



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## 25.<sup>a</sup> CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA 50.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

*Washington, D.C., 21 al 25 de septiembre de 1998*

*Tema 4.3 del programa provisional*

CSP25/9 (Esp.)

15 julio 1998

ORIGINAL: ESPAÑOL-INGLÉS

### **LA COOPERACIÓN TÉCNICA ENTRE PAÍSES: PANAMERICANISMO EN EL SIGLO XXI**

Este documento constituye un informe de progreso acerca de la cooperación técnica entre países, principalmente en el decenio actual, y en el 20.<sup>o</sup> aniversario del Plan de Acción de Buenos Aires.

Se hace una revisión conceptual y operativa de la cooperación técnica entre países (CTP), partiendo del Plan de Acción de Buenos Aires (1978) aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas. Se analiza la evolución y desarrollo de la CTP en el área de salud en las Américas y el Caribe, así como sus limitaciones, logros y financiamiento. Se propone el impulso político, técnico y administrativo de la CTP, entendida como un proceso estratégico de inserción de todos los países en la cooperación internacional. Se destacan los principios de la cooperación técnica entre países como: solidaridad, soberanía, sostenibilidad y dignidad.

Se propone que los países se apropien de esta estrategia como un instrumento más para la reducción de brechas de inequidades en salud en el marco del nuevo orden internacional, teniendo en cuenta la globalización de las economías y los avances de la integración panamericana. Se promueve además el establecimiento de políticas públicas al interior de los países y entre ellos, tendiente a consolidar un sistema nacional de cooperación técnica que apoye el desarrollo sanitario sostenible nacional y regional.

El Director de la OPS ha planteado este tema en las reuniones subregionales de ministros de salud, y ha buscado activamente la coordinación con la Organización Mundial de la Salud, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Sistema Económico Latinoamericano y la Organización de los Estados Americanos. Habiendo presentado el documento ante el Comité Ejecutivo, el cual formuló comentarios muy relevantes y sugerencias para mejorarlo, la Secretaría lo lleva ahora ante la Conferencia Sanitaria Panamericana, para que los Estados Miembros comenten sobre sus expectativas en este tema y sus experiencias recientes, así como sobre las recomendaciones de la Secretaría.

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
1. Introducción.....	3
2. Antecedentes.....	3
2.1 CTPD en el Sistema de Naciones Unidas .....	3
2.2 Sistema Interamericano y la cooperación horizontal .....	5
3. Concepto y principios de la CTP.....	6
4. Modalidades de cooperación técnica entre países .....	7
5. Instancias nacionales de coordinación de la CTP/CTPD .....	8
6. La Organización Mundial de la Salud y la CTP/CTPD .....	9
7. La Organización Panamericana de la Salud y la CTP.....	10
7.1 Los programas regionales y la CTP.....	12
7.2 La CTP y los Centros Colaboradores de OPS/OMS .....	13
7.3 La CTP en el programa de la OPS a nivel de país.....	13
7.4 La CTP y las realidades subregionales.....	14
8. Financiamiento de la CTP .....	15
9. Tendencias de la CTP en la Región de las Américas.....	16
9.1 Cooperación técnica entre países vecinos o fronterizos .....	17
9.2 Cooperación técnica entre países de la misma subregión.....	17
9.3 Cooperación técnica entre países con áreas científico-técnicas de interés común.....	18
9.4 Cooperación técnica entre países con contribución de recursos humanos y tecnológicos a mediano y largo plazos .....	18
10. Impacto y limitaciones en la implementación de la CTP .....	18
11. Recomendaciones.....	20
11.1 Para los Estados Miembros.....	20
11.2 Para la OPS .....	20
11.3 Para las agencias.....	21
12. Conclusiones y perspectivas.....	21
Bibliografía.....	22
Anexo A. Presupuesto por programas de la CTP	
Anexo B. Cooperación técnica entre países: algunas experiencias en la Región de las Américas	
Anexo C. Criterios para el empleo de los recursos de la OPS para CTP	

## 1. Introducción

Los procesos de cambio y reformas experimentados por los países bajo el nuevo orden internacional (liberalización de las economías, globalización, incremento de las comunicaciones) y las condiciones prevalecientes en lo social (mayor participación y organización social, inequidad en la distribución de ingresos y servicios, urbanización acelerada, envejecimiento de la población) y en lo político (democratización, descentralización, crisis de gobernabilidad) hacen oportuno y necesario retomar el espíritu y esencia de la cooperación técnica entre países (CTP) como estrategia orientada a acelerar el desarrollo sanitario a partir del conjunto de capacidades y potencialidades de la Región de las Américas.

En este escenario es muy importante repensar aspectos conceptuales, metodológicos y operativos que permitan mayor dinamismo en la puesta en marcha de la conducción y gestión de propuestas, proyectos y acciones de CTP, en un horizonte intra- e interregional de cara al siglo XXI.

