinador de Producción, Empleo y Competitividad. Otras entidades del PGE: Asamblea Nacional, Secretaría Nacional de Gestión de la Política, Consejo de Participación Ciudadana y Control Social, Consejo Nacional de la Judicatura, Consejo Nacional Electoral, Contraloría General del Estado, Corte Constitucional, Defensoría del Pueblo, Defensoría Pública, Fiscalía General del Estado, Superintendencia de Bancos y Seguros, Superintendencia de Control del Poder de Mercado, Superintendencia de Economía Popular y Solidaria, Superintendencia de Telecomunicaciones, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Instituto Nacional de Pre Inversión, Presidencia y Secretaría General de la Administración Pública, Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, Secretaría Técnica de Cooperación Internacional, Secretaría Técnica del Mar, Sistema Nacional de Bibliotecas, Vicepresidencia de la República, Universidades.

Fuente: Senplades, 2013g; INP, 2013; Ministerio de Finanzas, 2013a.

Elaboración: Senplades.

En este contexto, se puede observar que la inversión presupuestada dentro del Plan Plurianual asciende a USD\$73.225, casi llegando al doble de la cifra alcanzada en el periodo 2008 – 2012 (aproximadamente USD\$40.000 millones). Sin embargo es menester percatar que el monto presupuestado para la inversión de talento humano y desarrollo social se encuentra entre los cinco ejes más altos y juntos alcanzan una cifra mayor a la presupuestada para los sectores estratégicos. Del mismo modo, es importante indicar que la cantidad de inversión en el ámbito de desarrollo social, fue más alto que la de sectores estratégicos en el periodo anterior (SENPLADES, 2013).

Todo lo anteriormente indicado, deja entrever un modelo conceptual que el Gobierno ha planteado a los ciudadanos, en nombre del desarrollo y basado en el Buen Vivir, donde se encuentra que el sector social, ha sido priorizado

durante la primera época de gobierno y continúa siendo un eje transversal de sus políticas y objetivos.

2.1.3. La intersectorialidad planteada en el modelo ecuatoriano

Como se vio en apartados anteriores, con el establecimiento del Plan Nacional de Desarrollo (y sus actualizaciones) y a través de la Constitución, el Ecuador plantea un accionar que busca la cohesión de programas y actividades mediante la intersectorialidad.

Dentro de las muestras de este concepto, profundizado en los últimos años, se plasma en el Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2010 la necesidad de plantear una política pública basada en la intersectorialidad como fundamento para promover una más alta esperanza de vida y una mejor calidad de vida. En este documento se establece la importancia de contar con acciones que conjuguen los sectores social, económico, ambiental y cultural (SENPLADES, 2007).

En este mismo contexto, mediante Decreto Ejecutivo Nro. 117-A, firmado por el Presidente de la República en febrero del año 2007, se crean seis ministerios de coordinación, cada uno a cargo de diferentes áreas como son: desarrollo social, productividad, seguridad interna y externa, política económica, patrimonio natural y cultural, y política. De acuerdo al mandato, estas instituciones tienen el objetivo de concertar el quehacer de los portafolios subordinados, de modo que sus acciones *“no sean tomadas prescindiendo de otras instituciones que deban intervenir según el ámbito de las políticas o acciones que se adopten.”* (DECRETO EJECUTIVO 117-A, 2007).

Si bien, este decreto ha sufrido modificaciones en el transcurso de los últimos años, se puede evidenciar que la naturaleza de la creación de estas entidades continúa respondiendo a la coordinación de una política intersectorial que no se limita únicamente al accionar local sino que establece la necesidad de articular las acciones a nivel internacional. Así, en el año 2014, se realiza una disposición referente a la gestión de los ministerios de coordinación, planteando dentro de sus atribuciones *“Coordinar y articular las políticas sectoriales e intersectoriales;”* y entre otras *“Coordinar y gestionar las relaciones internacionales del sector”* (DECRETO EJECUTIVO 339, 2014).

En el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 – 2013, se recoge el enfoque de intersectorialidad, el cual se expande ya no únicamente a las políticas para mejorar la calidad de vida, sino que se incluye dentro de los objetivos para promover hábitos de vida saludable, para la atención integral a grupos prioritarios, para la garantía de vivienda, erradicación de la pobreza, sostenibilidad económica y, como uno de los más importantes, para la concreción del modelo de gestión que propenda a un desarrollo equilibrado (SENPLADES, 2009).

Por su parte, el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 – 2017, establece expresamente la intersectorialidad en 18 políticas en ocho de los doce objetivos estratégicos. En este documento se mantiene la naturaleza de esta colaboración entre sectores, como fue visualizada en las versiones anteriores, pero la profundiza, marcando su importancia para la prestación de servicios públicos, la necesidad de establecer mejores mecanismos para la articulación de la Función Ejecutiva, a la vez que la relaciona con políticas públicas en el marco educativo, la generación de estrategias articuladas entre el gobierno nacional y los gobiernos autónomos descentralizados (GAD), las acciones para la lucha de contra la inseguridad, la búsqueda por preservar la naturaleza y el abastecimiento energético del país (SENPLADES, 2013).

En este contexto, en el ejercicio de sus atribuciones como institución rectora de la planificación del país, la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) ha presentado una serie de publicaciones e instrucciones para el planteamiento de la política pública, por parte de las diferentes instancias sectoriales. En el año 2011 se publicó mediante Registro Oficial Nro. 184 la “Guía para la Formulación de Políticas Públicas Sectoriales”, como una herramienta para la articulación del accionar nacional.

Por un lado señala que el planteamiento de políticas públicas responde tanto a los objetivos intersectoriales establecidos en el PNBV, así como a las Agendas Sectoriales. Asimismo, establece que el ejercicio de emprendimiento de proyectos estratégicos nacionales deben considerar las acciones intersectoriales que sean requeridas con el fin de obtener resultados que garanticen los derechos de los y las ciudadanas. Dentro de sus lineamientos, este documento señala la relevancia que tiene la identificación de las acciones intersectoriales para el planteamiento de acciones de las autoridades públicas,

donde se pone en evidencia el trabajo que deberá ser articulado con los ministerios de coordinación (SENPLADES, 2011).

En orden de prioridad, la Guía de SENPLADES presenta que el planteamiento de políticas intersectoriales se encuentran ubicadas debajo del objetivo máximo que son las metas para el Buen Vivir. Esto deja entrever la razón por la cual dentro del establecimiento de los objetivos estratégicos del PNBV, la responsabilidad y corresponsabilidad no dependen de una única cartera de estado, sino de varias a la vez, reivindicando el carácter y visión intersectorial de la planificación para el desarrollo (SENPLADES, 2011).

En el campo de la salud, su actuar no ha estado alejado de este enfoque. Dentro del eje social, bajo el liderazgo del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, se han emprendido acciones conjuntas con otros actores como el Ministerio de Educación, el Ministerio de Inclusión Económica y Social, el Ministerio de Agricultura, Ganadería, Acuacultura y Pesca, entre otros.

Como ejemplos se puede observar la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazos en Adolescentes (ENIPLA), la cual planteó esfuerzos conjuntos de los Ministerios de Educación, Salud e Inclusión Económica y Social, para emprender acciones bajo las metas de reducir el embarazo adolescente en un 25%, en el periodo 2012 – 2013, así como obtener ese mismo porcentaje de reducción entre el embarazo deseado y el observado (MSP, s/f).

De la misma manera, otro de los logros obtenidos en base a la acción intersectorial, es el planteamiento de la Estrategia Intersectorial de Primera Infancia en Ecuador, la cual está dirigida a niños y niñas de 0 a 5 años de edad y establece acciones conjuntas para promover el acceso a la educación, control de niño sano y promoción de una adecuada alimentación. En esta estrategia intervienen los ministerios que actúan en la ENIPLA, a los cuales se suman SENPLADES, la Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT) y el Ministerio Coordinador de Conocimiento y Talento Humano (MCDS, s/f).

2.2. La salud dentro del modelo de desarrollo del Ecuador

A través de este subcapítulo se profundiza sobre el rol que el modelo de desarrollo ecuatoriano otorga al sector de la salud, en el marco constitucional y en el campo del desarrollo. Para esto se identifica a este sector dentro de la Constitución y del Plan Nacional para el Buen Vivir, analizando los preceptos jurídicos y de gestión establecidos como políticas de gobierno. Esto se complementa con la descripción de acciones icónicas que han sido emprendidas en el marco sanitario, pasando desde asuntos presupuestarios hasta la reivindicación del Ministerio de Salud Pública como Autoridad Sanitaria Nacional.

2.2.1. La salud dentro de la Constitución del Ecuador

Como se vio en el subcapítulo anterior, el Ecuador ha impulsado un plan de gobierno que tiene bases sólidas en el planteamiento de políticas y objetivos a nivel social. En este sentido, la salud ha sido uno de los sectores que ha tenido mayor preocupación desde el gobierno central. Al respecto la Constitución brinda un marco claro sobre su importancia y los mandatos que rigen para el goce efectivo de los derechos de los ciudadanos en este campo, el cual se encuentra vinculado directamente a la dignidad humana, el desarrollo del país, y de importancia sobre intereses financieros. De la misma manera, en la Carta Magna se puede visualizar una transversalización de la salud.

Uno de los más grandes logros que ha tenido la Constitución del Ecuador en materia sanitaria es el establecimiento de la salud integral, sin discriminación y gratuita, la cual refleja un avance hacia la cobertura universal de este derecho, el cual se encuentra garantizado por el Estado y se lo vincula con el ejercicio de otros derechos fundamentales. De la misma manera incluye la promoción de la salud como prestaciones que el Estado debe garantizar:

“Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el Buen Vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios

de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.” (ECUADOR, 2008)

Se señala, también, la no discriminación para recibir servicios de salud, por ninguna condición y se presta especial atención a los grupos vulnerables, como niños, jóvenes, adultos mayores, mujeres embarazadas, enfermos catastróficos y personas con discapacidad. A cada uno de los mencionados grupos, se le designa una sección dentro del capítulo segundo “Derechos de las Personas y Grupos de Atención Priorizada” dentro de los Derechos del Buen Vivir. En estos textos se especifica el derecho a la salud, así como servicios especiales, dependiendo de la situación de cada grupo (ECUADOR, 2008).

Adicionalmente, el Artículo 362, aclara que los servicios de salud son universales y gratuitos, no pueden ser restrictivos y están dirigidos al nivel primario, secundario y especializado. A esto se incluye también la gratuidad de los tratamientos y medicamentos que sean necesarios para salvaguardar la salud de la población. En este mismo artículo se encuentra una de las innovaciones más importantes para la salud al declararla bien público.

El Artículo 365, el cual dicta *“Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia...”* representa un cambio de la mirada mercantilista que habría tenido la salud en los últimos tiempos, el cual es complementado con el Artículo 421 *“La aplicación de los instrumentos internacionales comerciales no menoscabará, directa o indirectamente, el derecho a la salud, el acceso a medicamentos, insumos, servicios, ni los avances científicos y tecnológicos.”* (ECUADOR, 2008)

En este mismo contexto se añade una de las preocupaciones más intensas del campo de la salud que existe en la comunidad internacional: el acceso a medicamentos:

“Art. 363.- Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.” (ECUADOR, 2008)

Este aspecto establecido en la Constitución demuestra además el compromiso del país a defender los derechos fundamentales sobre aquellos económicos.

Otro de los logros identificados en la Carta Magna, es el reforzamiento que se da al Sistema Nacional de Salud, a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, como institución rectora de la política de salud, así como del control y regulación de *todas* las actividades del sector. A esto se añade la inclusión dentro de la red pública de la salud, a los establecimientos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, así como otras unidades pertenecientes al Estado, como el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, el Hospital de la Policía entre otros:

“Art. 360.- ... La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.” (ECUADOR, 2008).

Dentro del régimen de desarrollo, la salud también ocupa un lugar dentro del texto de la Carta Magna. Se establece como uno de los objetivos de dicho régimen mejorar la calidad y esperanza de vida, así como la obligación del Estado de precautelar una alimentación saludable. En este mismo contexto, se vincula a la salud con determinantes sociales como la educación, el trabajo, y un entorno y ambiente saludable. Finalmente también incluye la obligación de garantizar la salud de los trabajadores y a salvaguardar su salud reproductiva a través de entornos seguros.

La Constitución del Ecuador de 2008 también cuenta con la inclusión de las adicciones como un problema de salud. En el 364, el Estado garantiza la implementación de programas de información, prevención, control, tratamiento y rehabilitación de los consumidores y se añade que los mismos no serán criminalizados y que sus derechos no serán quebrantados. En este mismo artículo se expresa que el Estado regulará la publicidad de alcohol y tabaco. Este mandato demuestra lo planteado por Keohane, sobre la variación en el comportamiento de los países, debido a la constitución de instituciones y regímenes internacionales. En este caso específico, en lo que respecta al Convenio Marco de Control de Tabaco, suscrito y ratificado por el Ecuador en el seno de la OMS.

En el ámbito del seguro social, la Constitución manda que éste es de carácter público e indica que no será posible su privatización. Adicionalmente, es un derecho universal y obligatorio para los trabajadores en relación de

dependencia y será extendido a la comunidad rural y a los familiares de los afiliados. En este campo, el Art. 369 señala que este seguro deberá cubrir

“contingencias de enfermedad, maternidad, paternidad, riesgos de trabajo, cesantía, desempleo, vejez, invalidez, discapacidad, muerte y aquellas que defina la ley. Las prestaciones de salud de las contingencias de enfermedad y maternidad se brindarán a través de la red pública integral de salud.” (ECUADOR, 2008)

En el ámbito de la salud, la Constitución plantea un espectro donde participan varios sectores, de la misma manera se puede visualizar un enfoque fundamental en el planteamiento del derecho de la salud, incluyendo principios de equidad, igualdad e inclusión social y, especialmente, brindando un marco que fortalece al Sistema Nacional de Salud (MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR, 2008).

2.2.2. La salud en el marco del Plan Nacional del Buen Vivir 2013 – 2017

En el ámbito específico de la planificación, la Constitución establece:

“El Estado planificará el desarrollo del país para garantizar el ejercicio de los derechos, la consecución de los objetivos del régimen de desarrollo y los principios consagrados en la Constitución. La planificación propiciará la equidad social y territorial, promoverá la concertación, y será participativa, descentralizada, desconcentrada y transparente.” (ECUADOR, 2008: 135)

Bajo este precepto, el Plan Nacional del Buen Vivir, ha planteado los objetivos estratégicos, donde existe intersectorialidad para su consecución y, en este modelo, el Ministerio de Salud tiene responsabilidad directa en tres objetivos, es corresponsable de siete y tiene observancia en ocho, de acuerdo a lo detallado en la tabla a continuación:

TABLA 1
RESPONSABILIDADES DEL MINSITERIO DE SALUD PÚBLICA DEL
ECUADOR, DE ACUERDO A LOS OBJETIVOS DEL PNBV 2013 – 2017

Objetivo dentro del PNBV 2013 - 2017		Responsable	Co - Responsable	Observancia
1	Consolidar el Estado democrático y la construcción del poder popular		x	x
2	Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad	x	x	x
3	Mejorar la calidad de vida de la población	x	x	x
4	Fortalecer las capacidades y potencialidades de la ciudadanía			x
5	Construir espacios de encuentro común y fortalecer la identidad nacional, las identidades diversas, la plurinacionalidad y la		x	x
6	Consolidar la transformación de la justicia y fortalecer la seguridad integral, en estricto respeto a los derechos humanos		x	
7	Garantizar los derechos de la naturaleza y promover la sostenibilidad ambiental territorial y global		x	x
8	Consolidar el sistema económico social y solidario, de forma sostenible			
9	Garantizar el trabajo digno en todas sus formas			x
10	Impulsar la transformación de la matriz productiva			
11	Asegurar la soberanía y eficiencia de los sectores estratégicos para la transformación industrial y tecnológica		x	x
12	Garantizar la soberanía y la paz, profundizar la inserción estratégica en el mundo y la integración latinoamericana	x		

Fuente: SENPLADES 2013

Elaborado por: De La Torre Ayora Daniel

Dentro de estos objetivos, la salud se encuentra directamente relacionada con el cumplimiento de diez políticas:

2.2 Garantizar la igualdad real en el acceso a servicios de salud y educación de calidad a personas y grupos que requieren especial consideración, por la persistencia de desigualdades, exclusión y discriminación

2.8 Garantizar la atención especializada durante el ciclo de vida a personas y grupos de atención prioritaria, en todo el territorio nacional, con corresponsabilidad entre el Estado, la sociedad y la familia

2.9 Garantizar el desarrollo integral de la primera infancia, a niños y niñas menores de 5 años

3.1 Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social

3.2 Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas

3.3 Garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud

3.4 Fortalecer y consolidar la salud intercultural, incorporando la medicina ancestral y alternativa al Sistema Nacional de Salud

3.5 Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas

3.6 Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas.

12.6 Fortalecer las relaciones fronterizas con una orientación al pleno ejercicio de derechos de las poblaciones (SENPLADES, 2013)

Si bien dentro del Plan Nacional del Buen Vivir, se detalla la inversión que hará el Ecuador a nivel intersectorial, este monto tendría 90% de participación en los campos de educación, salud, conocimiento y talento

humano. De la misma manera, el plan establece también un proyecto que permita relocalizar los servicios públicos, con el fin de hacerlos más accesibles a la ciudadanía. (CADENA RADIAL VISIÓN, 2013).

SENPLADES relaciona a la salud directamente con el principio de justicia social. Al respecto lo cataloga, junto a educación y trabajo, como la base primordial de esta orientación en la búsqueda de que los individuos puedan realizarse y que puedan ser iguales en sus interacciones. De la misma manera, el PNBV concibe al desarrollo más allá de su relacionamiento con el Producto Interno Bruto de los países, sino de una forma multidimensional y holística. En este punto, la salud está directamente relacionada con la dimensión 2 “Acceso universal a bienes superiores”, en el cual se une a otros determinantes sociales como educación, trabajo digno, vivienda y hábitat, a través de lo cual se establece que los seres humanos pueden encontrar la felicidad y una mejor calidad de vida (SENPLADES, 2009).

De la misma manera, las políticas en el ámbito de la salud están consideradas dentro de las políticas universalistas. Para esto, de acuerdo al PNBV, se han creado un significativo número de partidas presupuestarias y se ha presupuestado inversión para infraestructura, con el propósito de responder a la gratuidad de los servicios y al aumento de la jornada laboral de los médicos (a ocho horas por día) (SENPLADES, 2013).

Respecto a las políticas directamente relacionadas con el ámbito de la salud, el plan mira con especial cuidado los problemas de nutrición¹³, el embarazo adolescente¹⁴ y las enfermedades infectocontagiosas. Ante esto plantea crear programas de promoción de una dieta equilibrada, programas integrales de salud sexual, planteamiento de oportunidades laborales para adolescentes, medidas contra la discriminación y estrategias preventivas para hacer frente a amenazas ambientales¹⁵. Es importante tomar en cuenta que estos aspectos se relacionan directamente con los ODM, demostrando que el comportamiento de los Estados está influenciado por instituciones

¹³ La desnutrición infantil hace incrementar el riesgo a tener enfermedades, aumentando el riesgo de una muerte prematura. Este problema se da especialmente en países en desarrollo. (OMS, 2011).

