

*comité ejecutivo del
consejo directivo*



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

*grupo de trabajo del
comité regional*

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



74a Reunión
Washington, D.C.
Junio-Julio 1975

INDEXED

Tema 16 del proyecto de programa

CE74/17 (Esp.)
23 mayo 1975
ORIGINAL: ESPAÑOL

COORDINACION DE LAS ACTIVIDADES DE
COLABORACION INTERNACIONAL EN SALUD
EN LAS AMERICAS

CONTENIDO

	<u>No. de página</u>
INTRODUCCION	1
1. ANTECEDENTES Y CONCEPTOS GENERALES	3
2. ESTUDIO PRELIMINAR	6
2.1 Objetivos	6
2.2 Métodos	7
2.2.1 Encuesta	8
2.2.2 Reuniones	9
3. RESULTADOS	10
3.1 De la Encuesta	10
3.1.1 Coordinación Intersectorial	10
3.1.2 Coordinación Sectorial (Salud)	14
3.1.3 Fuentes de Cooperación Externa	18
3.1.4 Programas y/o Proyectos	20
3.1.5 Organismos Nacionales Ejecutores	20
3.1.6 Organismos Internacionales Ejecutores	21
3.1.7 Monto de la Cooperación	21
3.2 De las Reuniones	22
3.2.1 En Colombia	24
3.2.2 En Costa Rica	26
4. CONCLUSIONES	28
4.1 En Cuanto a los Objetivos a), b), y c)	28
4.2 En Cuanto al Objetivo d)	31
5. RECOMENDACIONES	33
5.1 A los Gobiernos Miembros	33

INTRODUCCION

La XIX Conferencia Sanitaria Panamericana, en lo que se refiere al tema "Coordinación de las Actividades de Colaboración Internacional en Salud en las Américas", recomendó ^{1/} a los Gobiernos Miembros fortalecer sus mecanismos internos para la coordinación de sus actividades en el Sector Salud, así como las de asistencia externa en este campo, y tomar en cuenta, para ello, la colaboración técnica y administrativa de la OPS/OMS.

Recomendó, además, encomendar al Director de la OSP ^{2/} que la Oficina intensifique su colaboración al perfeccionamiento del proceso de planificación nacional de salud en los países que lo soliciten y que formule, para ello, un programa de reuniones nacionales en el que se discutan las necesidades y recursos de colaboración externa, con base en sus respectivos planes de salud, en el contexto de los planes nacionales de desarrollo general.

Finalmente, recomendó pedir al Director ^{3/} que presente a la 74a Reunión del Comité Ejecutivo el citado programa, los resultados de los trabajos que llevaron a su formulación y los recursos que serían necesarios para ponerlos en marcha.

^{1/}CSP19/FR - Resolución XXIX

^{2/}Ibid - Punto 2

^{3/}Ibid - Punto 3

Para cumplir con el mandato de la Resolución en referencia, puntos 2 y 3, en el contexto del punto 1, en consulta con los Gobiernos Miembros interesados y con la colaboración conjunta de éstos y el personal técnico de la OSP, se realizó una encuesta sobre la situación global prevalente en cada país en materia de coordinación de la cooperación externa en sus aspectos formales y funcionales, y sobre sus fuentes, monto y distribución por agencias ejecutoras nacionales e internacionales, por programas y/o proyectos.

Atendiendo solicitudes específicas, la OSP colaboró en dos países para el desarrollo de reuniones nacionales en las que se discutió el componente de coordinación de recursos propios y procedentes de fuentes externas, como parte integrante de las discusiones en el proceso general de planificación nacional de salud.

Los resultados de la encuesta y de la experiencia adquirida en las reuniones arriba citadas, son el objeto del presente informe y sirven de apoyo a las sugerencias que se presentan al Comité Ejecutivo.

1. ANTECEDENTES Y CONCEPTOS GENERALES

Desde el inicio de la década pasada los países de América Latina y el Caribe han estado empeñados en la árdua pero necesaria labor de ordenar y racionalizar sus acciones para lograr, en forma gradual y metódica, un desarrollo social y económico adecuado para cada país. La planificación del desarrollo sectorial es un instrumento para el logro de ese ordenamiento y racionalización, en un proceso continuo que lleva a la producción de bienes y servicios, con una cobertura cada vez más extensa y de mejor calidad.

Los progresos realizados en el campo de la administración de salud, por los países en particular y por las Américas en general, dan cuenta de los crecientes avances logrados mediante ese instrumento, tanto en la identificación, categorización y previsión de problemas, necesidades y recursos en su realidad y potencialidad, como en el cada vez mayor sentido práctico que se pone en la formulación de programas para solucionar los problemas, satisfacer las necesidades y adecuar los recursos para su operación.

La Organización ha venido acompañando los esfuerzos de las autoridades nacionales, cooperando con ellas a lo largo y ancho de los procesos de planificación de las acciones en el sector salud. De acuerdo con las experiencias en cada país, el énfasis de su cooperación se ha enfocado hacia aquellos aspectos del proceso que requieren mayor desarrollo, perfec-

cionamiento o consolidación: identificación y categorización de problemas, programación local y/o regional, inventario de recursos, determinación de fuentes, usos, sistemas de financiamiento y costos, sistemas de información, evaluación y otros.