## 2. Antecedentes

### 2.1 *CTPD en el Sistema de Naciones Unidas*

El primer antecedente en términos de cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD) fue establecido en 1978 bajo el *Plan de Acción de Buenos Aires para Promover y Realizar la Cooperación Técnica entre los Países en Desarrollo* emanado de la Asamblea General de las Naciones Unidas. El mismo fue propuesto en el momento histórico de la más reciente ola de descolonización de las naciones (predominantemente de Africa y algunas de Asia y el Caribe) marcando un hito en la historia de la cooperación internacional, constituyéndose así en la base de la autonomía de la cooperación externa de los países en desarrollo.

A pesar de los 20 años transcurridos, en varias ocasiones se ha confirmado la validez y vigencia de este Plan el cual estableció, entre otros, los objetivos siguientes:<sup>1</sup>

- fomentar la capacidad de los países en desarrollo para valerse de medios propios [...] para encontrar soluciones a los problemas de desarrollo en consonancia con sus propios valores, aspiraciones y necesidades especiales;

---

<sup>1</sup> PNUD, Dependencia Especial para la CTPD, Plan de Acción de Buenos Aires para Promover y Realizar la Cooperación Técnica entre los Países en Desarrollo. Nueva York, 1994.

- promover y reforzar entre los países en desarrollo la capacidad colectiva [...] intercambiando experiencias, compartiendo y utilizando sus recursos técnicos en forma combinada y desarrollando capacidades complementarias;
- aumentar el volumen y mejorar la calidad de la cooperación internacional y aumentar la eficacia de los recursos dedicados a la cooperación técnica general mediante la mancomunidad de capacidades;
- promover la transferencia de tecnología y pericia apropiadas [...], de modo que se afiance su confianza individual y colectiva en sus propias capacidades;
- aumentar y perfeccionar las comunicaciones entre los países en desarrollo que lleven a una conciencia [...] de los problemas comunes y a un acceso mayor a las [...] experiencias disponibles para enfrentarse con los problemas del desarrollo;
- perfeccionar la capacidad de los países en desarrollo para absorber y adaptar la tecnología [...] para satisfacer sus necesidades específicas de desarrollo;
- reconocer y solucionar los problemas y necesidades de los países en desarrollo menos adelantados, sin litoral, insulares y más seriamente afectados.

En 1983, la Asamblea General de Naciones Unidas en su resolución 38/201 estableció el Fondo Fiduciario Manuel Pérez Guerrero con el propósito de apoyar actividades de cooperación técnica y económica entre países en desarrollo del Grupo de los 77, destinado a financiar estudios de preinversión y factibilidad y facilitar la implementación de proyectos Cooperación Económica entre Países en Desarrollo (CEPD) o CTPD.

El Consejo Económico y Social de Naciones Unidas en su resolución 1992/41 la cual fue ratificada en la Asamblea General de 1993 en su resolución 48/172, enfatizó que todos los actores socios en el proceso de desarrollo deben reanudar sus esfuerzos para utilizar ampliamente la CTPD como modalidad preferida en la preparación y ejecución de proyectos y actividades de desarrollo, superando su aplicación de forma marginal.

En 1995 se formularon las nuevas orientaciones para la CTPD, aprobadas por la Resolución 50/119 de la Asamblea General de Naciones Unidas, de las cuales las más relevantes son:

- apoyo a la formulación de políticas nacionales para la CTPD;
- fortalecimiento de los centros nacionales de coordinación de la CTPD;

- una mejor colaboración con los centros especializados;
- integración de la CTPD con la CEPD;
- selección de los países con experiencia consolidada en la CTPD;
- promoción de los arreglos de cooperación triangular;
- intercambio de las experiencias provechosas de los proyectos CTPD.

En la X Sesión del Comité de Alto Nivel de Naciones Unidas sobre la CTPD (1997) se señaló que, a pesar de los progresos logrados en los últimos años en promover la CTPD, era necesario contribuir al desarrollo de políticas y procedimientos institucionales y actitudinales para su completa optimización. Para ello, se recomendó que los países en desarrollo incorporen la CTPD como un elemento central de la estrategia nacional de desarrollo. También se hizo hincapié en que las instancias nacionales y/o puntos focales de la CTPD cuenten con recursos humanos y financieros para su efectivo funcionamiento. Finalmente, se indicó que el financiamiento de CTPD fuera incrementado substancialmente por los propios países en desarrollo y por los países cooperantes y agencias multilaterales.