¹⁴ De acuerdo a la OMS, a nivel mundial el riesgo de muertes en embarazos es cuatro veces más alto que en mujeres sobre los 20 años. Del mismo modo, la muerte neonatal sería un 50% mayor. Adicionalmente, los embarazos en adolescentes pueden convertirse en un círculo de pobreza al limitar su desenvolvimiento académico y económico. (OMS, 2009)

¹⁵ El cambio climático, la mala calidad del aire y del agua impactan sobre los determinantes de la salud y pueden prolongar las estaciones de enfermedades transmitidas por vectores, así como pueden modificar el área geográfica donde se ubican tradicionalmente (OMS, 2013)

internacionales, en este caso a través de un régimen específico, creado en su conjunto por los actores de las relaciones internacionales.

Dentro de la coordinación intersectorial, la salud se encuentra en el eje social, en el cual se relaciona con educación, saneamiento, vivienda, inclusión social, seguridad social, agua potable y deporte. Las políticas integrales en este campo buscan mejorar la calidad de vida de las personas. Por esta razón, dentro del presupuesto general del estado, se incrementó la inversión social (salud, educación, cultura, medio ambiente, seguridad) de USD\$147 en el año 2006 a USD\$299 en 2011. De la misma manera el presupuesto destinado a enfermedades raras y catastróficas llegó a USD\$ 80 millones en el año 2012, contrarrestando los USD\$ 4 millones invertidos en el año 2006 (VINUEZA, 2013).

En este sentido, la inversión asignada al Ministerio de Salud incrementó de USD\$ 633 millones en el año 2006 a USD\$3.654 millones en el año 2013. Esta situación sería posicionada como un resultado de las políticas integrales intersectoriales, la cual ha permitido responder al incremento de atenciones en salud, gracias a la gratuidad de este servicio (MALO, 2013).

2.2.3. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el Modelo de Desarrollo

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador publicó en noviembre de 2013 el nuevo Estatuto Orgánico Funcional de la institución, el cual establece la misión y visión de esta Cartera de Estado:

“Misión: Ejercer, como Autoridad Sanitaria Nacional, la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza, vigilancia de la salud pública, provisión de servicios de atención integral, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, Investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología y la articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud

Visión: Será la institución que plenamente ejerce la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad.” (MSP, 2013)

Con el propósito de cumplir lo estipulado en la Constitución del Ecuador de 2008, así como las metas planteadas en el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Nacional del Buen Vivir (2009 – 2013, 2013 – 2017), el Ministerio de Salud

entró en un proceso de reestructura, el cual inició en el año 2009, con la planificación territorial del sistema de salud. Este proceso, responde al Plan de Descentralización y Desconcentración de la SENPLADES, por lo cual se divide la gestión en nuevas zonas y elimina las Direcciones Provinciales de Salud para reemplazarlas por Direcciones Distritales. Estas últimas tendrían un campo geográfico de acción más corto, lo cual promovería una mejor respuesta a los requerimientos de salud (EL COMERCIO, 2011).

De la misma manera, en el contexto de la priorización brindada por el PNBV al eje social y al de la salud, el MSP implementó el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), cuyo objetivo es fortalecer la Atención Primaria en Salud y, de esta manera, propone destinar financiamiento para reforzar infraestructura, tecnología y talento humano, de modo que este nivel sea la primera puerta de entrada a la Red Pública Integral de Salud. Este proyecto guarda coherencia con la planificación territorial del país y se desarrolla en cuatro ejes:

- “1. Construcción y mejoramiento de la infraestructura, equipamiento y mobiliario de los servicios de salud.*
- 2. Mejorar la capacidad resolutive del Talento Humano.*
- 3. Implementación de un sistema informático único de información (Sistema informático para la gestión integral de salud – SIGIS).*
- 4. Definir el modelo de gestión de los establecimientos de salud.” (MSP, 2014)*

Este proyecto inició en el año 2012 y tiene según lo previsto llegará a cumplir con los resultados esperados en el año 2016. Dentro de los resultados esperados se encuentran: 851 centros de primer nivel de atención nuevos, 381 unidades de primer nivel de atención remodeladas/readecuadas, 1232 unidades de salud de atención primaria dotadas con equipo biomédico, informático y mobiliario a nivel nacional y 151 establecimientos tendrán sistema informático (MSP, 2014).

Para que esto sea posible, en el periodo 2007 – 2013, el presupuesto devengado por el Ministerio de Salud alcanzó los USD\$ 15 mil millones. Estos rubros han sido invertidos en infraestructura con la repotenciación de 12 hospitales emblemáticos y la construcción de 4 nuevos hospitales, la inauguración de dos centros de salud y 82 en construcción, el fortalecimiento del talento humano a través de 18.000 partidas presupuestarias creadas, 567

becas otorgadas para especialización médica y la incorporación de 1.850 Técnicos de Atención Primaria en Salud (MALO, 2013).

La inversión destinada al campo de la salud permitió también que esta cartera de estado realice la adquisición de ambulancias equipadas, lo cual generó que se aumente su capacidad resolutive por habitante, que anteriormente era de una unidad por cada 135.000 personas, llegando en el año 2013 a 35.000 (MSP, 2014).

Adicionalmente, se implementó el “Plan Ecuador Saludable Vuelvo por TI”, el cual busca atraer a profesionales de la salud que se encuentren en el exterior para fortalecer el Sistema de Salud Nacional. En este marco, han retornado 288 ecuatorianos y se han recibido 170 profesionales extranjeros que han sido integrados a la Red Pública Integral de Salud (MALO, 2013).

Por otro lado, en el contexto de accesibilidad universal y gratuita a los servicios de salud, el Ministerio ha logrado incrementar de 20 millones de atenciones en el año 2007 a 34 millones en el año 2011 (MSP, 2012). El año 2012 representó también un incremento adicional, al llegar las atenciones hospitalarias a 40 millones, y las atenciones preventivas pasaron de 5.000 millones a 10.000 millones (MSP, 2013). Esto guarda una coherencia con el MAIS, así como con la Declaración de Alma – Ata, logrando ver los primeros resultados de un sistema de salud basado en la atención primaria. Este Modelo de Atención representa un ejemplo significativo de cómo el Estado ha acogido una iniciativa que nace en el marco de la comunidad internacional, el cual responde a los intereses de los países para garantizar una óptima condición de salud de sus habitantes. Se evidencia que no existe un carácter impositivo en la Declaración de Alma - Ata, pero sí un fin cooperativo en beneficio de la salud.

Con el fin de brindar una mayor capacidad resolutive a nivel nacional, el Ministerio de Salud Pública estableció la articulación de los diferentes subsistemas de salud a nivel nacional, a través de la integración de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), la cual está conformada por todas las instituciones y establecimientos de salud pertenecientes a dicho portafolio, en conjunto con aquellos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y del Instituto de

Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL). Esta red fue constituida a través de un acuerdo marco interinstitucional, suscrito en abril del año 2011. Dentro de la operativización de este trabajo conjunto, el Ministerio de Salud Pública realizó el proceso de derivación que permitió resolver casi 90.000 atenciones, alcanzando un monto de más de USD \$250 millones (MSP, 2014).

El acceso a medicamentos ha demostrado ser parte importante de la política en salud. Dentro del PNBV, se establece la importancia y las políticas necesarias para lograr que las personas reciban medicamentos seguros y de calidad de forma oportuna. Pero adicionalmente, desde el Ejecutivo, mediante Decreto Ejecutivo Nro. 118 – 2009, el Presidente de la República declara al acceso a medicamentos como “interés público”. Gracias a estos preceptos, el Ministerio de Salud invirtió USD \$384 millones en el año 2013 para la adquisición de fármacos, investigación y sistemas de regulación y control de su entrega (MSP, 2014).

Por otro lado, en el periodo 2007 – 2013, se ha promovido el ejercicio de la rectoría del MSP como Autoridad Sanitaria Nacional (ASN) y como cabeza del Sistema Nacional de Salud (SNS). En el año 2012 mediante Decreto Ejecutivo Nro. 1290, se escindió el Instituto Nacional de Higiene Leopoldo Izquieta Pérez y se creó la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCOSA) y el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI), ambas instituciones adscritas al Ministerio de Salud. Asimismo el Ministerio de Salud Pública ostenta la presidencia del Directorio de la Empresa Pública de Fármacos (ENFARMA) y es miembro del Directorio del Instituto Ecuatoriano de Propiedad Intelectual (IEPI).

Dentro de su rectoría, esta Cartera de Estado en el año 2013, generó 9 Guías de Práctica Clínica¹⁶, 3 normas técnicas aplicables a nivel nacional y se encuentra en proceso de acreditación internacional de 44 unidades hospitalarias, a través de la ONG *Accreditation Canada* (MSP, 2014).

Finalmente, es importante recalcar que la aprobación de la Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco en el 2011, así como el

¹⁶ N.B. “Las Guías de Práctica Clínica son conjuntos de recomendaciones que ayudan, tanto al equipo de salud como a los pacientes y sus cuidadores, a tomar decisiones sobre su asistencia sanitaria en base a la mejor evidencia disponible.” (MSAL, s/f)

Reglamento Sanitario de Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano en el 2013, representa un hito significativo en el rol rector del Ministerio de Salud Pública, dado que ambos textos le atribuyen a este Portafolio la capacidad regulatoria y sancionadora a nivel nacional e intersectorial, en ambos casos en coherencia con el precepto constitucional de salvaguardar los intereses de salud sobre los asuntos comerciales.

2.3. El actuar internacional del Ecuador según su modelo de desarrollo

En el marco de la Constitución de 2008, así como en el Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 - 2013, el Ecuador plasma los lineamientos principales que sirven de guía para tener una visión de la política exterior. La rectoría de las relaciones internacionales es atribuida al Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana, el cual tiene la responsabilidad de ejecutar los principios de salvaguardar la paz, la seguridad y, entre otros, promover la integración latinoamericana.

Se analiza en este capítulo los preceptos planteados a nivel jurídico y de gestión de este portafolio, en el marco del modelo establecido por el país, en el cual se evidencia una relación directa con componentes tradicionales de las relaciones internacionales. Este apartado identifica el rol que juega la política exterior del país dentro de las normas y guías establecidas para brindar un insumo de análisis sobre la convergencia que podría existir entre este sector y el de la salud. Al mismo tiempo se analizar el rol que juegan las relaciones internacionales dentro del Plan Nacional para el Buen Vivir, en el cual se evidencian metas específicas para el Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana, así como otras en las cuales existe una atribución de corresponsabilidad, siendo varias de estas, en ambos grupos, convergentes con las que son atribuidas al sector salud.

2.3.1. La Constitución y la política exterior y relaciones internacionales

La Constitución de la República del Ecuador señala en el numeral 10 del artículo 147 que la definición de la política exterior es atribución del Presidente o Presidenta de la República. En este mismo sentido, la Carta Magna destina el Título VIII a la Relaciones Internacionales, dentro del cual (en

el mismo orden de redacción) se estipulan tres capítulos: principios, tratados e instrumentos internacionales e integración latinoamericana.

De acuerdo a los mandatos Constitucionales, el Ecuador se relaciona a nivel internacional en base a sus intereses, bajo principios que promulgan la ciudadanía universal, la defensa por los derechos humanos y el respeto por la soberanía y la independencia. Según el artículo 417, el Ecuador suscribirá instrumentos internacionales siempre que estos guarden coherencia con los principios pro ser humano, así como que no causen una restricción de derechos.

Un componente importante de la Constitución representa la reiteración de la promoción de una integración social y económica regional. En el artículo 416, se establece como uno de los intereses nacionales impulsar *“prioritariamente la integración política, cultural y económica de la región andina, de América del Sur y de Latinoamérica”* (ECUADOR, 2008), mientras que el artículo 423 eleva este interés a un objetivo estratégico del Estado. Como menciona Keohane dentro de la literatura referente al institucionalismo neoliberal, con el fin de cumplir con los intereses internos, los Estados crean estructuras que no están fundadas *per se* a través de instituciones como acuerdo, organismos o compromisos internacionales. La búsqueda de la integración es realizada a través de la constitución de instrumentos en los cuales los países (de forma jurídica o moralmente vinculantes) establecen su voluntad de trabajar en conjunto en pro de beneficios mutuos.

El numeral tercero del mismo artículo hace referencia a la importancia de promover derechos armonizados, al estipular:

“Art. 423.- (...) 3. Fortalecer la armonización de las legislaciones nacionales con énfasis en los derechos y regímenes laboral, migratorio, fronterizo, ambiental, social, educativo, cultural y de salud pública, de acuerdo con los principios de progresividad y de no regresividad.”

Mientras que el numeral 7 señala:

“Art. 423.- (...) 7. Favorecer la consolidación de organizaciones de carácter supranacional conformadas por Estados de América Latina y del Caribe, así como la suscripción de tratados y otros instrumentos internacionales de integración regional.”

Por otro lado, si bien en la Asamblea Constituyente se estableció un título dedicado a las relaciones internacionales, el texto de la Carta Magna establece de forma integral varios de sus principios de interacción con la comunidad internacional, donde sus planteamientos se expanden hacia la comunidad migrante, tanto de ecuatorianos en el exterior, como de extranjeros en el territorio nacional.

En este marco, el artículo 3 señala que dentro de las elecciones de la Función Legislativa, se contará con representantes de una circunscripción “especial”, la del exterior. Estos curules son ocupados por seis Asambleístas, los cuales están distribuidos de la siguiente manera: dos por la región europea, dos por Oceanía y Asia, dos por Estados Unidos y Canadá, y los dos restantes por el Caribe, Latinoamérica y África (ECUADOR, 2008).

En el ámbito migratorio, la Constitución de 2008 señala hitos a nivel de política exterior. Uno de ellos es el reconocimiento de la libre movilidad humana, para lo cual se señala que ninguna persona podrá ser identificada como ilegal por su condición migratoria. Al mismo tiempo, se establecen mecanismos mediante los cuales el Estado garantiza el goce efectivo de los derechos de los ecuatorianos que se encuentren en el exterior, para lo cual delega la responsabilidad a “*las entidades correspondientes*” para desarrollar acciones en beneficio de los migrantes.

En este contexto, dentro de los principios de las relaciones internacionales del Ecuador, la Constitución establece:

“Art. 416.- (...) 6. Propugna el principio de ciudadanía universal, la libre movilidad de todos los habitantes del planeta y el progresivo fin de la condición de extranjero como elemento transformador de las relaciones desiguales entre los países, especialmente Norte-Sur.”

De la misma manera, el Ecuador, a través del artículo 9 de su Constitución, garantiza los derechos a los no nacionales al establecer que “*Las personas extranjeras que se encuentren en el territorio ecuatoriano tendrán los mismos derechos y deberes que las ecuatorianas, de acuerdo con la Constitución.*” Este apartado demuestra un compromiso hacia la libre movilidad, no obstante genera también un nuevo reto para la sostenibilidad del modelo de desarrollo.

Respecto al acceso a patrocinio y defensa, la Carta Magna establece como órgano del derecho público a la Defensoría del Pueblo, la cual según al artículo 214 tendrá representantes a nivel nacional y también en el exterior y, en el artículo 215 la Constitución manda que esta institución tiene la función de proteger a los ecuatorianos que se encuentren dentro y fuera del territorio nacional.

En el ámbito económico, en el numeral 5 del artículo 261 se estipula que el Estado tiene la atribución de establecer la política de comercio exterior. Así mismo, el artículo 419 manda que será la Asamblea Nacional la función a cargo de la ratificación o denuncia de aquellos instrumentos que comprometan la política económica del país, a lo cual se añade el artículo 422, en el que se indica que estará prohibida la celebración de tratados cuyas controversias comerciales o contractuales puedan ser ventiladas en espacios de arbitraje internacional, a excepción de los mecanismos arbitrales regionales. En este campo, el numeral 12 del artículo 416 establece que para la consecución de los intereses del Estado, el cual:

“Fomenta un nuevo sistema de comercio e inversión entre los Estados que se sustente en la justicia, la solidaridad, la complementariedad, la creación de mecanismos de control internacional a las corporaciones multinacionales y el establecimiento de un sistema financiero internacional, justo, transparente y equitativo. Rechaza que controversias con empresas privadas extranjeras se conviertan en conflictos entre Estados.”

Este artículo demuestra la voluntad constitucional de promover la institucionalización de sistemas de crecimiento conjunto entre los pueblos, los cuales de forma cooperativa respondan al bienestar mutuo de las diferentes partes.

Respecto al ámbito social, el Ecuador reconoce, de acuerdo al artículo 371, la afiliación voluntaria a la seguridad social, para lo cual plantea que el Estado estimulará la aportación al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) asegurando la prestación de contingencias.

En el ámbito jerárquico de la norma, el artículo 425 establece la supremacía de los tratados internacionales únicamente después de la Constitución del Ecuador. A pesar de ello, la Carta Magna señala que aquellos

derechos enmarcados en instrumentos internacionales, que sean más favorables que los planteados en la Constitución prevalecerán.

En este mismo contexto, el artículo 426 de la Carta Magna manda:

“Los derechos consagrados en la Constitución y los instrumentos internacionales de derechos humanos serán de inmediato cumplimiento y aplicación. No podrá alegarse falta de ley o desconocimiento de las normas para justificar la vulneración de los derechos y garantías establecidos en la Constitución, para desechar la acción interpuesta en su defensa, ni para negar el reconocimiento de tales derechos.”

2.3.2. La comunidad internacional y el modelo de desarrollo ecuatoriano

El Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 – 2017, señala expresamente cinco ejes fundamentales del pacto social del Ecuador. Dentro de ellos se establece como componente *“la recuperación de la noción de soberanía popular, económica, territorial, alimentaria, energética, y en las relaciones internacionales”* (SENPLADES, 2013).

Este documento, dentro del capítulo cuarto, hace mención a la crisis internacional, en el cual señala los efectos que tuvo dicho fenómeno a nivel social y a nivel económico para el país. En este contexto, se señala que como consecuencia de ello se vio la necesidad de fortalecer la integración regional a través de organismos y mecanismos de articulación internacional, dentro de los cuales los pueblos latinoamericanos han encontrado la posibilidad de hacer frente al modelo hegemónico. Ante esto, el Plan indica la acción emprendida y la importancia de la diversificación de las relaciones internacionales, profundizando aquellas que tienen un contexto regional (SENPLADES, 2013). Se puede evidenciar que, en un momento de crisis, la alternativa identificada fue el estrechamiento de relaciones entre países para favorecer la estabilidad interna, a través de la integración y espacios internacionales, constituidos e institucionalizados por los países como una herramienta de cooperación conjunta.