Los aspectos relacionados con actitudes y mecanismos para la coordinación efectiva de esfuerzos y recursos han venido adquiriendo una relevante importancia. Por una parte, la coordinación es característica determinante de un desarrollo biológico y armónico de los individuos y de los grupos que integran la sociedad; por la otra, las presiones demográficas, los progresos de la ciencia y la tecnología, así como el creciente desequilibrio entre la demanda y las posibilidades de satisfacerla, exigen la coordinación como medio para evitar la dilapidación de esfuerzos y para lograr el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles y la formación de nuevos recursos. Finalmente, es mediante la coordinación eficaz como se está en el camino firme que lleva a la solidaridad, tan anhelada para las comunidades en los ámbitos local, nacional, regional y mundial.

El tema de la coordinación de las actividades de colaboración internacional en salud en las Américas es objeto de la preocupación de los países, y de un particular interés para la Organización. Los países y la OPS/OMS comparten la responsabilidad de la coordinación de las acciones de salud en general, ya que en las actividades colaborativas, en ese campo, no encaja una disociación entre los que dan y los que piden y reciben.

El propósito de la coordinación en los ámbitos nacional e internacional lleva a la finalidad que todos los países dejaron impresa en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud ^{4/}: alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud.

Por otra parte, ya en el Código Sanitario Panamericano ^{5/} quedó establecido que "la Oficina Sanitaria Panamericana constituirá la agencia sanitaria central de coordinación de las varias repúblicas que forman la Unión Panamericana,...", lo cual se reiteró en la Constitución de la OPS ^{6/} donde los países de las Américas señalan como propósito único de aquellas "la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes".

Al hablar de coordinación conviene dejar claro que este término se entiende como el liderazgo técnico para el fomento y realización sistemática de estudios tendientes al mejor y mayor conocimiento de las necesidades y problemas de salud, la búsqueda permanente de soluciones prácticas, la provisión adecuada y oportuna de recursos, así como la racionalización de su distribución y uso, para satisfacción real de necesidades categorizadas.

^{4/} Constitución de la Organización Mundial de la Salud
Capítulo I, Artículo 1

^{5/} Código Sanitario Panamericano
Capítulo IX, Artículo LV

^{6/} Constitución de la Organización Panamericana de la Salud
Capítulo I, Artículo 1

Así entendida la coordinación, se fortalece más el concepto de que ésta entraña una responsabilidad compartida. La cooperación externa sólo podrá estar real y efectivamente coordinada si está apoyada por acciones igualmente coordinadas en el sector salud, con base en una planeación y programación en donde estén comprendidos los requerimientos y utilización de los recursos externos, reales y potenciales.

Consecuentes con el espíritu de dichas consideraciones y para atender el mandato de la Resolución XXIX de la XIX Conferencia Sanitaria Panamericana en lo que se refiere a lo encomendado al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, la Oficina emprendió, con la colaboración de los países de América Latina y el Caribe, un estudio preliminar cuyo contenido y resultados se describen a continuación.

2. ESTUDIO PRELIMINAR

2.1 Objetivos

Los principales objetivos del estudio fueron:

- a) Determinar la situación prevalente en cuanto a la existencia formal y funcional de mecanismos nacionales de coordinación, tanto de las acciones internas en el sector salud ^{1/}, como de éstas con las de otros sectores económicos y sociales.

^{1/} Para los fines de este trabajo el sector salud se refiere fundamentalmente al subsector público de salud. Pertenecen al subsector público de salud todas aquellas instituciones financiadas total o parcialmente con fondos fiscales (del Estado) así como todas las entidades de salud en cuya administración el Estado tiene alguna participación.

- b) Conocer cómo la colaboración externa, cualesquiera que sean su fuente y contenidos, engrana en los mecanismos nacionales de coordinación.
- c) Disponer de un inventario actualizado de las fuentes externas de cooperación en cada país, en su contenido, magnitud, características y monto.
- d) Obtener experiencias sobre la organización y resultado de reuniones nacionales en las que participen representantes de organismos nacionales del sector salud, así como de instituciones de cooperación externa en este campo y sus afines, como método útil para la continuidad de la coordinación.

2.2 Métodos

Para materializar los objetivos señalados, el Director invitó a los países a registrar en cuestionarios diseñados al efecto, datos que servirían para obtener la información a que se refieren los objetivos a), b) y c). Para lograr el objetivo d), aprovechó la oportunidad de que dos países, Colombia y Costa Rica, hubieran programado la realización de sendas reuniones sobre planificación nacional del sector salud. En la reunión de Costa Rica se puso especial énfasis en la programación y coordinación de la cooperación externa.

La Oficina atendió la invitación de estos países a participar y estimuló en ambos la discusión de la situación de la cooperación externa, así como los medios para su coordinación.