Por otra parte, se reiteró que la cooperación Sur-Sur no debiera ser vista como sustitución de la cooperación Norte-Sur, sino más bien como complementaria a aquella, impulsando enfoques de triangulación que apoyen al desarrollo de programas y proyectos en el contexto Sur-Sur. Los delegados concluyeron que las oportunidades de CTPD han aumentado en la medida que los países inician procesos de gestión propia de la cooperación externa, y se incrementan las áreas estratégicas, innovadoras y tecnológicas de cooperación.

## **2.2 *Sistema Interamericano y la cooperación horizontal***

En el Sistema Interamericano se vienen dando mecanismos de cooperación solidaria para el desarrollo de los Estados Miembros desde hace más de una década.<sup>2</sup> En 1987 la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA) reiteró la prioridad de la cooperación horizontal a fin de contribuir a la solidaridad regional. En 1996 se puso en marcha el Consejo Interamericano para el Desarrollo Integral (CIDI) como foro político de discusión y sistema de promoción de la cooperación entre los Estados Miembros.

---

<sup>2</sup> Organización de los Estados Americanos. Secretaría Ejecutiva para el Desarrollo Integral. *Cooperación solidaria y la cooperación horizontal*. Informe final de la Reunión sobre Cooperación Solidaria y las Agencias Nacionales de Cooperación Internacional de las Américas. Washington, DC, octubre de 1997.

A partir de los años noventa, algunos países solicitaron a la OEA que implementara programas de cooperación horizontal, desarrollando actividades con recursos propios de los países, de los receptores y/o de terceros donantes, a través de fondos específicos, entre éstos el Fondo Argentino de Cooperación Horizontal (1992); el Proyecto Fortalecimiento de la Oferta de Cooperación Técnica de México con países de América Latina y el Caribe (1993), y el Fondo Brasileño de Cooperación (1995).

La Segunda Reunión Ordinaria del CIDI (México, 1997) aprobó los programas de combate a la pobreza y a la discriminación, y el de desarrollo sostenible y formuló el Plan Estratégico de Cooperación Solidaria 1997-2001. En esta reunión surgieron propuestas de promoción de la cooperación horizontal entre los Estados Miembros.

### **3. Concepto y principios de la CTP**

La reunión de expertos sobre CTPD, convocada en 1990 por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la definió de la siguiente manera:

La CTPD es la ejecución y gestión de las actividades y proyectos de desarrollo por instituciones de los países en desarrollo en que ellos comparten las experiencias y capacidades técnicas mutuas y utilizan, cada vez que es necesario, el asesoramiento y apoyo financiero de fuentes externas, entre ellas las organizaciones del sistema de desarrollo de las Naciones Unidas. A este respecto, la CTPD deberá ser considerada como parte integral de los programas nacionales, regionales e interregionales de cooperación técnica internacional.

En el documento presentado por la OPS en la Reunión Interregional de Consulta sobre Programación de la CTPD en Salud, convocada por la OMS en Yakarta en 1993, se reafirmó que para la Región de las Américas el término CTPD se entiende como CTP —es decir, como cooperación técnica entre países— cualquiera sea el grado de desarrollo del país, siguiendo su vocación histórica de panamericanismo.

Los principios de la cooperación técnica entre países que deben sustentar las propuestas elaboradas entre los Estados con la cooperación de OPS/OMS son:

- *Solidaridad.* Principio de hermandad entre los países por el cual dos o más de ellos aúnan esfuerzos para el logro de objetivos y metas comunes, y/o a la causa del otro(s), en una relación horizontal, en función de sus necesidades y prioridades de desarrollo.
- *Soberanía.* Principio de libre determinación de los Estados y mutua cooperación en el marco de la integración de los países, las regiones y entre ellas. Implica la no injerencia en asuntos internos de los países independientemente del grado de desarrollo económico, social y cultural de éstos.

- *Dignidad.* Principio que reafirma la legitimidad e igualdad de derechos y respeto a la diversidad de los países y entre ellos, sin condicionamientos ni dependencia entre cooperantes. Cada país es donante y receptor a la vez, en consideración de sus recursos y potencial humano, político, social, cultural, económico, técnico y científico.
- *Equidad.* Principio que rige las relaciones de los Estados en materia de cooperación, basada en una visión de imparcialidad y justicia trabajando estrechamente con los países en menor grado de desarrollo, los que carecen de litoral; los insulares, los que confrontan problemas especiales que necesitan de mayores esfuerzos y concentración de recursos para acelerar su desarrollo humano y económico.
- *Construcción de capacidades.* Principio basado en el desarrollo interno, que crea las condiciones de fortalecimiento, confianza y potencialidad de las capacidades y talentos nacionales de los países.
- *Sostenibilidad.* Principio de continuidad y autogestión por el cual los procesos o proyectos emprendidos por los países en el marco de la CTP aseguran su permanencia en el tiempo y su propia capacidad de mantenimiento.

