

HACIA UNA TAXONOMÍA DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA EN SALUD¹

George A. O. Alleyne²

Si bien no era un fenómeno nuevo, la transferencia de recursos de un país a otro por medio de programas de asistencia bilaterales o multilaterales alcanzó proporciones verdaderamente espectaculares después de la segunda guerra mundial (1). La mayor parte de la ayuda prestada en los años cincuenta consistió en flujo de capital, pero pronto se hizo evidente que, por razones de organización, convenía hacer una distinción entre la asistencia financiera (ya fuera en forma de subvenciones o de préstamos en condiciones concesionarias) y la asistencia técnica (que normalmente no era reembolsable y consistía sobre todo en la transferencia de conocimientos teóricos y prácticos).

En el período de la posguerra se consideró que gran parte de esa ayuda se debería orientar hacia el desarrollo y canalizar por medio de instituciones multilaterales como las Naciones Unidas, que establecieron varios organismos para realizar esa función. Los organismos financieros, como el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento y la Agencia para el Desarrollo Internacional, se concentraron principalmente en la asistencia financiera y los organismos especializados,

como la Organización Mundial de la Salud, en la asistencia técnica.

Existía un amplio acuerdo general sobre lo que constituía asistencia técnica. En una revisión del tema publicada en 1965 (2) se incluyó la siguiente definición:

“La asistencia técnica entraña la transferencia de conocimientos teóricos y prácticos en su sentido más amplio. Puede comprender desde asesoramiento profesional para un proyecto de ingeniería tal como la construcción de una central hidroeléctrica hasta asistencia para la realización de operaciones como la preparación de un plan nacional de desarrollo o la organización de una estructura tributaria nacional. Los métodos comúnmente adoptados son tres: el envío de asesores expertos asignados a tareas específicas, la adjudicación de becas a estudiantes u otro personal en formación con el fin de que puedan viajar al exterior para recibir instrucción y el suministro de equipo de demostración para proyectos piloto”.

En la misma revisión se indicó que “los esfuerzos de los países en crecimiento por cumplir la parte que les corresponde de las responsabilidades de desarrollo han sido reconocidos por las Naciones Uni-

¹ Se publica en el *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Vol. 25, No 4, 1991, con el título “Toward a taxonomy of technical cooperation in health”.

² Subdirector, Organización Panamericana de la Salud/ Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.

das, en el sentido de que la expresión *países subdesarrollados* se ha reemplazado con *países en desarrollo* y todo el proceso se ha designado con el nuevo nombre de cooperación técnica”.

Se aceptaba implícitamente la idea de que cooperación técnica era, en realidad, otra manera de referirse a la asistencia técnica. Sin embargo, ha habido algunas variaciones dignas de mencionarse en cuanto a la forma de percibir, en general, los “múltiples esplendores” de la cooperación técnica (3). Por ejemplo, en los años sesenta se decía que los franceses se especializaban en proporcionar maestros; los ingleses, personal de operaciones; y los estadounidenses, asesores de alto nivel. Esas variaciones se observan también en las numerosas entidades que asisten a los países (4) y, asimismo, es cierto que determinadas actividades incluidas comúnmente bajo la denominación de cooperación técnica tal vez no sean pertinentes al sector de la salud. Por ende, parece apropiado examinar dos de las instituciones principales en el ámbito internacional de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el fin de aclarar los conceptos y prácticas referentes a la cooperación técnica que prestan.

LA COOPERACIÓN TÉCNICA Y LA OMS

Puesto que, de acuerdo con su doctrina actual, la OMS considera que la cooperación técnica con los países y entre ellos es esencial para lograr la meta de salud para todos en el año 2000, sería conveniente esbozar la forma en que surgió esta idea.

Tal como estipula la Constitución de la OMS, la primera de las funciones constitucionales de esa Organización es actuar como autoridad coordinadora en asuntos de sanidad internacional y, la cuarta, proporcionar ayuda técnica a los Estados Miembros (5). Esta ayuda, en lo que se refiere especialmente a los países en desarrollo, se expresó en una resolución de la OMS adoptada en 1975

que reconocía “la función coordinadora cada vez más importante que tiene la OMS en la prestación a los países de asistencia técnica” y describía las formas de asistencia. Estas incluían, entre otras, asistencia para la creación y el fortalecimiento de sistemas nacionales de salud pública, formación de personal, establecimiento de métodos eficaces de prevención y de lucha contra las enfermedades, y formulación de recomendaciones para el establecimiento de normas y patrones (6).