2.2.1 Encuesta

Se diseñaron dos cuestionarios, uno para el registro de datos sobre mecanismos nacionales de coordinación intersectorial de la cooperación internacional en el sector salud; y otro relacionado con los medios de coordinación dentro del propio sector salud. Estos cuestionarios serían ilustrados con notas explicativas y cuadros sumarios, y regresarían acompañados de anexos referentes a los instrumentos legales que apoyan las acciones de coordinación. Se preparó una guía para la utilización de dichos cuestionarios, los cuales serían llenados por las autoridades nacionales con la colaboración del personal de la Oficina.

A mediados de febrero de 1975, los cuestionarios fueron enviados, por conducto de los Representantes de la OPS/OMS, a veinticinco Gobiernos Miembros en la América Latina y el Caribe, y se señaló, como fecha para la devolución a la Oficina Central, el 15 de abril del mismo año. Hasta el momento de redactar este informe se había recibido respuesta de doce (12) países: Argentina, Bolivia, Chile, Costa Rica, Colombia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Panamá, Paraguay, República Dominicana, y Trinidad y Tabago.

2.2.2 Reuniones

De acuerdo con los términos correspondientes de la Resolución XXIX, se le pidió al Director "programar un proceso de reuniones periódicas en cada uno de los países que lo hayan solicitado", y presentar dicho programa con el "correspondiente estimado de los recursos técnicos y financieros para ser puesto en práctica".

Por propia iniciativa Colombia y Costa Rica llevaron a cabo, favoreciendo los propósitos de este estudio, sendas reuniones cuyo tema fundamental fue la planificación nacional en el sector salud, incluyendo la programación y coordinación de los recursos de cooperación externa. Estas reuniones tuvieron lugar, casi simultáneamente, en los últimos días de abril de 1975. Ambas fueron de alto nivel, tanto de decisión como técnico, y asistieron a ellas representantes de las agencias internacionales con programas o proyectos de cooperación en los campos de salud y afines.

Esto proveyó una magnífica oportunidad para la observación, en el terreno mismo, de la mecánica, características y requerimientos de ese tipo de reuniones y de sus resultados inmediatos. Funcionarios de la Oficina asignados a los países, de las Oficinas de Zona y de la Oficina Central participaron en la organización y desarrollo de las reuniones, y el Director tuvo la satisfacción de asistir personalmente a la Reunión en Costa Rica.

3. RESULTADOS

A continuación se hace un resumen de los resultados más significativos del análisis de los cuestionarios y de la experiencia en las reuniones.

3.1 De la Encuesta

Se considera que el tiempo disponible fue relativamente corto como para permitir la recopilación completa de una información que, por lo general, se encontraba dispersa. Ello fue obstáculo, tanto para obtener oportunamente los datos de los trece (13) países cuyos cuestionarios no habían sido recibidos al finalizar el mes de abril, como para lograr la integralidad de las respuestas en los doce (12) cuestionarios recibidos. Por otra parte, en estos últimos se pueden observar algunas discrepancias, la mayoría de las cuales pueden ser atribuidas a la falta de uniformidad en la interpretación de las preguntas o de los términos empleados.

Lo anterior no invalida los resultados del análisis ya que no se trata ahora de hacer comparaciones sino de registrar características y encontrar algunos denominadores comunes que servirían eventualmente para universalizar conceptos, con fines de tipificación de actividades y mecanismos de coordinación en las Américas.

3.1.1 Coordinación Intersectorial

- En los doce (12) países existen, con variable antigüedad (Bolivia, Guatemala, Honduras, Panamá, desde años de la década

de los 50*; Colombia, República Dominicana, Trinidad y Tabago, en la década de los 60; Argentina, Chile, Ecuador y Paraguay, en esta década) organismos con funciones de planificación del desarrollo general, económico y social del país, que incluyen, en mayor o menor grado, las acciones de coordinación de la cooperación externa.

- En seis (6) de estos doce (12) países (Argentina, Bolivia, Costa Rica, Chile, Ecuador y Paraguay) la coordinación de la cooperación externa es ejercida por unidades específicas, las cuales dependen, con excepción de la Argentina, del organismo nacional de planificación del desarrollo general.
- Estos organismos están ubicados en altos niveles de decisión; la mayoría dependiendo directamente del Jefe del Ejecutivo, o del Gabinete (Trinidad y Tabago); o de un Ministerio (Argentina, Ministerio de Economía).
- En la mayoría de los países (nueve), uno o varios funcionarios de la agencia superior de salud y/o de la oficina de planificación de esa agencia sirve de enlace para establecer la comunicación del sector salud con el organismo de coordinación multisectorial. En los países en donde existe una unidad con el encargo específico de la coordinación en el sector salud, ésta actúa como enlace con el organismo coordinador multisectorial.

*Reorganizadas en la última década.