#### **4. Modalidades de cooperación técnica entre países**

La CTP se desarrolla de acuerdo a modalidades o formas operativas de cooperación las cuales no son mutuamente excluyentes, y por lo tanto, son combinables entre ellas. Sucintamente, estas modalidades o formas son:

- *Reciprocidad.* Implica la cooperación entre dos o más Estados, los que asumen compromisos combinando esfuerzos de manera complementaria, según sus áreas de mayor progreso y excelencia técnica, para beneficio mutuo.
- *Intercambio o cooperativismo de uso conjunto.* Bajo esta modalidad dos o más Estados deciden, en proyecto, programa o empresa común, cooperar sobre la base de objetivos o metas comunes facilitándose información y tecnología.
- *Contribución.* Transferencia de recursos tecnológicos de un país a otro/otros, dejando capacidad instalada que contribuya a la autosuficiencia colectiva.

## **5. Instancias nacionales de coordinación de la CTP/CTPD**

Las instancias nacionales de coordinación de la CTP/CTPD constituyen el motor de la conducción de esta estrategia y juegan un rol de vital importancia en el establecimiento de políticas públicas en materia de cooperación externa. Estas en su mayoría se encuentran en los ministerios de relaciones exteriores de los países, o en oficinas de la presidencia o vicepresidencia; en algunos pocos casos, se encuentran en los ministerios de planificación o de hacienda. Además de la larga trayectoria de cooperación internacional establecida en los Estados Unidos de América y Canadá con sus respectivas agencias de cooperación, otros países, como Brasil, Chile y Colombia, cuentan con agencias de cooperación internacional encargadas de la promoción y coordinación de la CTP/CTPD. Otros, como Argentina y México, aunque no cuentan con agencias de cooperación, han creado fondos para financiarla. Otros países están estudiando las posibilidades de establecer agencias de este tipo, entre ellos Perú y Venezuela.

En un buen número de países se han establecido puntos focales para CTP/CTPD a nivel de cada uno de los sectores. En el caso del sector salud, frecuentemente se ubican en las oficinas de relaciones internacionales, donde estas existen.

La articulación entre cada uno de estos puntos focales sectoriales de CTP/CTPD y la instancia nacional con función coordinada es aún débil en muchos países de la Región. Con excepción de unos pocos países (entre ellos Brasil, Cuba y México) los puntos focales sectoriales de CTP/CTPD tienden a vincularse con sus análogos de otros países, sin establecer la necesaria articulación con sus respectivas instancias nacionales de coordinación. Lamentablemente, ello disminuye la potencialidad de la CTP/CTPD como instrumento de política exterior. Por otra parte, las instancias nacionales que deben coordinar la CTP/CTPD no siempre mantienen la necesaria comunicación con los puntos focales sectoriales de CTP/CTPD, que entonces carecen de información acerca de convenios establecidos, los intereses políticos nacionales o las posibles fuentes de financiamiento.

Con la multiplicación de actores de nivel regional y local, producto de los procesos nacionales de descentralización, resulta aún más patente la necesidad de articulación de los mismos en un sistema o red nacional de cooperación externa que compagine los intereses políticos nacionales y las prioridades de cooperación técnica. Estas deficiencias en la conformación y funcionamiento del sistema hace que la falta de continuidad de autoridades responsables de la CTP/CTPD limite en forma desmedida el accionar y seguimiento de la cooperación técnica entre países.

Se requiere que los Estados Miembros hagan de la cooperación técnica entre países una política de Estado a fin de velar por la integración panamericana, optimizando su propia



capacidad, movilizando talentos y recursos nacionales y locales entre países en desarrollo y desarrollados. Esta política es un instrumento con gran potencialidad para la implementación de estrategias selectivas de desarrollo, como la lucha contra la pobreza, la promoción del desarrollo humano y sostenible, la promoción y equidad de la salud, y el desarrollo de la ciencia y tecnología. Los consejos nacionales de ciencia y tecnología y los centros de investigación deben formar parte de este sistema, ya que los efectos indeseados de la globalización sobre el financiamiento de la investigación y desarrollo pueden evitarse, al menos parcialmente, a través de la CTP/CTPD.

## **6. La Organización Mundial de la Salud y la CTP/CTPD**

A partir de la Declaración y el Plan de Acción de Buenos Aires, la OMS ha reafirmado su compromiso respecto a la promoción de la CTP/CTPD. En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-Ata, 1978) se reconoció la importancia de la CTP/CTPD en la esfera de la salud y se recomendó que los países compartieran e intercambiaran informaciones, experiencias y conocimientos técnicos relativos al desarrollo de la atención primaria en salud. El tema fue tratado en varias de las Asambleas Mundiales de la Salud y para 1979 se habían producido 12 resoluciones en apoyo al desarrollo de la CTP/CTPD.<sup>1</sup>

La resolución WHA32.27 de la Asamblea Mundial de la Salud de 1979 pidió al Director General la distribución equitativa de los recursos presupuestarios y extrapresupuestarios y el establecimiento de puntos focales para el fomento de la CTP/CTPD en las Oficinas Regionales de la OMS.