En el Sexto Programa General de Trabajo de la OMS (1978–1983) se describe la función coordinadora de la Organización y la colaboración técnica que debe ofrecer (7).

En el informe que presentó en 1977 (8) el grupo de trabajo establecido por el Consejo Ejecutivo para “el estudio orgánico sobre la función de la OMS en el plano nacional y en particular la función de los representantes”, el nuevo enfoque se define como cooperación técnica y se describe la evolución de este nuevo concepto a partir de la idea anterior de ayuda o asistencia técnica. Esta se percibía como la expresión de una relación no recíproca entre un donante y un receptor. En el informe se planteaba el creciente deseo político expresado por los países de que la asistencia técnica fuera reemplazada por un nuevo concepto de cooperación técnica dentro del cual los Estados Miembros pudieran hacer uso de su Organización para definir y lograr sus objetivos políticos y sociales y de salud. La función de cooperación técnica de la OMS sería la de colaborar con los países para que ellos mismos consiguieran su propio desarrollo sanitario.

En consecuencia, cuando se preparó el Séptimo Programa General de Trabajo para un período determinado (1984–1989 inclusive), se destacaron dos procedimientos generales: la coordinación y la cooperación técnica (9). La cooperación técnica se interpretaba como “una acción conjunta desple-

gada por los Estados Miembros que cooperan entre sí y con la OMS hacia su objetivo común [...] y en particular la meta de la salud para todos en el año 2000". Se preveían cuatro tipos de cooperación técnica relacionados entre sí que formaban un todo orgánico.

En primer lugar se mencionaba la cooperación técnica entre la OMS y sus Estados Miembros, "utilizándola para definir y alcanzar los objetivos de sus políticas sociales y sanitarias". Seguidamente figuraba la cooperación técnica entre los países en desarrollo, que se ha descrito en muchos documentos oficiales de los organismos de las Naciones Unidas, y en el campo de la salud implica que los países definen sus necesidades y recursos y cooperan unos con otros para el intercambio y la transferencia de recursos en beneficio mutuo. Tercero, la cooperación técnica entre los países desarrollados se definía como actividades interpaíses ejecutadas bajo la égida de la OMS con un costo mínimo para la Organización. Por último, el Programa mencionaba la cooperación técnica entre países desarrollados y países en desarrollo.

Un análisis cuidadoso de esas cuatro categorías revela que en realidad son solo dos los tipos de cooperación técnica que estimula y facilita la Organización: la cooperación entre los diversos Estados Miembros y la OMS, y la cooperación entre los Estados Miembros. El Octavo Programa General de Trabajo (1990-1995) destaca los mismos procedimientos que el séptimo. Al presentar los diversos programas, describe las actividades de cooperación técnica que la Organización ha de ejecutar en consonancia con los sectores prioritarios, pero estos varían de un programa a otro y no se sistematizan según las actividades (10).

LA COOPERACIÓN TÉCNICA Y LA OPS

Función de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)

Desde su fundación, la OSP se ha concentrado enérgicamente en la cooperación. En la Primera Convención Sanitaria Internacional General celebrada en 1902 se hizo un llamado a los países a cooperar en la investigación de cualquier brote de enfermedad pestilente. También se asignó a la incipiente Oficina Sanitaria Panamericana la responsabilidad de acopiar información sobre las condiciones sanitarias en el hemisferio y de promover y proteger la salud de los países participantes, prestando su ayuda y caudal de experiencia (11).

En un principio, la tarea más importante fue la coordinación de los procedimientos de cuarentena destinados a prevenir la propagación del cólera, la peste, la viruela y la fiebre amarilla. Pero a medida que pasó el tiempo, las actividades de la Oficina se ampliaron gradualmente para abordar las necesidades de los Países Miembros en otros campos de la salud pública, por ejemplo, el de la salud ambiental.