- El número de países informantes, cuyos organismos coordinadores efectúan actividades de control sobre los programas y/o proyectos cooperativos, se distribuye como sigue:

MEDIDAS DE CONTROL	PROGRAMAS Y/O PROYECTOS		
	Todos	Algunos	Ninguno
Solicitud de informes sobre:			
Actividades	5	7	-
Progreso	4	7	1
Gasto	5	6	1
Supervisión	4	5	3
Auditoría	1	3	8
Autorización de actividades	3	5	4
Autorización de cuotas	2	5	5

- La exigencia de información sobre las actividades y progreso de los programas y/o proyectos cooperativos es el medio más frecuente que usa el organismo coordinador para ejercer sobre aquellos alguna forma de control. Por el cuadro anterior se puede observar que solamente en cuatro (4) países ejercen la función de auditoría y sólo en uno la aplica a todos los programas y/o proyectos.
- En los convenios que celebran los gobiernos de los países con las agencias cooperantes externas se estipulan las facultades

de control y evaluación que competen al organismo coordinador de acuerdo con el siguiente cuadro de distribución de frecuencias.

FACULTADES DE	EN LOS CONVENIOS		
	Todos	Algunos	Ninguno
Control	2	6	4
Evaluación	2	5	5

- La formulación de todos los proyectos de cooperación externa en el campo de la salud o con él relacionados, se hace a iniciativa y con la orientación del organismo coordinador global en dos (2) países (Honduras y Trinidad y Tabago); en un país (Chile), sólo de algunos proyectos, y en tres (Argentina, Bolivia y Paraguay) de ninguno.
- Las funciones de evaluación son ejercidas por este organismo en todos los proyectos de un país (Argentina); sólo en algunos proyectos, en dos (Bolivia y Chile); y en ninguno, en los tres restantes. El cuadro siguiente muestra el número de países informantes (seis) que realizan las funciones de preparación estudio, aprobación, control, supervisión y evaluación de los proyectos en su totalidad, en algunos o en ninguno.

FUNCIONES	PROYECTOS		
	Todos	Algunos	Ninguno
Formulación	2	1	3
Estudio	2	3	1
Aprobación técnica	3	2	1
Verificación de prioridad	3	2	1
Control de ejecución	2	2	2
Evaluación de progreso y resultados	1	2	3

3.1.2 Coordinación Sectorial (Salud)

- Al enunciar las agencias que constituyen el sector salud, sólo tres (3) países (Argentina, Bolivia y Colombia) mencionan instituciones privadas. La información se refiere realmente al subsector público de salud. Quedan dudas sobre la integralidad de las listas de instituciones que componen ese subsector en cada país.
- Solamente en seis (6) países (Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Chile y Guatemala), existen unidades específicamente encargadas de la coordinación de la cooperación externa en el sector salud.
- Las unidades de coordinación dependen directamente del Ministerio de Salud Pública o su equivalente, con excepción de Bolivia en donde esa dependencia se establece a través de la Oficina de Planificación del Ministerio.

- Los mecanismos de comunicación para fines de coordinación son variados en forma y frecuencia. En ninguno de los países está en vigencia algún manual o guía de procedimientos que regulen sobre reuniones, agencias participantes, canales de comunicación, sistemas de informes, y otros.

- Las unidades sectoriales de coordinación actúan como agentes de enlace, en lo que a cooperación externa se refiere, con instituciones dependientes del Ministerio de Salud y con otras agencias nacionales del sector público. Parece ser que en un país (Bolivia) esta acción abarca algunas instituciones organizadas del sector privado. En los demás, su alcance está reducido a las instituciones dependientes del Ministerio de Salud.

- En tres países (Colombia, Costa Rica y Chile) las unidades coordinadoras realizan reuniones internas con funcionarios de las oficinas superiores de las que dependen, con una periodicidad regular (Colombia y Costa Rica, cada semana; Chile, dos veces al mes). Cuando se considera necesario se invita a otras agencias del sector salud. En los demás países las reuniones son ocasionales y, en todos, la correspondencia oficial es el medio habitual de comunicación.

- El cuadro siguiente muestra la distribución de frecuencia de países cuyas unidades ejercen algunas funciones de control sobre los programas y/o proyectos.

MEDIOS	PROGRAMAS Y/O PROYECTOS (*)		
	Todos	Algunos	Ninguno
Informes sobre: Actividades	1	1	3
Progreso	-	2	3
Gastos	-	3	2
Supervisión	-	2	3
Auditoría	-	-	5
Autorización de actividades	-	1	4
Autorización de fondos	-	2	3

Sólo en un país (Chile) se exigen informes periódicos sobre actividades en todos los proyectos. En ningún país se hace auditoría.

- Las facultades de control y evaluación están estipuladas en todos, algunos, o ninguno de los convenios de programas y/o proyectos, como lo muestra el cuadro siguiente de distribución, por número de países.

FACULTADES	CONVENIOS (*)		
	Todos	Algunos	Ninguno
Control	1	1	3
Evaluación	2	-	3

(*) Costa Rica no dio información al respecto

(Cabe hacer notar que, aunque tres países afirmaron que en ninguno de los convenios se encuentran estipuladas las facultades conjuntas de control y evaluación de los proyectos, éstas están claramente expresadas en todos aquellos en los que participa la OPS/OMS.)