En la 43.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de Salud se aprobó la resolución WHA43.9, la cual reafirmaba la necesidad de implementar la CTP/CTPD, estableciendo puntos focales en las Oficinas Regionales, identificando instituciones en la Región como Centros Colaboradores y movilizandolos recursos de varias fuentes e intergencialmente.

La resolución WHA50.27 (1997), sobre fortalecimiento de los sistemas de salud en los países en desarrollo, reafirma las resoluciones WHA42.37, WHA43.9 y WHA46.17 sobre la importancia de dicha estrategia como elemento fundamental del desarrollo sanitario.

La OMS ha apoyado la ejecución del I y II Programa a Medio Plazo de CTP/CTPD en pro de la salud para todos, vigente en los periodos 1984-1989 y 1990-1995, respectivamente. Además, desarrolló el Plan Inicial de Acción de CTP/CTPD en el periodo 1990-1991.

---

<sup>1</sup> Las resoluciones fueron las siguientes: WHA31.41, WHA31.51, WHA32.27, WHA35.24, WHA36.24, WHA37.15, WHA37.16, WHA38.23, WHA39.23, WHA40.17, WHA40.30, WHA41.30.

En cumplimiento de la resolución WHA50.27 Colombia, en su calidad de Presidente del Movimiento de Países no Alineados, presentó al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y éste aprobó el proyecto “Cooperación Técnica entre Países no Alineados para la Reforma del Sector Salud”, que desarrollará un intercambio de experiencias entre países en proceso de reforma sectorial con el apoyo técnico de la OPS/OMS.

## **7. La Organización Panamericana de la Salud y la CTP**

Desde su fundación, la OPS promocionó medidas preventivas sanitarias en los países y entre ellos y desarrolló un amplio plan de convenios con instituciones internacionales y agencias de cooperación.

De hecho la creación de la Oficina Sanitaria Panamericana es una expresión de CTP. El Código Sanitario Panamericano, firmado en 1924, estableció como fin: “Estimular o adoptar medidas cooperativas encaminadas a impedir la introducción y propagación de enfermedades en los territorios de los Gobiernos Signatarios”. El quehacer de la OPS constituye cerca de un siglo de trabajo de promoción implícita de la cooperación técnica entre países, orientada a la construcción de capacidades propias para su autosuficiencia y desarrollo en materia de salud, superando las concepciones Norte-Sur.

La misión de la Oficina Sanitaria Panamericana refleja este mandato constitucional:

[...] cooperar técnicamente con los Estados Miembros y estimular la cooperación entre ellos para que, a la vez que conserva un ambiente saludable y avanza hacia el desarrollo humano sostenible, la población de las Américas alcance la Salud para Todos y por Todos.<sup>2</sup>

La mayor parte del personal técnico de la OPS proviene de los países de la Región y en una elevada proporción han sido funcionarios públicos nacionales antes de asumir la responsabilidad de ser servidores públicos internacionales, algunos de ellos cedidos por sus gobiernos en comisión de servicios o bajo permisos no remunerados.

En 1977, la resolución CD25.R28 del Consejo Directivo de la OPS plantea el interés continuo de los países de la Región en la CTPD y el propósito de establecer y mantener una coordinación entre ellos y la Organización a este respecto.

---

<sup>2</sup> OPS/OMS. Orientaciones estratégicas y programáticas. Washington, DC, 1996.

En 1980 se presentó en la 27.º Consejo Directivo un informe sobre la marcha de las actividades en relación con la CTPD, los criterios aplicados en los países de las Américas y el Caribe y la función de la OPS.

El tema fue presentado nuevamente ante los Cuerpos Directivos durante tres años consecutivos en 1984 (30.º Consejo Directivo), en 1985 (31.º Consejo Directivo) y en 1986 (22.ª Conferencia Sanitaria Panamericana). Las resoluciones CD30.R3, CD31.R21 y la CSP22.R23, emanadas por los Cuerpos Directivos, reafirmaban la posición de la Organización de promover y apoyar la CTPD como un mecanismo para estimular la autosuficiencia de los países, en forma individual o colectiva, en el sector salud, al tiempo que pedían al Director informar periódicamente a los Cuerpos Directivos de los adelantos logrados en ese campo.

