

SERIE RITCH
Informe Técnico OPS/DAP/96.11.29
Original: Español/Inglés



Informe final de las Discusiones Técnicas
de Marzo de 1996
(Versión Preliminar)



Oficina de Análisis y Planificación Estratégica
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Septiembre de 1996



SERIE RITCH
Informe Técnico OPS/DAP/96.11.29
Original:Español/Inglés

REPLANTEAMIENTO DE LA COOPERACION
TECNICA INTERNACIONAL EN SALUD

Informe final de las Discusiones Técnicas
de marzo de 1996
(Versión Preliminar)

Oficina de Análisis y Planificación Estratégica
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Septiembre de 1996

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CONTEXTO	3
Contexto de las Discusiones Técnicas.....	3
Contexto regional para la Cooperación Técnica	3
Globalización, relaciones cambiantes entre los países y desarrollo de la autosuficiencia nacional	4
Nuevos enfoques respecto a la salud y la Cooperación Técnica.....	5
Nuevos actores y mayor complejidad y dinamismo	7
Transformaciones sociales y sectoriales	8
Cambios internos en la OPS.....	9
PRÁCTICA DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA EN LA OPS	11
Cooperación Técnica en el marco de los esfuerzos para renovar la iniciativa de Salud para Todos.....	11
Esferas dentro de las que se define la Cooperación Técnica	12
Funciones de la Sede	14
Funciones de las Oficinas de País de la OPS/OMS.....	15
RECOMENDACIONES	16
CONSTRUCCIÓN DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA	16
ORGANIZACIÓN, ESTRUCTURA Y GESTIÓN DE LA SECRETARÍA	19
FUNCIONES DE LOS NIVELES PERIFERICO Y CENTRAL	23
RECURSOS HUMANOS EN LA OPS	26
EPÍLOGO	30

INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) realiza, dos veces al año, discusiones técnicas sobre temas relacionados con la labor de la OPS. Se invita a todo el personal a que participe voluntariamente. Las discusiones de marzo de 1996 se centraron en el "replanteamiento de la cooperación técnica internacional en salud".

Este tema ha sido objeto de discusiones en el seno de la OPS por más de dos decenios, no obstante, el interés por el mismo se ha intensificado en años recientes, como puede notarse en varios eventos. Uno de ellos fue un estudio sobre la cooperación técnica en el campo de la salud realizado en 16 países de diversas regiones del mundo, que examinó, entre otras cosas, la interacción de la OPS y la Organización Mundial de la Salud (OMS) a nivel de país. Otro fue un seminario titulado "Replanteamiento de la Cooperación Técnica Internacional en Salud", copatrocinado por la Carnegie Corporation y la OPS, y celebrado en Washington, D.C., en noviembre de 1995, y que reunió a representantes de un grupo diverso de organismos internacionales, países y oficinas regionales de la OMS.

Las discusiones técnicas sobre este tema se realizaron en la sede de la Organización, en todos los centros panamericanos y en las Oficinas de País de la OPS/OMS en los países. En algunas oficinas de país las discusiones precedieron a las realizadas en la Sede, y por lo tanto fue posible incorporar los elementos de sus informes en los documentos de referencia usados durante las discusiones en la Sede.

Se invitó a la presidenta del seminario celebrado en noviembre de 1995, Sra. Linda Vogel, Directora de la Oficina de Salud Internacional y de Refugiados del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos de América, para que iniciara las discusiones en la Sede. También participaron en la reunión plenaria inicial la Dra. Maritza Izaguirre, Directora Ejecutiva para Venezuela y Panamá del Banco Interamericano de Desarrollo (BID); el Dr. George Alleyne, Director de la OPS, y el Dr. Juan Manuel Sotelo, Jefe de la Oficina de Análisis y Planificación Estratégica (DAP) de la OPS, quien actuó como secretario técnico en las discusiones.

Las ponencias presentadas durante la reunión de apertura hicieron eco de las conclusiones del seminario celebrado en noviembre de 1995, y destacaron los retos que la OPS afronta para determinar la mejor forma de representar su función de promotora de la salud; establecer prioridades con los países para la cooperación técnica internacional en salud mediante un proceso "de abajo arriba"; establecer alianzas entre sectores relacionados con la salud; formular

indicadores para evaluar las repercusiones; idear nuevas formas de cooperación y fortalecer la capacidad nacional de negociar y utilizar la cooperación técnica eficazmente.

Los participantes examinaron el tema desde tres perspectivas diferentes que presentó la Dra. Izaguirre: la de un usuario de la cooperación técnica en su país de origen (Venezuela) durante los años sesenta y setenta, la de un proveedor de cooperación técnica en calidad de gerente de cooperación del BID y la de un encargado de adoptar decisiones relativas a la cooperación técnica como ejecutivo del Banco.

El Director de la OPS leyó el enunciado de la misión de la Oficina Sanitaria Panamericana, que se formuló mediante un proceso participativo dentro de la Secretaría y sirve de marco de referencia para el ejercicio en curso de replantear la cooperación técnica. El enunciado de la misión es el siguiente:

La Oficina Sanitaria Panamericana es la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), organismo internacional especializado en salud. Su misión es cooperar técnicamente con los Países Miembros y estimular la cooperación entre ellos para que, a la vez que conserva un ambiente sano y avanza hacia el desarrollo humano sostenible, la población de las Américas alcance la Salud para Todos y por Todos.

Un aspecto innovador de estas discusiones técnicas fue la participación del personal de apoyo en las discusiones en grupo que en la tarde del 13 de marzo tuvieron lugar dentro de cada unidad en la Sede. Aproximadamente 150 funcionarios participaron en los grupos de discusiones interprogramas que se reunieron el día siguiente.

Las discusiones en grupo destacaron los logros pasados y las oportunidades futuras de una organización que tiene una larga historia, una misión clara y un compromiso sólido con la cooperación técnica internacional en el campo de la salud.

El informe presentado en las siguientes páginas abarca todas las contribuciones recibidas de los diversos grupos que participaron en las discusiones técnicas. Se espera que servirá para promover el intercambio de ideas y enriquecer la práctica de la cooperación técnica para la salud.

CONTEXTO

Contexto de las Discusiones Técnicas

Las discusiones técnicas sobre el "replanteamiento de la cooperación técnica en materia de salud" tuvieron lugar en un momento crucial en el que la Organización está tratando de resolver una situación financiera difícil al tiempo que examina la mejor forma de cumplir su misión en un contexto que ha cambiado notablemente desde la fundación de la OPS. La fuerte participación y la dedicación, seriedad y compromiso con los que el personal trató estos temas indican la importancia que se les otorga en toda la institución.

A algunos grupos les inquietaba que tales discusiones contribuyeran en efecto al proceso de toma de decisiones en la OPS. Varios participantes expresaron la esperanza de que las discusiones darían al personal una verdadera oportunidad de participar en cuestiones importantes para la Organización, y a la administración de escuchar las opiniones del personal y utilizar la información y los conocimientos emanados de las discusiones para ayudar en la toma de decisiones.

Todos estuvieron de acuerdo en que las discusiones técnicas pueden proporcionar aportes valiosos que habrán de ayudar a mejorar procesos, métodos e instrumentos de la cooperación técnica, y por lo tanto deben continuarse.

Contexto regional para la Cooperación Técnica

Todos los informes (tanto los de programas regionales como los recibidos de las oficinas de países) destacaron la importancia de los cambios contextuales que han ocurrido y siguen ocurriendo en la orientación, los procesos y resultados esperados de la cooperación técnica en el campo de la salud. Estos cambios han guardado relación y se han vinculado de diversas maneras con cambios económicos, sociales y políticos en los países.

La cooperación técnica se está realizando en un ambiente cada vez más dinámico y complejo, aunque los principios y objetivos básicos siguen siendo los mismos: identificación y transferencia de conocimientos, tecnologías, metodologías y maneras de abordar temas o resolver problemas críticos.

A continuación se esboza una serie de situaciones y procesos que caracterizan este contexto dinámico y algunas de las tendencias que están influyendo en la cooperación técnica en el campo de la salud.

Globalización, relaciones cambiantes entre los países y desarrollo de la autosuficiencia nacional

Uno de los factores que está configurando la cooperación técnica es la globalización que caracteriza la vida social contemporánea. En efecto, esta globalización puede considerarse la característica determinante de finales del siglo XX. Con este fenómeno ha surgido una interdependencia asombrosa de los países (en particular en el campo económico, político y cultural). Las posibilidades de comercio e intercambio entre países y regiones del continente y el mundo son mayores, lo cual ha tenido repercusiones positivas en el desarrollo pero también ha engendrado problemas y consecuencias negativas. La Región se está reorganizando en bloques de países en busca de una relación de intercambio más favorable (respecto a países grandes u otros bloques de países) y mayor desarrollo económico y social.

Los adelantos espectaculares en telecomunicaciones han hecho realidad la hipótesis de la "aldea mundial" antes de lo esperado. La globalización y la revolución de las comunicaciones han tenido repercusiones en muchos fenómenos relacionados con la salud, incluida la reforma de la salud, la introducción de nuevas tecnologías, las enfermedades reemergentes y otros.

La cooperación técnica también se ha visto influida por estos acontecimientos. Actualmente, los países tienen más opciones para obtener apoyo técnico y financiero, hay mayor acceso a los conocimientos y la tecnología sin la mediación de expertos y consultores y hay mayor horizontalidad en las relaciones entre los países de la Región cuando tratan de abordar problemas comunes que trascienden las fronteras nacionales. Los convenios bilaterales directos entre los gobiernos, sin la participación de ninguna organización internacional, son cada vez más comunes.

Varios factores están vinculados a esta evolución. Uno de ellos es la falta de una definición clara de los objetivos y funciones de los organismos del sistema de las Naciones Unidas. Las líneas que definían las esferas concretas de acción de los diversos organismos han perdido considerable nitidez. Por ejemplo, cuando la OMS se creó, sus objetivos estaban relacionados directamente con el control de enfermedades, como los de la OPS. Sin embargo, con el surgimiento de una definición más amplia y más integral de salud y el reconocimiento cada vez mayor de la estrecha relación que existe entre las condiciones de salud y el desarrollo general, además de la participación de nuevos actores y el acaecimiento de nuevas condiciones y problemas, ambas organizaciones han tenido que afrontar nuevos retos y asumir nuevas responsabilidades.

No sólo han cambiado las funciones de la OPS sino que también se ha registrado un cambio gradual —y no siempre positivo— de la forma en que la ven desde "fuera" los países y otros organismos. Esa imagen corresponde a la de una organización cada vez más burocrática que ha perdido gran parte de la excelencia técnica que hasta hace poco era su sello distintivo. Su eficiencia y eficacia a menudo se cuestiona, así como también su puntualidad y la pertinencia de sus actividades. Este "problema de imagen" y la necesidad de explorar nuevas modalidades de cooperación técnica en respuesta al contexto cambiante se recalcó durante las discusiones técnicas.

Se está poniendo en tela de juicio en forma generalizada la función de los organismos de las Naciones Unidas. Este deterioro se agrava con la incapacidad de estos organismos de definir claramente nuevos objetivos y metas y de adoptar una postura firme ante los cambios y el debilitamiento de valores como la equidad, solidaridad y sostenibilidad¹

Como primera medida, se debe examinar a fondo la imagen que la OPS está proyectando al mundo externo, como también los resultados y la repercusión de su cooperación. Debe reconocerse que el modelo de cooperación que ha guiado la labor de la OPS durante muchos años ya no es válido y su paradigma no responde a las condiciones actuales.²

Al mismo tiempo, los procesos de modernización y desarrollo científico y tecnológico asociados a la globalización han aumentado la capacidad técnica de los países, lo cual les ha permitido abordar mejor sus propios problemas sociales y sanitarios. Esto ha significado que, por consiguiente, la OPS haya dejado de ser gradualmente la única autoridad técnica en el campo de la salud. Los términos de su relación con los países han cambiado, y ha tenido que desarrollar diferentes capacidades para complementar las que ahora existen en los países, muchas de las cuales se desarrollaron precisamente como resultado de la cooperación de la OPS en años anteriores.

Nuevos enfoques respecto a la salud y la Cooperación Técnica

También han ocurrido cambios en la conceptualización de la salud, lo cual ha tenido repercusiones significativas en la conceptualización de la cooperación técnica. La salud gradualmente ha dejado de concebirse en función de la enfermedad, y ahora la atención de salud ya no se considera exclusivamente como la recuperación biomédica de un enfermo; más bien, se considera que la salud es un proceso integral biológico, psicológico y social que ocurre en la vida

¹ Informe del grupo de trabajo de la Sede.

² Informe del grupo de trabajo de la Sede.

de las sociedades y los grupos e individuos que las constituyen. El vínculo entre la salud, el proceso y la sostenibilidad del desarrollo humano ahora se comprende más claramente. Todos estos factores han ayudado a configurar una nueva idea y práctica de la cooperación técnica. Otra influencia decisiva en la cooperación técnica ha sido la meta y el paradigma de Salud para Todos, y actualmente el proceso de renovación en toda la Región y el mundo.

Los conceptos y modelos de cooperación técnica han evolucionado desde los años cuarenta y cincuenta, al pasar de un enfoque paternalista, en el que los países más ricos que poseían mayores conocimientos técnicos prestaban asistencia técnica a los países más pobres que no contaban con esos conocimientos, a una relación entre países que se basa más en un verdadero espíritu de cooperación; es decir, el espíritu del trabajo compartido hacia una meta común. Uno de los efectos de este cambio conceptual ha sido el reconocimiento de que la cooperación es un proceso recíproco y que todos los países, independientemente de sus dimensiones y nivel de desarrollo, pueden beneficiarse de esta interacción singular.