- Las unidades coordinadoras, en su ámbito, ejercen esas funciones como sigue:

FUNCIONES	PROGRAMAS Y/O PROYECTOS		
	Todos	Algunos	Ninguno
Formulación	2	2	3
Estudio	3	3	1
Aprobación técnica	3	2	2
Verificación de prioridad	1	3	3
Control de ejecución	2	2	3
Evaluación	1	3	3

- Como se puede apreciar las funciones de los organismos y unidades coordinadoras se reducen, en la mayoría de los países, al estudio y aprobación técnica de los programas y/o proyectos cooperativos. Solamente en dos países, las funciones incluyen las de formulación y la supervisión técnica en todos los proyectos, y en uno, las de evaluación. Hay tres países en los que ninguno de los proyectos es objeto de esas actividades.

3.1.3 Fuentes de Cooperación Externa

El Cuadro No. 1 muestra las fuentes de cooperación citadas por diez (10) de los doce (12) países que informaron (no se obtuvieron datos de Colombia ni de Ecuador).

En este primer intento no se logró tener un catálogo de todas las fuentes multilaterales de cooperación en esos países. Es posible que en ellos estén operando, o lo hayan hecho en el pasado, más de las catorce agencias denunciadas. Es evidente, sin embargo, que las fuentes más frecuentes de cooperación multilateral técnica y/o financiera son la OPS/OMS, el PNUD, UNICEF, y el BID.

Tampoco se logró obtener el catálogo de fuentes bilaterales constituidas por gobiernos, universidades, fundaciones, y otras instituciones filantrópicas. La cooperación del Gobierno de los Estados Unidos, a través de AID, es a la que se recurre con mayor frecuencia. Hay que hacer notar que en un país (Chile), en donde parece ser más completa la lista de agencias cooperantes, se citan diecinueve gobiernos y cuarentiseis instituciones diversas, lo que indica la potencialidad de ese recurso y la probabilidad de que haya sido utilizado, aunque incompletamente registrado, en los otros países.

CUADRO No. 1

FUENTES DE COOPERACION EXTERNA PARA SALUD,
REGISTRADAS EN LOS FORMULARIOS DE 10 PAISES(*)

Fuentes Multilaterales	Arg.	Bol.	Chile	Costa Rica	Guat.	Hond.	Pan.	Par.	Rep. Dom.	Trin. y Tabago	
OPS /OMS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	PAHO/WHO
PNUD	x	x	x		x	x					UNDP
UNICEF		x		x	x	x	x	x	x		UNICEF
PMA				x		x		x			WFP
OIEA								x			IAEA
FNUAP		x	x								UNFPA
PNUD								x			UNEP
BID		x		x	x	x	x	x	x		IDB
BIRF										x	IBRD
BCIE				x			x				BCIE
OEA	x					x	x	x			OAS
FPSE							x				PAHEF
IIN	x										IIN
CII	x										CII
Total Multilateral	5	6	3	5	4	6	6	7	3	3	
Bilaterales											
AID		x	x	x	x	x	x	x	x		US/AID
CIDA										x	CIDA
Otros Gobiernos	4	3	18	1				5	1		
Univ., Fund., etc.			46	3	8		1	2			
Total Bilateral	4	4	65	5	9	1	2	8	2	1	

* No informaron Ecuador y Colombia.

3.1.4 Programas y/o Proyectos

Los datos que se pudieron obtener de los ocho (8) países informantes, en cuanto a número y tipo de programas y/o proyectos de cooperación externa, fueron muy reducidos y hacen lugar a dudas sobre su cabalidad y exactitud. Es probable que esto haya sido debido a la falta de uniformidad en la interpretación de los términos proyecto y programas (un país, Guatemala, consideró los dieciséis proyectos de la OSP como un solo programa; y otro, Chile, anotó entre los proyectos 128 que correspondían a una o más becas adjudicadas por gobiernos e instituciones).

Pero puede también entenderse como un indicio de la imposibilidad actual, para los organismos coordinadores, el tener a mano información completa y actualizada sobre la totalidad de proyectos de cooperación, su contenido y características.

3.1.5 Organismos Nacionales Ejecutores

El Ministerio de Salud Pública o su equivalente es el organismo nacional que, con mayor frecuencia, es el responsable de la conducción y ejecución de los programas y/o proyectos. Le siguen en frecuencia, las agencias nacionales encargadas de asuntos de saneamiento ambiental, principalmente abastecimiento de agua y sistemas de tratamiento de desechos, así como las universidades, en sus ramos relacionados con las ciencias de la salud.

3.1.6 Organismos Internacionales Ejecutores

La Organización comparte con las autoridades nacionales respectivas la responsabilidad de dirección, ejecución y evaluación de los programas y/o proyectos en los que está comprometida la cooperación de la OPS/OMS en su programa y presupuesto. En similares condiciones es el organismo ejecutor en la mayoría de los proyectos que son financiados por otras agencias internacionales.

Segun los datos proporcionados por los ocho (8) países que informaron al respecto, aproximadamente en un ochenticinco por ciento de los proyectos, la OPS/OMS es la agencia internacional ejecutora.

No se obtuvieron datos sobre la posición de la OPS/OMS en los casos de cooperación bilateral en los ocho (8) países citados, pero es frecuente que las instituciones cooperantes designen a la Organización como su agencia ejecutora, principalmente cuando dicha cooperación es complementaria a un programa y/o proyecto mayor, en el que ya participa la Organización.