La XII Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en Caracas en 1947 marcó un hito (12). Básicamente, recomendó que se ampliaran las actividades de la Oficina para incluir el establecimiento de proyectos de erradicación y de demostración para el control de las enfermedades transmisibles, organización y administración de la salud pública, y estudios e investigaciones con aplicación práctica en el campo de la medicina y de la salud pública. Esas actividades se caracterizaron como elementos constitutivos de la asistencia técnica prestada a los Países Miembros de la Organización.

Tendencias recientes

Durante los años setenta se acentuó la tendencia a considerar que la función de la OPS respecto de sus Gobiernos Miem-

bros estaba estrechamente vinculada con la cooperación técnica. Según el documento del programa y presupuesto de la OPS correspondiente a 1977, el primer factor que se debe considerar al definir el programa es "la prestación de cooperación técnica a los Gobiernos Miembros por solicitud y con el consentimiento de los gobiernos interesados" (13). En ese documento se agruparon bajo varias categorías las actividades de cooperación técnica que debía realizar la OPS. Desde el punto de vista conceptual, la clasificación era útil, pero no parece haberse convertido en un sistema para organizar o evaluar el trabajo de la OPS.

En muchos de los documentos posteriores de la OPS, incluso en *Salud para todos en el año 2000: Estrategias (14)* y en *Salud para todos en el año 2000: Plan de Acción (15)*, se subraya la importancia de la cooperación técnica como principal instrumento de la Organización, pero no se define con mayores detalles. Por lo tanto, la cooperación técnica parece haberse aceptado como el principal medio de colaboración de la OPS con sus Países Miembros, pero no se ha intentado definir con mayor precisión y claridad lo que la OPS aboga como elementos constitutivos de esa cooperación técnica.

TAXONOMÍA DE LA COOPERACIÓN TÉCNICA

Desde el punto de vista de la OPS, vale la pena establecer una taxonomía de lo que llamamos cooperación técnica, ya que el término no se autodefine. Además, es importante por varias razones. Primero, sencillamente, porque la OPS es una organización de salud y, como tal, tiene una orientación diferente de la mayoría de otras entidades multilaterales de cooperación técnica, de manera que le conviene definir los elementos particulares incluidos en la cooperación técnica que presta. Segundo, si de hecho la cooperación técnica es el principal servicio que ofrece la OPS, todos los funcionarios deben saber cómo

está constituida para poder entender claramente los elementos de su trabajo. Por último, todo organismo de cooperación técnica tiene que ser capaz de describir lo que hace y de mostrar cómo se destaca el enfoque de un programa u otro por medio de mecanismos no presupuestarios; por tanto, la clasificación del trabajo de la OPS según los elementos de su cooperación técnica permite apreciar de forma más nítida el empuje direccional del trabajo en marcha.

Con miras a establecer una taxonomía de cooperación técnica, hace algunos años se analizaron las actividades realizadas en uno de los campos técnicos de la OPS. Estas se agruparon en seis clases generales, que se han definido como enfoques estratégicos de cooperación técnica. Estos enfoques han proporcionado un marco para la planificación, programación y evaluación, según lo exige el Sistema de Programación y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES), mecanismo de administración central de la OPS para programar la cooperación técnica a corto y mediano plazos. Su perfeccionamiento y empleo en los últimos cinco años ha demostrado que esos enfoques proporcionan una forma válida de organizar las actividades de una institución como la OPS, que presta cooperación técnica en el campo de la salud.

No se pretende aquí describir las nuevas actividades que pueda realizar la OPS, sino más bien tratar de clasificar y sistematizar sus actividades con el fin de facilitar la ejecución de la cooperación técnica.

Los seis enfoques estratégicos de cooperación técnica citados son: a) la movilización de recursos, b) la disseminación de información, c) la formación de personal, d) la formulación de normas, planes y políticas, e) el fomento de la investigación y f) el asesoramiento técnico directo. Conviene decir algunas palabras sobre cada uno de estos enfoques.

Mobilización de recursos

Dentro del ámbito del trabajo de la OPS, la movilización de recursos se ha centrado tradicionalmente en la consecución de recursos financieros externos para el sector de la salud. El análisis más completo de esta cuestión a escala mundial fue realizado en 1981 por L. M. Howard, quien informó sobre las tendencias de movilización de recursos y las perspectivas para movilizar recursos externos que necesitaría el sector de la salud para lograr la meta de salud para todos en el año 2000 (16).