La cooperación técnica también se ha visto influida por criterios y enfoques cambiantes respecto al proceso de desarrollo general. Como lo indicó el documento de referencia para las discusiones técnicas, se pueden identificar por lo menos cuatro períodos en la evolución del concepto sobre el desarrollo. Hasta 1960, el desarrollo se equiparó al crecimiento económico, y el objetivo de prestar asistencia técnica era aumentar la capacidad productiva y de inversión de los países beneficiarios. Durante el período de 1960-1975 se consideró que la modernización era el medio para lograr el desarrollo, y la transferencia de tecnología se consideró el elemento central en el esfuerzo para modernizar y producir el cambio estructural. En el tercer período, 1975-1985, el énfasis pasó a la eliminación de la pobreza y la mayor parte de los recursos y esfuerzos de cooperación técnica se dedicaron a ese fin. En la etapa actual, el concepto clave es el desarrollo humano sostenible, cuyos aspectos esenciales son la formación de capital humano, el desarrollo dirigido, la participación del sector privado y la protección ambiental, dentro de un marco de equidad y justicia social. Cada vez más, la cooperación técnica internacional en salud se preocupa por la influencia que tiene en la salud el desarrollo socioeconómico, el fortalecimiento de la capacidad institucional de formular políticas de salud, la planificación y promoción de la salud y la organización relativa a programas para cada país o varios países.

De acuerdo con el concepto actual de la salud y el énfasis en el desarrollo humano sostenible, la cooperación técnica internacional debe dirigirse hacia la promoción y el fortalecimiento de la capacidad técnica nacional; y las modalidades flexibles, como consultorías a corto plazo, deben emplearse para fomentar la autonomía técnica de ciudadanos y grupos locales y promover la autosuficiencia a largo plazo.

Nuevos actores y mayor complejidad y dinamismo

Otro aspecto muy importante del ambiente cambiante de la cooperación técnica ha sido la expansión de la oferta y la presencia cada vez mayor de una amplia variedad de actores de los sectores público y privado. Este fenómeno, unido a la tendencia creciente hacia la integración de modalidades de cooperación —en la que ahora la cooperación técnica suele ir a la par con la cooperación financiera— ha hecho que la cooperación internacional sea mucho más compleja en el campo de la salud.

Los proveedores de cooperación técnica se han multiplicado, como también los recursos nacionales, internacionales e interregionales en el sector de la salud. Las principales instituciones financieras multilaterales han prestado cada vez más atención a la salud a medida que han canalizado más recursos hacia los programas de necesidades sociales. Los organismos de cooperación bilateral, otros organismos multilaterales —incluidos otros organismos del sistema de las Naciones Unidas— y las organizaciones no gubernamentales también están desempeñando una función cada vez más destacada en la cooperación técnica para la salud.

Quizás a veces los nuevos actores no compartan el concepto de salud y desarrollo humano que tiene la OPS. Algunos consideran que la salud es una condición para la productividad y conceden poca importancia a las consideraciones relacionadas con la ética, la equidad y la solidaridad. En otras palabras, además de haber otros participantes, también puede haber contradicciones en los objetivos que persiguen. Por otra parte, los actores que tradicionalmente han sido proveedores de cooperación técnica, incluidas algunas organizaciones y redes de cooperación internacionales, también se han convertido en consumidores de recursos de cooperación, lo cual ha intensificado la competencia por recursos cada vez más escasos.

Asimismo, en el caso de la demanda nacional, la situación se ha tornado más compleja. Las instituciones nuevas, que no están relacionadas necesariamente con los ministerios de salud ni tampoco con el sector sanitario formal, han empezado a buscar cooperación técnica para fines relativos a la salud. En muchos países, las decisiones políticas que tienen que ver con la salud no las toma exclusivamente el ministerio de salud, y en algunos casos toda la responsabilidad de la toma de decisiones relativas a temas sanitarios parece haberse transferido al ministerio de finanzas o de planificación. En la Región, como se expondrá más adelante, se ha registrado un movimiento importante hacia la descentralización del gobierno, con lo cual unidades políticoadministrativas más pequeñas (provincias, estados, regiones, cantones u otros) están asumiendo nuevas responsabilidades y adquiriendo nuevos poderes; y también están buscando cooperación técnica. Una variedad de otro tipo de instituciones, como instituciones académicas, organizaciones de promoción del desarrollo, iglesias, cooperativas, asociaciones mercantiles y otras, participan

ahora de diversas formas en el campo de la salud, y constituyen otra fuente de demanda de cooperación técnica.

Transformaciones sociales y sectoriales

A partir de los años ochenta, muchos países latinoamericanos renovaron sus esfuerzos para lograr democracia política después de un período largo y doloroso de autoritarismo. Para la mayoría de estos países, el decenio fue un período no sólo de mayor democracia sino de reconstrucción de sus economías. En más de un caso, la consolidación de la democracia se vio amenazada por las dificultades que los gobiernos afrontaron al tratar de estabilizar sus economías, recomenzar el crecimiento económico, generar empleo y garantizar beneficios sociales.

En algunos países este período de consolidación de un sistema democrático estuvo marcado por volatilidad política e incertidumbre. Como resultado, no existía el clima de estabilidad necesario para emprender un esfuerzo sostenible para el desarrollo de la salud y la cooperación técnica, no encontró suelo fértil en el que pudiera prosperar. La mayor parte de la cooperación técnica durante los años ochenta se dirigió a restaurar la capacidad técnica y política de los gobiernos y las instituciones públicas encargadas de administrar el sector sanitario.

Una consecuencia desafortunada de los esfuerzos por abordar la crisis y estabilizar la economía en muchos países fue el deterioro de la infraestructura social y la exacerbación de las inequidades sociales y sanitarias. La capacidad del sector público, socio tradicional de la OPS/OMS, de guiar la formulación de políticas y ejecutar los programas y actividades se deterioró gravemente durante este período.

Sólo en los años noventa un gran número de países lograron reanudar el crecimiento económico, reestructurar su sistema productivo para competir en la economía globalizada y ejecutar programas y proyectos sociales para revertir el deterioro en la salud y las condiciones de vida experimentado durante el decenio anterior.

Es en este contexto que está ocurriendo la reforma, tanto en el sector público general como en sectores sociales concretos, en particular en el campo de la salud, la educación y el empleo. En cierto modo, la reforma constituye el contexto más inmediato para la cooperación técnica en el campo sanitario. Representa una redefinición más o menos profunda (según el país) de las relaciones (contratos sociales, normas y reglas institucionales del juego) que las sociedades han establecido en el transcurso de los años para abordar y resolver las necesidades de salud de sus poblaciones. Los cambios en estas relaciones —que se manifiestan como cambios en los objetivos finales, prioridades, financiación, estructura, organización y modelos de atención sanitaria de los sistemas de salud— conducen necesariamente a cambios en el marco conceptual, los objetivos,

modalidades y resultados esperados de la cooperación técnica internacional especializada en el campo de la salud. Por lo tanto, la OPS afronta un reto enorme.

Cambios internos en la OPS

Sin excepción, los grupos que participan en las discusiones técnicas, tanto en la Sede como en las oficinas de país, expresaron inquietud no sólo acerca de la repercusión de los cambios contextuales externos en la labor de la OPS sino también acerca de una serie de factores internos que han influido en la calidad de dicha labor. Los principales problemas identificados fueron, según palabras de un grupo, "un deterioro de la excelencia técnica" del personal de la OPS y su dificultad en mantenerse al corriente de los nuevos acontecimientos técnicos y científicos en el campo de la salud, así como de las corrientes modernas de pensamiento en el campo social, económico y político. Muchos grupos señalaron la necesidad urgente de una política nueva y amplia relativa al desarrollo de recursos humanos para remediar esta situación.

Los recursos humanos constituyen los recursos más valiosos de la OPS, y son aún más importantes en épocas de crisis porque permiten a la OPS reafirmar el liderazgo que ha mantenido durante años.³

Hay que reforzar y reorientar la capacidad técnica de la OPS para abordar los retos actuales. No se trata simplemente de adoptar nuevas tecnologías sino también de participar en áreas que no son las tradicionales de la labor de la OPS, como el análisis económico y político. Para hacerlo, la OPS debe aprovechar su ventaja comparativa, que es su tradición de formar equipos multidisciplinarios para utilizar la información y generar conocimientos.⁴

Los grupos también hicieron hincapié en la necesidad de operar cambios en la estructura orgánica tradicional, que se vio como excesivamente centralizada y carece de la flexibilidad necesaria para cooperar con otros sectores y actores y desarrollar la capacidad de diálogo técnico con estos interlocutores diversos, incorporando la sabiduría inherente en esta otra "lógica institucional".

Además, los grupos observaron que hay una brecha entre los aspectos administrativos y técnicos de la OPS. Esta rigidez y compartimentación obstaculizan los procesos de cooperación técnica porque hay poca flexibilidad para organizar y movilizar recursos en respuesta a las necesidades cambiantes. Se recalcó que las consideraciones relativas a los conocimientos técnicos

³ Informe del grupo de trabajo de la Sede.

⁴ Informe de un grupo de trabajo en una Oficina de País de la OPS/OMS.

y especializados deben primar sobre temas administrativos cuando se están tomando decisiones acerca de la cooperación técnica.

Los participantes en las discusiones técnicas observaron reiteradamente que la OPS se encuentra en un punto crítico. Ha llegado el momento de operar cambios, y la OPS debe aprovechar la oportunidad para reconstruir su excelencia técnica y reafirmar su liderazgo. El mejor momento para mejorar es cuando una organización puede analizar seriamente y con madurez sus dificultades, con el firme compromiso de superarlas.

PRÁCTICA DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA EN LA OPS

Cooperación Técnica en el marco de los esfuerzos para renovar la iniciativa de Salud para Todos

El año 2000 se avecina y todas las regiones del mundo están haciendo esfuerzos para renovar el entusiasmo por la meta de Salud para Todos. En respuesta a los resultados de la tercera evaluación de la ejecución de las estrategias de Salud para Todos en las Américas, en 1995 la OPS lanzó un proceso intensivo de consulta sobre cómo renovar el compromiso de la Región con esta meta. Se realizaron discusiones técnicas sobre el tema en septiembre de 1995 con una amplia participación del personal de la OPS. El producto de este proceso de renovación constituirá la contribución de la Región a la nueva política de salud mundial que la OMS espera aprobar en 1998.

La difícil situación en que se encuentra el sistema de las Naciones Unidas, que se refleja en la OMS y la OPS, hace indispensable encontrar nuevas prácticas y enfoques para la cooperación técnica que sean compatibles con el esfuerzo para renovar el interés en la Salud para Todos y que apoyen dicho esfuerzo. Las discusiones técnicas sobre el replanteamiento de la cooperación técnica produjeron muchas ideas y sugerencias útiles que ayudarán a promover este esfuerzo. En las Américas, el proceso de renovación del entusiasmo por la salud para todos está haciendo hincapié en las consultas nacionales, patrocinadas por la OPS, con miras a promover la formulación de una política pública saludable, que incluya la creación y preservación de ambientes sanos, y una mayor responsabilidad individual y colectiva respecto a la salud. Este esfuerzo ha tendido a "socializar" el tema de la salud, que requerirá una respuesta institucional compatible con el compromiso, también renovado, que la OPS está tratando de generar.

Al redefinir su cooperación técnica, la OPS debe conceder prioridad a ciertas áreas bien definidas que están directamente vinculadas a sus orientaciones estratégicas y programáticas para 1995-1998 y a prioridades nacionales de cooperación técnica. Al hacer operacional esta cooperación, la OPS debe tener en cuenta las deficiencias y brechas que impiden realizar la Salud para Todos, y debe promover una versión actualizada de la estrategia de Atención Primaria de Salud, entre otras estrategias, que permitirá acelerar los procesos presentes y futuros hacia la Salud para Todos.

Los participantes en las discusiones técnicas de marzo de 1996 recomendaron un enfoque dinámico de la cooperación técnica y la promoción de la salud en los países que ayudará a garantizar el reconocimiento del lugar que ocupa la salud en los esfuerzos globales de desarrollo.

Subrayaron que la OPS debe adoptar una postura institucional firme respecto a ciertos temas como la reforma del sector sanitario. Postura que debe ser reflejo de los procesos complejos que actualmente están en marcha y que debe incluir una promoción vigorosa de la equidad en la atención sanitaria. La OPS tiene la responsabilidad de señalar a los países y a otros, apoyando sus aserciones con información bien fundada, las consecuencias potencialmente negativas para la Salud para Todos que podrían presentarse.

Esferas dentro de las que se define la Cooperación Técnica

En el proceso del replanteamiento de la cooperación técnica, deben considerarse las diversas perspectivas desde las cuales la cooperación técnica se considera, ejecuta, recibe, percibe y analiza. Es importante no sólo reconocer la validez de todos estos puntos de vista sino también consolidar una manera de pensar basada en la reflexión colectiva.

Dentro de la OPS, hay por lo menos dos perspectivas desde las que se observa la cooperación técnica: 1) la de los países y 2) la de la Secretaría. Durante las discusiones técnicas se señaló que puede haber otra perspectiva desde la cual se aborda la cooperación técnica: la de "cómo proceder". Desde esta perspectiva se examina cómo llevar a cabo la cooperación según los objetivos principales del área concreta de trabajo (administrativa, financiera o técnica) dentro de la OPS. Lo ideal sería que las tres áreas se esforzaran para lograr una posición unificada y trabajaran con miras a obtener objetivos comunes que están de acuerdo con las finalidades generales de la OPS y con su índole de organismo internacional que se especializa en la salud. En otras palabras, las diversas partes de la OPS deben colaborar sobre la base de un solo conjunto de orientaciones políticas, principios técnicos y prácticas operativas, al que toda la OPS se ha comprometido.⁵

Es evidente que hace falta lograr una interacción más cohesiva entre las áreas administrativa, financiera y técnica. Las dos primeras necesitan orientar sus actividades hacia el logro de respuestas técnicas oportunas. Se requiere un esfuerzo adicional para identificar los obstáculos financieros y administrativos que hacen que las respuestas técnicas sean más lentas o menos oportunas, o que están obstaculizando el fortalecimiento de la capacidad técnica. El reto para las áreas técnicas, a su vez, es mejorar su capacidad de movilizar recursos.