En esta perspectiva la OPS organizó y/o participó en una serie de eventos tendientes a promocionar e incentivar el desarrollo de la CTP, entre ellos:

- II Reunión del Grupo Especial de Trabajo en CTPD, 1984, Washington, DC.
- Reunión Consultiva/Operativa Regional, 1986, La Habana, Cuba, con la participación de los puntos focales de salud nacionales.
- Discusiones técnicas (internas) sobre CTPD (1986 y 1989).
- Reunión Interregional de Consulta sobre Programación de la CTPD en Salud, 1993, Yakarta, Indonesia, en la que se presentó el documento "Cooperación técnica entre países de las Américas" preparado por la OPS.

Las orientaciones estratégicas y prioridades programáticas (OEPP) para el cuatrienio 1987-1990 señalaron claramente la prioridad que se requiere otorgar a la CTP al definir las características de la cooperación técnica.

Las OEPP aprobadas por los Cuerpos Directivos para el cuatrienio 1991-1994 establecían la siguiente meta: "Al término de 1994 se habrá incrementado el volumen de las acciones de CTP, así como de desarrollo de soluciones de escala a problemas comunes de salud de carácter subregional, como complemento a la cooperación técnica en salud de carácter multilateral".

Las OEP para el cuatrienio 1995-1998 reconocen a la CTP como una responsabilidad constitucional y señalan que "el enorme potencial de CTP para la solución de algunos de los problemas de la Región no se ha concretado de manera plena. [...]La OPS renovará sus esfuerzos para sensibilizar a los países acerca de la importancia de este enfoque y establecerá mecanismos para sistematizar y diseminar información sobre las experiencias más exitosas".

## **7.1 Los programas regionales y la CTP**

En general los programas regionales utilizan un conjunto de formas de operar desde la cooperación técnica directa tradicional hasta la CTP propiamente dicha, pasando por formas mixtas. Vale citar los siguientes ejemplos:

- El Programa Ampliado de Inmunización (PAI) a lo largo de sus 20 años ha contribuido al fortalecimiento de instituciones nacionales que ahora cooperan unas con otras, en una división del trabajo fundamentada en la excelencia técnica, para el logro de los propósitos del PAI. Los fundamentos del Fondo Rotatorio del PAI corresponden exactamente a los principios que sustentan la CTP. Los países han desarrollado una forma adicional de cooperación entre ellos, como el préstamo de vacunas en situaciones de emergencia.
- El Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastres ha contribuido a desarrollar capacidades nacionales que ahora son movilizadas con mucha frecuencia para apoyar a los países en situaciones de emergencias y catástrofes, incluso fuera de la Región de las Américas. A su vez, la maduración de esta experticia nacional está induciendo la redefinición del programa regional.
- El Programa de Medicamentos Esenciales y Tecnología, partiendo de la identificación de talentos y experiencias relevantes, moviliza recursos nacionales en el desarrollo del programa regional acordado por el conjunto de países.
- El Programa de Salud Pública Veterinaria, utilizando en forma particular la capacidad de PANAFTOSA, ha apoyado a los países de la Cuenca del Plata a obtener grandes logros en la erradicación de la fiebre aftosa.

Los programas regionales en general mantienen una estrecha colaboración con algunas sociedades científicas, gremiales, formadoras de recursos humanos, etc., que tienen muchas actividades de cooperación entre ellas. Además, los centros especializados de la OPS, nueve en total, están adscritos a los programas regionales y en general privilegian las formas mixtas de cooperación antes mencionadas; por ejemplo, facilitan el intercambio de conocimientos especializados, de expertos, comparten información y desarrollan investigaciones multicéntricas. Todos ellos se sostienen en buena medida a través de las contribuciones de los gobiernos participantes (en el caso de los centros subregionales) y del país sede.

## **7.2 La CTP y los Centros Colaboradores de la OPS/OMS**

La idea de utilizar instituciones nacionales para finalidades internacionales data de la época de las Sociedad de Naciones, cuando los laboratorios nacionales se designaron como

centros de referencia para la normalización de productos biológicos. Cuando se estableció la OMS, se reconocieron nuevos centros de referencia, y se comenzó con el Centro Mundial de Influenza en Londres en 1947, para la vigilancia epidemiológica mundial.<sup>1</sup>

Ya en 1949, la 2.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud estableció la política de no crear bajo los auspicios de OMS instituciones internacionales de investigación, y de promover la investigación en el campo de la salud apoyando y coordinando las actividades de instituciones existentes. Todos los Centros Colaboradores de la OMS se han designado conforme a esa política, que indudablemente ha mejorado la participación nacional en responsabilidades regionales o globales.

En este sentido se remarca que los Centros Colaboradores forman parte de una red colaborativa interinstitucional para apoyar a los programas de cooperación de la OMS a nivel nacional, regional y global. La CTP fue muy importante en el fortalecimiento de estos centros que adquirieron cierta división de trabajo de acuerdo a la excelencia científico-técnica en la especialidad respectiva para contribuir al resto de países.