En este sentido, el Ecuador presenta cinco propuestas que han sido promovidas por el país, como aporte para el desarrollo de los pueblos de la región: el Banco del Sur, la conformación del Fondo del Sur, el Sistema Unificado de Compensaciones Regionales (SUCRE), la constitución de bienes públicos regionales y la gestión estratégica de los recursos naturales. Todas

estas acciones se enmarcan en la colaboración conjunta para coadyuvar a la liquidez y preservación del patrimonio natural y cultural de los países latinoamericanos (SENPLADES, 2013). De acuerdo a Keohane las instituciones internacionales generadas para promover el cumplimiento de metas comunes pueden tener diferentes dimensiones, como el grado de aceptación de las mismas, el grado de reglamentación, hasta la influencia que éstas tienen sobre los actores. Se puede evidenciar que los mecanismos estipulados en el PNBV responden a intereses de distintos tipos, pero todos buscan una acción conjunta de la comunidad regional para el desarrollo.

En concordancia con los principios Constitucionales de paz, soberanía e integración, el PNBV plantea una acción internacional justa y solidaria, donde la cooperación es enfocada como un trabajo complementario. En este marco, promueve la construcción de una gobernanza en el ámbito exterior, que deje de lado la polaridad tradicional, donde Latinoamérica se pueda establecer como bloque y posicione acciones políticas y económicas significativas en su interacción con la comunidad internacional (SENPLADES, 2013). Tal como se plantea dentro del institucionalismo neoliberal, a pesar de las discordias existentes, los países tienen intereses compartidos, los cuales evidencian la necesidad de establecer lazos de cooperación para promover un beneficio mutuo.

En este contexto, el PNBV 2013 – 2017 le atribuye al Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana la responsabilidad directa de cuatro de sus doce objetivos estratégicos, la corresponsabilidad en once y la observancia en seis:

TABLA 2
RESPONSABILIDADES DEL MINSITERIO DE RELACIONES EXTERIORES,
DE ACUERDO A LOS OBJETIVOS DEL PNBV 2013 – 2017

	Objetivo dentro del PNBV 2013 - 2017	Responsable	Co - Responsable	Observancia
1	Consolidar el Estado democrático y la construcción del poder popular		x	x
2	Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad	x	x	x
3	Mejorar la calidad de vida de la población		x	x
4	Fortalecer las capacidades y potencialidades de la ciudadanía			
5	Construir espacios de encuentro común y fortalecer la identidad nacional, las identidades diversas, la plurinacionalidad y la		x	x
6	Consolidar la transformación de la justicia y fortalecer la seguridad integral, en estricto respeto a los derechos humanos	x	x	
7	Garantizar los derechos de la naturaleza y promover la sostenibilidad ambiental territorial y global		x	x
8	Consolidar el sistema económico social y solidario, de forma sostenible		x	x
9	Garantizar el trabajo digno en todas sus formas		x	
10	Impulsar la transformación de la matriz productiva	x	x	
11	Asegurar la soberanía y eficiencia de los sectores estratégicos para la transformación industrial y tecnológica		x	
12	Garantizar la soberanía y la paz, profundizar la inserción estratégica en el mundo y la integración latinoamericana	x	x	

Fuente: SENPLADES 2013

Elaborado por: De La Torre Ayora Daniel

Como se puede observar, el PNBV establece que el MREMH tiene responsabilidad en aquellos objetivos directamente relacionados con asuntos tradicionales de las relaciones internacionales como lo son soberanía, paz, seguridad y asuntos económicos. Vale recalcar la responsabilidad en el marco de la cohesión social e inclusión, así como la corresponsabilidad en prácticamente todos los objetivos estratégicos.

Dentro del ámbito de la planificación, el PNBV propone a las instituciones públicas que su trabajo sea coherente con los principios plasmados en la Constitución, así como con los instrumentos internacionales de derechos humanos. De la misma manera, señala la importancia de contar con una participación ciudadana que promueva la inserción del país y sus habitantes en el contexto internacional, en pro de un cambio de la arquitectura financiera mundial. De este modo el plan se alinea a lo establecido por Keohane en referencia a la variación del comportamiento de los Estados en base a los regímenes internacionales generados.

En este mismo marco, el PNBV plantea la necesidad que tiene el país para reducir la dependencia internacional, para lo cual, a través del

establecimiento de una planificación de una nueva matriz productiva, propone el desarrollo de capacidades de producción nacional, donde se profundicen las relaciones comerciales regionales y se promueva la creación de valor agregado a la producción nacional. Como consecuencia de ello, y en el contexto de las competencias atribuidas al Estado mediante la Constitución, se establece dentro de la política 8.6. *"Mantener la estabilidad biofísica de los flujos económicos, la planificación, regulación y control de los flujos de comercio exterior"* (SENPLADES, 2013). A pesar de plantear una disminución de la dependencia económica internacional, el plan reconoce la necesidad de profundizar las relaciones internacionales, lo cual evidencia un reconocimiento de que los Estados toman sus decisiones en base a sus intereses, pero en concordancia con el comportamiento de los demás actores de la comunidad internacional.

Como estrategia para cumplir con los mandatos constitucionales referentes a la movilidad humana, el PNBV también plantea objetivos y políticas. Para ello, dentro del objetivo 2, señala varias acciones a ser implementadas, entre ellas se encuentra la promoción de la regularización del estatus migratorio de ecuatorianos en el exterior, el fortalecimiento de un sistema de protección de los ciudadanos extranjeros en territorio nacional, el planteamiento de mecanismos que generen inclusión económica y social para ciudadanos en situación de movilidad humana y acciones encaminadas a luchar contra la discriminación de ecuatorianos en el exterior y de extranjeros en el Ecuador (SENPLADES, 2013).

Dentro de uno de los ejes principales del plan, se encuentra el fortalecimiento del talento humano. En este campo, en su objetivo noveno, el PNBV toma en consideración las relaciones internacionales para promover el uso de tecnologías de la información y comunicaciones para generar programas de capacitación que permita desarrollar conocimientos y habilidades de los ciudadanos ecuatorianos. Este es un claro ejemplo de la necesidad de un marco cooperativo para cumplir los objetivos internos del Estado.

No obstante de lo antes visto, uno de los componentes de gestión internacional más significativos del plan se encuentra dentro del contexto del cambio de la matriz productiva. Esto se apoya en la recepción de expertos internacionales para el desarrollo de capacidades y formación. Con estas estrategias, el PNBV plantea la meta de llegar al 50% de exportaciones

basadas en productos no petroleros, con componentes de tecnología baja, media y alta. Al mismo tiempo, busca reducir las importaciones de productos básicos, de USD \$2.616 millones en 2012 a USD \$1.558 millones para el año 2017 (SENPLADES, 2013).

Para estos fines el PNBV establece la necesidad de direccionar la cooperación internacional al cumplimiento de los objetivos planteados por el pueblo ecuatoriano. De este modo el literal d. de la política 12.2 propone *“Fomentar alianzas estratégicas para garantizar los intereses de la política exterior ecuatoriana.”*

2.3.3. El ejercicio de la política exterior del Ecuador

De acuerdo a Rafael Calduch (1993), la política exterior de un país si bien tiene un carácter estatal, es el resultado de una suerte de influencias basadas en intereses, que nacen desde las diferentes instituciones nacionales. En este sentido, se definen los objetivos que un Estado plantea para su interacción con la comunidad internacional. A esto se puede añadir la reflexión de Robert Keohane, quien menciona que la política exterior se basa en los intereses internos (KEOHANE, 1988).

En el caso ecuatoriano, el Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana es la institución rectora de la política exterior, de acuerdo a lo establecido en su misión:

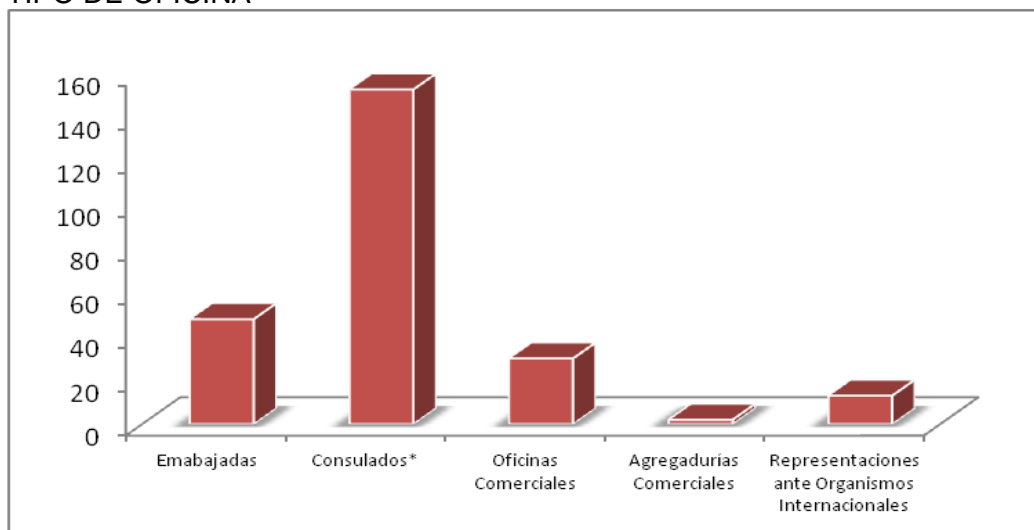
“El Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana(MREMH) es el rector de la política internacional y es responsable de la gestión y coordinación de la misma, la integración latinoamericana y la movilidad humana, respondiendo a los intereses del pueblo ecuatoriano, al que le rendirá cuentas de sus decisiones y acciones en cumplimiento de los principios constitucionales y de las normas del derecho internacional, en el marco de los planes nacionales de desarrollo.” (MREMH, s/f)

Dentro de su accionar, esta cartera de estado cuenta con el Viceministerio de Movilidad Humana, el Viceministerio de Relaciones Exteriores e Integración Política y el Viceministerio de Gestión Interna. Adicionalmente, subordinadas a esta institución se encuentran dos entidades adscritas: la Secretaría Técnica de Cooperación Internacional (SETECI) y Pro Ecuador.

A nivel internacional, esta cartera de Estado cuenta con 216 oficinas en los cinco continentes entre Embajadas, Consulados y Representaciones del

Ecuador ante Organismos Internacionales. Adicionalmente, las Oficinas Comerciales del país ascienden a 30 (MREMH, 2015):

GRÁFICO 2
NÚMERO REPRESENTACIONES DEL ECUADOR EN EL EXTERIOR POR TIPO DE OFICINA



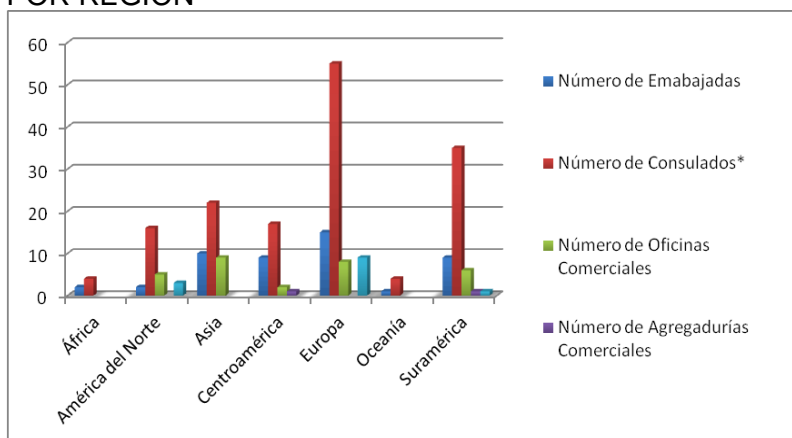
Fuente: Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana

Elaborado por: Daniel De La Torre Ayora

* Incluye el número Consulados, Agencias Consulares, Secciones Consulares y Consulados Ad-Honorem

Al analizar la participación de estas representaciones a nivel geográfico, se evidencia que la región donde se encuentran ubicadas la mayor parte de estas oficinas es Europa (87), seguida de Suramérica (52) y Asia (41), tal como se puede observar en el siguiente gráfico:

GRÁFICO 3
NÚMERO DE REPRESENTACIONES DEL ECUADOR EN EL EXTERIOR - POR REGIÓN



Fuente: Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana

Elaborado por: Daniel De La Torre Ayora

* Incluye Consulados, Agencias Consulares, Secciones Consulares y Consulados Ad-Honorem

Según su estructura, el MREMH plantea dos ejes estratégicos, el primero en el campo de las relaciones internacionales e integración política, dentro del cual señala como principales ámbitos:

- *“Contribuir a alcanzar la integración latinoamericana creando mecanismos que permitan consolidar un bloque político, económico y cultural que confiera a América Latina y al Caribe su peso específico en el concierto mundial.*
- *Definir una política exterior basada en el multilateralismo y en la libre determinación de los pueblos.*
- *Avanzar hacia la sustentabilidad ambiental del planeta fundamentada en relaciones internacionales responsables y solidarias.*
- *Definir y articular la política bilateral en el marco de los planes nacionales de desarrollo, promoviendo la inserción soberana de Ecuador en la comunidad internacional.” (MREMH, s/f)*

Por otro lado, establece el eje de movilidad humana donde sus estrategias son:

- *“Promover la libre movilidad de los seres humanos y la plena vigencia de los derechos humanos.*
- *Lograr que los servicios que brinda el MREMH sean de calidad, eficientes y accesibles para todos los ciudadanos.” (MREMH, s/f)*

En este marco, el rector de las relaciones internacionales del país ha establecido sus objetivos en el marco de la política exterior basada en cinco componentes: política multilateral, tratados, medio ambiente y cambio climático, el Ecuador y la CONVEMAR y la candidatura a Organismos Internacionales. A la vez, dentro del primer campo se desglosan las acciones en el marco de algunas (no todas) las agencias del Sistema de Naciones Unidas, Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC), Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA), Foro de Cooperación América del Sur África (ASA), Foro de Cooperación de América Latina y Asia del Este (FOCALAE), Organismos Especializados y Derechos Humanos. (MREMH, s/f). En este sentido, de las Representaciones Internacionales del Ecuador ante Organismos Internacionales, mencionadas en los gráficos anteriores, el país tiene las siguientes:

- Organización de Aviación Civil Internacional (OACI)
- Organización de las Naciones Unidas (ONU)
- Organización de los Estados Americanos (OEA)
- Asociación Latinoamericana para la Integración (ALADI)
- Oficina de la ONU con Sede en Viena (ONUUV)
- Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA)

- Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI)
- Secretaría Técnica Provisional de la Comisión Preparatoria de la Organización del Tratado de Prohibición Completa de Ensayos Nucleares (CTBTO)
- Unión Europea (EU), Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO)
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura (UNESCO)
- Oficina y Organismos Especializados de la Organización de las Naciones Unidas
- Organización Mundial del Comercio (OMC)

Actualmente, la política exterior del Ecuador no se encuentra plasmada en un documento consolidado. La última publicación integral de un plan en este campo, fue presentado en el año 2006, denominado PLANEX (Plan Nacional de Política Exterior). Este instrumento contaba con 10 objetivos estratégicos, enmarcados en la defensa de la soberanía nacional, la promoción de un orden económico justo, la protección de los ciudadanos a nivel interno y aquellos que se encuentran en el exterior, el respeto por los tratados internacionales, la búsqueda del cumplimiento de los ODM, entre otros (MRE, 2006).

Posteriormente, en el año 2007 el Ministerio de Relaciones Exteriores, presenta el Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2010: Política Exterior, el cual señala que recoge los esfuerzos alcanzados en el PLANEX y se le añade la visión ideológica del gobierno actual (MRECI, 2007). Este documento guarda coherencia con el Plan Nacional de Desarrollo y dentro de sus planteamientos establece siete objetivos para el periodo 2007 – 2010:

1. Fortalecer la soberanía, la integridad territorial y el ejercicio de los derechos soberanos.
2. Apoyar la vigencia del derecho internacional, en especial en los temas de los derechos humanos y el ambiente.
3. Coadyuvar a la promoción y protección de los derechos de los ecuatorianos en el exterior.
4. Robustecer la posición del Ecuador en la economía internacional.
5. Alinear la política exterior con la política interna y rendir cuentas a los ciudadanos.
6. Adecuar la cooperación internacional como complemento de la inversión social, productiva y ambiental.
7. Propiciar las sanciones a la delincuencia transnacional organizada. (MRECI, 2007)

Cada objetivo está compuesto por líneas de acción y el planteamiento de programas, de los cuales, los cuales presentan un acercamiento teórico, no obstante queda pendiente la presentación de metas medibles.

Por otro lado, se puede evidenciar que ambos documentos recogen a nivel general intereses internos, especialmente aquellos relacionados a la seguridad nacional, movilidad humana y protección a ciudadanos ecuatorianos. Sin embargo, la presentación de los objetivos sectoriales, en base a los cuales se determinan las metas no se encuentran especificadas a profundidad.

Al analizar lo anteriormente expuesto, se observa que el modelo de desarrollo planteado por el país reconoce la importancia del sector social, entre ellos la salud, por lo cual el país ha destinado recursos financieros y políticos al fortalecimiento de este sector, incluyendo su importancia dentro del contexto constitucional y en su estrategia de planificación para el desarrollo. De la misma manera, a nivel político, en el marco de los mandatos y metas a nivel internacional, el contexto normativo reconoce la importancia de la salud y del bienestar social como base de las relaciones internacionales, señalando la importancia de contar con mecanismos de integración y cooperación que persigan estos mismos fines y sean complementarios con las metas del país.

CAPÍTULO III RELACIONAMIENTO INTERNACIONAL DEL ECUADOR EN EL ÁREA DE SALUD

3.1. La cooperación internacional en salud

Este subcapítulo demuestra el dinamismo con el cual el Ecuador se desenvuelve a nivel internacional en el ámbito de la salud, a través de la cooperación y relaciones internacionales bilaterales y multilaterales, así como la intensificación de la articulación fronteriza en el ámbito sanitario. Al revisar los datos presentados se puede observar un número significativo de actividades de interacción con actores internacionales, mismos que son gestionados por el Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales.

De igual manera este apartado presenta información sobre los mecanismos a través de los cuales el Ecuador establece relacionamiento con la comunidad internacional, como lo es la Cancillería, la SETECI y las representaciones del país en el extranjero. Se evidencia entonces una falta de articulación entre los sectores, lo cual podría ser potencializado para promover una participación integral del país en el exterior.