Los esfuerzos deben dirigirse, ante todo, hacia el desarrollo de un concepto de cooperación técnica que no se limite estrictamente a la dimensión técnica sino que reconozca que las áreas financieras y administrativas desempeñan una función importante en el apoyo de la cooperación técnica. Una vez que se reconozca que las tres áreas son parte integrante de la labor de la OPS, debería ser posible operar los cambios que resolverán las dificultades identificadas y crear los

⁵ Grupo de trabajo de la Sede

instrumentos y mecanismos que permitirán a las tres áreas trabajar más eficazmente para lograr el objetivo general de mejorar la cooperación técnica de la OPS.

Se reconoce que la cooperación técnica en el campo de la salud tiene varias dimensiones, incluidas las dimensiones políticas y técnicas, lo cual implica que las partes deben colaborar para beneficio mutuo ...como ocurre con la OPS ...que procura consolidar el deseo común de los países de trabajar para lograr el bien social, promover la equidad y lograr mejores condiciones de salud para las poblaciones, al tiempo que acepta la necesidad de ser flexible en la prestación de una cooperación que se adapte a la realidad de nuestros países.⁶

En la OPS se reconoce que la presencia de nuevos actores tanto en el plano nacional como internacional, el surgimiento de nuevas modalidades de cooperación, diferentes niveles y tipos de cooperación, procesos de democratización y otros sucesos han creado un nuevo clima para la cooperación técnica. El funcionamiento en este nuevo clima plantea retos obvios para la OPS en cuanto a investigación, adquisición de nuevos conocimientos prácticos y negociación de diferentes tipos de cooperación en diferentes niveles.

Respecto a la dicotomía entre asistencia y cooperación técnicas, en la OPS se entiende que no se trata de proporcionar exclusivamente una u otra sino de encontrar la combinación idónea al responder a una situación o necesidad concreta. También se entiende que la cooperación es un proceso en el que se recibe retroinformación de parte del nivel nacional y que evolucionará con el tiempo a medida que cambian las necesidades nacionales.

Uno de los grupos de trabajo señaló que la salud no es algo estático, lo cual plantea un reto enorme para la OPS. Puesto que el objeto de la cooperación de la OPS cambia constantemente, su cooperación debe construirse en cada sociedad y debe ser versátil y cambiar en respuesta a diferentes momentos históricos. Además, la construcción de la cooperación debe ser una empresa mutua, en la que participen tanto los países como la OPS.

La expresión "construcción de la cooperación técnica" se emplea a propósito en lugar de la expresión tradicional "prestación de la cooperación técnica" porque la palabra "construcción" expresa la labor de índole conjunta y compartida. Análogamente, palabras como "contraparte" son símbolos de una cultura institucional que está más orientada a la asistencia técnica que a la cooperación técnica. El punto de partida para la construcción de la cooperación técnica es la

⁶ Informe de un grupo de trabajo en una Oficina de País de la OPS/OMS.

*identificación de los problemas y las necesidades que sólo pueden resolverse mediante el esfuerzo conjunto.*⁷

El fin del análisis de la práctica de la cooperación técnica en la OPS requiere que se observen no sólo a los otros actores que participan sino también los resultados, los vínculos entre ellos y su interacción. Tal análisis revela deficiencias internas y externas de diversos tipos e intensidades. Las debilidades internas de la OPS incluyen la distorsión de su imagen institucional, definición imprecisa de los resultados que se espera de algunos de sus programas, interacción limitada entre los programas, diversificación de las áreas en que participa y dificultades de vigilancia. Sus deficiencias externas respecto a otros organismos internacionales incluyen la duplicación de los esfuerzos y la incompetencia en algunos campos. La OPS también se ve afectada por las deficiencias externas originadas en los países con los que coopera. Entre las principales figuran el carácter transitorio de los programas nacionales, los interlocutores que no siempre representan al sector sanitario, la influencia limitada de los ministerios de salud y las contradicciones técnicas y políticas dentro del sector mismo.

En el plano interno, la OPS debe fortalecer su capacidad de seguimiento y evaluación de la cooperación y adaptar sus actividades conforme a los resultados buscados. En el plano externo, la OPS debe reafirmar su función de líder en el campo de salud en las Américas, especialmente con respecto al conocimiento de las condiciones de salud en la Región, pero también en cuanto a la recopilación y difusión de información. Como organismo panamericano que se especializa en la salud, la OPS tiene la importante responsabilidad de garantizar la disponibilidad de información oportuna, exacta y pertinente.

Los informes de algunos de los grupos de trabajo de las oficinas de países sugirieron maneras de redefinir las funciones de la OPS en el plano regional y nacional con miras a una mayor coherencia interna. Algunas de esas sugerencias figuran a continuación.

Funciones de la Sede:

- * Facilitar el proceso de adquisición de conocimientos técnicos intersectoriales.
- * Reforzar la pericia técnica de la OPS para que pueda funcionar eficazmente como negociadora, fortaleciendo así la postura de los países al asumir la responsabilidad de los asuntos relacionados con la cooperación entre países y los retos y compromisos regionales.

⁷ Grupo de trabajo de la Sede.

- * Buscar fuentes y organizar la financiación para proyectos y programas nacionales y regionales.
- * Normalizar los criterios de propuesta de los diversos programas para que no se perciban a nivel de país como diferentes, contradictorios o mutuamente exclusivos.
- * Buscar los medios de integrar las subdivisiones administrativas, técnicas y financieras de la OPS, para mejorar la práctica e la cooperación técnica y desempeñar mejor la misión de la Secretaría.

Funciones de las Oficinas de País de la OPS/OMS:

- * Identificar las prioridades nacionales de cooperación técnica y las actividades que han de apoyarse mediante la participación de la OPS/OMS.
- * Contribuir a la formulación de políticas que conduzcan a la elaboración de programas integrales a nivel local.
- * Procurar fortalecer la capacidad de la OPS de trabajar con otros actores nacionales e internacionales a nivel de país.
- * Fortalecer la capacidad del personal de trabajar en un ambiente de cooperación cambiante y exigente, prestando atención particular al fortalecimiento de la capacidad de formular proyectos, prestar servicios de asesoría a nivel nacional —especialmente para proyectos de cooperación técnica entre países— y servir de enlace con los programas regionales y coordinarlos en los países.
- * Vigilar el cumplimiento a nivel de país de los mandatos de los Cuerpos Directivos de la OPS y la OMS.
- * Promover la acción y coordinación proyectadas, a nivel local.
- * Fortalecer los mecanismos para evaluar la repercusión de la cooperación.

RECOMENDACIONES

Las discusiones en grupo suscitaron una serie de recomendaciones, que pueden agruparse bajo los siguientes títulos:

- Establecimiento de la cooperación técnica.
- Organización estructura y gestión de la Secretaría.
- Funciones de los niveles periférico y central.
- Recursos humanos en la OPS.

CONSTRUCCIÓN DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA

Definición e índole de la Cooperación Técnica

El análisis de la definición e índole de la cooperación técnica destacó que sólo puede tener lugar eficazmente cuando existen políticas, estrategias y programas nacionales razonablemente bien definidos que prevén la participación coordinada de uno o varios organismos. La cooperación técnica puede ayudar a fortalecer el proceso de planificación de salud nacional o establecerlo cuando no exista.

A pesar de que los grupos no propusieron ninguna definición concreta de la cooperación técnica, sí afirmaron que la cooperación técnica debe:

1. Fomentar la movilización y difusión de conocimientos, aptitudes y recursos como parte de un esfuerzo estratégico y colaborativo con el objetivo de mejorar la situación sanitaria de los países.
2. Basarse en los principios de equidad, participación y desarrollo humano sostenible.
3. Incluir una visión estratégica, que incorpore el concepto de la complementariedad.
4. Centrarse en los procesos de índole estratégica, como la descentralización, participación social, acción intersectorial y multiinstitucional y promoción de la salud.
5. Proporcionar apoyo innovador a sectores críticos y a proyectos que han de tener un efecto multiplicador.

6. Procurar apoyar, incluso en épocas de crisis, la capacidad nacional de resolver problemas, evitando actividades orientadas hacia la asistencia o que ocupen el lugar de actividades nacionales, con lo cual crean o mantienen dependencia.
7. Reducir las ambigüedades respecto a la percepción de la asistencia y cooperación técnicas, mediante la promoción de la cooperación que se relacione directamente con los planes de desarrollo nacional.

Definición de prioridades para la Cooperación Técnica

Los grupos convinieron en que la definición de prioridades es un requisito básico para la buena administración, especialmente cuando los recursos son escasos y no se pueden asignar fondos para todas las actividades, aunque al parecer revistan la misma importancia. Sin embargo, es necesario no confundir los problemas de salud prioritarios de cada país con los problemas que pueden y deben abordarse mediante la cooperación técnica internacional.

Se sugirió que la OPS, al definir las prioridades para la cooperación técnica, aplique los siguientes criterios:

8. Fijar prioridades dentro del marco de problemas concretos que deben abordarse.
9. Considerar diversas formas de cooperación. Las que ya no son apropiadas o eficaces se deben abandonar y se deben poner a prueba nuevas modalidades, los resultados de experiencias positivas y la concepción de nuevas ideas.

Coordinación de la Cooperación Técnica

Los grupos consideraron que la coordinación es un elemento esencial para que tenga éxito la cooperación técnica y destacaron que esta coordinación debe tener lugar dentro y fuera de la OPS. Se hicieron las siguientes sugerencias para mejorar la coordinación:

10. Redefinir y aclarar las directrices de la cooperación técnica, reducir el alcance y reconocer que hay otros participantes que tienen conocimientos especializados y capacidades que complementan los de la OPS.
11. Buscar mecanismos más eficaces para que haya más cooperación mutua entre la OPS y otros organismos e instituciones de cooperación técnica.
12. Desempeñar una función de liderazgo más dinámica en la coordinación interinstitucional.

13. Sensibilizar a los ministerios de salud para que sepan que la cooperación técnica puede tener mayor repercusión cuando hay coordinación con otros sectores e instituciones que se preocupan por los temas de salud.
14. Aclarar la función de los diversos participantes dentro del marco de los planes generales de cooperación técnica de los gobiernos, los cuales deben asumir la responsabilidad de reglamentar y coordinar la cooperación.

Estrategias para la OPS

Al "construir" la cooperación técnica, la OPS debe adoptar las estrategias que reflejen las siguientes recomendaciones:

15. Reafirmar el compromiso de la OPS de lograr Salud para Todos, adoptando los planes y estrategias que reflejen las condiciones actuales.
16. Apoyar la capacidad técnica y científica de la OPS de movilizar recursos y responder rápidamente, y reforzar las cualidades que la hicieron líder en el campo de la salud pública en la Región, destacando esas cualidades al reconstruir una imagen de la OPS que concuerde con la época actual.
17. Hacer mayor uso de las resoluciones de las cumbres presidenciales y otros foros políticos de alto nivel que pueden reforzar y complementar las resoluciones del Consejo Directivo de la OPS y que ayudarán a fortalecer los ministerios de salud como líderes del sector sanitario en sus países.
18. Garantizar un análisis continuo de la situación regional, empleando información generada por la OPS misma u otras fuentes.
19. Promover, en los sectores económico y de desarrollo, la idea de que la salud es una inversión y no un gasto.
20. Renovar el énfasis en la planificación, programación y evaluación como centro de la cooperación técnica en los países.
21. Asumir un papel dinámico en la definición de objetivos, programas, estrategias y prácticas de cooperación técnica. De no ser así, otros asumirán estas responsabilidades.

22. Desarrollar un espíritu de solidaridad y una actitud de organización que fomente la cooperación técnica integral y los métodos interprogramáticos para resolver los problemas de salud.
23. Hacer mayor y mejor uso de los centros de la OPS, los centros colaboradores de la OPS/OMS, y otras instituciones científicas y técnicas para apoyar la labor del personal de la OPS en la cooperación técnica.
24. Desempeñar una función más activa en las actividades comunitarias, aprovechando los amplios conocimientos que tiene la OPS de las condiciones locales.
25. Utilizar las oficinas de país de la OPS como reserva de la experiencia nacional, que, después de una evaluación crítica, puede servir de fuente de conocimientos que guiará las acciones del sector sanitario, los programas y los servicios de salud.
26. Garantizar la continuidad mediante la vigilancia de procesos.
27. Compartir con los países los resultados de las experiencias en otros países que puedan sugerir soluciones no convencionales que puedan adaptarse a sus realidades nacionales.
28. Concentrar los esfuerzos en un número limitado de áreas como estrategia para mejores resultados.
29. Participar en el proceso de programación y evaluación del organismo gubernamental encargado de coordinar la cooperación técnica internacional.
30. Buscar otras maneras de utilizar los recursos financieros. Por ejemplo, los recursos en moneda fuerte deben emplearse principalmente para financiar la compra de bienes o servicios que sólo pueden adquirirse con tales monedas (becas para estudios en el exterior, cursos internacionales, productos esenciales importados y servicios de consultores internacionales). Los servicios de cooperación como becas nacionales, cursos y seminarios y servicios de consultores nacionales deben financiarse con moneda local mediante convenios de transferencia o recursos de contrapartida nacionales.