Howard señaló que la salud representaba, como máximo, de 8 a 10% de toda la asistencia para el desarrollo y que “el principal factor para incrementar las corrientes de salud es el éxito con que los receptores pueden definir sus propias necesidades, formular propuestas y obtener la aprobación de las comisiones nacionales de planificación (o autoridades equivalentes) para presentar esas propuestas a los donantes”. Se consideraba que los donantes acogerían con satisfacción la intervención de la Organización Mundial de la Salud para ayudar a los países a desarrollar su capacidad de formular y presentar los requisitos nacionales en materia de salud.

La OPS estaba convencida de que ese enfoque de cooperación técnica era apropiado. De conformidad con ello, estableció una oficina especial de movilización de recursos, que más tarde se fusionó con la oficina de cooperación externa. Sin embargo, también ha aceptado que la movilización de recursos externos no puede ser la responsabilidad de una sola parte de la Organización y que cada unidad y cada profesional deben mantenerse constantemente alerta a las posibilidades de ayudar a los países a movilizar los recursos externos necesarios para com-

plementar los recursos nacionales que exige la ejecución de programas.

La OPS ha logrado movilizar recursos financieros multilaterales, como lo indica el crecimiento de los proyectos extrapresupuestarios ejecutados por la Organización, al punto que esa fuente de financiamiento supera los fondos proporcionados por el presupuesto ordinario.

Aun así, como ha señalado en repetidas ocasiones el actual Director de la OPS, es igualmente o quizá aun más importante concentrarse en la movilización de los recursos nacionales. En la estrategia administrativa de la OPS para lograr la utilización óptima de sus recursos, se contempló una necesidad fundamental de “promover y apoyar la movilización de la voluntad y de los recursos nacionales (17)”.

Los recursos nacionales se pueden agrupar en seis categorías básicas —financieros, físicos, humanos, de información, políticos e institucionales— cada una de las cuales se puede someter a examen.

Recursos financieros. Si bien ya se ha mencionado la movilización de los recursos financieros externos, es obvio que el mayor volumen de recursos financieros destinados a la salud en un país dado son de origen nacional. Las actividades realizadas por la OPS en ese campo están destinadas a ayudar al sector de la salud a atraer recursos de otros sectores o a influir en el uso de esos recursos para que contribuyan al logro de las prioridades de salud. La OPS también promueve las acciones que redundan en el uso más eficiente de los recursos financieros del sector con el fin de aumentar la cobertura de los programas, y fomenta actividades destinadas a lograr una articulación o un “encaje” más apropiado de los diversos fondos empleados en un programa en particular, cualquiera que sea su origen.

Recursos físicos. Estos incluyen instalaciones, equipo y edificios no utilizados o empleados con otros fines, que se podrían traspasar al sector de la salud.

Recursos humanos. La movilización de recursos humanos es un aspecto de importancia crítica de la promoción de la cooperación técnica entre países. En ese sentido, la OPS procura ayudar a los países a identificar recursos humanos que puedan servir de apoyo a los programas de otros países.

Además, los centros regionales y subregionales de la OPS han tenido mucho éxito en la movilización de profesionales jóvenes. Esto se lleva a cabo de una forma organizada, ayudándolos en sus esfuerzos y orientándolos para que al regresar a sus propios países, procedentes de centros determinados, constituyan grupos interesados en fomentar el trabajo y la influencia de dichos centros.

Recursos de información. En este campo existe una necesidad constante de movilizar y encauzar la capacidad que tienen los sectores nacionales de salud en materia de generación y manejo de datos. Es igualmente importante que los países movilicen los medios de información pública para producir y utilizar información que presente una imagen favorable del sector de la salud e interese al público en su trabajo.

Recursos políticos. Como organización intergubernamental, la OPS está en una situación singularmente favorable para movilizar el apoyo político de las actividades de salud. La experiencia nos ha enseñado que es posible conseguir el apoyo político de propuestas bien concebidas y presentadas. Hasta la fecha, el éxito de las iniciativas subregionales de salud muestra claramente la capacidad que tiene la Organización de movilizar recursos políticos.