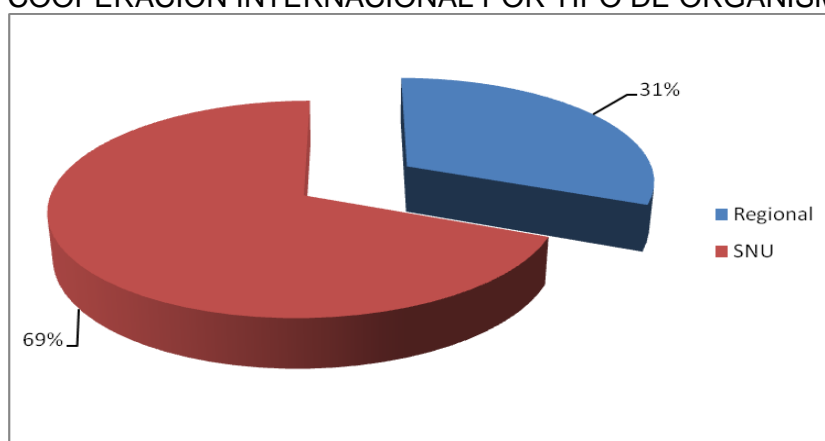
3.1.1. Cooperación multilateral

A nivel multilateral, el Ecuador se relaciona con diversos organismos y mecanismos de integración regional. Al ser miembro de la Organización de Naciones Unidas, el país se relaciona con las agencias y oficinas especializadas dentro de las cuales, en el ámbito de la salud, se cuenta con cooperación y emprendimiento de proyectos con la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud como el establecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud mencionado en el capítulo II o el desarrollo de la regulación referente al etiquetado de alimento; con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), mediante la capacitación y asesoría técnica para el planteamiento de estrategias que promuevan la prevención y tratamiento con personas contagiadas; con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en la adquisición de métodos anticonceptivos; con el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en lo referente a acciones para prevenir la muerte neonatal.

A pesar de ello, existen otras instancias del Sistema de Naciones Unidas en donde se abordan temas referentes a salud, como lo son la Asamblea General y en el Consejo Económico y Social, Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial del Comercio (OMC), la Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), el Organismo Internacional de Energía Atómica (IAEA), el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), el Banco Mundial, entre otras.

Por otro lado, el Ecuador dentro de la participación que ha tenido a nivel internacional es signatario de otros mecanismos de integración, como la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA), Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC), entre otros, los cuales dentro de su gestión han constituido espacios para el diálogo, discusión y emprendimiento de acciones sanitarias. Así encontramos el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS – UNASUR), el proyecto ALBAMED, el cual busca promover el acceso a medicamentos de calidad y a precios asequibles (FIGUERAS, 2011), y el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unahue (ORAS – COHU).

GRÁFICO 4
PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS O ACTIVIDADES DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL POR TIPO DE ORGANISMO



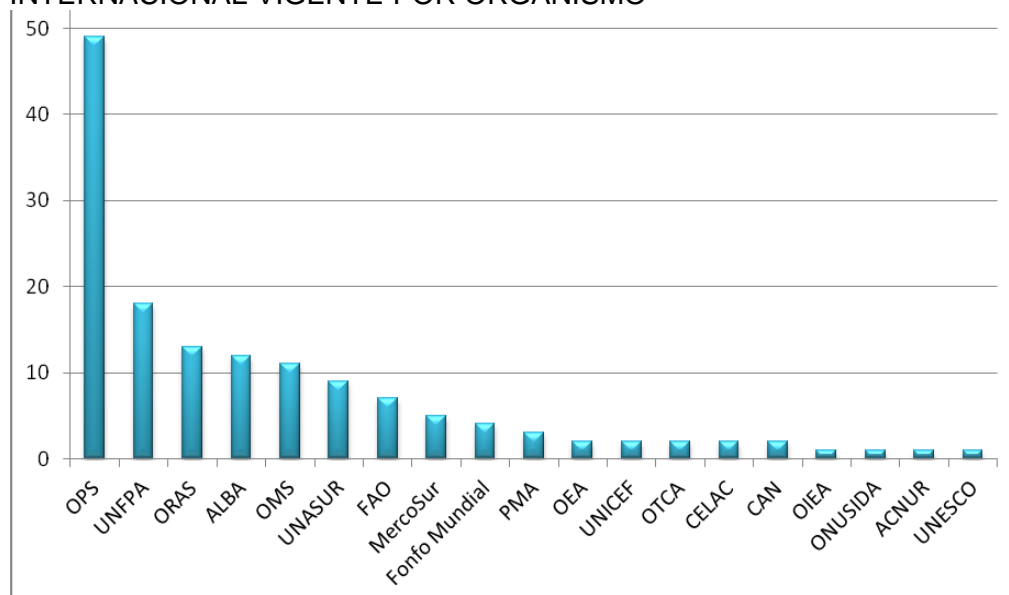
Fuente: Matrices de seguimiento de la DNCRI
Elaborado por: Daniel De La Torre Ayora

La institución que representa al Ecuador en los espacios internacionales de este ámbito es el Ministerio de Salud Pública. De acuerdo a las matrices de

seguimiento de la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales, se encuentran vigentes actividades de relacionamiento y cooperación con 19 contra partes activas nivel multilateral, de los cuales 7 son mecanismos de integración regional y los 11 restantes corresponden a organismos dentro del Sistema de Naciones Unidas.

De esta interrelación, se observa que esta Dirección monitorea 145 actividades emprendidas, siendo la Organización Panamericana de la Salud aquella institución con la que existe una mayor actividad:

GRÁFICO 5
NÚMERO DE ACTIVIDADES DE COOPERACIÓN Y RELACIONAMIENTO INTERNACIONAL VIGENTE POR ORGANISMO



Fuente: Matrices de seguimiento de la DNCRI
 Elaborado por: Daniel De La Torre Ayora

De la búsqueda realizada se encuentran datos publicados por SETECI en el año 2011, de los cuales se desprende que la cooperación multilateral, a nivel nacional, representa el 32,61% de la colaboración que recibe el país. En el campo de la salud este tipo de cooperación representa el 10% y la cooperación proveniente de organismos regionales cuenta con un 1% de participación (SETECI, 2011). No obstante es importante recalcar que las cifras proporcionadas por esta institución son una sumatoria de todos los montos invertidos en el país. Es necesario contar con la información que permita definir exactamente cuál es el porcentaje ejecutado por el Ministerio de Salud Pública.

A pesar de encontrar montos de cooperación, se puede conocer la relación del Ministerio de Salud, con su máximo cooperante técnico, OPS, a través de ciertas acciones implementadas. De esta manera, se observa que en el año 2009 la OPS/OMS y esta cartera de Estado elaboraron la Estrategia de Cooperación País de la OPS/OMS en Ecuador para el periodo correspondiente a los años 2010 – 2014.

Este documento hace referencia a la importancia que el Gobierno ha brindado al campo de la salud a nivel jurídico, político y financiero y, en este marco, se establece, de forma conjunta entre la OPS/OMS y el Ministerio de Salud Pública nueve prioridades estratégicas para el desarrollo de actividades y acciones de cooperación internacional:

1. *"Apoyo al desarrollo del marco jurídico, normativo y de políticas (...) con el propósito de alcanzar las metas de acceso universal en salud con gratuidad progresiva.*
2. *Apoyo al proceso de Transformación Sectorial en Salud como eje orientador y articulador de las acciones de salud (...)*
3. *Fortalecimiento de los procesos administrativos y de gestión del Ministerio de Salud Pública, (...) que contribuya al logro de los objetivos de la Transformación Sectorial en Salud.*
4. *Impulsar la construcción, desarrollo y consolidación de las Redes Integradas de Prestadores Públicos (...) con énfasis en población vulnerable.*
5. *Impulso al desarrollo de un nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, en el marco de la estrategia de Atención Primaria renovada (...)*
6. *Fomentar, facilitar y mediar la alineación de los procesos formativos de RRHH con las necesidades de la Transformación del Sector Salud (...).*
7. *Desarrollar y fortalecer la capacidad del Sector Salud y de otros Sectores e Instituciones en el control de riesgos ambientales, el desarrollo de espacios saludables, preparativos frente a las emergencias y desastres y, la gestión de riesgos (...) con el fin de mejorar las condiciones de vida, ambientales y de salud y el logro de los ODM.*
8. *Fortalecer la capacidad institucional para la promoción, prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles (...).*
9. *Fortalecer la capacidad institucional para la transversalización del enfoque de género e interculturalidad en las políticas y los programas del sector salud (...)."* (MSP & OPS/OMS, 2009).

Estos ejes se encuentran amparados en el ámbito de la transformación del sector salud, la asistencia técnica en el fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria nacional, fortalecimiento de los recursos humanos en salud, trabajo intersectorial, apoyo en la implementación de un modelo atención en salud, entre otras (MSP & OPS/OMS, 2009).

Se puede evidenciar que la cooperación de una institución de cooperación ha beneficiado a la creación e implementación de planes del Gobierno, como el establecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud, publicado por el Ministerio de Salud Pública en diciembre de 2012, el cual

representa la base en la cual se implementan las acciones de salud a nivel político, administrativo, jurídico y operativo.

3.1.2. Cooperación Bilateral

La cooperación internacional del Ecuador se articula con el trabajo y planificación local a través de la Secretaría Técnica de Cooperación Internacional – SETECI. Esta institución es adscrita al Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana y *“trabaja en la profesionalización e inserción de la gestión soberana de la Cooperación Internacional en la estructura del Estado (...)”* (SETECI, 2011).

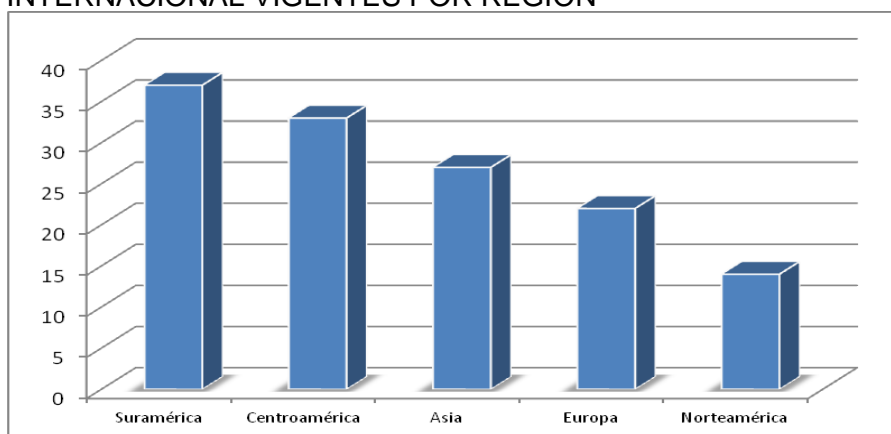
De acuerdo a las últimas cifras publicadas por esta institución, el sector de la salud representó, en el año 2010, el cuarto campo al cual se destina la cooperación internacional no reembolsable, con un 7,76% de participación en número de proyectos (113) y 7,78% en términos monetarios (USD \$28.985.223,14), después de los sectores de desarrollo social (21,40% y 21,87% respectivamente), educación (10,47% y 15,48%) y ambiente (17,18% y 14,22%) (SETECI, 2011).

Según la SETECI, la cooperación financiera no reembolsable representa el 50% de participación, seguida por la cooperación financiera no reembolsable/técnica – 22%, el canje de deuda con un 16%, y la cooperación netamente técnica con el 12%. De todas estas actividades se estima que el 32% proviene de organismos bilaterales oficiales y el 52% de ONG registradas en el país. En este marco, se evidencia que aproximadamente el 31% de esta cooperación es ejecutada por el Gobierno Central del Ecuador.

Por su lado, el Ministerio de Salud Pública gestiona su relacionamiento con el exterior a través de la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales, la cual cuenta al momento, a nivel bilateral, con un portafolio de 25 contra partes extranjeras activas en términos de cooperación no reembolsable y con cuatro actores adicionales en el marco de financiamiento externo. De estas negociaciones se desprenden aproximadamente 60 instrumentos internacionales suscritos.

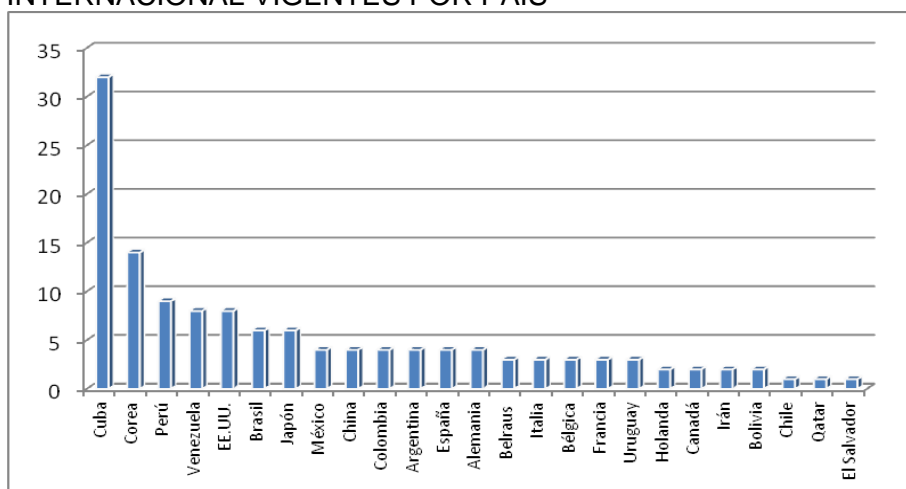
De la información recopilada a través de las matrices de seguimiento de de la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales, se observa que esta maneja y monitorea cerca de 130 actividades vigentes a nivel bilateral. De estas, la contraparte oficial bilateral, con la cual el Ministerio de Salud Pública cuenta con mayor interacción es la República de Cuba (32), seguido de Corea (14), Perú (9) y Estados Unidos y Venezuela con 8 actividades respectivamente. A pesar de que entre estos cinco países solo uno se encuentra en la región suramericana, esta parte del continente representa la más activa (como región) en la interacción internacional, con 37 emprendimientos, seguida por Centroamérica con 33 y Asia con 27. Europa con 23 y Norteamérica con 16.

GRÁFICO 6
NÚMERO DE ACTIVIDADES DE COOPERACIÓN Y RELACIONAMIENTO INTERNACIONAL VIGENTES POR REGIÓN



Fuente: Matrices de seguimiento de la DNCRI
 Elaborado por: Daniel De La Torre Ayora

GRÁFICO 7
NÚMERO DE ACTIVIDADES DE COOPERACIÓN Y RELACIONAMIENTO INTERNACIONAL VIGENTES POR PAÍS



Fuente: Matrices de seguimiento de la DNCRI
 Elaborado por: Daniel De La Torre Ayora

De la misma manera, de acuerdo al objeto de las diferentes actividades emprendidas, se evidencia que la cooperación en la que participa el Ministerio de Salud tiene una gran participación de cooperación técnica, a través de intercambio de experiencias y asistencia técnica, formación y capacitación del talento humano e intercambio de profesionales de la salud. A nivel regional, se brinda especial atención a aquellos proyectos de los cuales los países amigos cuentan con experiencias positivas y buenas prácticas, como por ejemplo los emprendidos con Brasil en el marco del fortalecimiento de la nutrición en niños, estrategias para el acceso a medicamentos y vigilancia sanitaria (LUNA, 2015).

En el ámbito financiero, actualmente no existe en el Ministerio de Salud Pública información consolidada sobre el monto total de la cooperación brindada y la cooperación recibida, no obstante de acuerdo a la SETECI, en el año 2010, de los montos de cooperación que recibió el país para el sector de la salud, el 16,44% provinieron de España.

En el campo de la oferta de cooperación, el Ecuador ha dejado de ser un receptor, al contar con experiencias exitosas de programas implementados, los cuales pueden ser compartidos con aquellos países que así lo requieran. En el Catálogo de Asistencia Técnica Ecuatoriana: 2013, publicado por dicha institución, el Ministerio de Salud Pública posiciona la posibilidad de brindar asesoría en desarrollo e implementación de modelos de gestión y modelos de atención para los servicios de salud pública; así como apoyo para el control de enfermedades zoonóticas.

Esta cooperación se puede brindar a través de las modalidades de asistencia técnica y de capacitación, para lo cual el país cuenta con instrumentos de apoyo como el Modelo de Gestión, el Modelo de Atención Integral, instructivos y manuales técnicos.

De acuerdo a la SETECI, aproximadamente el 50% de la cooperación internacional es dedicado a otros sectores, sin embargo las tres principales (desarrollo social, educación y ambiente) son consideradas determinantes sociales de la salud, por lo cual su impacto repercute directa e indirectamente en las actividades sanitarias y, en este sentido, se observa la importancia de contar con instituciones de cooperación a nivel interno y externo que potencialicen las acciones emprendidas por las diferentes instituciones con el

propósito de que todas ellas se integren y se pueda obtener mejores resultados, en el marco del cumplimiento de las metas de desarrollo de cada una y en base a sus objetivos estratégicos que se encuentran interrelacionados.

La SETECI representa una posibilidad de contar con este tipo de espacios, toda vez que representa un vínculo importante entre las entidades locales y los organismos del exterior. La generación de una institución de estas características demuestra que debido a las interacciones a nivel internacional los países crean instituciones que varían su comportamiento, en este caso específico, sobre cómo el Ecuador se relaciona a nivel internacional con los cooperantes.

3.1.3. Cooperación Fronteriza

Uno de los componentes tradicionales de las relaciones internacionales es la seguridad de los pueblos. En este sentido la protección fronteriza representa un eje primordial. El Ecuador firmó el “Acuerdo de la Paz” con la República de Perú el 26 de octubre de 1998, en este sentido ambos países suscriben el Acuerdo Amplio de Integración Fronteriza, Desarrollo y Vecindad mediante el cual se comprometen a encaminar acciones conjuntas para el desarrollo de los pueblos (PLAN BINACIONAL, s/f).

En este marco, a partir del año 2007 se lleva a cabo, de forma anual, el Encuentro Presidencial y Gabinete Binacional de Ministros de Ecuador y Perú, ocasión en la cual se presentan los avances y nuevos proyectos a desarrollarse de forma conjunta por ambos países. De estos encuentros se alcanza una declaración presidencial en la cual se resumen los logros y desafíos. El establecimiento e institucionalización de este mecanismo de diálogo demuestra que a pesar de las diferencias que puedan tener los países, tienen también una serie de intereses comunes, los cuales pueden conseguirse a través del trabajo conjunto, de forma cooperativa, como lo plantea el institucionalismo neoliberal.

El sector de la salud es uno de los participantes en los encuentros y gabinetes binacionales. De esta forma, se ha logrado que ambos países desarrollen estrategias conjuntas como la atención recíproca en salud, para

promover el bienestar de los pueblos fronterizos y de los ciudadanos de las dos naciones en el territorio contrario.

En este marco, el 14 de noviembre de 2013, las Ministras de Salud de Perú, Midori de Habich¹⁷, y de Ecuador, Carina Vance¹⁸, suscriben el Acta de Aprobación del Plan Quinquenal de Salud en Frontera Perú – Ecuador 2013 – 2017, el cual cuenta con 9 objetivos estratégicos de acción conjunta y detalla metas e indicadores a cumplirse por cada corredor fronterizo:

1. *Prevención y Control de las Enfermedades Transmisibles.*
2. *Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles.*
3. *Alimentación y Nutrición Saludable.*
4. *Salud Materno Infantil.*
5. *Redes Binacionales de Salud.*
6. *Salud Ambiental*
7. *Respuesta binacional frente a emergencia y desastres*
8. *Seguridad Social y Atención de Salud Recíproca*
9. *Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos (MSP/MINSA, 2013).*

La elaboración y negociación de este documento, contó con el apoyo técnico y financiero de la OPS y del ORAS – CONHU, como actores facilitadores de las discusiones y definición de objetivos y metas, así como del conocimiento y experiencia técnica en el campo de la salud, evidenciando la importancia de contar con instituciones formales que viabilicen la cooperación en beneficio de todas las partes. Adicionalmente, se puede observar que los nueve objetivos responden a ámbito de seguridad epidemiológica nacional, demostrando que este tipo de intereses comunes promueven que los estados construyan instituciones de trabajo cooperativo.