ORGANIZACIÓN, ESTRUCTURA Y GESTIÓN DE LA SECRETARÍA

Las discusiones en grupo produjeron algunas recomendaciones concretas sobre cómo pueden mejorarse la estructura y organización de la Secretaría, y también sobre cómo fortalecer los

procesos de planificación, programación, seguimiento y evaluación mediante el Sistema de Planificación, Programación, Seguimiento y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES).

Fortalecimiento de los procesos de planificación, programación, seguimiento y evaluación mediante el AMPES

31. Coordinar la labor de la OPS y la OMS de modo que se evite la duplicación de esfuerzos. En un futuro, la labor con la OMS debe basarse en un solo documento que establezca las orientaciones estratégicas y programáticas o el programa general de trabajo. Los objetivos e indicadores concretos pueden diferir pero las orientaciones o el programa de trabajo deben ser los mismos para todas las regiones de la OMS.
32. Formular planes regionales mediante un ejercicio conjunto con las oficinas de países para identificar a todos los participantes y especificar la manera en que participarán. Este ejercicio debe centrarse en las áreas en que la OPS está singularmente calificada y debe procurar formar alianzas en las que puedan compartirse responsabilidades con otros participantes.
33. Examinar los mecanismos e instrumentos de planificación y programación para facilitar los procesos de evaluación cuantitativa y cualitativa y la medición de los efectos.
34. Diseñar un modelo de gestión moderno y dinámico que facilite la mejora del AMPES como instrumento para identificar las necesidades y evaluar los resultados, y que proporcione un medio de vincularlo al sistema financiero en la Sede y en los países.
35. Aplicar el concepto de la eficacia en función de los costos a los procesos de planificación, programación, seguimiento y evaluación. Los sistemas de programación actuales (el presupuesto anual por programas y el plan de trabajo cuatrimestral) deben reexaminarse con miras a elaborar sistemas más eficaces en función de los costos. Se debe establecer cuanto antes un grupo de estudio para que emprenda dicho examen.
36. Fortalecer o establecer mecanismos más eficaces de interacción entre los programas en la Sede. Por ejemplo, el grupo de consulta interprogramas sobre indicadores básicos y análisis de la situación sanitaria.
37. Seguir buscando formas más eficaces de cooperación, tanto formales como informales. Entre los ejemplos concretos de tales esfuerzos figura el reexamen de las funciones de los diversos programas y la reducción de las consultorías a corto plazo, que son relativamente costosas.

38. Revisar los mecanismos administrativos y financieros para adaptarlos a las demandas presentes y futuras de cooperación.
39. Ajustar las asignaciones presupuestarias de la OPS de modo que reflejen las prioridades establecidas.
40. Incorporar tecnologías modernas de gestión por computadora. Los sistemas de registro no deben seguir dependiendo de la "acumulación de documentos" sino de bases de datos y sistemas de información de gestión.
41. Garantizar una estrecha coordinación entre los procesos de programación y evaluación de la cooperación técnica y buscar maneras más eficaces de evaluar los efectos de la cooperación.
42. Basar las evaluaciones de rendimiento en objetivos claros y precisos de programas y proyectos para promover la responsabilidad entre el personal.
43. Definir objetivos claros y resultados esperados para permitir la realización de evaluaciones periódicas y hacer los ajustes necesarios en la programación.
44. Incluir, como parte del proceso de planificación, una definición clara de los resultados y costos esperados de la cooperación técnica para facilitar la evaluación de los resultados de la cooperación y su contribución a la solución de problemas de salud concretos en los países.
45. Examinar los informes de las reuniones de evaluación conjunta para determinar si han cumplido su finalidad y si este instrumento sirve para mejorar la cooperación técnica, procurando lograr los objetivos de salud de los países y de la OPS.
46. Realizar una evaluación interna de la eficacia de la cooperación técnica a nivel nacional, subregional y regional y una evaluación externa para revisar procesos y resultados a nivel nacional.
47. Revisar los métodos funcionales actuales para la cooperación técnica (cooperación técnica directa,... normas de política) que son útiles, pero que deben incluir "el fortalecimiento institucional y la sostenibilidad".
48. Utilizar la tecnología moderna de comunicaciones y de información para generar nuevas maneras de obtener la cooperación técnica, creando "organizaciones virtuales" para reducir los costos administrativos.

Estructura y organización

Las recomendaciones de los grupos con respecto a la estructura y organización de la Secretaría destacaron la necesidad de flexibilidad y una "horizontalización" o nivelación de la estructura. También centraron su atención en el uso de sistemas de información para la toma de decisiones.

49. Estudiar tres o cuatro modelos de organización que puedan adoptarse en las Oficinas de País de la OPS/OMS en diferentes grupos de países; también considerar varios modelos diferentes para los programas técnicos regionales, según sus objetivos.
50. Hacer que la OPS sea más flexible para que permita un enfoque de grupo de estudio o de estructura de proyectos para la solución de problemas. El éxito en cualquier cometido en el mundo moderno depende de una respuesta rápida y oportuna. La estructura orgánica no debe impedir la movilización rápida de los recursos para la solución de problemas.
51. Adoptar nuevas maneras de trabajar que eliminen la verticalidad y fomenten la democratización del procedimiento técnico y administrativo, utilizando métodos innovadores de comunicación y garantizando el adiestramiento necesario y la puesta al día del personal.
52. Desarrollar una mayor capacidad técnica para identificar y prever los problemas mediante el uso de sistemas de información. El sistema de información actual de la OPS carece de una estructura adecuada para apoyar la toma de decisiones y organizar los recursos existentes. La información está desorganizada y desarticulada, lo cual impide obtener un criterio inmediato y completo de los problemas actuales y prever los problemas futuros.
53. Hacer lo posible para que todo el personal comprenda el proceso de toma de decisiones en la OPS a fin de evitar confusión e incertidumbre. Una comprensión minuciosa y asimilada del proceso por parte de todos los funcionarios facilitará la construcción de una cooperación técnica eficaz.
54. Establecer un sistema para adquirir una "inteligencia de salud" para responder oportunamente a los cambios en el sector sanitario. La experiencia ha demostrado que a veces la OPS no se da cuenta de lo que está sucediendo en el sector sanitario de los países y que otras veces no percibe las consecuencias que los cambios tendrán en el desarrollo futuro del sector.

FUNCIONES DE LOS NIVELES PERIFÉRICO Y CENTRAL

Al intentar distinguir y aclarar las funciones de los niveles periférico y central, los grupos centraron sus recomendaciones en cuatro áreas: comunicación, establecimiento de políticas, funciones de cada nivel e instrumentos para la gestión de la cooperación técnica.

Comunicación

55. Promover una mayor interacción entre las Oficinas de País de la OPS/OMS, especialmente las de los países vecinos, en la búsqueda de oportunidades de desarrollo. Ese esfuerzo conjunto se ha visto negativamente afectado en el pasado como resultado de la intermediación, a veces innecesaria, de la Oficina Central.
56. Hacer que el programa nacional desempeñe un papel más importante respecto a la coordinación y cuando se trate de servir de enlace a los programas regionales y entre países, y vigilar la ejecución de las políticas regionales o mundiales establecidas por los Cuerpos Directivos de la OPS y la OMS

Establecimiento de políticas

57. Programar la cooperación técnica conforme a los planes nacionales de salud, e identificar claramente las áreas prioritarias en las que se requiere cooperación técnica internacional. Debe concederse la máxima prioridad a los problemas de alcance regional y a los problemas que comparten varios países.
58. Buscar mecanismos para cerciorarse de que las Oficinas de País de la OPS/OMS comprenden claramente las prioridades establecidas por los Cuerpos Directivos de la OPS y las necesidades de los países que la Secretaría está tratando de responder para aprovechar al máximo todas las oportunidades de cooperación técnica.
59. Analizar la conveniencia de que la OPS participe en actividades de cooperación técnica teniendo en cuenta que no se puede responder a todas las solicitudes de todos los países y que por consiguiente es preciso centrar los esfuerzos en las áreas en que pueden obtenerse más resultados.

60. Correlacionar la programación a nivel regional y nacional. A menudo se piensa que la orientación de los programas regionales resulta de los intereses de los asesores regionales, lo cual crea muchos prejuicios en la cooperación a nivel nacional.
61. Fortalecer la presencia de la OPS a nivel nacional y, gradualmente, también a nivel local. La descentralización de la cooperación técnica implica menor gestión del nivel central y las divisiones técnicas en la Sede.

Funciones de los dos niveles en la OPS

62. Examinar y aclarar las funciones de los programas regionales y los programas nacionales. Parece que hay un entendimiento implícito entre ambos que no siempre se manifiesta en términos operativos concretos. Como resultado, la OPS parece estar dividida en dos componentes: un componente regional y otro componente nacional.
63. Iniciar programas de cooperación técnica de la OPS en respuesta a un programa de cooperación técnica establecido en cada uno de los países. Los programas regionales, mediante sus diversas líneas de acción, deben servir para fortalecer el programa de cooperación de la OPS a nivel nacional.
64. Fortalecer las capacidades de planificación estratégica del personal de la Sede, el cual debe dejar en manos del personal local las funciones operativas y dedicar sus energías a apoyar el proceso de planificación, programación y evaluación para mantener un proceso de retroinformación dinámico.
65. Realizar evaluaciones de las funciones de coordinación y cooperación de los programas regionales análogas a las evaluaciones conjuntas de cooperación técnica de la OPS que se llevan a cabo periódicamente en todos los países. Las Oficinas de País de la OPS/OMS deben poder participar en estas evaluaciones, puesto que son las clientas o usuarias de estos servicios.
66. Colaborar, a nivel de la Sede, en los esfuerzos de reforma estatal que se están realizando en los países y establecer mecanismos descentralizados para mejorar los procesos administrativos lentos que obstaculizan los procesos de transformación en el país y detienen los intentos de aplicar formas innovadoras de cooperación.

67. Formular políticas para los diversos programas a nivel regional mediante un enfoque que haga hincapié en el alcance y la normalización del uso de tecnologías.
68. Fortalecer la función del nivel central en la formulación de proyectos e iniciativas entre países.

Instrumentos para la gestión de la Cooperación Técnica

69. Racionalizar los gastos a nivel central respecto a programas nacionales y proceder a una descentralización de las funciones administrativas de modo que éstas se asignen a los países. Considerar la descentralización de algunos puestos regionales para que éstos pasen a los centros cooperantes de la OPS/OMS en los países.
70. Aclarar la función de las oficinas nacionales, que consiste en determinar las necesidades de cooperación técnica de los países y canalizar los recursos necesarios para satisfacer dichas necesidades.
71. Reexaminar los instrumentos de programación que se emplean actualmente, examinando en particular los plazos para la preparación y el análisis de los presupuestos anuales por programas y buscar maneras de procurar que los programas en la Sede tengan la oportunidad de recibir mayor insumo de los países. Se destaca la necesidad de mejorar los sistemas de información y comunicación entre los países y la Sede.
72. Perfeccionar las evaluaciones conjuntas de la cooperación técnica de la OPS realizada a nivel nacional, tratando de incluir el máximo número de actores que participan en la cooperación técnica en el país. Los resultados de estas evaluaciones deben utilizarse para programar la cooperación técnica.
73. Utilizar el ejercicio de programación con el propósito de diseñar un solo programa amplio de cooperación técnica para que la Secretaría lo haga operativo en los países, procurando tener una conceptualización uniforme de la cooperación técnica y definiendo las respectivas funciones de la oficina regional y las oficinas locales, así como los mecanismos para la coordinación interna.

RECURSOS HUMANOS EN LA OPS

Durante las discusiones técnicas, se dieron muchas explicaciones y se hicieron muchos comentarios y sugerencias respecto a los recursos humanos de la OPS. Dado que la OPS es una institución dedicada a la cooperación técnica y una organización que trabaja principalmente en la dimensión simbólica y técnica, tener a un personal de profesionales capacitados con un alto grado de conocimientos técnicos es un elemento indispensable para el cumplimiento de su misión institucional y sus funciones inherentes.

Las sugerencias que hicieron los grupos en lo referente a los recursos humanos pueden agruparse bajo tres títulos:

- Necesidad de una política amplia de desarrollo de recursos humanos.
- Recomendaciones para aprovechar mejor al personal.
- Criterios para la definición de cometidos, funciones y responsabilidades.

Política integral de desarrollo de recursos humanos

La OPS tiene un valioso conjunto de recursos humanos que, individual y colectivamente, posee considerables conocimientos, adiestramiento y experiencia. Este capital humano tiene el potencial de aumentar aún más su competencia para que mejore la calidad, pertinencia y oportunidad de la cooperación técnica de la OPS. Sin embargo, para que esto sea realidad, se debe definir una política integral de desarrollo del personal con miras a promover el liderazgo a medio y largo plazo. Esta política debe procurar hacer lo siguiente:

74. Definir, explícitamente mediante un proceso de consenso, una política integral de recursos humanos (que incluya contratación, desarrollo, mantenimiento y jubilación) que prevea el adiestramiento técnico continuo y la mejora del nivel de excelencia individual y programática.
75. Hacer hincapié, mediante el desarrollo técnico, en la reducción de todo tipo de inequidades entre el personal, proponiendo soluciones y ofreciendo oportunidades a todo el personal, incluidos los profesionales y el personal técnico nacionales.
76. Transformar progresivamente la cultura institucional sobre la base de nuevas relaciones de trabajo. La OPS debe reafirmar que ningún funcionario trabaja solo; más bien, todo el

personal, cuando cumple con sus funciones, cuenta con el apoyo de la capacidad institucional total de la OPS.