La movilización de recursos políticos puede exigir un esfuerzo coordinado por parte de la Organización como un todo, que a menudo está más allá de la capacidad de un solo funcionario o unidad técnica. Sin embargo, eso no disminuye la necesidad de que cada funcionario se mantenga consciente de la importancia de la movilización de recursos políticos como una faceta de la cooperación técnica.

Recursos institucionales. De ordinario, estos siempre se han referido a universidades y otros centros nacionales capaces de participar en programas de salud. En general, la forma más potente de movilizar esas instituciones es fomentar la creación de redes para la colaboración en investigaciones y adiestramiento.

Las actividades que realiza la OPS en relación con la movilización de recursos institucionales son muchas y variadas. Entre otras cosas, incluyen la participación de funcionarios de la OPS en conferencias y reuniones científicas. Esa participación no tiene ni debe tener como objetivo principal el desarrollo del personal; más bien debe servir de vehículo para intensificar el interés y el apoyo científicos y ser canalizada hacia programas prioritarios a los que la OPS presta cooperación técnica.

Diseminación de información

Las actividades de cooperación técnica que realiza la OPS en este campo incluyen la generación y transmisión de información a los Países Miembros. En su aspecto más básico, esto entraña la distribución de material útil para la ejecución de programas (por ejemplo, manuales, guías, resultados de búsquedas bibliográficas, etc.). Sin embargo, en esta era moderna, la responsabilidad de una entidad de cooperación técnica es mucho más amplia que antes y la OPS ha comenzado a emplear la información de una forma más dinámica como importante instrumento de cooperación técnica. Ello entraña planificar las necesidades en materia de información, establecer las formas de transmisión, enfocar la información hacia los usuarios correspondientes y vigilar el uso de esa información.

Además de la divulgación de la información disponible, la OPS tiene la res-

ponsabilidad fundamental de establecer sistemas por medio de los cuales se recopilarán los datos necesarios para atender a sus propias actividades y para asesorar a los Países Miembros en lo pertinente a sus necesidades particulares.

Los programas técnicos de la OPS tienen mucho en común en este campo. Sin embargo, ciertos programas (sobre todo los que deben promover cambios en los estilos de vida como actividad clave) generalmente han tenido más presente la necesidad de estructurar este enfoque estratégico de cooperación técnica de la Organización.

Formación de personal

Este ha sido siempre uno de los pilares de los programas de cooperación técnica de organizaciones multilaterales. En su análisis de la cooperación técnica, Tickner afirma que "por su naturaleza, la cooperación técnica es una operación de adiestramiento" (2). Opina que, como la esencia de la cooperación reside en la transferencia de conocimientos prácticos a las poblaciones locales, casi todo lo que se haga se puede considerar adiestramiento de una u otra clase.

Sin embargo, al considerar el adiestramiento como uno de los enfoques estratégicos de cooperación técnica, se puede ver que la función de la OPS es apoyar a las instituciones nacionales en lugar de reemplazarlas. La OPS identifica las deficiencias, fomenta el adiestramiento local y ayuda a proporcionar material didáctico. También es responsable de una parte del adiestramiento, lo que se manifiesta específicamente en los centros regionales y subregionales de la Organización. Sin embargo, la finalidad debe ser siempre la transferencia de capacitación a las instituciones nacionales.

A veces, los funcionarios de la OPS son los principales instructores de los cursos dictados, pero esa es una función que deben desempeñar solo raras veces, ya que la situación ideal es que complementen el trabajo del personal nacional. Aun en los cursos ofrecidos en los centros regionales o subregionales, el personal de la OPS debe comple-

mentar la labor de los expertos locales siempre que sea posible.

La OPS ofrece también becas de adiestramiento en el exterior. Este es un método de capacitación costoso, en particular cuando se lleva a cabo en alguno de los centros metropolitanos del mundo desarrollado. La tendencia actual es de realizar más actividades de adiestramiento en los ámbitos nacional o subregional, opción que permite capacitar a un mayor número de personas y concentrarse en problemas locales.