De este modo, es importante tomar en cuenta también que este documento establece el modelo de gestión de las actividades sanitarias enmarcadas en el plan. De esta forma se incluyen las instancias responsables de la ejecución, del seguimiento y de la evaluación y autorización de cada acción. Así, se institucionaliza el Comité Técnico Binacional, el cual está integrado por los representantes de cada una de las provincias fronterizas, la Secretaría Técnica, conformada por las Oficinas de Cooperación Internacional,

¹⁷ Ministra de Salud del Perú desde julio de 2012, hasta noviembre de 2014.

¹⁸ Ministra de Salud Pública del Ecuador desde enero de 2012, hasta la fecha de impresión de la presente investigación.

la Comisión Técnica de Evaluación, la cual es asumida por las autoridades de los niveles centrales de los Ministerios de Salud y finalmente la Reunión del Gabinete de Ministros y el Encuentro Presidencial.

De la misma manera, se incluye para la evaluación y monitoreo al Ministerio Coordinador de Desarrollo Social – MCDS, a la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo – SENPLADES (Ecuador) y al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – MIDIS, Centro Nacional de Planeamiento Estratégico – CEPLAN (Perú); y al Plan Binacional de Desarrollo Fronterizo. Se puede observar que los intereses de salud conllevan acciones intersectoriales a nivel bilateral, donde varios actores confluyen para el trabajo conjunto que promueva el cumplimiento de metas mutuamente beneficiosas.

Adicionalmente, dentro de la relación bilateral con Perú, se suscribió en el año 2010 el Acuerdo Bilateral para Brindar Atención en Salud Recíproca a Nacionales de la República del Perú y de la República del Ecuador. Este instrumento tiene el objeto de brindar atención en salud de forma recíproca y gratuita en las instituciones públicas. Este régimen internacional, marca un hito sobre el cambio de legislación (comportamiento) que ambos países han dado para cumplir con objetivos mutuamente beneficiosos.

En el caso de la cooperación bilateral entre la República de Ecuador y la República de Colombia, ésta tiene una trayectoria histórica que ha sido formalizada a través de convenios, acuerdos y proyectos de cooperación. En este marco, en el año 1989, se crea la Comisión de Vecindad e Integración Ecuatoriano – Colombiana (COVIEC) con el objetivo de promover la integración, cooperación y desarrollo binacional, especialmente en la Zona de Frontera. Desde entonces, la COVIEC se lleva a cabo regularmente y en dicho marco, los equipos técnicos de Ecuador y Colombia tratan, proponen y dan seguimiento a los programas y acciones binacionales, demostrando que debido a la interacción internacional, los actores generan mecanismos para promover actividades cooperativas.

El 19 de diciembre de 2011, los Presidentes Rafael Correa Delgado y Juan Manuel Santos Calderón suscriben la Declaración Conjunta Ecuador - Colombia, en donde se recoge el compromiso de ambos gobiernos de

emprender y continuar actividades que permitan fortalecer, dinamizar y profundizar las acciones que conforman la agenda bilateral.

Con la misma dinámica que sucede en el caso de los encuentros entre Ecuador y Perú, con Colombia se incluye al Ministerio de Salud Pública dentro de los miembros de las reuniones de Gabinete. En este marco, el 11 de diciembre de 2012 se llevó a cabo, en la ciudad de Tulcán, el Primer Gabinete Binacional Ecuador – Colombia, en el cual la Ministra de Salud Pública del Ecuador y el Ministro de Salud y Protección Social de Colombia¹⁹ suscriben el Acta de la Comisión Técnica Binacional Colombo – Ecuatoriana de Salud, en la cual aprueban las siguientes líneas estratégicas para el trabajo conjunto:

- Salud sexual y reproductiva
- Enfermedades transmisibles
- Salud infantil
- Salud ambiental
- Vigilancia en salud pública
- Reglamento Sanitario Internacional
- Análisis de Situación de Salud – ASIS

Estas líneas, fueron reconocidas por los Presidentes en la Declaración Presidencial Ecuador – Colombia “Vecindad para la Prosperidad y el Buen Vivir”, suscrita en el mencionado Gabinete Binacional. Adicionalmente, los Mandatarios dispusieron que las autoridades competentes ampliaran los servicios de cobertura promocional y preventiva de salud en el territorio fronterizo, lo cual dio inicio al trabajo de la “Mesa Binacional de Prestación de Servicios de Salud en la Zona de Frontera Colombo-Ecuatoriana”.

El segundo Gabinete Binacional se llevó a cabo el 25 de noviembre de 2013, cuya preparación incluyó reuniones técnicas binacionales entre representantes sectoriales. En estas reuniones, los Ministerios de Salud presentaron los logros alcanzados en cada una de las líneas establecidas y definieron los puntos que serían trabajados en conjunto durante el año 2014, para mejorar la salud de las poblaciones de frontera. En este escenario los Máximos Mandatarios de Ecuador y de Colombia suscribieron la Declaración

¹⁹ Economista Alejandro Gaviria, Ministro de Salud y Protección Social de Colombia desde septiembre de 2012, hasta la fecha de impresión de la presente investigación.

Conjunta Presidencial, en la cual instruyeron a los Ministerios de Salud a elaborar un Plan Quinquenal cuyas acciones guarden coherencia con las líneas de trabajo que han sido llevadas a cabo. Se evidencia entonces que la experiencia previa llevada a cabo con Perú, representó una variación en el comportamiento del relacionamiento con Colombia, al crear un mecanismo similar para la implementación de acciones cooperativas conjuntas.

Es importante tomar en cuenta que para el desarrollo de los Encuentros Presidenciales y Gabinetes Binacionales, los equipos técnicos de los tres países mantienen reuniones constantes, de las cuales se desprenden negociaciones y acuerdos que son puestos en consideración de las Máximas Autoridades.

3.2. Mecanismos de relacionamiento del sector salud con el exterior

Dada la dinámica de la salud internacional y de la diplomacia sanitaria, el Ministerio de Salud Pública ha institucionalizado y fortalecido una instancia que se encuentra a cargo del relacionamiento con los diferentes actores de las relaciones internacionales: la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales. A pesar de ello, se analiza su relacionamiento, así como el rol mismo que juegan el Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana y las Misiones del Ecuador en el Exterior, para la representación del país y transmisión de la política pública en salud dentro de espacios internacionales.

3.2.1. Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud Pública

El canal oficial de relacionamiento del Ministerio de Salud Pública con cualquier actor internacional, público o privado, bilateral o multilateral es la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales. Esta instancia, está directamente subordinada al Despacho de la Máxima Autoridad y responde a sus instrucciones. De esta manera mediante documento Nro. MSP-SDM-10-2013-0376-M, el 26 de febrero de 2013, la Ministra de Salud Pública, Carina Vance, oficializa ante las instancias descentralizadas la disposición de que todo proyecto o programa de cooperación internacional deberá ser gestionado a través de esta instancia y bajo conocimiento de su despacho, cambiando la metodología utilizada anteriormente, en la cual cada

instancia tenía acercamientos directos con los cooperantes, siendo esto un proceso desarticulado.

De la misma manera, a través de la aprobación del Estatuto Orgánico Funcional, de noviembre de 2013, se le atribuye a esta unidad:

“Gestionar la cooperación internacional y asegurar la adecuada participación del Ministerio de Salud en instancias y acuerdos bilaterales y multilaterales, armonizando los lineamientos de la Política Exterior con las prioridades establecidas en el sector salud; que permitan complementar las acciones para la consecución de los objetivos planteados en los Planes de Desarrollo del País.” (MSP, 2013)

La estructura de esta instancia está dividida en dos gestiones internas: Cooperación y Relaciones Internacionales con contrapartes bilaterales y Cooperación y Relaciones Internacionales con contrapartes multilaterales, cada una de ellas con aproximadamente 15 productos específicos, como por ejemplo la propuesta de instrumentos internacionales, el perfil técnico - político del sector salud en los países y la propuesta y consolidación de agendas de cooperación y relaciones internacionales vinculadas con el sector salud, entre otras (MSP, 2013).

Para la gestión de sus actividades, esta unidad se relaciona con todas las instancias internas, de acuerdo al objeto de las acciones que se promueven en el marco de la cooperación o relaciones internacionales. Adicionalmente, cuenta con contra partes locales como el Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana, la SETECI y el MCDS (LUNA, 2015).

La forma de relacionamiento con el exterior se la realiza directamente. Para ello cuenta con subdivisiones de procesos a través de “escritorios”, cada uno se encarga de dar monitoreo y seguimiento a una región específica, en el caso de las relaciones bilaterales, y de un organismo o mecanismo de integración, en el caso de los multilaterales (LUNA, 2015). La suscripción de instrumentos internacionales debe contar con un informe de la instancia técnica correspondiente, como lo estipula el Acuerdo Ministerial Nro. 433²⁰, el cual es remitido para análisis de la instancia jurídica, para que prosiga con el proceso de aprobación de las autoridades competentes y debe ser firmado por la

²⁰ Acuerdo Ministerial mediante el cual se expide el Reglamento de Suscripción de Convenios del Ministerio de Salud Pública

Máxima Autoridad, a menos que se cuente con una delegación oficial para el efecto.

No obstante, previo a la firma de la Máxima Autoridad, se solicita el criterio jurídico a la Coordinación General de Asesoría Jurídica de este portafolio, así como a la Dirección de Instrumentos Internacionales de la Cancillería, quienes se pronuncian en referencia a si los términos planteados para los efectos son concordantes en el marco constitucional (LUNA, 2015).

En el caso del emprendimiento de proyectos o instrumentos internacionales que requieran el desembolso de fondos del Ministerio de Salud Pública, se debe contar adicionalmente, con la certificación presupuestaria que avale la existencia de los valores requeridos para la implementación de las actividades planteadas (MSP, 2012).

De acuerdo a funcionarios de la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales, en ambos casos el Ministerio de Salud Pública informa a la Cancillería y a la SETECI sobre los instrumentos, proyectos o programas en negociación. Estas entidades representan un vínculo con las contrapartes extranjeras para que las gestiones se realicen a través de los canales regulares, no obstante, la negociación, observaciones y posicionamiento son particularmente acciones que las realiza la Dirección Nacional de Relaciones Internacionales, en conjunto con la instancia técnica correspondiente y su contraparte directa en el extranjero.

Desde el Ministerio de Salud Pública se evidencia una institucionalización de su gestión de cooperación y relaciones internacionales, a través del establecimiento de un canal oficial que permita la complementación de los objetivos y prioridades locales con las fortalezas de los actores internacionales, a pesar de ello no se puede observar información consolidada sobre su gestión y su relacionamiento a nivel interno para potencializar su accionar en el exterior.

3.2.2. El Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana y la SETECI

La Cancillería del Ecuador se encuentra estructurada en la base de dos procesos principales: Movilidad Humana y las Relaciones Internacionales e Integración Política, cada uno de ellos representados por un Viceministro.

En el caso específico de la movilidad humana, de acuerdo al organigrama del MREMH, se encuentran en proceso de creación las unidades subordinadas al mismo, no obstante respecto al Viceministerio de Relaciones Internacionales e Integración Política, se observa que cuenta con cinco Subsecretarías, tres de ellas divididas en regiones, una que se encarga de organismos supranacionales y una última a cargo de temas relacionados con asuntos consulares (MREMH, s/f). Se observa entonces, inicialmente información sobre una atribución de funciones enfocada a la proveniencia/destino de las relaciones, más que al sector al cual afecta.

En el marco de la política exterior, como se presentó en el capítulo 2, la última publicación o actualización realizada por esta cartera de Estado fue el Plan Nacional de Política Exterior (PLANEX), presentado en el año 2006. Si bien este documento incluye dentro de sus objetivos a ejes de salud, es importante tomar en cuenta que los mismos son presentados de forma general, sin contar con metas, indicadores o actividades específicas que deberían realizarse para lograr dichos objetivos.

Adicionalmente, se puede observar que la falta de actualización de este documento genera que el mismo no responda a los Planes de Desarrollo implementados por el Ecuador, a partir del año 2007, tiempo posterior a la publicación del PLANEX.

A pesar de haber buscado un documento que recoja lineamientos de la Cancillería que sean una guía su actuar a nivel internacional, de acuerdo a lo encontrado, lo que existe son los ejes estratégicos presentados en el capítulo segundo, los cuales responden principalmente a ámbitos de movilidad humana y a la relación existente entre el Ecuador y organismos supranacionales.

De acuerdo a una encuesta realizada en el marco del Programa de Líderes en Salud Internacional “Edmundo Granda Ugalde”, de la Organización

Panamericana de la Salud, el equipo ecuatoriano, de la cohorte 2013 – 2014, desarrolló el proyecto de investigación intitulado *“Análisis de la convergencia de la política exterior de Ecuador y la política nacional de salud para la definición de lineamientos de relaciones internacionales en materia sanitaria.”* Dentro de este contexto se llevaron a cabo encuestas a funcionarios de la Cancillería del Ecuador, de la Misión de Ecuador en Ginebra, de la Representación ante UNASUR y de SETECI, sobre su percepción sobre la salud como componente de relaciones internacionales.

De esta encuesta se puede tener conocimiento inicial de que a nivel interno, ni la Cancillería del Ecuador, ni la SETECI cuentan con funcionarios, o áreas que se encarguen de temas específicos, en el caso de este estudio, de la salud. No obstante los encuestados de ambas instituciones indicaron que es necesaria una articulación con el Ministerio de Salud Pública, reconociendo la importancia que este sector tiene para las relaciones internacionales en la actualidad, así como su prioridad en el ámbito del cumplimiento de las metas establecidas en el Plan Nacional para el Buen Vivir (DE LA TORRE, GONZALEZ, & LUNA, 2014). Sin embargo, los funcionarios señalan que conocen sobre la política pública en el campo de la salud así como las prioridades sanitarias del Gobierno Nacional.

Adicionalmente, en ambos casos se señaló la consideración de que efectivamente la política exterior actual no incluye componentes de salud, sin embargo a pesar de que la encuestada de la SETECI indicó que sería pertinente contar con este enfoque dentro de la política exterior, el funcionario de la Dirección de Integración Regional de la Cancillería manifestó su desacuerdo, al mencionar que no sería pertinente un componente de salud como tal, no obstante que la agenda de salud debería considerarse en todos los foros internacionales independientemente de si son especializados en este ámbito o no.

Finalmente, al responder la pregunta sobre cuáles considera que son los logros más importantes del sector salud en los últimos cinco años (2008 – 2013), cada uno señala a aquellos que corresponden a su gestión dentro de la institución. Es así que desde la Dirección de Integración Regional se indica que la constitución del ALBAMED constituiría una experiencia a nivel social, productivo y de integración, mientras que la funcionaria de SETECI menciona

aquellos relacionados directamente con la prestación de servicios y la curación (DE LA TORRE, GONZALEZ, & LUNA, 2014).

3.2.3. Misiones y representaciones del Ecuador en el Exterior

A diferencia de los funcionarios a nivel local, de las encuestas revisadas de aquellos que representan al Ecuador en el exterior, se evidencia que en dichas instancias sí se cuenta con un funcionario que se encuentra a cargo de los aspectos sociales y en ese campo de la salud.

Según las encuestas levantadas en el marco del Programa de Líderes en Salud Internacional “Edmundo Granda Ugalde”, de la Organización Panamericana de la Salud, el equipo ecuatoriano, de la cohorte 2013 – 2014, desarrolló el proyecto de investigación intitulado *“Análisis de la convergencia de la política exterior de Ecuador y la política nacional de salud para la definición de lineamientos de relaciones internacionales en materia sanitaria”*. De los tres funcionarios de la Misión Permanente de Ecuador en Ginebra que respondieron a la encuesta, se evidencia que todos ellos consideran que servidores nacionales en el exterior conocen sobre los objetivos y prioridades de salud. Sin embargo, se puede observar que sus planteamientos están basados en lo estipulado en los mandatos constitucionales y en el rol brindado a este sector a nivel del Plan Nacional para el Buen Vivir (DE LA TORRE, GONZALEZ, & LUNA, 2014).

Adicionalmente, dos de ellos sugieren que es importante que la política exterior cuente con un componente / enfoque en salud tomando en cuenta su interrelación con otros ámbitos de la política pública.

Al responder la pregunta sobre si consideran que el Ministerio de Salud Pública se articula con la Cancillería para el relacionamiento con actores internacionales, la respuesta es igualmente afirmativa, así como aquella que solicita conocer la importancia de la salud para la política exterior, a la cual se responde que en efecto, su accionar a nivel internacional debe responder a los intereses nacionales, dentro de los cuales la salud es uno de los principales ejes a nivel de política y a nivel jurídico y financiero.

En este sentido, es importante destacar que a pesar de contar con un “acompañamiento” de la Cancillería y de las representaciones del país en el extranjero, dentro de la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales se considera que es necesaria una mayor asesoría técnica, durante sus participaciones internacionales (LUNA, 2015).

Lamentablemente, no se cuenta con mayor información institucionalizada sobre los lineamientos que son brindados a los funcionarios del Servicio Exterior para las negociaciones internacionales. Pero de acuerdo a las encuestas se entendería que su formación y capacitación los faculta para representar al país de manera íntegra en las negociaciones y discusiones a nivel internacional. Sin embargo, queda claro que los funcionarios consideran que el sector salud es importante dentro de las relaciones internacionales en la actualidad, como una política de gobierno establecida. Se puede desprender entonces una necesidad de institucionalizar la relación entre esta política y los lineamientos a nivel de Cancillería con el fin de responder a los intereses de ambos ministerios, potencializando su accionar a nivel internacional, por ejemplo durante las negociaciones para la obtención de fondos que fortalezcan las actividades sanitarias, o en la identificación de fortalezas estratégicas que puedan representar una posibilidad de cooperación en el ámbito de salud.

3.3. Reflexión sobre los logros y desafíos del Ministerio de Salud Pública a nivel internacional

El presente subcapítulo busca presentar una reflexión sobre los retos que tiene el Ecuador, a través del Ministerio de Salud Pública, a nivel internacional, en el marco de sus posicionamientos en materia sanitaria, tomando en cuenta el rol y relacionamiento que tiene dicha cartera de Estado con los diferentes mecanismos de interacción a nivel externo, para lo cual se analizan los logros locales e internacionales que se han obtenido en el periodo de estudio de la presente investigación.

3.3.1. Logros alcanzados desde el nivel local

Dentro de la información recopilada y presentada, se evidencia que a nivel local, el sector de la salud ha tenido logros significativos, sin embargo, se puede observar que uno de los principales es la reestructura que vivió la

institución a través de la aprobación de su Estatuto Orgánico Funcional en el año 2013.