77. Orientar las estrategias de desarrollo del personal hacia el adiestramiento del personal de apoyo administrativo para que facilite, en vez de obstaculizar, las actividades técnicas. Es imprescindible que las funciones de apoyo administrativo, como todas las actividades de cooperación técnica de la OPS, sean objeto de una revaloración de los conceptos y prácticas.
78. Organizar y canalizar la experiencia y la memoria institucionales, no sólo para darle a la OPS otra ventaja comparativa sino también para proporcionar una fuente de conocimientos e inspiración ética a las generaciones futuras de personal que se unirán a la OPS.

Recomendaciones para aprovechar mejor al personal de Cooperación Técnica

El personal de cooperación técnica internacional es costoso. Su contratación, movilización y utilización requiere desembolsos considerables en moneda fuerte. Por consiguiente, hacer uso racional, eficiente y eficaz de dicho personal es un aspecto esencial en la gestión de la cooperación internacional, que debe tenerse en cuenta en una política de desarrollo de recursos humanos.

Las inquietudes de los grupos de discusiones técnicas en lo referente al desempeño del personal de cooperación técnica se manifiesta en las siguientes recomendaciones:

79. Mantener suficiente flexibilidad en la distribución y utilización de los recursos humanos para lograr una cobertura técnica máxima y respuestas más eficaces.
80. Analizar las características y el uso del personal desde un punto de vista económico. Por ejemplo, determinar si es más apropiado y eficaz en función de los costos emplear a consultores a corto plazo en lugar de consultores nacionales. Debe considerarse la posibilidad de contar con los servicios de instituciones de excelencia, como los centros colaboradores.
81. Contratar a consultores a corto plazo, cuando se consideren necesarios, para realizar tareas concretas y especializadas durante períodos cortos (según la índole de la tarea) y trabajar junto con equipos nacionales en cualquier nivel del sistema sanitario que se está proporcionando la cooperación.
82. Contratar a consultores a largo plazo sólo cuando su contratación se pueda justificar porque se espera que contribuyan notablemente al establecimiento o la consolidación de programas

nuevos o esenciales (en emergencias, por ejemplo) o cuando se le pida a la OPS que participe en programas o proyectos especiales que se espera tengan efectos considerables o para los cuales se proporciona un financiamiento considerable de contrapartida.

83. Explorar diversas modalidades para contratar a personal nacional. Por ejemplo, se pueden contratar como consultores a corto plazo en áreas especializadas o en respuesta a una situación concreta para trabajar junto con los equipos nacionales encargados de los programas nacionales correspondientes.
84. Evitar o invertir la creciente tendencia de emplear personal nacional para llevar a cabo tareas habituales en programas o instituciones, lo cual tiende a convertirse en un arreglo a largo plazo. Esto conduce a la dependencia, que afecta tanto a las funciones de la OPS como a las responsabilidades de los países en sus esfuerzos para lograr la reforma, y también puede crear una nueva categoría de funcionario público.

Definición de cometidos, responsabilidades y funciones

Una pregunta que se repetía durante las discusiones técnicas fue si era preferible contratar a especialistas o a generalistas. Otro tema que se planteó reiteradamente fue la necesidad de ampliar el espectro de las funciones del personal, lo cual hará necesario cambiar las descripciones de las funciones profesionales. Se hicieron las siguientes recomendaciones respecto a los cometidos, las responsabilidades y las funciones del personal.

85. Concentrar las funciones de los profesionales en lo siguiente:
 - Movilizar recursos.
 - Proveer insumo técnico.
 - Trabajar en la creación de redes institucionales y promover esa creación.
86. Adoptar medidas para contratar a "consultores de procesos" y no a "consultores de productos" para responder mejor a las diversas necesidades de cooperación técnica. Al mismo tiempo, recurrir a consultores generalistas y no a consultores especialistas para mejorar la gestión de la cooperación.
87. Confiar la tarea de administrar la cooperación técnica en las Oficinas de País de la OPS/OMS a un equipo pequeño y básico de consultores internacionales que sean generalistas y tengan conocimientos y experiencia en los campos de interés para el desarrollo o cambio en el país.

La principal función de este personal sería administrar la cooperación técnica con miras a fortalecer los procesos útiles de desarrollo o cambio.

EPILOGO

Las discusiones técnicas dieron la oportunidad al personal de la Oficina Sanitaria Panamericana de analizar la cooperación técnica de la OPS como parte del proceso de replanteamiento de la cooperación técnica internacional en salud.

Los grupos de discusión que se reunieron en la Sede en Washington, D.C. y en las oficinas de representación de la OPS/OMS en todos los países de las Américas, hicieron un exhaustivo análisis del contexto en el cual ocurre la cooperación técnica. El enfoque de este análisis se centró en las relaciones cambiantes entre los países y el desarrollo de la autosuficiencia nacional, en los nuevos enfoques respecto a la salud y las transformaciones sociales y sectoriales, así como en la multiplicidad de nuevos actores que dan mayor complejidad y dinamismo a la cooperación técnica internacional en salud.

En la discusión sobre la cooperación técnica en el contexto de la OPS, los grupos analizaron la iniciativa de Renovación de Salud para Todos, que establece el marco de referencia para adoptar un enfoque dinámico de la cooperación técnica y la promoción de la salud. Se acordó que dentro de la OPS, hay por lo menos dos perspectivas desde las que se observa la cooperación técnica, la de los países y la de la Secretaría. Es importante que estas dos perspectivas sean coherentes y coordinadas y que se definan claramente las funciones de la Sede y de las oficinas de país.

Se recogieron un total de 87 recomendaciones de los informes que enviaron los grupos de discusión. Estas se agrupan dentro de las siguientes cuatro categorías:

1. Construcción de la cooperación técnica, que incluye recomendaciones específicas sobre la definición e índole de la cooperación técnica, sobre la definición de prioridades para la cooperación técnica, sobre la importancia de coordinar esfuerzos de cooperación técnica y las estrategias que debe adoptar la OPS.
2. Organización, estructura y gestión de la Secretaría, que trata sobre la necesidad de fortalecer el proceso de planificación, programación, seguimiento y evaluación a través del AMPES, así como sobre la estructura y organización interna de la Secretaría.
3. Funciones de los niveles periférico y central, que se refiere a la necesidad de mejorar la comunicación, el establecimiento de políticas, la clara definición de las funciones de los

dos niveles en la OPS y la utilización de instrumentos para la gestión de la cooperación técnica.

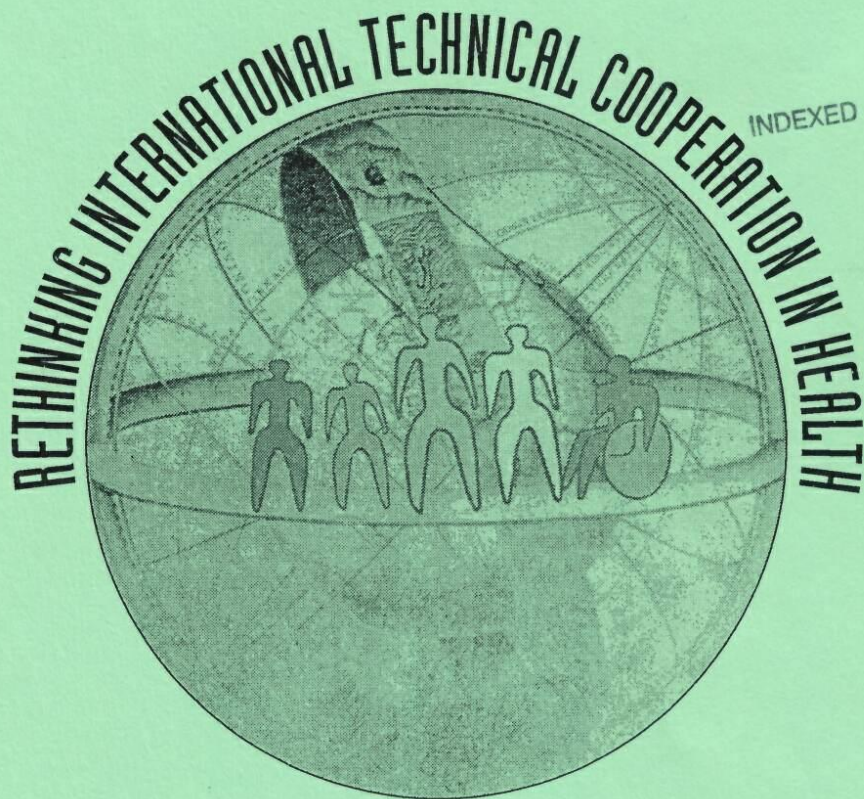
4. Recursos humanos en la OPS, que comprende la necesidad de definir una política integral de desarrollo de recursos humanos, aprovechar mejor al personal de cooperación técnica y definir claramente los cometidos, responsabilidades y funciones del personal.

Aunque las discusiones técnicas se llevaron a cabo en fechas determinadas, el personal de la Oficina Sanitaria Panamericana se ha comprometido a continuar analizando y a aplicar enfoques innovativos en la cooperación técnica, para servir mejor a los países miembros en la Región de las Américas.

PAHO
COLL
WA
530
.068r
1996
En/Es

PROPERTY OF PAHO HQ

RITCH SERIES
Technical Report PAHO/DAP/96.11.29
Original: English/Spanish



Final Report of the Technical Discussions
held in March 1996
(Preliminary version)



Office of Analysis and Strategic Planning
Pan American Health Organization
World Health Organization
September 1996



RITCH SERIES
Technical Report PAHO/DAP/96.11.29
Original:English/Spanish

RETHINKING INTERNATIONAL
TECHNICAL COOPERATION IN HEALTH

INDEXED

Final Report of the Technical Discussions
held in March 1996
(Preliminary version)

Office of Analysis and Strategic Planning
Pan American Health Organization
World Health Organization
September 1996

CONTENTS

INTRODUCTION	1
THE CONTEXT	3
The Context for the Technical Discussions	3
The Regional Context for Technical Cooperation	3
Globalization, Changing Relations between Countries, and Development of National Self-Sufficiency	3
New Approaches to Health and Technical Cooperation	5
New Actors and Greater Complexity and Dynamism	6
Social and Sectoral Transformations	7
Internal Changes in PAHO	8
THE PRACTICE OF TECHNICAL COOPERATION IN PAHO	10
Technical Cooperation in the Framework of Efforts to Renew the Health for All Initiative	10
Spheres within which Technical Cooperation is Defined	11
Role of Headquarters	13
Role of PAHO/WHO Country Offices	13
RECOMMENDATIONS	15
BUILDING TECHNICAL COOPERATION	15
ORGANIZATION, STRUCTURE, AND MANAGEMENT OF THE SECRETARIAT	18
ROLES OF THE PERIPHERAL AND CENTRAL LEVELS	21
HUMAN RESOURCES IN PAHO	24
EPILOGUE	27

INTRODUCTION

Twice each year the Pan American Health Organization (PAHO) holds technical discussions on topics relating to the work of the Organization. The entire staff is invited to participate on a voluntary basis. In March 1996 the focus of these discussions was "Rethinking International Technical Cooperation in Health."

This subject has been under discussion within PAHO for more than two decades, but interest has intensified in recent years, as is reflected by several events. One was a study on technical cooperation in the health field carried out in 16 countries of various regions of the world, which looked, inter alia, at the interaction of PAHO and the World Health Organization (WHO) at the country level. Another was a seminar entitled "Rethinking International Technical Cooperation in Health," cosponsored by the Carnegie Corporation and PAHO and held at PAHO Headquarters in Washington, D.C., in November 1995. The seminar brought together representatives of a diverse group of international agencies, countries, and regional WHO offices of .

Technical discussions on this topic were held both at the Headquarters of the Organization and at all PAHO Centers and the PAHO/WHO Country Offices. In some Country Offices the discussions took place prior to those at Headquarters; therefore, it was possible to incorporate elements from their reports into the reference documents used during the discussions at Headquarters.

The chairperson of the seminar held in November 1995, Mrs. Linda Vogel, Director of the Office of International and Refugee Health for the Department of Health and Human Services of the United States of America, opened the discussions at Headquarters. Also participating in the initial plenary session were Dr. Maritza Izaguirre, Executive Director for Venezuela and Panama of the Inter-American Development Bank (IDB); Dr. George Alleyne, PAHO Director, and Dr. Juan Manuel Sotelo, Chief of the PAHO Office of Analysis and Strategic Planning (DAP), who served as technical secretary for the discussions.

The presentations during the opening session echoed the conclusions of the November 1995 seminar, underscoring the challenges that PAHO faces in determining how best to play its health advocacy role; in setting priorities with the countries for international technical cooperation in health through a process that takes place "from the bottom up"; in forging alliances between sectors related to health; in developing indicators to measure impact; and in devising new forms of cooperation and strengthening national capacity to negotiate and effectively utilize technical cooperation.

The participants examined the subject from the three different perspectives presented by Dr. Izaguirre: that of a user of technical cooperation in her country of origin (Venezuela) during the 1960s and 1970s, that of a supplier of technical cooperation in her capacity as a manager of cooperation for the IDB, and that of a decision-maker on technical cooperation as an IDB executive.

The Director of PAHO read the mission statement of the Pan American Sanitary Bureau, which was formulated through a participatory process within the Secretariat and serves as the frame of reference for the ongoing exercise of rethinking technical cooperation. That mission statement is:

The Pan American Sanitary Bureau is the Secretariat of the Pan American Health Organization (PAHO), an international agency specializing in health. Its mission is to cooperate technically with the Member Countries and to stimulate cooperation among them in order that, while maintaining a healthy environment and charting a course to sustainable human development, the peoples of the Americas may achieve Health for All and by All.

One innovative aspect of these technical discussions was the participation of administrative support staff in the group discussions that took place within each unit at Headquarters on the afternoon of 13 March. Approximately 150 staff members participated in the interprogram discussion groups that met the following day.