La Región de las Américas cuenta con 264 Centros Colaboradores<sup>2</sup> (20% del total mundial), de los cuales el 75% se encuentran en los Estados Unidos y en Canadá; países que, junto con Brasil y Argentina, poseen el 86% de los Centros Colaboradores de la Región. Estos Centros, como instancias nacionales con capacidad reconocida, son de vital importancia para el desarrollo de la CTP.

### **7.3 La CTP en el programa de la OPS a nivel del país**

Los mandatos regionales acordados colectivamente y las prioridades nacionales de cooperación técnica constituyen las coordenadas en las que se inscribe el programa de cooperación de la OPS en cada uno de los países, el cual se opera fundamentalmente desde las Representaciones de País.

Se ha constatado una tendencia ascendente de los países a solicitar que parte de sus prioridades nacionales de cooperación técnica sean cubiertas a través de la CTP. Esta tendencia parece deberse a los siguientes factores: fortalecimiento de las capacidades nacionales; difusión de información acerca de las mismas; aumento de oportunidades de intercambio de información entre funcionarios nacionales de diferentes países; y aumento de la confianza recíproca entre los países mismos, los cuales empiezan a avanzar hacia una división del trabajo que reconoce los

---

<sup>1</sup> OPS/CAIS/97.13. Análisis de algunas experiencias exitosas: Centros Colaboradores en Salud Pública Veterinaria. XXXII CAIS. Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud de la Organización Panamericana de Salud, 16-18 julio 1997. Washington, DC.

<sup>2</sup> *Ibid.*

desarrollos relativos y las ventajas comparativas, apuntando hacia la autosuficiencia colectiva. El ejemplo más reciente lo constituye el enfrentamiento de los brotes de hantavirus en el Cono Sur.

Al discutir y acordar el programa de cooperación OPS-país debe hacerse explícito el apoyo al desarrollo de la CTP, así como el papel de la CTP en la respuesta a las prioridades nacionales de cooperación técnica en salud.

#### **7.4 La CTP y las realidades subregionales**

La OPS/OMS ha promovido la CTP mediante varios mecanismos y enfoques, entre ellos las iniciativas subregionales. Las iniciativas de salud de Centroamérica, el Caribe, Area Andina y Cono Sur se generaron en la década de los ochenta por acuerdos entre los países y la OPS para ordenar la cooperación en salud en áreas de interés común que requieren de acciones conjuntas o en las que pueden obtenerse economías de escala.

En la iniciativa de Centroamérica, en particular, la contribución del trabajo conjunto en salud trascendió con mucho lo sectorial, teniendo un impacto sobre el entendimiento recíproco y la paz en la subregión. El panorama de actores de la cooperación técnica internacional en salud cambió —inicialmente en la subregión, y luego en toda la Región— con la incorporación de agencias bilaterales de países europeos en el financiamiento de muchos de los proyectos que se generaron.

Debe enfatizarse que cada una de estas subregiones tenía una larga trayectoria de cooperación, basada en lazos históricos y culturales anteriores a los procesos de independencia, que se han fortalecido a través de la cooperación misma; así, las reuniones de ministros de salud antecedieron con mucho el lanzamiento de las iniciativas. Más recientemente, los procesos de integración económica han significado un incentivo adicional a este quehacer conjunto.

Los logros alcanzados constituyen un sólido testimonio de la fuerza del trabajo colectivo de los países cuando se identifica intereses comunes. Por otra parte, persisten los desafíos derivados de la necesidad de superar la visión de los procesos de integración desde un punto de vista exclusivamente sectorial. Se requiere profundizar el seguimiento del impacto de los procesos de integración sobre la salud, así como la abogacía de la contribución de salud a los procesos de integración.

Además de estas iniciativas subregionales, los países de la Región han creado otras agrupaciones fundamentadas en intereses geopolíticos, culturales y económicos y/o ecológicos, como lo son el Tratado de Cooperación Amazónica y la Asociación de Estados del Caribe, a las cuales la OPS ha ofrecido asesoría en áreas específicas de interés colectivo.

En este contexto resulta interesante destacar que el PNUD ha decidido adoptar también el enfoque de trabajo subregional para fortalecer la CTPD en la Región de las Américas.