Para sus efectos a nivel internacional esta actualización orgánica representa un hecho significativo, dado que gracias a esto se termina de afianzar la gestión de la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales como una instancia asesora de la Máxima Autoridad para la interrelación con actores extranjeros a nivel público, privado, bilateral y multilateral.

Se conoce que esta instancia cuenta con 3 funcionarios administrativos y 12 funcionarios con perfil de formación superior en el área de relaciones internacionales, de los cuales dos llevan a su cargo las Coordinaciones de Relaciones Bilaterales y Multilaterales respectivamente, y un Director Nacional que es quien lidera el equipo. Esto representa un cambio sustancial de los perfiles existentes anteriormente, cuyos funcionarios tenían formación en profesiones de la salud (LUNA, 2015).

En este marco las acciones internacionales son canalizadas a través de esta instancia y conocidas y supervisadas por la Máxima Autoridad, quien tiene dentro de sus atribuciones la aprobación de los proyectos y programas que se emprenden a través de la cooperación y la autorización de la participación de funcionarios de esta cartera de Estado en espacios y foros internacionales. El hecho de que esta instancia se encuentre subordinada al Despacho Ministerial, permite que las acciones sean gestionadas con un enfoque integral, al poder visualizar los objetivos y prioridades estratégicas del ministerio en su conjunto, pudiendo así asesorar a las autoridades sobre las potencialidades de cooperación existentes, en términos de oferta y demanda, respondiendo a los intereses nacionales (LUNA, 2015).

El hecho de contar con una instancia a cargo del relacionamiento internacional, permitiría también institucionalizar la interrelación existente con actores extranjeros, pero también representa un canal de comunicación con las instituciones locales a cargo de la política exterior y de la cooperación internacional como lo son la Cancillería y la SETECI.

Por otro lado, es importante tomar en cuenta que las acciones y logros que se obtienen a nivel internacional, además del hecho de contar con una unidad consolidada para el manejo de la cooperación internacional, se basan en las políticas y lineamientos brindados por la Máxima Autoridad en el campo de la normativa y planificación.

El fortalecimiento de su rectoría como Autoridad Sanitaria Nacional, ha brindado al Ministerio de Salud Pública, la capacidad de participar en la construcción de reglamentaciones intersectoriales, como la normativa respecto a los espacios libres de humo o el etiquetado en alimentos procesados.

3.3.2. Logros a nivel internacional

Gracias al establecimiento de la salud universal y de la gratuidad en los servicios de salud, así como el reconocimiento del acceso a salud como un derecho, preceptos planteados dentro de las metas del Plan Nacional para el Buen Vivir, el Ecuador ha sido reconocido a nivel internacional en diferentes espacios y foros especializados en este sector.

En este marco, uno de los mayores logros alcanzados, fue que gracias a las intervenciones en el campo de la salud, el país sea seleccionado para presentar el Plan Nacional para el Buen Vivir como un ejemplo de “Salud en Todas las Políticas (STP)”, durante la 8va. Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, la cual se llevó a cabo en la ciudad de Helsinki en el año 2013. Gracias al PNBV el Ecuador se posicionó como un ejemplo de equidad, salud y Buen Vivir (OPS/OMS - Ecuador, 2013).

Como otro de los logros relevantes, se puede evidenciar la elección de la Ministra Carina Vance, como representante del Ecuador, para presidir el 52° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, llevado a cabo en septiembre de 2013 (MSP, 2014) y el país también fue electo miembro del Comité Directivo del mismo organismo para el periodo 2013 – 2016.

Adicionalmente, uno de los mayores logros del Ministerio de Salud a nivel internacional ha sido la aprobación de la resolución WHA 62.9, en el marco de la Organización Mundial de la Salud, la cual planteó la necesidad de establecer un plan de acción para personas con discapacidad. El plan fue

elaborado y aprobado por la Asamblea de la OMS durante su 67va reunión (MREMH, 2014).

La suscripción del Plan Quinquenal en Salud Ecuador – Perú también representa un hito en las relaciones bilaterales, toda vez que representa una hoja de ruta conjunta de acciones a ser implementadas por ambas partes con un solo objetivo compartido. De la misma manera la suscripción del Acuerdo para la Atención Recíproca con Perú, representó un hecho para el cual el Ministerio de Salud Pública, logró que la parte peruana estableciera un marco legal necesario, diferente al existente, para lograr brindar atención gratuita a ciudadanos ecuatorianos en territorio peruano (MSP, 2013).

Así mismo, es importante tomar en cuenta que a partir del año 2013, el Ministerio de Salud institucionalizó su posibilidad de ser ofertante de cooperación internacional, cambiando la tendencia tradicional de participar únicamente como receptor. En el Catálogo de Asistencia Técnica Ecuatoriana, se institucionalizó la oferta de la Autoridad Sanitaria Nacional en los ámbitos de: Asesoría en desarrollo e implementación de modelos de gestión y modelos de atención para los servicios de salud pública, y en el campo del control de enfermedades zoonóticas (SETECI, 2013). De la misma manera, en septiembre del año 2013, se movilizó un equipo técnico de la Dirección Nacional de Discapacidad hacia El Salvador para brindar asistencia técnica sobre el Establecimiento de Políticas Públicas en el ámbito de Discapacidades.

3.3.3. Desafíos y retos del Ministerio de Salud Pública y del Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana en el campo de la salud internacional

Si bien se ha evidenciado en los últimos años logros alcanzados a nivel interno y externos por el Ministerio de Salud, se observa aún limitantes que obstaculizan un mayor posicionamiento del país a nivel internacional en el ámbito de las relaciones internacionales.

De esta manera esta investigación tuvo limitantes para encontrar información institucionalizada del Ministerio de Salud en su actuar internacional y en referencia las actividades desarrolladas por esta institución en espacios internacionales. De la misma manera se identifica que a pesar de que las instituciones rectoras del relacionamiento internacional del país cuentan con

conocimientos esenciales sobre la política pública en salud, los planes y objetivos planteados por esta institución no han sido socializados con las entidades correspondientes a nivel nacional, para que ellos puedan analizar la pertinencia política de incluirlos en las representaciones a nivel internacional.

El Ministerio de Salud Pública, a través de su Estatuto Orgánico de Gestión por Procesos presenta objetivos claros y primordiales, para el cumplimiento de los mandatos constitucionales y de las metas del Plan Nacional para el Buen Vivir, sin embargo, no cuenta con una agenda de cooperación y relaciones internacionales en base a la cual se guíe su accionar y de la cual las entidades rectoras de otros sectores puedan tomar los insumos necesarios para la inclusión de las prioridades sanitarias en sus respectivas agendas, en el marco de la concordancia con las metas y modelo de desarrollo nacional.

Durante la investigación se pudo evidenciar también que existe un gran número de documentación técnica y de gestión que es emitida por el Ministerio de Salud Pública, sin embargo no se logra evidenciar su institucionalización, socialización u oficialización, especialmente de aquellos documentos que no representan una norma. La información es producida para uso interno y esto podría limitar su difusión en otros ámbitos.

Uno de los inconvenientes que podría tomarse en cuenta para el análisis es el hecho de que los funcionarios que participan en delegaciones internacionales son autoridades y trabajadores dentro del nivel técnico, quienes no cuentan con una suficiente capacitación en el ámbito de negociación internacional y de política exterior. De acuerdo a las matrices de cooperación, durante el año 2013 existieron 115 delegaciones de funcionarios al exterior, de los cuales menos del 10% contaron con acompañamiento de la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales.

Se evidencia entonces que, en efecto es necesaria una institucionalización del trabajo del sector salud en el ámbito internacional, el cual requiere que la Autoridad Sanitaria mantenga acercamientos más estrechos con las diferentes autoridades nacionales a fin de que se presenten los esfuerzos y logros de los últimos años, y se puedan generar agendas conjuntas que respondan y potencialicen los intereses nacionales a través de

las experiencias, buenas prácticas, apoyo y cooperación que se pueda obtener en el exterior.

Por su lado, el Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana tiene un reto significativo al evidenciar una falta de inclusión de temas relevantes para la política pública dentro de su estructura organizacional y normativa, como es la salud. Se observa que es necesario que esta cartera de Estado realice acercamientos y un acompañamiento más profundo al ente rector sanitario, que permita fortalecer las estrategias de negociación con actores extranjeros.

Tomando en consideración el reconocimiento y comportamiento del país a nivel internacional, así como los espacios ganados en el ámbito de la salud, se abre una puerta importante para el logro de un posicionamiento nacional dentro de foros internacionales, el cual podría representar una potencialidad de alianzas estratégicas con diferentes países amigos y organismos de los cuales el Ecuador forma parte.

La capacitación a los funcionarios del servicio exterior, entonces, representa un importante reto a ser complementado de forma más profunda en base a los lineamientos estratégicos y prioridades políticas de los diferentes sectores que se encuentran considerados primordiales para el Estado, para lo cual es indispensable generar espacios de complementariedad de conocimientos entre las diferentes instancias públicas y las representaciones del Ecuador en el exterior.

De lo observado en el presente capítulo se evidencia que la actividad del país en el campo de la salud, a nivel internacional es dinámico y activo, no obstante el relacionamiento de los entes rectores de la política exterior y de política sanitaria no se encuentra articulado de forma que permita trabajar en conjunto en la promoción de las prioridades de salud a nivel internacional.

VI. ANÁLISIS

El objetivo planteado para la presente investigación fue *determinar la pertinencia que tendría incluir componentes del sector de la salud dentro de la política exterior del Ecuador, debido a la dinámica actual de las relaciones internacionales y dada la relevancia que el gobierno ha otorgado a este sector.*

En este sentido, a través del Capítulo I se evidenció que las relaciones internacionales con fines sanitarios tienen una trayectoria que podría remitirse al siglo II a.C., pasando por etapas de profundización e institucionalización como los Consejos de Salud establecidos en el siglo XIV. Esto nos permite comprender que la salud ha sido un componente de las relaciones internacionales, que si bien no ha sido tomado en cuenta como uno de los principales ha estado presente, ganando mayor espacio especialmente gracias a la formalización de organismos específicos como la Oficina Panamericana Internacional (1902), la Oficina Internacional de Higiene Pública (1907). Esto concuerda con lo planteado con Keohane, respecto a cómo los países, a pesar de diferencias existentes, se ven en la necesidad de crear regímenes que les permita cooperar para afrontar problemáticas comunes, que en el caso de la salud, podrían poner en riesgo la seguridad interna. Se puede evidenciar, en este marco, cómo, especialmente desde el siglo XX, se incluye en estas gestiones internacionales a instituciones privadas y empieza a verse un flujo de cooperación a través del envío de contingentes económicos y técnicos para acciones en el campo sanitario; afianzando aún más los planteamientos del autor antes mencionado.

Es menester prestar especial atención al impacto que tuvo la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual además de ser el organismo de salud con mayor número de Estados Miembros, representó un nuevo modelo de gobernanza mundial en salud, el cual a pesar de las críticas existentes en cuanto a la gestión que realiza, continúa siendo el mayor referente multilateral en esta área.

Adicionalmente, gracias a la actividad misma de este organismo, se promovió la participación de las autoridades sanitarias nacionales en el escenario internacional, para presentar sus posicionamientos y debatir las necesidades de salud con todos los miembros de la institución. De esta

manera, los Estados participantes dentro de los diferentes cuerpos directivos de la OMS suscriben y acuerdan mayores compromisos (fuertes o blandos) para la consecución de las metas planteadas a nivel sanitario, lo cual demuestra la voluntad e interés de los diferentes actores de la comunidad internacional, para buscar apoyo, en aquellos temas que son de interés y los cuales son compartidos por otros actores, para suscribir y alcanzar acuerdos formales e informales, independientemente de si éstos acarrearán vinculaciones jurídicas o morales.

El hecho de que el sector de la salud, haya sido tomado en cuenta dentro de los aspectos de propiedad intelectual, en el seno de la Organización Mundial del Comercio, demuestra un fortalecimiento de este campo a nivel internacional, a nivel individual por cada uno de los países que intervinieron en el proceso, así como a nivel institucional por la participación de la OMS. Se ve entonces que la cooperación de los Estados para un fin común (el acceso a medicamentos) generó, como lo plantea el institucionalismo neoliberal, una variación en la actividad misma que realizaban los ministerios de salud y de este modo se logró que las prioridades sanitarias sean tomadas en cuenta dentro del ámbito comercial y económico, mostrando además que las relaciones internacionales en la actualidad van más allá de la guerra y la paz, dónde la definición de seguridad interna ha sufrido una variación, en gran medida debido a la globalización, creando un escenario donde la cooperación internacional y el trabajo en conjunto en salud se ha convertido en parte de la agenda internacional de los Estados.

Por otro lado, el hecho de que local e internacionalmente se reconozca a la salud como un eje transversal para el desarrollo permite que el sector obtenga un mayor reconocimiento dentro del establecimiento de políticas públicas intersectoriales. Como se pudo observar en el Capítulo I, las consecuencias de que la población no tenga un nivel óptimo de salud no solamente provoca un creciente gasto del Estado para el tratamiento de enfermedades crónicas, sino que también influye directamente en la baja escolaridad y acceso a niveles superiores de educación, desencadenando un círculo vicioso de pobreza.

El constatar que asuntos sanitarios como la propagación del virus del VIH o la diseminación de los últimos casos de influenza hayan movilizado

recursos económicos a nivel internacional permite comprender la importancia que se han brindado a la salud en los últimos años. Vale recalcar que el virus del VIH ha provocado que se creen nuevas instituciones internacionales como ONUSIDA y el Fondo Mundial, donde ya no participan únicamente los Estados, sino que cuentan con una serie de cooperantes del sector privado y de la Sociedad Civil. Los regímenes internacionales provocados a raíz de la propagación del VIH, demuestran que las acciones sanitarias han requerido cada vez más apoyo conjunto de diferentes actores públicos y privados, probando, como lo menciona Keohane, que la comunidad internacional no se encuentra en un estado anárquico, sino que es necesaria la articulación de acciones para el logro de objetivos comunes.

Este mismo comportamiento ha sido evidenciado dentro de los mecanismos de integración regional, en los cuales se han constituido espacios de diálogo y de cooperación en salud, como es el caso de UNASUR, ALBA, ORAS – CONHU, CELAC, MERCOSUR, entre otros, incrementando cada vez más su alcance en el sector sanitario.

No es de extrañar entonces la aparición del concepto de la Diplomacia Sanitaria, la cual poco a poco ha dejado de ser una definición abstracta para fortalecerse a través de la institucionalización de acciones que evidencian su importancia. Se puede demostrar esto al observar los ejemplos presentados de países como Suiza y Gran Bretaña quienes cuentan con una política exterior específica para el área de la salud. O, por otro lado, el ejemplo de Brasil quien ha fortalecido sus representaciones en el exterior bajo el principio de que los intereses sanitarios deben ser el motor de las relaciones internacionales, creando una coyuntura estrecha entre la Cancillería y el Ministerio de Salud, variando de cierta forma el actuar tradicional y de hecho de cada institución pero beneficiando la participación y posicionamiento de las prioridades sanitarias de Brasil en el exterior. Incluso este concepto puede aplicarse cuando se analiza quiénes representan a los países en el marco de la OMS, OPS o ISAGS, donde hace varias décadas han dejado de ser los diplomáticos de carrera los actores principales, convirtiéndose los Ministerios de Salud los tomadores de decisiones a nivel internacional.

De la misma manera, se puede constatar la importancia que ha ganado la salud dentro de la agenda internacional, al observar la relevancia brindada

por la Secretaría General de la ONU, así como la Asamblea General de la ONU gracias a la inclusión de este sector dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio e incluso una voluntad política evidenciada en los discursos que fueron presentados en el contexto de la crisis financiera del 2008. Igualmente, la comunidad internacional cuenta, al momento, con una serie de documentos vinculantes y no vinculantes, suscritos en beneficio de la salud, en los cuales se toma en cuenta a este campo como un actor fundamental del desarrollo.

Si bien esta influencia de la salud en los espacios internacionales ha ganado terreno, esto responde a intereses locales que son reflejados en el accionar internacional y en base a éstos, se llegan a acuerdos y alianzas con actores de la comunidad internacional (regímenes internacionales) para favorecer al mutuo cumplimiento de metas que mejoren la salud y la calidad de vida de los pueblos. En el caso del Ecuador, se ha implementado un modelo de desarrollo que responde a un fortalecimiento del sector social, en el cual a la salud se le ha brindado un rol relevante a nivel político y jurídico.

En el ámbito constitucional, el país ha establecido a la salud como un derecho universal y gratuito el cual está relacionado con el goce de otros derechos. En la Carta Magna se puede evidenciar la prioridad que existe para garantizar el acceso a la salud, posicionándola sobre los intereses comerciales y asegurando que exista, al menos, un presupuesto mínimo para atender las necesidades sanitarias de la población. Es importante tomar en cuenta que el Ecuador es uno de los pocos países en los cuales se encuentra el instaurado de la salud universal y gratuita constitucionalmente establecido, significando esto un compromiso supremo de garantizar los recursos suficientes y la estructura gubernamental necesaria.

De la misma manera, se puede evidenciar la inclusión de temas que se contraponen con intereses comerciales, como el establecimiento de un articulado referente a la prevención del consumo de alcohol y de tabaco. Esto está totalmente armonizado con uno de los mayores logros que ha tenido la OMS, mediante la aprobación del Convenio Marco para el Control de Tabaco, el cual representa un hito de la organización al ser uno de los documentos vinculantes suscritos y constituye un logro del Ministerio de Salud Pública al haber visto aprobada la Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco. Gracias a este instrumento jurídico esta Cartera de Estado pudo ejercer su

rectoría como Autoridad Sanitaria, lo cual podría haber sido diferente si no se habría contado con el marco constitucional actual. Este nuevo espectro, histórico para la Autoridad Sanitaria Nacional como ente emisor de normativas intersectoriales, es un claro ejemplo del impacto de la comunidad internacional, y los acuerdos alcanzados en su seno, representa para un Estado, generando variaciones en su accionar interno.

Vale tomar en cuenta que para la ejecución efectiva de esta ley, es indispensable una gestión articulada con instituciones internas como el Servicio de Rentas Internas y el Ministerio de Industrias y Productividad. De la misma manera que al ser una consecuencia vinculada a la suscripción de un convenio internacional, se requiere la colaboración con la Cancillería para lograr presentar los avances obtenidos en esta materia e incluso obtener la cooperación para fortalecer aquellos ámbitos. La necesidad de contar con mecanismos y regímenes de trabajo conjunto queda evidenciada.

De la misma manera, es importante considerar que el Plan Nacional para el Buen Vivir define a la salud, junto con la educación y el trabajo como las bases primordiales para la consecución del Buen Vivir. Esta prioridad ha sido demostrada al analizar las cifras de inversión en los últimos años para el sector de la salud, del cual el monto devengado en el periodo 2007 - 2013 asciende a aproximadamente USD \$15.000 millones, para lo cual en el mismo PNBV se señala la necesidad de crear las partidas presupuestarias que sostengan el financiamiento para la garantía del acceso a servicios de salud.