The group discussions highlighted the past achievements and future opportunities of an Organization that has a long history, a clear mission, and a solid commitment to international technical cooperation in the health field.

The report presented in the following pages consolidates the contributions received from the various groups that took part in the technical discussions. It is hoped that it will serve to encourage the exchange of ideas and enrich the practice of technical cooperation for health.

THE CONTEXT

The Context for the Technical Discussions

The technical discussions on "Rethinking Technical Cooperation in Health" took place at a crucial time in which PAHO is grappling with a difficult financial situation while at the same time examining how it can best fulfill its mission in a context that has changed markedly since PAHO was founded. The high degree of participation and the dedication, seriousness, and commitment with which the staff discussed these issues are indicative of the importance attached to them throughout PAHO.

Some groups expressed concern as to whether such discussions do in fact contribute to the decision-making process in PAHO. A number of participants expressed the hope that the discussions would afford a real opportunity for the staff to be involved in matters of importance for PAHO's management and for the administration to listen to the staff's opinions and utilize the knowledge and information that emerged from the discussions to assist in decision-making.

The general consensus was that technical discussions can provide valuable input that will help to improve processes, methods, and instruments of technical cooperation, and they should therefore be continued.

The Regional Context for Technical Cooperation

All the reports (both those of the regional programs and those received from the country offices) underscored the importance of the contextual changes that have occurred and continue to occur in the orientation, processes, and results expected of technical cooperation in the health field. These changes have been reflected and linked in various ways to economic, social, and political changes in the countries.

Technical cooperation is taking place in an increasingly dynamic and complex environment, although the basic principles and objectives remain the same: identification and transfer of knowledge, technologies, methodologies, and ways of addressing issues or resolving critical problems.

Outlined below are a series of situations and processes that characterize this dynamic context and some of the trends that are influencing technical cooperation in the health field.

Globalization, Changing Relations between Countries, and Development of National Self-Sufficiency

One of the factors that is shaping technical cooperation is the globalization that characterizes contemporary social life. In fact, this globalization can be seen as the defining characteristic of the late 20th century. With this phenomenon has come a tremendous interdependence of countries (in particular in the economic, political, and cultural domains). Greater possibilities exist for trade and exchange between countries and regions of the continent and the world, which has had a positive impact on development but has also engendered problems and negative consequences. The Region is reorganizing itself into blocs of countries in search of more favorable trade terms (vis-à-vis large countries or other blocs of countries) and increased economic and social development.

Spectacular advances in telecommunications have made the hypothesis of a "global village" a reality sooner than expected. Globalization and the communications revolution have had an impact on many health-related phenomena, including health reform, the introduction of new technologies, emerging diseases, and others.

Technical cooperation has also been affected by these developments. Countries now have more options for obtaining technical and financial support, there is greater access to knowledge and technology without the mediation of experts and consultants, and there is greater horizontally in relations between countries of the Region as they seek to address mutual problems that transcend national borders. Direct bilateral agreements between governments, without the involvement of any international organization, have become increasingly common.

Several factors are linked to this evolution. One is lack of a clear definition of the objectives and functions of the agencies of the United Nations system. The lines that previously delimited the specific spheres of action of the various agencies have become considerably less clear-cut. For example, at the time WHO was created, its objectives were directly related to the control of diseases, as were PAHO's. However, with the emergence of a broader, more comprehensive definition of health and increasing recognition of the close relationship between health conditions and overall development, in addition to the involvement of new actors and the appearance of new conditions and problems, both organizations have had to confront new challenges and assume new responsibilities.

Not only have PAHO's functions changed, but there has also been a gradual—and not always positive—change in the way it is viewed from the "outside" by the countries and other agencies. That view is of an increasingly bureaucratic organization that has lost much of the technical excellence that until fairly recently was its hallmark. Its efficiency and effectiveness are often questioned, as are the timeliness and relevance of its activities. This "image problem" and the

need for PAHO to explore new technical cooperation modalities in response to the changing context was emphasized during the technical discussions.

There is a generalized questioning of the role of the agencies of the United Nations. This deterioration is exacerbated by the inability of these agencies to clearly define new goals and objectives and to take a firm stance in the face of changes and the decline in values such as equity, solidarity, and sustainability.¹

As a first step, the image that PAHO is projecting to the outside world should be carefully scrutinized, as should the results and impact of its cooperation. It must be recognized that the cooperation model that has guided PAHO's actions for many years is no longer valid and its paradigm does not respond to current conditions.²

At the same time, the processes of modernization and scientific and technological development associated with globalization have increased the countries' technical capacity, which has enabled them to better address their own social and health problems. This has meant that PAHO has thus gradually ceased to be the sole technical authority in the health field. The terms of its relationship with the countries have changed, and it has had to develop different capabilities to complement those that now exist in the countries, many of which were developed precisely as a result of PAHO cooperation in previous years.

New Approaches to Health and Technical Cooperation

Changes have also occurred in the conceptualization of health, which has had a significant impact in the conceptualization of technical cooperation. Health has gradually ceased to be conceived of in terms of disease, and health care is now no longer viewed exclusively as the biomedical recovery of a sick individual; rather, health is now understood to be a comprehensive biological, psychological, and social process that takes place in the life of societies and the groups and individuals that make them up. The linkage between health and the process and sustainability of human development is now more clearly understood. All these factors have helped to shape a new conception and practice of technical cooperation. Another decisive influence on technical cooperation has been the goal and paradigm of Health for All (HFA), and this will continue to be the case as efforts to renew commitment to HFA continue throughout the Region and the world.

Concepts and models of technical cooperation have evolved since the 1940s and the 1950s, from a paternalistic approach, in which richer countries that possessed greater technical know-

¹ Report of Headquarters working group.

² Report of Headquarters working group.

how provided technical assistance to poorer countries that lacked that know-how, to a relationship between countries that is based more on the true spirit of cooperation-i.e., the spirit of working together toward a common goal. One effect of this conceptual shift has been the recognition that cooperation is a two-way process and that all countries, regardless of size and level of development, can benefit from this unique interaction.

Technical cooperation has also been influenced by changing criteria and approaches to the overall development process. As the reference document for the technical discussions indicated, at least four periods can be identified in the evolution of thinking about development. Up to 1960, development was equated with economic growth, and the provision of technical assistance was intended to boost the productive and investment capacity of the recipient countries. During the period 1960-1975, modernization was viewed as the means to development, and technology transfer was considered the central element in the effort to modernize and bring about structural change. In the third period, 1975-1985, emphasis shifted to the elimination of poverty, and the bulk of technical cooperation efforts and resources were devoted to that end.

In the current stage, the key concept is sustainable development, essential aspects of which are human capital formation, managed development, private-sector participation, and environmental protection, within a framework of equity and social justice. The international health agenda today is more and more concerned with the influence on health of socioeconomic development, strengthening institutional capacity for health policy-making, health planning and advocacy, and organization for specific country and multi-country programs.

In keeping with the current conception of health and the emphasis on sustainable human development, international technical cooperation should be directed toward promoting and strengthening national technical capacity, and flexible modalities, such as short-term consultancies, should be employed in order to foster the technical autonomy of local groups and citizens and foster long-term self-sufficiency.

New Actors and Greater Complexity and Dynamism

Another very important aspect of the changing environment of technical cooperation has been the expansion of supply and the growing presence of a wide range of actors from both the public and private sectors. This phenomenon, coupled with the growing trend toward integration of cooperation modalities-in which technical cooperation now often goes hand in hand with financial cooperation-has markedly increased the complexity of international cooperation in the health field.

Suppliers of technical cooperation have proliferated, as have national, international, and interregional resources for the health sector. The principal multilateral financial institutions have

paid growing attention to health as they have channeled more resources into social-needs programs. Bilateral cooperation agencies, other multilateral agencies-including other agencies in the United Nations system-and nongovernmental organizations are also playing an increasingly prominent role in technical cooperation for health.

At times the new actors may not share PAHO's concept of health and human development. Some view health as a condition for productivity and give little weight to considerations relating to ethics, equity, and solidarity. In other words, in addition to there being other participants, there may be contradictions in the objectives they pursue. In addition, actors that have traditionally been suppliers of technical cooperation, including some international organizations and cooperation networks, have also become consumers of cooperation resources, which has intensified competition for increasingly scarce resources.

On the side of national demand, as well, the situation has become more complex. New institutions, which are not necessarily affiliated with the ministries of health or even with the health sector, have begun to seek technical cooperation for health-related purposes. In many countries, political decisions having to do with health are not made exclusively by the ministry of health, and in some cases all responsibility for decision-making on health issues seems to have been transferred to the ministry of finance or planning. In the Region, as will be discussed below, there has been a major move toward decentralization of government, as a result of which smaller political-administrative units (provinces, states, regions, cantons, or others) are assuming new responsibilities and acquiring new powers-and they are also seeking technical cooperation. A variety of other institutions, including academic institutions, development promotion organizations, churches, cooperatives, trade associations, and others, have become involved in various ways in the health field, and they constitute another source of demand for technical cooperation.

Social and Sectoral Transformations

Beginning in the 1980s, many countries in Latin America renewed their efforts to achieve political democracy after a long and painful period of authoritarianism. For most of these countries the decade was a time not only of building democracy but of rebuilding their economies. In more than a few cases, the consolidation of democracy was threatened the difficulties the governments encountered in trying to stabilize their economies, restart economic growth, generate employment, and ensure social benefits.

For some countries this period of consolidating a democratic system was marked by political volatility and uncertainty. As a result, the climate of stability needed to undertake a sustained and sustainable effort at health development was lacking, and technical cooperation did not find fertile

ground in which to grow. The bulk of technical cooperation during the 1980s was aimed at restoring the technical and political capacity of the governments and public institutions responsible for managing the health sector.

An unfortunate consequence of efforts to address the crisis and stabilize the economy in many countries was deterioration of the social infrastructure and exacerbation of social and health inequities. The capacity of the public sector, the traditional partner of the PAHO/WHO, to guide policy-making and implement programs and activities was severely eroded during this period.

Only in the 1990s did a large number of countries succeed in resuming economic growth, restructuring their productive system to compete in the globalized world economy, and implementing social programs and projects to reverse the deterioration in health and living conditions experienced during the previous decade.

It is in this context that reform is occurring, both in the overall public sector and in specific social sectors, most notably in the areas of health, education, and employment. In a sense, reform constitutes the most immediate context for technical cooperation in the health field. It represents a more or less profound (depending on the country) redefinition of the relationships (social contracts, norms, and institutional rules of the game) that societies have established over the years to address and resolve the health needs of their populations. Changes in these relationships-which are manifested as changes in the final objectives, priorities, financing, structure, organization, and health care models of health systems-necessarily lead to changes in the conceptual framework, objectives, modalities, and expected results of specialized international technical cooperation in the area of health. PAHO thus faces an enormous challenge.

Internal Changes in PAHO

Without exception, the groups participating in the technical discussions, both at Headquarters and in the Country Offices, expressed concern not only about the impact of external contextual changes on PAHO's work but about a series of internal factors that have affected the quality of that work. The major problems identified were, in the words of one group, "a deterioration in the technical excellence" of PAHO personnel and their difficulty in staying abreast of new technical and scientific developments in the health field, as well as modern currents of thought in the social, economic, and political spheres. Many groups pointed up the urgent need for a new, comprehensive policy on human resources development to remedy this situation.

*Human resources are PAHO's most valuable resources. And they are even more important in times of crisis because they are what allows PAHO to reaffirm the leadership that it has maintained through the years.*³

*There is a need to bolster and reorient PAHO's technical capacity in order to address current challenges. It is not a question of simply adopting new technologies but also of becoming involved in areas that are not traditional areas of action for PAHO, such as economic and political analysis. In order to do this, PAHO should utilize its comparative advantage, which is its tradition of forming multidisciplinary teams to use information and generate knowledge.*⁴

The groups also emphasized the need for a change in the traditional organizational structure, which was seen as overly centralized and lacking the flexibility necessary to cooperate with other sectors and actors and to develop the capacity for technical dialogue with these diverse interlocutors, incorporating the wisdom inherent in these other "institutional logics."

In addition, the groups noted that there is a schism between the administrative and technical aspects of PAHO. This rigidity and compartmentalization hinders technical cooperation processes because there is little flexibility for organizing and mobilize resources in response to changing needs. It was emphasized that considerations relating to technical knowledge and technical expertise should prevail over administrative issues when decisions are being made about technical cooperation.

The participants in the technical discussions repeatedly noted that PAHO is at a critical juncture. The time is ripe for change, and PAHO should seize the opportunity to rebuild its technical excellence and reassert its leadership. There is no better time for improvement than when an organization can seriously and maturely analyze its difficulties with a firm commitment to overcome them.

³ Report of Headquarters working group.

⁴ Report of a working group at a PAHO/WHO Country Office.

THE PRACTICE OF TECHNICAL COOPERATION IN PAHO

Technical Cooperation in the Framework of Efforts to Renew the Health for All Initiative

As the year 2000 approaches, all the regions of the world are engaged in an effort to renew enthusiasm for the goal of Health for All. In response to the findings of the third evaluation of the implementation of the HFA strategies in the Americas, in 1995 PAHO launched an intensive process of consultation on how to renew the Region's commitment to this goal. Technical discussions on the subject were held in September 1995 with broad participation by PAHO personnel. The product of this renewal process will constitute the Region's contribution to the new global health policy that WHO expects to have approved in 1998.

The difficult situation of the United Nations system, which is reflected in WHO and PAHO, makes it imperative to find new practices and approaches to technical cooperation that are will be consistent with and support the HFA renewal effort. The technical discussions on rethinking technical cooperation yielded many useful ideas and suggestions that will help to advance this effort. In the Americas the process of renewing enthusiasm for Health for All is emphasizing national consultations, sponsored by PAHO, aimed at promoting the formulation of healthy public policy, including the creation and preservation of healthy environments, with an increase in both individual and collective responsibility for health. This effort has tended to "socialize" the subject of health, which will require an institutional response coherent with the commitment, also renewed, that PAHO is seeking to generate.