Formulación de normas, planes y políticas

El personal de la OPS ayuda a los Gobiernos Miembros a formular políticas, planes y normas que fundamentan la mayor parte de los programas de salud pública. Esas políticas, planes y normas son indispensables para el proceso de programación local y para el desarrollo de los sistemas locales de salud. Las normas formuladas pueden relacionarse con las intervenciones pertinentes a programas específicos (por ejemplo, los de tratamiento de distintas enfermedades) o a la administración y el funcionamiento de los programas en general. En muchos casos, los funcionarios de la OPS se encargan de idear directrices que guíen la formulación de planes y normas nacionales, mientras que en otros casos deben preparar una versión preliminar de los mismos que pueda adaptarse para uso local.

Fomento de la investigación

La responsabilidad de fomentar las investigaciones recae principalmente en los programas técnicos de la OPS. Esta responsabilidad se cumple puntualizando las necesidades de investigación, instando a los investigadores a concentrar sus esfuerzos en áreas determinadas y ofreciendo asesora-

miento en la preparación de protocolos de investigación. Parte de las investigaciones promovidas suelen ser financiadas por la OPS, ya sea por medio de sus programas ordinarios o de un programa especial de subvenciones administrado por la Unidad de Coordinación de Investigaciones.

La OPS también promueve las investigaciones financiadas por otras entidades. Su función en los programas especiales de la Organización Mundial de la Salud ofrece un buen ejemplo de la forma en que trabaja con los investigadores de los países para conseguir el financiamiento de sus propuestas.

Por último, aunque la OPS se concentra sobre todo en la promoción de investigaciones por parte de otro personal, algunos estudios son realizados por sus propios funcionarios, especialmente en los centros regionales y subregionales.

Asesoramiento técnico directo

Los funcionarios de la OPS invierten parte de su tiempo asesorando directamente a los Gobiernos Miembros sobre sus áreas de competencia individual. Desde el punto de vista del personal de la OPS esto es importante porque demuestra, entre otras cosas, que sus conocimientos son aplicables a la solución de problemas específicos de los países. Indica, además, que los funcionarios de la OPS no son simples intermediarios o corredores que coordinan la resolución de problemas mediante contratación de consultores externos.

ANÁLISIS DE DATOS

Todo parece indicar que el establecimiento de una taxonomía de cooperación técnica como la presente mejora el sistema de planificación, programación y

evaluación de la OPS, facilita la comparación de los diferentes programas y ofrece una mejor apreciación del dinamismo del programa y del trabajo de la Organización. Dentro de este marco, en fecha reciente fue posible automatizar el Sistema de Programación y Evaluación de la Región de las Américas (AMPES) con el fin de recuperar datos sobre los gastos programados para cada uno de los enfoques estratégicos de cooperación técnica mencionados.

En el cuadro 1 se presenta la información que aparece en el presupuesto de 1990 sobre una de las principales áreas técnicas de actividad de la OPS (desarrollo de programas de salud). Los datos se han subdividido según los programas específicos de esa área y los seis enfoques estratégicos de cooperación técnica descritos de forma que se puedan estimar las posibilidades analíticas.

Los datos presentados tienen algunas limitaciones que es preciso señalar. Primero, las cifras indicadas no incluyen los sueldos del personal, que representan 65% del presupuesto de la OPS. Segundo, esos datos se calcularon a partir del presupuesto anual por programas de la Organización. Por lo tanto, representan los fondos asignados y no los gastos efectuados por actividades ya realizadas. (Los planes en marcha permitirán que el sistema automatizado capte datos sobre los gastos reales en el futuro.) Asimismo, puesto que los datos representan los fondos del presupuesto ordinario más los extrapresupuestarios que pudieron programarse al comienzo del año, tal vez no incluyan todos los fondos extrapresupuestarios que en realidad se gastaron.