Como se pudo observar en el Capítulo II, el Ministerio de Salud ha gozado de un incremento sostenido del presupuesto general del Estado, el cual se ha multiplicado por casi 6 veces en comparación con lo asignado en el año 2007. Esto ha permitido poder brindar mayor atención a la ciudadanía, en el marco de los preceptos constitucionales y con las metas del Plan Nacional para el Buen Vivir sobre el acceso a servicios de salud.

De la misma manera, la priorización a la salud no se limita a la voluntad política sino que es palpada a través del establecimiento de un marco normativo que da las facilidades para que esto suceda, como se pudo observar en lo correspondiente al establecimiento del acceso a medicamentos como bien público, la inclusión de la Autoridad Sanitaria dentro del Directorio del

Instituto Ecuatoriano de Propiedad Intelectual, su fortalecimiento como rector del Sistema Nacional de Salud y la creación de entidades adscritas que responden directamente a los intereses sanitarios como la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria y la Empresa Pública del FÁRMACOS ENFARMA E.P. En este punto es necesario hacer un análisis sobre el impacto directo de estas tres instituciones, el cual está directamente relacionado con la industria farmacéutica, misma que representa una de las más grandes e influyentes a nivel internacional. Las decisiones internas tomadas en el sector salud, en este caso repercuten directamente en el ámbito del comercio exterior, al mismo tiempo que estas decisiones han sido influenciadas por acuerdos alcanzados a nivel internacional, como ejemplo, lo referente a las Licencias Obligatorias, en el marco de la Organización Mundial de Salud. Se evidencia una variación entonces del actuar del país, tal como lo menciona Keohane.

Por otro lado, es importante tomar en cuenta la intersectorialidad planteada en el Plan Nacional para el Buen Vivir, en base a lo cual también se han creado Ministerios Coordinadores, con el fin de integralizar las acciones del Estado. En este marco, el Ministerio de Relaciones Exteriores también tiene objetivos y metas de las cuales es responsable y corresponsable directo. De las tres metas de responsabilidad directa del Ministerio de Salud Pública, dos de ellas tienen la misma atribución para el Ministerio de Relaciones Exteriores.

Sin embargo, al pasar por el capítulo III se pone en evidencia una limitada relación entre ambas instituciones. Se desprende, entonces, que dentro de las políticas de gubernamentales el Ecuador reconoce la importancia de establecer regímenes de trabajo conjunto, para maximizar los beneficios obtenidos del trabajo realizado. Sin embargo, este concepto no se evidencia en las gestiones realizadas por los dos Ministerios citados anteriormente.

Si bien la cooperación internacional es canalizada a través de la SETECI, esta secretaría es una entidad adscrita a la Cancillería. A pesar de que la colaboración oficial destinada al ámbito de la salud representa el 7,78% de participación, se evidencia que los tres rubros anteriores a este corresponden a desarrollo social, educación y ambiente (50% en total). Dichos sectores están directamente relacionados con la salud, teniendo un impacto directo en ella y viceversa.

Sin embargo, la gestión que realiza la SETECI responde a una organización interna manejada por portafolio de cooperantes, más allá del sector al cual se destina la cooperación, limitando las acciones conjuntas. De la misma manera, la falta de inclusión de las prioridades sanitarias en la política exterior representa una debilidad al momento de integralizar acciones.

En el mismo campo de la cooperación, el Ecuador ha generado los Encuentros Presidenciales y Gabinetes Binacionales a nivel fronterizo tanto con Perú como con Colombia. Se puede evidenciar que la gestión del Ministerio de Salud en este ámbito ha logrado resultados significativos como el establecimiento de un plan quinquenal con Perú, el cual debido a su alcance, recibió el mandato constitucional de ser replicado en el relacionamiento con Colombia, se ve entonces que los intereses de salvaguardar la salud, en el marco de los movimientos migratorios a nivel fronterizo, ha obligado al Ecuador a generar nuevos regímenes de cooperación con sus vecinos.

Si bien este instrumento representa un hito importante como ejemplo de unión de esfuerzos internacionales para la consecución de metas comunes, fue desarrollado y negociado a través de las autoridades sanitarias, en colaboración con organismos multilaterales especializados en el sector de la salud, con un acompañamiento más bien logístico de las cancillerías. De la misma manera, sin embargo se reconoce el esfuerzo de los Ministerios de Salud al haber construido mecanismos de monitoreo y supervisión en los cuales se incluyen a entidades externas como la SENPLADES e incluso la Cancillería.

Vale tomar en consideración que dentro de lo establecido en el marco constitucional y en el Plan Nacional para el Buen Vivir, se encuentra la armonización de los intereses nacionales con la política exterior. Sin embargo al analizar los ejes y objetivos estratégicos de la Cancillería, no se puede evidenciar de forma expresa la inclusión de las prioridades sanitarias. No obstante, tampoco se puede encontrar por parte del Ministerio de Salud Pública una agenda o plan de acción internacional.

En el Capítulo III, se provee información respecto del número de actividades realizadas por el Ministerio de Salud Pública en el marco de la cooperación y de las relaciones internacionales. Las matrices de seguimiento

que maneja la Dirección Nacional de Cooperación y Relaciones Internacionales, se identifican contrapartes bilaterales y multilaterales, que trascienden el nivel regional. A esto se suma una activa participación en foros y espacios de diplomacia, dentro de los cuales representa y actúa en nombre del país, como en la OMS, la OPS y el ORAS - CONHU, donde además ha sido elegido para presidir y ser miembro de cuerpos directivos.

Si se toma en consideración que uno de los fines de las Cancillerías es promover una adecuada representación internacional del país que represente los intereses internos, logrando generar regímenes que coadyuven a cumplir sus metas propias en base a intereses compartidos y, por su lado, el Ministerio de Salud Pública podría obtener beneficios de su relacionamiento con cooperantes de exterior, se vuelve indispensable fortalecer e institucionalizar una gestión coordinada, en búsqueda de un beneficio mutuo el cual traiga consigo logros para la ciudadanía.

Por otro lado, durante la recopilación de información para el desarrollo del trabajo, se evidenció que existe poca información oficial e institucionalizada sobre las gestiones, logros y desafíos a nivel internacional por parte del Ministerio de Salud Pública. Esto podría ser una razón por la cual las representaciones diplomáticas y la Cancillería ven limitada su acción en el ámbito sanitario.

A nivel del MREMH también se ha podido evidenciar una falta de inclusión de nuevos aspectos que intervienen en las relaciones internacionales en la actualidad. A excepción del campo del medio ambiente, los enfoques planteados como prioritarios responden en gran medida a los poderes fuertes de la política exterior. Esto no guarda concordancia con los mandatos constitucionales relativos a esta área, pues se establece la necesidad de promover la integración regional, pero en América del Sur una de las mayores necesidades de los pueblos corresponde al desarrollo social, el cual está directamente relacionado con el mejoramiento de la salud y el acceso a la prestación de servicios.

Finalmente, es importante prestar atención a lo planteado sobre las encuestas realizadas a personal de la Cancillería y del Servicio Exterior ecuatoriano en referencia a su actividad en el campo de la salud. El hecho de

que no todos los involucrados mencionen que sus unidades de trabajo cuentan con una persona o área encargada de este sector, demuestra que existe una falta de institucionalización del quehacer sanitario en el campo de las relaciones internacionales, sin embargo, la mayoría de los encuestados concuerda en que sería relevante contar con un componente de salud en la política exterior del país.

Si bien esta información no está institucionalizada, no se puede tomar como un planteamiento formal emitido por la institución rectora de las relaciones internacionales, sin embargo representa un marco de referencia sobre el sentir del personal del Servicio Exterior sobre su gestión en el campo de la representación del país en espacios internacionales. No obstante, queda claro que el Ecuador forma parte de una comunidad, donde existen intereses compartidos, para lo cual se generan (y progresivamente más notablemente en el sector salud) una serie de regímenes internacionales, en concordancia con lo planteado por Keohane, sobre las relaciones internacionales, demostrando la necesidad de una mayor articulación entre la salud y la política exterior.

VII. CONCLUSIONES

La hipótesis planteada para el presente trabajo de investigación, que fue el sector de la salud, el cual ha incrementado su protagonismo dentro de las relaciones internacionales, debe ser incluido como un componente de la Política Exterior del Ecuador, ya que representaría un eje transversal para la consecución de los objetivos de desarrollo planteados por el Gobierno Nacional en base al modelo del Buen Vivir, y esto lograría obtener mejores resultados para el desenvolvimiento que el Ministerio de Salud Pública ha llevado a cabo a nivel internacional en el ámbito de la cooperación y de la diplomacia bilateral y multilateral, se cumple, debido a los argumentos que se detallan a continuación:

- En primer lugar se evidencia que la salud cuenta con un mayor protagonismo dentro de las relaciones internacionales. Esto queda demostrado al constatar el número creciente de instrumentos, espacios y foros internacionales que han sido constituidos a nivel bilateral y multilateral, así como al establecimiento de un organismo referente en términos de gobernanza mundial en salud, dentro del cual los países no son representados por la Cancillería, sino por los ministerios de salud.
- De la misma forma, la creación de estos mecanismos a nivel regional y la aparición de espacios para la diplomacia sanitaria como el ISAGS de la UNASUR o el ALBAMED, constituyen una muestra del interés regional de abordar temas de salud y del emprendimiento de acciones conjuntas que permitan favorecer el acceso a servicios de salud. Esto se conjuga con los mandatos constitucionales que promueven la integración regional, sobre todo enfocando su accionar en materia de desarrollo social.
- Por otro lado, la interrelación existente, y creciente, del sector salud con otros campos de la política local e internacional, como la economía, el comercio, la seguridad nacional, el desarrollo y la dignidad humana se evidencian en el impacto que las decisiones de salud tienen para dichos campos. Un ejemplo de esto es la afectación de la industria farmacéutica al haberse aprobado el otorgamiento de licencias

obligatorias para la ruptura de patentes de productos farmacéuticos, la política de fijación de precios para fármacos, los reglamentos para la reducción del consumo de alimentos procesados y de tabaco, entre otros.

- La salud ha ganado un importante reconocimiento como motor del desarrollo, lo cual puede ser evidenciado al observar la recomendación de la Secretaría General de la ONU para el fortalecimiento de las acciones que permitan cumplir con aquellos Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con este sector.
- De la misma manera a nivel financiero, el impacto que la crisis del año 2008 provocó a nivel sanitario llamó a la Asamblea General a aprobar documentos referentes a la importancia de la salud para el desarrollo de los pueblos. Es importante considerar aquellas resoluciones referentes a la necesidad de fortalecer la salud internacional y la diplomacia sanitaria.
- La diplomacia sanitaria representa un concepto que está ganando mayor reconocimiento, lo cual puede demostrarse al analizar los ejemplos de aquellos países que han establecido componentes de salud dentro de su política exterior, así como la invitación que reciben los organismos internacionales del sector salud y las mismas autoridades sanitarias para participar en foros y espacios internacionales de otros ámbitos, como propiedad intelectual, comercio y desarrollo.
- En el ámbito local, la salud representa uno de los ejes primordiales de la política planteada por el Gobierno del Ecuador, bajo la premisa de la promoción del Buen Vivir de la Población. Esto se comprueba mediante la lectura del texto constitucional y a lo largo de los planes de desarrollo, en donde se brinda principal atención al campo de la salud, a nivel jurídico, político y financiero.
- La inversión realizada para el fortalecimiento de Sistema Nacional de Salud, es una muestra de que más allá de la voluntad política, existe un compromiso con este sector, pues el incremento de asignaciones no se

limita a aquellas establecidas por ley, sino que responden al fortalecimiento de los servicios de salud.

- Además de la importancia de este sector, como componente de la política nacional, existe un impacto directo en la población, lo cual puede ser evidenciado al analizar el incremento existente en el número de atenciones brindadas, a raíz del establecimiento de la gratuidad de los servicios de salud.
- El fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional, a nivel constitucional y a nivel administrativo, demuestra una inclusión y fortalecimiento de este sector a nivel político, posicionándolo como ente rector de la política pública en salud, lo cual puede evidenciarse al observar el número de documentos normativos generados por este portafolio en los últimos años, incluyendo la aprobación de documentos normativos con un significativo nivel jerárquico como la Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco.
- La institucionalización dentro del MSP de una Dirección Nacional a cargo de la gestión de la cooperación y relaciones internacionales, cuyos funcionarios tienen perfiles académicos y profesionales en el campo de las relaciones internacionales demuestra un interés de esta cartera de Estado para promover su actividad internacional.
- La amplia gama de actores con los cuales el MSP interactúa a nivel internacional demuestra que existe una gestión activa en el campo de las relaciones internacionales a nivel sanitario (salud internacional y diplomacia sanitaria), lo cual es concordante con el reconocimiento del Ecuador como ejemplo del establecimiento de Salud en Todas las Políticas (STP), la elección del Ministerio de Salud para presidir cuerpos directivos de la OMS y de la OPS, así como el establecimiento de instrumentos internacionales que promueven la cooperación bilateral y multilateral que demuestra que esta Cartera de Estado ha tenido un rol activo a nivel de diplomacia sanitaria, dado que se evidencia que a nivel internacional se conocen los logros alcanzados por esta cartera de

Estado, a la vez que representa una muestra de un estrecho relacionamiento con sus contrapartes bilaterales y multilaterales.

- El Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana no cuenta con un instrumento actualizado de la política exterior del país. El PLANEX no recoge la realidad política actual y tampoco detalla metas o una agenda específica a seguir en el campo de las relaciones internacionales del Ecuador.
- Los ejes de la Cancillería no se encuentran institucionalizadas a nivel de un documento oficial, sino a través de la publicación en la página web de dicha cartera de Estado. Dentro de estos enfoques no se incluyen asuntos específicos del área de salud, que funjan como guía para el personal del Servicio Exterior.
- Dentro del Servicio Exterior no se encuentra institucionalizada la existencia de unidades o personal que maneje la cartera correspondiente al sector de la salud, lo cual limita el acompañamiento que el Ministerio de Salud pueda tener durante sus delegaciones internacionales o para la negociación de instrumentos internacionales.
- La gestión de la cooperación internacional tiene un enfoque de lo externo a lo interno (portafolio de países vs. Cartera por sectores), siendo discordante con el fin de que la política exterior, que busca reflejar los intereses nacionales ante los actores extranjeros.
- Tampoco existe, por parte del Ministerio de Salud Pública, un documento que sirva de guía para el personal del Servicio Exterior, sobre las prioridades sanitarias y los objetivos de la política pública en salud. Si bien este portafolio ha construido un Modelo de Atención Integral en Salud y cuenta con una planificación estratégica, no se evidencia una socialización con el ente rector de la política exterior del país.
- La política exterior debe reflejar los intereses nacionales y, en este sentido, el Gobierno del Ecuador ha posicionado a la salud como uno de

los principales referentes de su desarrollo. Es indispensable, entonces, garantizar que esta prioridad sea transmitida dentro del accionar de los representantes del país a nivel internacional.

VIII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Ministerio de Salud Pública y al Ministerio de Relaciones Exteriores estructurar una propuesta para la inclusión y manejo de las relaciones internacionales en el campo de la salud (agenda, lineamientos operativos, o incluso una actualización de la política exterior), en base a los objetivos planteados por el MREMH y que respondan a las prioridades sanitarias. Este documento debería ser debatido y discutido entre las instituciones mencionadas para consensuar un instrumento final que se constituya en una guía para la gestión del Servicio Exterior y se potencialice este campo dentro del contexto internacional.
- Institucionalizar la información sobre participaciones internacionales en el ámbito de la salud, logros obtenidos y reconocimientos alcanzados con el fin de generar instrumentos formales que permitan promover el conocimiento y trabajo conjunto entre el Servicio Exterior y la Autoridad Sanitaria Nacional, de modo que se puedan plantear estrategias conjuntas y mecanismos de participación colaborativa, en beneficio de obtener mayores resultados para la salud pública a través de la diplomacia sanitaria, a la vez que se fortalezca aun más la representación del país dentro de los espacios internacionales en materia de salud.
- Construir, institucionalizar y socializar los perfiles de los cooperantes y actores con los cuales se ha desarrollado cooperación internacional en materia de salud, con el propósito de contar con herramientas que permitan analizar la importancia y alcance del ejercicio de la salud internacional, así como para facilitar la negociación y consecución alianzas con cooperantes internacionales, en el marco de los intereses nacionales en materia sanitaria.
- Promover mecanismos de intercambio de experiencias y de conocimientos entre el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana, para fortalecer el trabajo intersectorial, que promueva el cumplimiento conjunto de las metas

comunes planteadas por cada institución, a la vez que se favorezca al logro de objetivos planteados por el Gobierno nacional en materia sanitaria.

- Coordinar acciones entre los funcionarios del Servicio Exterior y del Ministerio de Salud Pública para que sean partícipes, en conjunto, de las delegaciones internacionales en el campo de la salud, de modo que se reflejen y posicionen con mayor fuerza los intereses internos en materia sanitaria, en espacios y foros internacionales, al conjugar el conocimiento técnico de aspectos de salud y del desenvolvimiento diplomático.
- Identificar aquellos espacios, que *teóricamente* son ajenos al campo de la salud, pero en los cuales se toman decisiones que afectan positiva o negativamente a este sector (por ejemplo OMC, OIT, ACNUR, entre otros), de modo que la Cancillería promueva la preparación de propuestas de posicionamiento para integrar las prioridades nacionales de salud de forma consolidada con los objetivos del país en la materia propia de dichos espacios.
- Generar acercamientos con las oficinas de cooperación internacional de las diferentes instituciones públicas, de modo que se puedan identificar puntos de convergencia de intereses y, de este modo, plantear estrategias conjuntas, integrales y consolidadas de participación a nivel internacional, potencializando el alcance de los logros obtenidos.
- Capacitar a los funcionarios del Servicio Exterior, en ámbitos específicos que son considerados como fundamentales para la consecución del Buen Vivir de los ecuatorianos, en el marco de los mandatos constitucionales y de las metas y objetivos plasmados en el Plan Nacional para el Buen Vivir, con un enfoque multidimensional e intersectorial.
- Analizar la necesidad de institucionalizar unidades, dentro del Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana, que se especialicen en el seguimiento, monitoreo y gestión de las áreas como salud y

desarrollo social, las cuales puedan potencializar la gestión intersectorial e integral de país a nivel internacional.