3.1.7 Monto de la Cooperación Externa

Se trataba de obtener cifras, las más aproximadas, que permitieran tener idea del monto de la cooperación externa al sector salud en cada país o, por lo menos, al subsector público. De los doce (12) países que participaron oportunamente en la encuesta, se obtuvieron datos de ocho (8).

La duda expresada antes en cuanto a la exactitud e integridad del número de proyectos y/o programas (3.1.4) se repite consecuentemente aquí, en cuanto a la integridad del monto de cooperación que éstos entrañan.

En el Cuadro No. 2 se ilustra, con los datos proporcionados por los ocho países, el monto de la cooperación externa en bienes y servicios, y en préstamos, en relación con el número de agencias nacionales que la utilizan, así como el número de agencias externas que la origina.

Aunque no es posible analizar estos datos en términos de su importancia relativa, sí dan idea de que las cifras son considerables y numerosas las agencias participantes en su adjudicación y en su administración; lo que incide en la necesidad de coordinación.

3.2 De las Reuniones

Como se dijo antes, las reuniones en Colombia y Costa Rica tuvieron como objetivo principal la presentación y estudio de sus respectivos planes nacionales de salud. Coincidentes con el espíritu de la Resolución XXIX, de la XIX Conferencia Sanitaria Panamericana, y como parte de sus respectivos procesos de planificación, en ambas reuniones fueron discutidos, en sesiones especiales, los asuntos relacionados con la cooperación externa y los mecanismos nacionales para coordinarla.

CUADRO No. 2

MONTO DE LA COOPERACION EXTERNA PARA LA SALUD, POR PAISES*,
AGENCIAS NACIONALES QUE LA ADMINISTRAN Y FUENTES

(Según datos proporcionados por el País)

PAIS	AGENCIAS NACIONALES QUE RECIBEN	FUENTES EXTERNAS		MONTO DE LA COOPERACION (miles US\$)		
		MULTILATERALES	BILATERALES	TOTAL	SERVICIOS	PRESTAMOS
Argentina	1	5	4	1.013	1.013	
Bolivia	4	6	4	32.511	32.491	20
Chile	3	3	65	1.192	1.192	
Costa Rica	7	5	5	8.841	310	8.531
Guatemala	4	4	9	29.919	7.188	22.731
Honduras	3	6	1	14.730		
Paraguay	9	7	8	1.554		
Trinidad y Tabago	2	3	1	320	25	295

* No informaron Colombia, Ecuador, Panamá y República Dominicana.

La participación de altos funcionarios en los niveles superiores de decisión, tanto de las dependencias de las Secretarías de Estado encargadas de salud (Ministerio de Salud) como las otras sectoriales conexas (Ministerio de Trabajo, Agricultura, Educación y Vivienda; instituciones relacionadas con la seguridad social, y organismos nacionales de planificación global multisectoriales). Fue, además, invitada la participación de los representantes de las organizaciones internacionales de cooperación bi o multilateral que actúan, o están interesadas en actuar en los campos de la salud y afines en el país.

Ello le dio particular relevancia a esos eventos. Las reuniones fueron, en sí, la expresión demostrativa de cómo operan mecanismos de ese tipo para establecer o consolidar la comunicación, como primer paso indispensable hacia la coordinación.

A los funcionarios de la OPS/OMS y, particularmente, a los representantes de las otras organizaciones de cooperación externa, esas reuniones les dieron la oportunidad, para algunos la primera, de tener una visión de conjunto de las políticas de salud, las áreas programáticas y las estrategias para abordarlas, así como de la preocupación que existe de coordinar esfuerzos y recursos, cualesquiera que sean sus fuentes.

3.2.1 Reunión en Colombia

Fue un evento nacional intersectorial, organizado por la Oficina de Planificación del Ministerio de Salud con el respaldo

del Organismo Nacional de Planificación (global, **multisectorial**). La sustancialidad de su temario, apoyada por documentos de trabajo previamente estudiados por los participantes, permitió la agilidad de las discusiones por grupos, y la consolidación de éstas en un informe final que originó decisiones importantes, principalmente la que se refiere a la aplicación del Decreto del 10 de abril de 1975, sobre un Sistema Nacional de Salud. Ese informe sería guía de trabajo y base para reuniones de seguimiento en un futuro oportuno.

La reunión fue de carácter informativo. En ella se revisaron la política y los instrumentos legales que apoyan la creación del Sistema Nacional de Salud y el Subsistema de Planeación de Salud, así como su apertura programática. Esto, que constituyó el objetivo fundamental de la reunión, dio excelente marco a la revisión de los mecanismos de coordinación nacional de la cooperación externa, dentro del sistema de salud.

Como un subproducto de esta reunión, es de mencionar que los representantes de organismos de cooperación externa bi y multilaterales acordaron constituirse en grupo de coordinación y celebrar, para fines de intercambio de ideas e información, reuniones formales en los próximos meses de mayo, agosto, noviembre y febrero.