In redefining its technical cooperation, PAHO should give priority to certain well-defined areas that are directly linked to its strategic and programmatic orientations for 1995-1998 and with national priorities for technical cooperation. In operationalizing this cooperation, PAHO should take account of the weaknesses and gaps that are impeding the realization of HFA, and it should promote an updated version of the primary health care strategy, among other strategies, that will make it possible to accelerate present and future processes toward HFA.

The participants in the March 1996 technical discussions recommended a proactive approach to technical cooperation and health advocacy in the countries that will help to ensure recognition of the place of health in overall development efforts. They emphasized that PAHO should take a firm institutional position on issues such as health sector reform. That position should reflect the complex processes currently under way and should include vigorous advocacy of equity in health care. PAHO has a responsibility to point out to the countries and others, supporting its assertions with well-founded information, the potentially negative consequences for HFA that could be present.

Spheres within which Technical Cooperation is Defined

In the process of rethinking technical cooperation, all the various perspectives from which technical cooperation is viewed, executed, received, perceived, and analyzed must be taken into account. It is important not only to acknowledge the validity of all these points of view but also to consolidate a way of thinking based on collective reflection.

Within PAHO, there are at least two perspectives from which technical cooperation is viewed: (1) that of the countries and (2) that of the Secretariat. During the technical discussions it was pointed out that there may be another perspective from which technical cooperation is approached-the "how to" perspective. This perspective looks at how to carry out the cooperation depending on the principal objectives of the specific area of work-administrative, financial, or technical-within PAHO. Ideally, the three areas should strive to achieve a unified position and work toward common objectives that are in keeping with the overall purposes of PAHO and with its nature as an international agency specializing in health. In other words, the various parts of PAHO should work together on the basis of a single set of policy orientations, technical principles, and operational practices to which the entire PAHO is committed.⁵

There is a clear need to achieve more cohesive interaction between the administrative, and technical areas. The first administrative staff needs to orient their activities toward ensuring timely technical responses. An additional effort is needed to identify those administrative bottlenecks which are causing technical responses to be slower or less timely or that are hindering the strengthening of technical capacity. The challenge for the technical areas, in turn, is to improve their capacity for resource mobilization.

Efforts should be directed, above all, toward the development of a conception of technical cooperation that is not strictly limited to the technical dimension but that recognizes that the administrative area plays an important role in supporting technical cooperation. Once it is recognized that both areas are an integral part of the work of PAHO, then it should be possible to introduce changes that will resolve the difficulties identified and develop instruments and mechanisms that will enable all three areas to more effectively work toward the overall objective of improving PAHO's technical cooperation.

It is accepted that technical cooperation in the health field has several dimensions, including the political and technical dimensions, which means that the parties must work together for their mutual benefit...as is the case in PAHO...which seeks to consolidate the common wills of the countries to work toward the social good, promote equity, and achieve better health conditions for the populations of the

⁵ Headquarters working group.

*Member States, while accepting the need to be flexible in delivering cooperation that is adapted to the reality of our countries.*⁶

It is recognized within PAHO that the presence of new actors at both the national and the international levels, the emergence of new cooperation modalities, different levels and types of cooperation, democratization processes, and other developments have created a new climate for technical cooperation. Functioning in this new climate poses obvious challenges for PAHO in terms of research, acquisition of new skills, and negotiation of different types of cooperation at different levels.

With regard to the dichotomy between technical assistance and technical cooperation, it is understood in PAHO that it is not a question of providing exclusively one or the other but of finding the right mix in response to a particular situation or need. It is also understood that cooperation is a process which receives feedback from the national level and which will evolve over time as national needs change.

As one of the working groups pointed out, health is not a static thing; this situation creates a tremendous challenge for PAHO. Because the object of PAHO's cooperation is constantly changing, its cooperation must be constructed in each society and it must be versatile, changing in response to different historical moments. Moreover, the construction of cooperation must be a mutual undertaking, involving both the countries and PAHO.

*The expression "construction of technical cooperation" is used purposely in place of the traditional expression "delivery of technical cooperation" because the word "construction" expresses the joint and shared nature of the work. Similarly, words such as "counterpart" are symbols of an institutional culture that is more oriented toward technical assistance than technical cooperation. The point of departure for constructing technical cooperation is the identification of problems and needs that can only be resolved through joint effort.*⁷

In order to analyze the practice of technical cooperation in PAHO, it is necessary to look not just at the other actors involved but also at their products, the linkages between them, and the way in which they interact with one another. Such an analysis reveals internal and external weaknesses of varying types and intensities. PAHO's internal weaknesses include distortion of its institutional image, imprecise definition of the products that some of its programs are expected to produce, limited interaction between programs, diversification of the areas in which it is engaged, and difficulties in monitoring. Its external weaknesses vis-a-vis other international agencies

⁶ Report of a working group at a PAHO/WHO Country Office.

⁷ Headquarters working group.

include duplication of effort and lack of competence in some areas. PAHO is also affected by external weaknesses that originate in the countries with which it cooperates. The major ones are the transitory nature of national programs, interlocutors that do not always represent the health sector, limited influence of the ministries of health, and technical and political contradictions within the sector itself.

Internally, PAHO needs to strengthen its capacity for monitoring and evaluation of cooperation and adjust its activities in accordance with the outcomes sought. Externally, PAHO must reassert its role as a leader in the health field in the Americas, especially with regard to knowledge of health conditions in the Region, but also in the area of information collection and dissemination. As the Pan American agency specializing in health, PAHO has an important responsibility to ensure the availability of timely, accurate, and relevant information.

The reports of some of the working groups in the country offices suggested ways of redefining PAHO roles at the regional and country levels with a view to enhancing internal coherence. Some of these suggestions are listed below.

Role of Headquarters:

- * Facilitate the process of acquiring intersectoral technical skills.
- * Reinforce the technical expertise of PAHO in order to enable it function effectively as a negotiator, strengthening the position of the countries by assuming responsibility for matters relating to cooperation between countries and regional challenges and commitments.
- * Seek sources and arranging financing for country, as well as regional, projects and programs.
- * Standardize the proposal criteria of the various programs so that they are not perceived at the country level as different, contradictory, or mutual exclusive.
- * Seek ways of integrating the administrative, technical, and financial subdivisions of PAHO, in order to enhance the practice of technical cooperation and better fulfill the mission of the Secretariat.

Role of PAHO/WHO Country Offices:

- * Identify the national priorities for technical cooperation and the activities to be supported through PAHO/WHO participation.
- * Contribute to the formulation of policies that will be conducive to the development of comprehensive programs at the local level.

- * Seek to strengthen PAHO's capacity to work with other national and international actors at the country level.
- * Strengthen the capacity of staff to function in the changing and demanding cooperation environment, with particular attention to strengthening the capacity for project formulation, providing advisory services at the national level-especially for technical cooperation projects between countries-and serving as a liaison with and coordinating regional programs in the countries.
- * Monitor compliance at the country level with the mandates of the Governing Bodies of PAHO and WHO.
- * Promote targeted action and coordination at the local level.
- * Strengthen mechanisms for evaluating the impact of cooperation.

RECOMMENDATIONS

The group discussions gave rise to a series of recommendations, which can be grouped under the following headings:

- Building technical cooperation
- Organization, structure, and management of the Secretariat
- Roles of the peripheral and central levels
- Human resources in PAHO

BUILDING TECHNICAL COOPERATION

Definition and Nature of Technical Cooperation

The discussion on the definition and nature of technical cooperation underscored that it can only take place effectively when there are reasonably well-defined policies, strategies, and national programs that provide for the coordinated participation of one or more agencies. Technical cooperation can help to strengthening the national health planning process or develop such a process where one does not exist.

Although the groups did not propose any specific definitions of technical cooperation, they did affirm that technical cooperation should:

1. Foster the mobilization and dissemination of knowledge, skills, and resources as part of a strategic and collaborative effort aimed at improving the health situation of the countries.
2. Be based on the principles of equity, participation, and sustainable human development.
3. Include a strategic vision, incorporating the concept of complementarity.
4. Focus on processes of a strategic nature, such as decentralization, social participation, intersectoral and multi-institutional action, and health promotion.
5. Provide innovative support to critical sectors and to projects that are expected to have a multiplier effect.

6. Seek to bolster, even in times of crisis, national capacity for problem-solving, avoiding activities that are assistance-oriented or that take the place of national activities, thereby creating or maintaining dependence.
7. Reduce the ambiguities in the perception of technical assistance and technical cooperation, promoting cooperation that is directly related to national development plans.

Definition of Priorities for Technical Cooperation

The groups agreed that the definition of priorities is a basic requirement for good administration, especially when resources are scarce and it is not possible to allocate funding for all activities, even though they seem equally important. However, it is necessary not to confuse the priority health problems of individual countries with problems that can and should be addressed through international technical cooperation.

It was suggested that PAHO, in defining priorities for technical cooperation, should apply the following criteria:

8. Set priorities in the framework of specific problems that need to be addressed.
9. Consider various forms of cooperation. Those that are no longer appropriate or effective should be discontinued and new modalities, the outcome of positive experiences and the development of new ideas, should be tried.

Coordination of Technical Cooperation

The groups considered coordination an essential element for successful technical cooperation, and they emphasized that this coordination should take place both within and outside PAHO. The following suggestions were made for improving coordination:

10. Redefine and clarify lines of technical cooperation, reducing the scope and recognizing that there are other participants with expertise and capabilities that complement those of PAHO.
11. Seek more effective mechanisms for increasing the capacity for mutual cooperation between PAHO and other technical cooperation agencies and institutions.
12. Assume a more proactive leadership role in interagency coordination.

13. Sensitize ministries of health to the fact that technical cooperation can have greater impact when there is coordination with other sectors and institutions that are concerned with health issues.
14. Clarify the role of the various participants in the framework of overall technical cooperation plans of governments, which should assume responsibility for regulating and coordinating cooperation.

Strategies for PAHO

In "building" technical cooperation, PAHO should adopt strategies that reflect the following recommendations:

15. Reaffirm PAHO's commitment to achieve health for all, adjusting plans and strategies to reflect current conditions.
16. Evaluate PAHO's technical and scientific capacity for resource mobilization and rapid response and reinforce the qualities that established it as a leader in public health in the Region, highlighting these qualities in rebuilding an image of PAHO that is in keeping with current times.
17. Make greater use of the resolutions of presidential summits and other high-level political forums that can reinforce and complement the resolutions of the Directing Council of PAHO and that will help to strengthen the ministries of health as the leaders of the health sector in their countries.
18. Ensure an ongoing analysis of the regional situation, using information generated by PAHO itself or by other sources.
19. Promote, in the economic and development sectors, the view that health is an investment, not an expense.
20. Renew the emphasis on planning, programming, and evaluation as a focus of technical cooperation in the countries.
21. Take a proactive role in the definition of technical cooperation objectives, agendas, strategies, and practices. Otherwise, these responsibilities will be assumed by others.
22. Develop an esprit de corps and an organizational demeanor that will foster comprehensive technical cooperation and interprogrammatic approaches to solving health problems.

23. Make greater and better use of the PAHO centers, the PAHO/WHO collaborating centers, and other scientific and technical institutions to support the work of PAHO staff in technical cooperation.
24. Play a more active role in activities at the community level, taking advantage of PAHO's ample knowledge of local conditions.
25. Utilize the PAHO Country Offices as a reservoir of national experience, which, once it has been critically evaluated, can serve as a source of knowledge that will guide the actions of the health sector, health programs, and health services.
26. Ensure continuity through monitoring of processes.
27. Share with the countries the results of experiences in other countries that might suggest non-conventional solutions that can be adapted to their national realities.
28. Concentrate efforts in a limited number of areas as a strategy for enhancing results.
29. Participate in the process of programming and evaluation of the government agency responsible for the coordination of international technical cooperation.
30. Seek alternative ways of utilizing financial resources. For example, resources in hard currency should be used primarily to finance the purchase of goods or services that can only be acquired with such currencies (fellowships to study abroad, international courses, critical imported goods, and services of international consultants). Cooperation services such as national fellowships, courses, and seminars and services of national consultants should be financed with local currency through transfer agreements or national counterpart resources.

ORGANIZATION, STRUCTURE, AND MANAGEMENT OF THE SECRETARIAT

The group discussions yielded a number of specific recommendations on how the structure and organization of the Secretariat might be improved, as well as on how to strengthen the processes of planning, programming, monitoring, and evaluation through the American Region Planning, Programming, Monitoring, and Evaluation System (AMPES).

Strengthening the Processes of Planning, Programming, Monitoring, and Evaluation through the AMPES

31. Coordinate the work of PAHO and WHO so as to avoid duplication of effort (Strategic and Programmatic Orientations SPO; WHO General Program of Work GPW). In the future, work with WHO should be based on a single document setting out the strategic and programmatic orientations or the general program of work. The specific objectives and indicators may differ but the orientations or program of work should be the same for all the WHO regions.
32. Develop regional plans through a joint exercise with the country offices aimed at identifying all the participants and specifying the way in which they will participate. This exercise should focus on the areas in which PAHO is uniquely qualified and should seek to form alliances in which responsibilities can be shared with other participants.
33. Revise planning and programming mechanisms and instruments to facilitate the processes of quantitative and qualitative evaluation and measurement of impact.
34. Develop a modern and dynamic management model that will facilitate improvement of the AMPES as an instrument for identifying needs and assessing results and will provide a means of linking it to the financial system at Headquarters and in the countries.
35. Apply the concept of cost-effectiveness to the processes of planning, programming, monitoring, and evaluation. Current programming systems (the annual program budget [APB] and the four-month work plans [PTC]) should be reexamined with a view to developing more cost-effective systems. A task force should be created as soon as possible to undertake such a review.
36. Strengthen or create more effective mechanisms of interaction between the programs at Headquarters. One example of such a mechanism is the interprogram advisory group on basic indicators and health situation analysis.
37. Continue to seek more efficient forms of cooperation, both formal and informal. Specific examples of such efforts include the reexamination of the functions of the various programs and the reduction of short-term consultancies, which are relatively costly.
38. Revise administrative mechanisms to adapt them to present and future demands for cooperation.
39. Adjust the budget allocations of PAHO to reflect the established priorities.