En la figura 1 se hace una proyección gráfica de los porcentajes que aparecen en la parte inferior del cuadro. Entre otras cosas, se puede ver que el fomento de las investigaciones representó 11% del total de fondos programados para el desarrollo de programas de salud. Si este análisis se aplicara a toda la Organización, sería posible hacer una evaluación más precisa de los esfuerzos de la OPS en apoyo de la investigación. De esta manera, la cifra asignada a la investigación en los documentos oficiales del presupuesto reve-

CUADRO 1. Presupuesto consolidado de la OPS para 1990 en el área de desarrollo de programas de salud, por programas técnicos específicos y enfoques o focos estratégicos de cooperación técnica (valores expresados en \$US)

Programa técnico específico	Foco 1		Foco 2		Foco 3		Foco 4		Foco 5		Foco 6	
	Mobilización de recursos	Diseminación de información	Formación de personal	Formulación de normas, planes y políticas	Fomento de la investigación	Asesoramiento técnico directo	Total					
Salud del adulto	82 500	69 600	91 200	146 700	113 800	34 800	538 600					
Salud ambiental	98 000	67 000	49 600	118 800	16 800	58 700	408 900					
Salud materno infantil	1 145 503	1 112 106	1 558 725	2 442 320	800 680	1 054 200	8 113 534					
Alimentación y nutrición	115 200	2 900	70 700	30 900	13 400	45 100	278 200					
Enfermedades transmisibles	176 800	82 400	193 050	125 050	174 828	147 500	899 628					
Salud pública veterinaria	359 900	16 900	47 350	45 550	57 500	18 000	545 200					
Total	1 977 903	1 350 906	2 010 625	2 909 320	1 177 008	1 358 300	10 784 062^a					
%	18,3	12,5	18,6	27,1	10,9	12,6	100,0					

^a Este total representa 99% de los fondos programados. Uno por ciento de los fondos, que representan algunas actividades generales de coordinación de programas, no corresponden a ningún enfoque estratégico en particular.

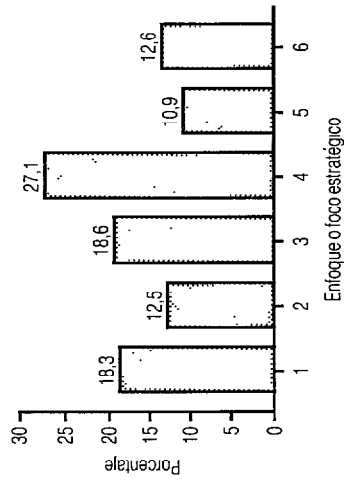


FIGURA 1. Porcentajes del presupuesto de desarrollo de programas de salud correspondiente a 1990, destinados a los enfoques o focos estratégicos particulares de cooperación técnica explicados en el cuadro 1

laría tan solo una fracción del gasto real de la OPS en este importante campo.

En el área del desarrollo de programas de salud, la asignación más cuantiosa de fondos correspondió (27%) a la cooperación técnica relacionada con la formulación de normas, planes, y políticas. El monto de esa asignación es apropiada y refleja el esfuerzo que se está haciendo por establecer una base para la acción que sea mucho más duradera que cualquier intervención en particular.

Las prioridades programáticas de la OPS para el cuadrienio de 1987-1990 acentúan la necesidad de asignar máxima prioridad al fortalecimiento de las infraestructuras nacionales de salud. A veces se ha afirmado (ingenuamente) que el compromiso de la OPS con respecto a esta prioridad se puede valorar calculando las sumas asignadas a los presupuestos de los programas y unidades incluidos en el área técnica de desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud. La figura 1 muestra que si se consideran solamente el adiestramiento, la difusión de información y el fomento de las investigaciones como medios de fortalecer la infraestructura nacional de salud, 42% de los fondos incluidos en el área técnica de desarrollo de los programas de salud se destina a esa prioridad.

Sobre la base de esta taxonomía se podría refinar aun más el sistema de recolección de datos sobre gastos, lo que permitiría demostrar mucho más claramente la atención que presta la OPS a las prioridades establecidas por sus Cuerpos Directivos.

CONCLUSIÓN

Esta presentación se ha concentrado en la ordenación taxonómica de las actividades de cooperación técnica ya en marcha. No se han discutido aquí los instrumentos

de cooperación técnica (como viajes oficiales, suministros y equipo, cursos y seminarios, subvenciones, etc.). Estos instrumentos se prestan a una clasificación diferente de gastos objetivos, que se podría emplear para confeccionar una matriz y hacer una comparación cruzada con la clasificación taxonómica de las actividades de cooperación técnica. Se podría obtener así una idea más completa de la forma en que la OPS coopera con sus Gobiernos Miembros y de los recursos que utiliza para ello.