3.2.2 Reunión en Costa Rica

La reunión en Costa Rica, denominada "Reunión para la Presentación del Programa Nacional de Salud y Análisis de la Asistencia Internacional del Sector" tuvo, además de las características de excelencia señaladas para el Primer Encuentro en Colombia, la de haber respondido plenamente a lo recomendado a los Gobiernos Miembros, en el punto 1 de la citada Resolución de la XIX Conferencia Sanitaria Panamericana.

Para mejor entender los resultados de la reunión de Costa Rica habría que pasar revista a los esfuerzos graduales, pero tesoros, que el gobierno de ese país ha venido realizando en la última década para la consolidación de las disciplinas de planificación y programación en los ámbitos general del desarrollo multisectorial y sectorial de salud. La identificación y categorización de los problemas nacionales, la prioridad concedida al tratamiento de los problemas de salud, el abordaje multidisciplinario de éstos, fueron producto de la acción conjugada, por una parte, del Ministerio de Salud y los demás ministerios e instituciones responsables de la administración en los sectores económicos y otros sociales; y por la otra, del mismo Ministerio de Salud y otras agencias nacionales del propio sector salud (agencias extrasectoriales con un componente de bienes y servicios para la salud, institutos de seguridad social, universidades y centros de docencia en el campo de las ciencias de la salud, etc.).

La sistematización del estudio de problemas de salud, en el contexto de los demás económicos y sociales, así como de los recursos internos y externos, reales y potenciales, que tienen que ponerse en juego para solucionarlos, permitió la definición de políticas nacionales de salud, la fijación de objetivos y metas, y la selección de estrategias para lograrlas.

Lo anterior dio lugar a la presentación formal, en la reunión, del Plan Nacional de Salud. Se tuvieron en él las bases para entablar un diálogo productivo con los organismos internacionales que han venido complementando la acción nacional. Fueron presentados, asimismo, programas de salud relativos a problemas específicos y se razonó y cuantificó la cooperación internacional que se recibe y que se ha de requerir. "... Se analizó a fondo el componente de coordinación que esa ayuda precisa para canalizarse por las mejores vías de rendimiento y productividad, dentro del marco de una política nacional explícita y coherente con las políticas de desarrollo social y económico nacional".*

En dicha reunión se dió a conocer cómo se había ya materializado la propuesta de institucionalizar legalmente la "Comisión Consultiva y de Coordinación" para el sector salud, así como los mecanismos de coordinación que se han de poner en marcha para la formulación, estudio, fiscalización, control y evaluación de los programas y proyectos en los que se compromete la asistencia externa.

* Exposición final del Ministerio de Salud en la citada reunión.

La experiencia de la reunión fue estimulante desde todos los puntos de vista. Fue un jalón más en el proceso de avance de la planificación en salud y la inauguración firme de la disciplina de coordinación con la expresión de un mecanismo práctico, en el contexto del proceso de planificación global. Ese estímulo fue compartido por los representantes de las agencias de cooperación externa participantes (IICA, BID, OIT, CELADE, PNUD, UNICEF, ICAP y OPS/OMS).

4. CONCLUSIONES

No obstante las limitaciones que caracterizaron al estudio realizado, se ha podido obtener información sustantiva, positiva o negativa que, por lo menos conceptualmente, podría generalizarse a todos los países de América Latina y el Caribe.

Se presentan a continuación las conclusiones principales que emanan de los resultados obtenidos vis a vis los objetivos propuestos.

4.1 En Cuanto a los Objetivos a), b) y c)

Como era de esperarse, se encontró que en los países estudiados las estructuras y los mecanismos operacionales para la coordinación de esfuerzos y recursos internos así como externos, en los ámbitos multisectorial y sectorial de salud, son variados tanto en su forma, como en su funcionamiento y eficacia.

- En todos los países los organismos de coordinación multisectorial y las unidades de coordinación del sector salud están situados en un escalón administrativo lo suficientemente alto como para permitir la toma de decisiones y asegurar su aplicación efectiva.
- No obstante lo anterior, las funciones de unos y otros son aún reducidas y se ejercen con limitaciones de extensión, profundidad y eficacia. Esto se aplica, particularmente, a las actividades de control y evaluación en los programas y/o proyectos cooperativos que competen a los organismos y unidades de coordinación.
- Esas limitaciones parecen acentuarse en las unidades de coordinación sectorial. De más antigua creación dentro de los Ministerios de Salud, la mayoría de estas unidades conserva como función única y fundamental, la tradicional de servir como oficina de relaciones internacionales para asuntos de salud.
- Las relaciones entre el organismo multisectorial y la unidad sectorial no fueron claramente definidas, como tampoco los mecanismos para establecerlas. Si bien en todos los países hay dispositivos legales que apoyan la existencia de unos y otros, no se dispone de reglamentación actualizada ni de manuales de procedimientos que normen y orienten su funcionamiento e interrelaciones.

- No fue posible obtener un catálogo completo de las agencias gubernamentales, paragubernamentales o autónomas que componen el subsector público de salud, ni de las privadas que, junto con aquellas, componen el sector.