40. Incorporate modern computer-based management technologies. Record-keeping systems should not continue to rely on "accumulation of papers" but on management databases and information systems.
41. Ensure close coordination between the processes of programming and evaluation of technical cooperation and seek more effective ways of evaluating the impact of cooperation.
42. Base performance evaluations on clear and precise program and project objectives in order to promote accountability among staff.
43. Define clear objectives and expected results in order to make it possible to carry out periodic evaluations and make necessary adjustments in programming.
44. Include, as part of the planning process, a clear definition of the expected outcomes and costs of technical cooperation in order to facilitate evaluation of the results of cooperation and its contribution to the solution of specific health problems in the countries.
45. Review the reports of joint evaluation meetings to determine whether they have fulfilled their purpose and whether this instrument serves to improve technical cooperation, ensuring that the health objectives of both the countries and PAHO will be attained.
46. Conduct an internal evaluation of the effectiveness of technical cooperation at the country, subregional, and regional levels and an external evaluation to reveal processes and results at the country level.
47. Revise the current functional approaches for technical cooperation (direct technical cooperation, development of norms and politics...) which are useful, but should include "institutional strengthening and sustainability."
48. Utilize modern communications and information technology to generate new ways of producing technical cooperation, creating "virtual organizations" in order to reduce administrative costs.

Structure and Organization

The groups' recommendations with regard to the structure and organization of the Secretariat emphasized the need for flexibility and a "horizontalization" or leveling of the structure. They also focused on use of information systems for decision-making.

49. Study three or four organizational models that might be adopted in PAHO/WHO Country Offices in different groups of countries; also consider several different models for the regional technical programs, depending on their objectives.
50. Make PAHO more flexible in order to accommodate a task force or project structure approach to problem-solving. Success in any endeavor in the modern world is dependent on a rapid and timely response. The organizational structure should not impede rapid mobilization of resources for the solution of problems.
51. Adopt new ways of working that will eliminate verticality and foster the democratization of technical and administrative procedure, utilizing innovative methods of communication and ensuring the necessary training and updating of staff.
52. Develop greater technical capacity to identify and anticipate problems through the use of information and intelligence systems. PAHO's current information system is not adequately structured to support decision-making and organize existing resources. The information is disorganized and disarticulated, which makes it impossible to gain a rapid and complete view of current problems and anticipate future ones.
53. Ensure that all personnel understand the decision-making process in PAHO in order to avoid confusion and uncertainty. A thorough, internalized understanding of the process on the part of all staff members will facilitate the construction of effective technical cooperation..
54. Create a system for gathering "health intelligence" in order to provide a timely response to changes in the health sector. Experience has shown that at times PAHO is unaware of what is happening in the health sector in the countries and at other times it does not perceive the implications that changes will have on the future development of the sector.

ROLES OF THE PERIPHERAL AND CENTRAL LEVELS

In attempting to distinguish and clarify the roles of the peripheral and central levels, the groups focused their recommendations in four areas: communication, policy-setting, the functions of each level, and instruments for the management of technical cooperation.

Communication

55. Encourage greater interaction between the Country Offices, especially those in neighboring countries, in pursuing development opportunities. Such joint effort has been thwarted in the past as a result of the sometimes unnecessary intermediation of the Central Office.

56. Increase the country program's role in coordinating and serving as a liaison with regional and intercountry programs, as well as in monitoring the implementation of regional and/or global policies established by the Governing Bodies of PAHO and WHO.

Policy-Setting

57. Program technical cooperation in accordance with national health development plans, clearly identifying those priority areas in which international technical cooperation is required. Highest priority should be given to problems of regional scope and problems that are shared by various countries.
58. Seek mechanisms to ensure that the Country Offices clearly understand the priorities established by the Governing Bodies of PAHO and the needs of the countries to which the Secretariat is endeavoring to respond in order to take maximum advantage of all opportunities for technical cooperation.
59. Analyze the desirability of PAHO's participation in technical cooperation activities bearing in mind that it is not possible to respond to every request from every country and it is therefore necessary to concentrate efforts in those areas in which the greatest impact can be achieved.
60. Correlate regional and country-level programming. Often, the orientation of regional programs is perceived to be the result of the interests of regional advisors, which creates marked biases in cooperation at the country level.
61. Strengthen PAHO's presence at the national level and gradually also at the local level. The decentralization of technical cooperation implies a reduction in the administration of the central level and the technical divisions at Headquarters.

The Functions of the Two Levels within PAHO

62. Review and clarify the roles of the regional programs and the country programs. There seems to be an implicit understanding between the former and the latter which is not always manifested in concrete operational terms. As a result, PAHO appears to be divided into two components: a regional component and a country component.
63. Initiate technical cooperation programs of PAHO in response to a program of technical cooperation developed in each of the countries. The regional programs, through their various lines of action, should serve to strengthen the PAHO cooperation program at the national level.

64. Strengthen the strategic planning capabilities of Headquarters staff, which should leave operational functions to field staff and focus its energies on providing support for the process of planning, programming, and evaluation in order to maintain a dynamic feedback process.
65. Conduct evaluations of the cooperation and coordination functions of the regional programs similar to the joint evaluations of PAHO technical cooperation carried out periodically in all the countries. The Country Offices should have the opportunity to take part in these evaluations, as they are the clients/users of these services.
66. Collaborate, at the Headquarters level, in the State reform efforts under way in the countries and develop decentralized mechanisms for improving slow administrative processes that are hindering the processes of transformation in the country and impeding attempts to implement innovative forms of cooperation.
67. Formulate policies for the various programs at the regional level through an approach that emphasizes comprehensiveness and standardization in the use of technologies.
68. Strengthen the role of the central level in formulating intercountry projects and initiatives.

Instruments for the Management of Technical Cooperation

69. Rationalize spending at the central level vis-a-vis spending at the country-level and increase the decentralization of administrative functions to the countries and the decentralization of some regional posts to the PAHO/WHO cooperating centers and/or the countries.
70. Clarify the principal role of the Country Offices, which is to identify the countries' technical cooperation needs and channel the necessary resources to meet those needs.
71. Reexamine the programming instruments currently in use, looking in particular at the timeframes for preparation and discussion of the annual program budgets (APBs) and seek ways to ensure that the programs at Headquarters have the opportunity to receive greater input from the countries. The need for improve information systems and communication between the countries and Headquarters is emphasized.
72. Refine the joint evaluations of PAHO technical cooperation carried out at the country level, seeking to involve the largest possible number of actors who are participating in technical cooperation in the country. The results of these evaluations should be used in programming technical cooperation.

73. Utilize the programming exercise to construct a single broad program of technical cooperation by the Secretariat to be operationalized in the countries, ensuring a uniform conceptualization of technical cooperation and defining the respective roles of the regional office and the field offices, as well as mechanisms for internal coordination.

HUMAN RESOURCES IN PAHO

During the technical discussions, numerous comments, explanations, and suggestions were made with regard to PAHO's human resources which can be grouped under three headings:

- the need for a comprehensive human resources development policy
- recommendations for making better use of personnel
- criteria for the definition of roles, functions, and responsibilities

Comprehensive Human Resources Development Policy

PAHO has a valuable corps of human resources who, individually and collectively, possess considerable knowledge, training, and experience. This human capital has the potential to further enhance its competence in order to increase the quality, relevance, and timeliness of PAHO's technical cooperation. However, in order for this to occur, a comprehensive personnel development policy must be defined with a view to promoting leadership in the medium and long terms. This policy should seek to do the following:

74. Define, explicitly through a consensus-building process, a comprehensive human resources policy (covering recruitment, development, maintenance, and retirement) that provides for ongoing technical training and improvement of the level of individual and programmatic excellence.
75. Emphasize, through technical development, the reduction of inequities of all types among personnel, proposing solutions and providing opportunities for all personnel, including national professionals and technical staff.
76. Progressively transform the organizational culture on the basis of new working relations. PAHO should reaffirm that no staff member works alone; rather, all staff are supported by the full institutional capacity of PAHO as they fulfill their functions.
77. Orient staff development strategies toward managerial training of administrative support staff so that it will facilitate, not hinder, technical activities. It is imperative that administrative

support functions, like all of PAHO's technical cooperation activities, be subject to a reassessment of concepts and practices.

78. Organize and channel corporate experience and institutional memory, not just to give PAHO another comparative advantage but also to provide a source of knowledge and ethical inspiration for future generations of staff who will join PAHO.

Recommendations for Making Better Use of Technical Cooperation Personnel

International technical cooperation personnel are costly. Their recruitment, mobilization, and utilization requires sizable outlays of hard currency. Making rational, efficient, and effective use of such personnel is therefore an essential aspect of the management of international cooperation, which should be taken into account in a comprehensive human resources development policy.

The concerns of the technical discussion groups with respect to the performance of technical cooperation personnel is reflected in the following recommendations:

79. Maintain sufficient flexibility in the distribution and utilization of human resources to ensure the greatest possible technical coverage and achieve greater effectiveness of responses.
80. Analyze the characteristics and use of personnel from an economic standpoint. For example, determine whether it is more appropriate and cost-effective to utilize short-term consultants rather than national consultants. Consideration should be given to rely on the services of institutions of excellence, such as the collaborating centers.
81. Hire short-term consultants, when they are considered necessary, to perform specific, specialized tasks for short periods of time (depending on the nature of the task) and to work jointly with national teams at whatever level of the health system cooperation is being provided.
82. Hire long-term consultants only when their recruitment can be justified because they are expected to make a significant contribution to the establishment or consolidation of new or critical programs (in emergencies, for example) or when PAHO is asked to participate in special programs or projects that are expected to have a high impact or for which significant counterpart funding is being provided.
83. Explore different modalities for hiring national human resources. For example, they might be hired as short-term consultants in specialized areas or in response to a specific situation to work alongside the national teams responsible for the corresponding national programs.

84. Avoid or reverse the growing trend to use national personnel to carry out routine tasks in programs or institutions, which tends to become a long-term arrangement. This leads to dependency, which affects both the functions of PAHO and the responsibilities of the countries in their reform efforts, and it may also create a new category of public official.

Definition of Roles, Responsibilities, and Functions

A recurring question during the technical discussions was whether it is preferable to hire specialists or generalists. Another issue that was repeatedly raised was the need to broaden the spectrum of personnel functions, which will make it necessary to change professional profiles. The following recommendations were made with regard to personnel roles, responsibilities, and functions.

85. Concentrate the functions of professionals in the following areas:
- resource mobilization;
 - providing technical input;
 - working on and promoting the creation of institutional networks.
86. Move toward hiring "process consultants" rather than "product consultants" in order to better respond to diverse technical cooperation needs. At the same time, seek generalist consultants rather than specialist consultants in order to improve the management of cooperation.
87. Entrust responsibility for the administration of technical cooperation in the Country Offices to a small, basic team of international consultants who are generalists in their field and have knowledge and experience in areas of interest for the country. The primary function of this personnel would be to administer technical cooperation with a view to strengthening useful processes of development or change.

EPILOGUE

The internal technical discussions gave the staff of the Pan American Health Organization the opportunity to analyze PAHO's technical cooperation as part of the process of rethinking international technical cooperation in health.

The discussion groups that met at Headquarters in Washington D.C. and at the PAHO/WHO country offices in all the countries of the Americas, made a thorough analysis of the context in which technical cooperation occurs. They focused on the changing relations between countries, the development of national self-sufficiency, the new approaches to health and the social and sectoral transformations as well as the multiplicity of new actors that give greater complexity and dynamism to international cooperation in the health field.

In discussing technical cooperation within the context of PAHO the groups first analyzed the current initiative for Renewal of Health for All which provides the framework for a proactive approach to technical cooperation and health advocacy. In terms of defining technical cooperation it was agreed that in PAHO technical cooperation should be viewed from at least two perspectives, that of the countries and that of the Secretariat. It is important that these two perspectives be coherent and coordinated and that roles of the Regional Office and PAHO/WHO country offices be clearly defined.

A total of 87 recommendations were compiled from the reports submitted by the discussion groups. These fall within four major areas as follows:

1. Building technical cooperation: including specific recommendations on the definition and nature of technical cooperation, on the definition of priorities for technical cooperation, on the importance of coordinating technical cooperation efforts and the strategies that PAHO should adopt.
2. Organization, structure and management of the Secretariat: which deals with the need to strengthen the process of planning, programming, monitoring and evaluation through the AMPES as well as with the internal structure and organization of the Secretariat.
3. Roles of the peripheral and central levels: recommendations address the need to improve communications, policy setting, the clear definition of functions of the two levels within PAHO and the utilization of instruments for the management of technical cooperation.
4. Human resources in PAHO: recommendations are made for the definition of a comprehensive human resources development policy, for making better use of technical

cooperation personnel and for better define the roles, responsibilities and functions of the staff.

Although the internal technical discussions were held on specific dates, the staff of the Pan American Health Organization is committed to continue analyzing and applying innovative approaches to technical cooperation to better serve the member countries in the Region of the Americas.