En los últimos cinco años, la taxonomía descrita ha sido sumamente útil para el trabajo interno de la OPS. Por un lado, ha mejorado la organización de las actividades de planificación y programación de la OPS y simplificado la presentación coherente de programas y la preparación de proyectos. Por otro lado, ha facilitado el diálogo con otros organismos respecto de la cooperación técnica y, a veces, la colaboración con ellos en diversos programas.

Evidentemente, hay más de una taxonomía aceptable de cooperación técnica y algunas de las categorías aquí empleadas se podrían modificar o subdividir. (Por supuesto, habría que asegurarse de que el número de categorías no aumentara hasta el punto de perjudicar la finalidad del ejercicio.)

En general se puede decir que la introducción de este tipo de análisis basado en el estudio empírico ayuda a las organizaciones a presentar sus actividades de una forma que complementa el análisis tradicional de programas y presupuestos. Puede proporcionarles otro marco lógico para la evaluación y mejorar su capacidad para explicar la división funcional del trabajo en curso a quienes les han dado su mandato.

AGRADECIMIENTO

Agradezco la ayuda de los coordinadores de programas del área de desarrollo de programas de salud, en particular de los Dres. Jorge Litvak, Helena Restrepo, Elsa Moreno, João Yunes, Fernando Viteri, Carlos

Daza, Francisco López Antuñano, Mario Fernandes, Joe Held y Primo Arámbulo, y del Sr. Guillermo Dávila. Asimismo, hago extensivo mi reconocimiento a los funcionarios administrativos que ayudaron a acopiar los datos presentados. Son ellos las Sras. Meche Vargas, Inés Campiña y Lily Hidalgo. El Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director de la OPS, revisó la versión preliminar del documento e hizo valiosas sugerencias.

REFERENCIAS

1. Little IMD, Clifford JM. *International aid: a discussion of the flow of public resources from rich to poor countries*. Chicago: Adline, 1965.
2. Tickner F. *Technical cooperation*. New York and Washington: Praeger; 1965.
3. Esman MJ, Cheever OS. *The common aid effort*. Columbus, Ohio: Ohio State University; 1967.
4. Cassen R. et al. *Does aid work? Report to an inter-governmental task force*. Oxford: Clarendon Press; 1986.
5. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En: *Documentos básicos*. 36a ed. Ginebra: OMS; 1986.
6. Organización Mundial de la Salud. 28a Asamblea Mundial de la Salud: ayuda a los países en desarrollo. Ginebra: OMS; 1975. (Resolución WHA28.75).
7. Organización Mundial de la Salud. *Sexto Programa General de Trabajo para un periodo determinado (1978-1983 inclusive)*. Ginebra: OMS; 1976.
8. Organización Mundial de la Salud. *Actas oficiales*, No. 244, 1978, p. 83.
9. Organización Mundial de la Salud. *Séptimo Programa General de Trabajo para el período 1984-1989*. Ginebra: OMS; 1982.
10. Organización Mundial de la Salud. *Octavo Programa General de Trabajo para el período 1990-1995*. Ginebra: OMS; 1988.
11. Acuña HR. *Hacia el año 2000: en busca de la salud para todos en las Américas*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1983. (Publicación científica 435).
12. Pan American Health Organization. *Proceedings of the XII Pan American Sanitary Conference, Caracas, 1947*.
13. Organización Panamericana de la Salud. *Proyecto de programa y presupuesto: OPS, 1977; OMS, Región de las Américas, 1978; y OPS, anteproyecto, 1978*. Washington, DC: OPS; 1977. (Documento oficial 141.)
14. Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos en el año 2000: estrategias*. Washington, DC: OPS; 1980. (Documento oficial 173.)
15. Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos en el año 2000: plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales*. Washington, DC: OPS; 1982. (Documento oficial 179.)
16. Howard LM. *A new look at development cooperation for health: a study of official donor policies, programmes and perspectives in support of health for all by the year 2000*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1981.
17. Organización Panamericana de la Salud. *Principios básicos para la acción de la Organización Panamericana de la Salud, 1987-1990*. Washington, DC: OPS; 1987.