- Generar perfiles o documentos de guía para la negociación con las diversas contrapartes internacionales, así como para la participación en los cuerpos directivos de los organismos multilaterales de los cuales el país es miembro, de modo que las representaciones en las cuales los ministerios sectoriales actúen en nombre del país puedan tener un insumo para su preparación y adecuada participación.
- Se recomienda a los estudiantes de relaciones internacionales y a los estudiantes de profesiones de la salud investigar a profundidad sobre el desenvolvimiento y dinámica actual de las relaciones internacionales, con el fin de comprender que su ejercicio no se limita a los componentes tradicionales de la política exterior y de la diplomacia, sino que en el contexto de las actividades globalizadas, su accionar requiere una capacidad para entender un panorama multidimensional e interrelacionado.
- Capacitar a los funcionarios del MSP y del MREMH que representan al país a nivel internacional en áreas relacionadas a las determinantes de la salud, realidad nacional e internacional, entre otras, para generar una mayor comprensión sobre la dinámica actual de la gestión de la salud pública, cuyos impactos, debido a la globalización, han dejado de ser un problema interno y se constituyen en intereses que trascienden fronteras.

LISTA DE REFERENCIAS

Artículos de Prensa

CADENA RADIAL VISIÓN. (13 de Mayo de 2013). *Ecuador tiene ya el Plan Nacional del Buen Vivir 2013 - 2017*. Recuperado el 01 de Marzo de 2014, de http://www.cadenaradialvision.com/index.php?option=com_content&view=article&id=5021&Itemid=2

EL COMERCIO. (19 de Julio de 2011). *El Ministerio de Salud alista una reforma hasta el 2012*. Recuperado el 23 de Enero de 2014, de http://www.elcomercio.com.ec/sociedad/Ministerio-Salud-alista-reforma_0_519548156.html

Artículos indexados a revistas científicas

FELDRAUM, H., & al.", ". (2010). Global Health and Foreign Policy. *Epidemiologic Revivws*(32), 89-92.

FIDLER, D., & DRAGER, N. (2006). Health and Foreign Policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 687.

KICKBUSH, I. (2007). Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. *Bulletin of the World Health Organization*, 230-232.

KICKBUSH, I., HEIN, W., & SILBERSCHMIDT, G. (2010). Addressing Global Health Governance Challenges through a New Mechanism: The Proposal for a Committe C of the World HEalth Assembly. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 550-563.

ROSES, M. (2012). Seguridad Humana y Salud Pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 351-354.

Discursos

CHAN, M. (Octubre de 2008). *Alocución de la Directora General de la OMS ante el Segundo Simposio de Alto Nivel - OMS*. Recuperado el 11 de Agosto de 2013, de *Diplomacia Sanitaria Mundial: negociar la salud en el siglo XXI*: <http://www.who.int/dg/speeches/2008/20081021/es/>

Disertaciones

Toro, A. (2010). *Lógica y Racionalidad de la aplicación de la iniciativa europea para la democracia y Derechos Humanos en los países de la Comunidad Andina, caso colombiano*. (pregrado).

Documentos electrónicos

GUERRERO, E., AUER, A., & GODUE, C. (2010). *Campus virtual de Salud Pública - OPS/OMS*. Recuperado el 02 de Julio de 2013, de http://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/17404/mod_page/content/2/Mod2/M0-Abordaje-Documento-FINAL.pdf

KIDDELL-MONROE, R. (s/f). *A Non-State Centric Governance Framework for Global Health*. Obtenido de Barcelona Institute for Global Health: www.isglobal.org/documents/10179/25254/A+Non-State+Centric+Governance+Framework+for+GH.pdf/eee78339-2163-4f24-a118-724957b56556

MALO, M. (14 de Mayo de 2013). *El sector de la salud en el Plan Nacional del Buen Vivir: ¿Cómo responde al concepto de salud en todas las políticas SeTP? (Presentación PPT)*. Obtenido de http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=859:presentacion-del-plan-nacional-del-buen-vivir-2009-2013-posicionamiento-de-la-salud-en-todas-las-politicas&catid=297:events&Itemid=360

MCDS. (21 de Octubre de 2014). *Ministra Cecilia Vaca Jones interactúa con universitarios del IAEN en Simposio Antígona*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2014, de <http://www.desarrollosocial.gob.ec/tag/enipla/>

MSP & OPS/OMS. (Septiembre de 2009). *Estrategia de Cooperación de País, de la OPS/OMS en Ecuador, Periodo 2010 - 2014*. Recuperado el 5 de Diciembre de 2014, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_ecu_es.pdf

MSP. (Septiembre de 2012). *Salud: La Base del Buen Vivir*. Recuperado el 04 de Marzo de 2014, de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/Salud-la-base-del-buen-vivir.pdf>

OMS. (01 de Julio de 2002). *25 preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*. Recuperado el 05 de Julio de 2012, de http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9243545698_spa.pdf?ua=1

PEREZ, A. (s/f). *Análisis del Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 - 2017*. Recuperado el 05 de Marzo de 2014, de <http://www.bustamanteybustamante.com.ec/articulos-de-interes/220-analisis-del-plan-nacional-del-buen-vivir-para-el-periodo-2013-2014>

Salomón, M. (2002). *La Teoría de las Relaciones Internacionales en los Albores del Siglo XXI*. Recuperado el 6 de Marzo de 2014, de <http://www.scribd.com/doc/17473088/la-teoria-de-las-relacionesinternacionales-en-los-albores-del-siglo-xxi-monica-salomon.pdf>

VINUEZA, M. (14 de Mayo de 2013). *Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 - 2013: Política intersectorial para reducir la inequidad (Presentación PPT)*. Obtenido de http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=859:presentacion-del-plan-nacional-del-buen-vivir-2009-2013-posicionamiento-de-la-salud-en-todas-las-politicas&catid=297:events&Itemid=360

Documentos oficiales

CONFEDERACIÓN SUIZA. (9 de Marzo de 2012). *Swiss Health Foreign Policy*. Berna, Suiza: Federal Department of Foreign Affairs (FDFA) & Federal Department of Home Affairs (FDHA).

DECRETO EJECUTIVO 117-A. (2007).

DECRETO EJECUTIVO 339. (16 de Mayo de 2014).

DECRETO EJECUTIVO N° 2. (25 de Enero de 2007). CONVOCATORIA A CONSULTA POPULAR - APROBAR ASAMBLEA CONSTITUYENTE. Registro Oficial Nro. 8.

ECUADOR. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Montecristi.

MRE. (2006). *Plan Nacional de Política Exterior 2006 - 2020*. Quito: Ministerio de Relaciones Exteriores.

MRECI. (2007). *Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2010: Política Exterior*. Quito: Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio e Integración.

MSP. (14 de Marzo de 2012). Acuerdo Ministerial Nro. 433. *Reglamento de Suscripción de Convenios del Ministerio de Salud Pública*. Quito, Pichincha, Ecuador.

MSP. (13 de Noviembre de 2013). Acuerdo Ministerial Nro. 00004520. *Emitir el Estatuto Orgánico Sustitutivo de Gestión ORganizacional por Procesos del Minsiterio de Salud Pública*. Quito.

MSP. (2014). Rendición de Cuentas 2013 - Diálogos para construir salud. Quito, Pichincha, Ecuador.

MSP/MINSA. (14 de Novimebre de 2013). Plan Quinquenal de Salud en Frontera Perú - Ecuador 2013 - 2017. Piura.

OFICINA FEDERAL DE SALUD PÚBLICA DE SUIZA. (23 de Enero de 2014). *Swiss Health Foreign Policy*. Obtenido de <http://www.bag.admin.ch/themen/internationales/13102/index.html?lang=en>

OHCHR & OMS. (Junio de 2008). *The Right to Health*. Recuperado el 27 de Febrero de 2014, de <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>

OMC. (2001). Declaración relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública. Doha.

OMS & UNICEF. (1978). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud, Alama - Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. *Alma - Ata 1978 Atención Primaria de Salud* (págs. 2-7). Ginebra: OMS.

OMS. (07 de Abril de 1948). *Documentos Básicos - Constitución de la Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado el 13 de Febrero de 2014, de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

OMS. (19 de Noviembre de 2013). *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. Recuperado el 28 de Febrero de 2014, de http://www.who.int/fctc/signatories_parties/es/

ONU. (26 de Noviembre de 2008). *Resolución aprobada por la Asamblea General el 26 de noviembre de 2008: 63/33. Salud mundial y política exterior*. Recuperado el 25 de Noviembre de 2013, de http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/63/33&Lang=S

ONU. (06 de Diciembre de 2012). *Salud mundial y Política Exterior*. Recuperado el 12 de Octubre de 2013, de http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/L.36&referer=http://www.un.org/en/ga/info/draft/index.shtml&Lang=S

ONU. (s/f). *Temas Mundiales*. Recuperado el 29 de Noviembre de 2014, de Salud: <http://www.un.org/es/globalissues/health/>

ONU, S. d., & OMS, O. M. (23 de Septiembre de 2009). *Global health and foreign policy: strategic opportunities and challenges*. Recuperado el 26 de Noviembre de 2013, de <http://www.who.int/trade/foreignpolicy/FPGH.pdf>

OPS. (07 de Agosto de 2008). *Documento de Discusión - La Salud y las Relaciones Internacionales: su vinculación con la gestión del desarrollo nacional de la salud*. Recuperado el 12 de Octubre de 2013, de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/379/cd48.r16-s.pdf?sequence=2>

SENPLADES. (2007). *Plan Nacional de Desarrollo 2007 - 2010*. Quito: SENPLADES.

SENPLADES. (2009). *Plan Nacional del Buen Vivir 2009 - 2013: Construyendo un Estado Plurinacional y Pluricultural*. Quito: SENPLADES.

SENPLADES. (30 de Agosto de 2011). Guía para la formulación de políticas públicas sectoriales. Quito, Pichincha, Ecuador: SENPLADES.

SENPLADES. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir 2013 - 2017*. Quito: SENPLADES.

SETECI. (2013). *Catálogo de Asistencia Técnica Ecuatoriana 2013*. Quito: SETECI.

Documentos tomados del Virtual de Salud – OPS/OMS

DE LA TORRE, D., GONZALEZ, P., & LUNA, C. (Febrero de 2014). *Análisis de la convergencia de la política exterior de Ecuador y la política nacional de salud para la definición de lineamientos de relaciones internacionales en materia sanitaria*. Quito.

OLIVEIRA, M. A. (Octubre de 2008). *Campus Virtual de Salud Pública - OPS/OMS*. Recuperado el 6 de Noviembre de 2013, de http://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/41009/mod_page/content/12/Oliveira_2008_obligatoria_unidad%201.pdf

Entrevistas

BUSS, P. (17 de Abril de 2012). Paulo Buss aboga por nueva gobernanza que favorezca la salud global. (E. Silva, Entrevistador)

LUNA, C. (14 de Enero de 2015). Entrevista sobre el relacionamiento internacional en Salud. (D. D. Torre, Entrevistador)

Informes

COMISIÓN MEXICANA SOBRE MACROECONOMÍA Y SALUD. (2006). *Macroeconomía y Salud: Invertir en salud para el desarrollo económico*. México: Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud.

COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD - OMS. (2007). *Globalization, Global Governance and the Social Determinants of Health: A review of the linkages and agenda for Actions*. Ottawa: Institute of Population Health - University of Ottawa.

DEPARTMENT OF HEALTH OF THE UK. (16 de Junio de 2010). *Annual independent review of the UK Government's global health strategy*. Recuperado el 23 de Enero de 2014, de <https://www.gov.uk/government/publications/annual-independent-review-of-the-uk-governments-global-health-strategy>

DEPARTMENT OF HEALTH OF THE UK. (31 de Marzo de 2011). *Health is Global: An outcomes framework for global health 2011 - 2015*. Londres, Inglaterra, Reino Unido.

FIGUERAS, L. (Julio de 2011). Implementación de los lineamientos de la Red PARF en las Subregiones de las Américas. Brasilia.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. (2008). *La Salud en la nueva Constitución 2008*. Quito: OPS.

OMS. (2013). *Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS, O. m. (1979). *Informe Final de la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Viruela*. Ginebra: OMS.

OMS, O. M. (2007). *Informe sobre la Salud en el Mundo: Un porvenir más seguro - Protección de la salud pública mundial en el Siglo XXI*. Ginebra: OMS.

OMS, O. M. (27 de Febrero de 2014). *Economic Growth*. Obtenido de <http://www.who.int/trade/glossary/story019/en/>

PNUD, P. d. (1994). *Informe sobre Desarrollo Humano 1994*. Nueva York: Oxford University Press.

SETECI. (2011). *Informe de Cooperación Internacional No Reembolsable en el Ecuador: 2010 - 2011*. Quito: Soboc Grafic.

Libros

GÓMEZ, O., & KHOSHNOOD, B. (1991). La Evolución de la Salud Internacional en el Siglo XX. *Red de Revistas Científicas de Latinoamérica y El Caribe, España y Portugal - Redalyc - Universidad Autónoma del Estado de México*, 314 - 329.

HOWARD-JONES, N. (1975). *The Scientific Background of the International Sanitary Conferences 1851 - 1938*. Ginebra: World Health Organization.

Keohane, R. (1988). *Después de la hegemonía: cooperación y discordia en la política económica mundial* (Primera ed.). Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.

KEOHANE, R. (1988). *Institucionalismo Neoliberal*. Redwood City: Stanford University Press.

Keohane, R. (1989). *Instituciones Internacionales y Poder Estatal* (Primera ed.). Boulder: Westview Press.

KICKBUSH, I., & al.", ". (2013). *Global Health Diplomacy*. Nueva York: Springer.

OMS. (2006). *Tough Choices: Investing in health for development*. Ginebra: OMS.

SILVA, C. (2008). ¿Qué es el buen vivir en la Constitución? En R. Á. Santamaría, *La Constitución del 2008 en el contexto andino. Análisis desde la*

doctrina y el derecho comparado (págs. 111-153). Quito: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

Sitios web

GRIJALVA, A. (16 de Julio de 2009). *Principales innovaciones de la Constitución de Ecuador del 2008*. Obtenido de Institut de recherche et débat sur la gouvernance: <http://www.institut-gouvernance.org/fr/analyse/fiche-analyse-454.html>

MCDS. (s/f). *Estrategia Intersectorial de Primera Infancia en Ecuador*. Recuperado el 14 de Noviembre de 2014, de <http://www.desarrollosocial.gob.ec/estrategia-de-desarrollo-integral-infantil/>

Ministerio de Asuntos Exteriores de Francia. (25 de Marzo de 2013). *Iniciativa Diplomacia Salud*. Recuperado el 11 de Agosto de 2013, de <http://www.diplomatie.gouv.fr/es/asuntos-globales/ayuda-al-desarrollo/salud/diplomacia-y-salud/article/iniciativa-diplomacia-salud>

MINISTERIO DE ASUNTOS EXTERIORES DE FRANCIA. (07 de Abril de 2013). *International health governance and France's financial commitments*. Recuperado el 01 de Marzo de 2014, de <http://www.diplomatie.gouv.fr/en/french-foreign-policy-1/development-assistance/health/international-health-governance/>

MREMH. (17 de Junio de 2014). *OMS aprueba Plan de Acción sobre Discapacidad motivado por Ecuador*. Obtenido de <http://www.cancilleria.gob.ec/oms-adopta-plan-de-accion-sobre-discapacidad-motivado-por-ecuador/>

MREMH. (3 de marzo de 2015). *Representaciones Ecuatorianas en el Exterior*. Obtenido de Ministerio de Relaciones Exteriores y Movilidad Humana: <http://www.cancilleria.gob.ec/representaciones-ecuatorianas-en-el-exterior/>

MREMH. (s/f). *Misión / Visión / Valores*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2014, de <http://cancilleria.gob.ec/valores-mision-vision/>

MREMH. (s/f). *Política Exterior*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2014, de <http://cancilleria.gob.ec/politica-exterior-ecuador/>

MSAL. (s/f). *¿Qué son las Guías de Práctica Clínica?* Recuperado el 21 de Octubre de 2014, de Ministerio de Salud de Argentina: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-equipos-de-salud/guias-de-practica-clinica>

MSP. (23 de Septiembre de 2013). *Altas autoridades del sector social de Perú y Ecuador se reúnen en Lima*. Recuperado el enero de 25 de 2015, de <http://www.salud.gob.ec/2014/09/>

MSP. (28 de Marzo de 2013). *Ministerio de Salud rinde cuentas a la ciudadanía*. Recuperado el 04 de Marzo de 2014, de <http://www.salud.gob.ec/2013/03/>

MSP. (25 de Febrero de 2014). *Proyecto Emblemático: “Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Calidad”*. Recuperado el 25 de Febrero de 2014, de <http://www.salud.gob.ec/fortalecimiento-de-la-red-de-servicios-de-salud-y-mejoramiento-de-la-calidad/>

MSP. (s/f). *Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazos en Adolescentes*. Recuperado el 21 de Septiembre de 2014, de <http://www.salud.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-de-planificacion-familiar-y-prevencion-de-embarazos-en-adolescentes/>

OMC. (12 de Febrero de 2014). *Licencias obligatorias de productos farmacéuticos y ADPIC*. Obtenido de http://www.wto.org/spanish/tratop_s/trips_s/public_health_faq_s.htm

OMS. (Junio de 2009). *Embarazo en Adolescentes un problema culturalmente complejo*. Recuperado el 01 de Marzo de 2014, de <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>

OMS. (Agosto de 2011). *Riesgos para la salud de los jóvenes*. Recuperado el 01 de Marzo de 2014, de Nota Descriptiva N° 345: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>

OMS. (Octubre de 2013). *Cambio climático y salud*. Recuperado el 01 de Marzo de 2014, de Nota descriptiva N° 266: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/es/>

OMS. (19 de Febrero de 2014). *Archives of the Smallpox Eradication Programme*. Obtenido de http://www.who.int/archives/fonds_collections/bytitle/fonds_6/en/

OMS. (28 de Febreo de 2014). *Gobernanza*. Recuperado el 28 de Febrero de 2014, de <http://www.who.int/governance/es/>

OMS. (01 de Marzo de 2014). *Proceso de Reforma de la OMS*. Obtenido de http://www.who.int/about/who_reform/process/es/

OMS. (2015). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 19 de Febrero de 2015, de Directora General: <http://www.who.int/dg/es/>

OPS. (17 de Febrero de 2014). *Historia de la OPS*. Obtenido de http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=24&Itemid=122&limitstart=1

OPS/OMS - Ecuador. (10 de Junio de 2013). *Presentación del Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013: posicionamiento de la salud en todas las políticas*. Obtenido de http://www.paho.org/ecu./index.php?option=com_content&view=article&id=859:presentacion-plan-nacional-buen-vivir-2009-2013-posicionamiento-salud-todas-politicas&catid=297:events&Itemid=360

PLAN BINACIONAL. (s/f). *Plan Binacional de Desarrollo de la Región Fronteriza Ecuador - Perú*. Recuperado el 17 de Enero de 2015, de Marco Legal: <http://www.planbinacional.gob.ec/marco-legal.html>

THE CARTER CENTER. (2008). *Informe sobre la Asamblea Constituyente de la República del Ecuador*. Quito.

The Rockefeller Foundation. (13 de Febrero de 2014). *Moments in Time: 1913 - 1919*. Obtenido de <http://www.rockefellerfoundation.org/about-us/our-history/1913-1919>