- Se tiene duda sobre la integralidad de:

- a) la lista de agencias internacionales de cooperación multi y bilateral que anotaron los países en la encuesta;
- b) el número de programas y/o proyectos denunciados; y,
- c) el monto de la cooperación externa que recibieron los países, tanto en bienes y servicios, como en préstamos.

- No obstante lo anterior, es indudable que las cifras anotadas por estos conceptos son lo suficientemente sustantivas como para justificar la necesidad y urgencia de mecanismos eficaces de coordinación. Los comentarios en los narrativos que acompañaron a los formularios, dan fe del empeño universal en el reforzamiento y mejoramiento de tales mecanismos.

- Los obstáculos para lograr coordinación varían enormemente de un país a otro. Consecuentemente, en el mismo grado deben variar la estrategia y mecanismos para salvarlos, lo que debe ser objeto de estudio en los países, a la luz de las circunstancias peculiares que en cada uno están presentes.

- La coordinación de la cooperación externa no puede ser únicamente el resultado de disposiciones legales; tiene que desarrollarse en nuevas dimensiones e incorporarse a objetivos con más amplios horizontes.
- No es posible coordinar tareas, seres humanos o instituciones si no se establecen medios formales, sistemáticos y expeditos de comunicación.

4.2 En Cuanto al Objetivo d)

Los resultados inmediatos de las reuniones de Colombia y Costa Rica, cada una en sus dimensiones propias, corroboran la idea de que eventos de este tipo son un medio expedito de comunicación e información. Debe estimularse su reproducción con una periodicidad programada y el seguimiento, durante los intervalos, de las acciones acordadas en cada reunión.

- Se considera que contribuyeron al buen éxito de esas reuniones las siguientes circunstancias, previas a su realización:
 - a) Participación multidisciplinaria, incluyendo la del sector salud, en la formulación del plan y programas nacionales de desarrollo económico y social;
 - b) Consolidación de un plan y de programas nacionales de salud elaborado conjuntamente con responsables de actividades extrasectoriales relacionadas;

- c) Programación de los requerimientos y la utilización de los recursos de cooperación externa para la salud, en el contexto de los programas nacionales de salud y los de desarrollo social y económico, conexos.
- Las reuniones, además de difundir su "mensaje" y favorecer el diálogo, resultaron en la colaboración conjunta de decisiones; las mismas que ya llevan un consenso útil para asegurar su aplicación y sirven de impulso y orientación para el seguimiento.
 - Las anteriores circunstancias, expuestas en los dos puntos ya mencionados, podrían ser tomadas en cuenta para la programación de reuniones similares en otros países.
 - Varios países han expresado formalmente su deseo de realizar reuniones de ese tipo y han solicitado para ello la cooperación de la OPS/OMS. Dado que corresponde a cada país determinar el momento y la periodicidad más conveniente y adecuada para la realización de tales reuniones, la Oficina está preparada para incluir en sus actividades, de acuerdo con los fondos disponibles para llevar a cabo el programa conjunto dentro de cada país, las medidas necesarias al efecto que sean acordadas con los países solicitantes.

5. RECOMENDACIONES

5.1 A los Gobiernos Miembros

- Primero : Proseguir en sus esfuerzos para acelerar el proceso de planificación de la salud, perfeccionándolo en todos sus componentes, particularmente en lo que se refiere a programación a niveles regional y/o estatal, y local, dentro del marco de la planificación global del país.
- Segundo : Con base en lo anterior, programar sistemáticamente los requerimientos y utilización de los recursos de cooperación externa, cualesquiera que sean sus fuentes. Revisar y actualizar la situación prevalente en materia de cooperación externa para la salud de manera de tener al día un catálogo de estos recursos, su contenido y monto.
- Tercero : Fortalecer y perfeccionar la organización y funcionamiento de las unidades coordinadoras de la cooperación externa, cualquiera que sea su ubicación administrativa; ampliar y definir sus funciones de manera de incluir las de formulación de programas y/o proyectos, control de la ejecución, administración de recursos y evaluación. Lo anterior incluye el establecimiento o perfeccionamiento de los medios y canales de comunicación intrasectoriales y del sector salud con los organismos de coordinación intersectorial.

- Cuarto : Establecer, perfeccionar o consolidar un sistema nacional de información sobre el sector salud que, engranado con un sistema nacional de información multisectorial, permita tomar decisiones en materia de planificación y programación en todos los campos de salud, incluyendo la programación de los requerimientos y utilización de los recursos humanos, técnicos, materiales y financieros de la cooperación externa.
- Quinto : Programar un proceso de reuniones nacionales, como medio efectivo de comunicación comprensiva, con amplia participación de funcionarios del sector salud y extrasectoriales conexos de los niveles de decisión y técnicos, y con la periodicidad que mejor convenga a los intereses sectoriales en cada país. El tema de tales reuniones podría ser la programación de la cooperación externa, como parte del proceso general de programación de la salud.
- Sexto : Requerir la cooperación de la OPS/OMS para la realización de programas de reuniones periódicas a los Gobiernos Miembros que así lo determinen, para la materialización de la recomendación anterior.