## **8. Financiamiento de la CTP**

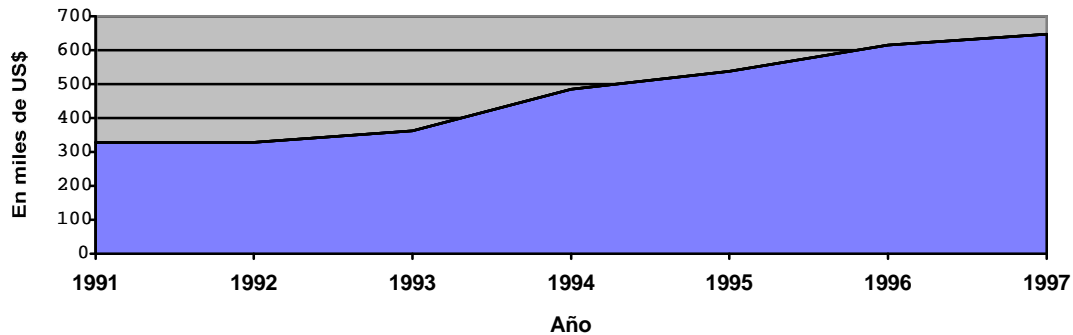
El financiamiento de la CTP debe ser asumido por los propios países en desarrollo, pero no todos cuentan con un presupuesto estatal que garantice la puesta en marcha de los múltiples acuerdos bilaterales y multilaterales de cooperación. Esto constituye un serio impedimento para movilizar recursos para CTP salvo algunas excepciones de países que disponen de fondos especiales.

En este sentido la movilización de fondos de la cooperación externa es importante. Hay experiencias de “triangulación” en la CTP en las cuales países de mayor desarrollo financian la cooperación entre países en menor desarrollo. Por ejemplo la Cooperación Belga cofinanció la cooperación técnica de Cuba con Bolivia en el tema de arbovirus.

Debe mencionarse que la fuente primordial de financiamiento de la CTP de hecho radica en los presupuestos nacionales, en el sentido de que las capacidades nacionales obviamente han sido desarrolladas gracias a una inversión sostenida tanto en infraestructura como en recursos humanos, lo mismo que a la cobertura de sus gastos recurrentes. Por lo tanto, los organismos internacionales, incluyendo la OPS, participan solo como catalizadores de la CTP.

A partir del bienio 1988-1989 la OPS estableció un mecanismo de financiamiento diseñado expresamente para incentivar la CTP. Al proponer el presupuesto para dicho bienio, la OPS asignó por primera vez en el presupuesto de los programas de país un sobre techo con la partida Technical Cooperation Among Countries (TCC). El mismo proviene de fondos regionales, y por lo tanto incrementa la asignación presupuestaria a los países. La aprobación de fondos TCC está sujeta a la presentación de propuestas entre dos o más países que satisfagan los requisitos establecidos. Antes de esta medida, la OPS ya financiaba actividades de CTP con fondos de programas regionales o de los países. Como puede verse en el cuadro abajo, el porcentaje de utilización de fondos TCC por los países ha ido en aumento desde 1990 a la fecha (de un 11% a un 60%).

### Fondos TCC aprobados para uso directo de los países, 1990-1997



Fuente: OPS/OMS, Oficina del Subdirector, Evaluación bienal 1996-1997

En el anexo A, se presenta información sobre el presupuesto de la OPS correspondiente a los bienios 1996-1997 y 1998-1999 para apoyar la CTP. Como puede verse en el cuadro que aparece en el anexo A, en el bienio en curso se aumentó en un millón de dólares el total de fondos disponibles directamente a los países para proyectos y actividades de CTP. Esto significó un aumento de un millón de dólares distribuidos entre los presupuestos de país, por encima del presupuesto de CTP que había sido aprobado anteriormente por los Cuerpos Directivos.

### 9. Tendencias de la CTP en la Región de las Américas

A continuación se presentan los tipos más frecuentes de actividades y proyectos de CTP que se observan en el continente, algunos de los cuales han recibido el apoyo catalizador de la OPS. La información para construir estas agrupaciones —establecidas utilizando criterios geográfico-poblacionales, políticos, y de áreas de interés científico-técnicas— se deriva de un registro de estas actividades y proyectos que la OPS mantiene desde 1990, en cumplimiento de los mandatos de promoción y seguimiento de la CTP.

En el anexo B se presentan algunas de las experiencias recientes de CTP en la Región de las Américas; la mayoría de estas experiencias recibieron apoyo de OPS a través de las partidas específicas para CTP.

Los criterios para otorgar recursos de estas partidas específicas para CTP ante propuestas de los países se encuentran en el documento contenido en el anexo C.



### **9.1 Cooperación técnica entre países vecinos o fronterizos**

Los proyectos y actividades de CTP que se desarrollan entre países vecinos y/o fronterizos tienen generalmente el propósito de atender las necesidades de salud en los territorios fronterizos. Estos proyectos y actividades con mucha frecuencia han estado orientados a la prevención, vigilancia y control de enfermedades transmisibles emergentes y re-emergentes, así como el desarrollo de sistemas locales de salud. Más recientemente se ha introducido el enfoque de “fronteras saludables” y la relevancia que van adquiriendo estas actividades ha generado una iniciativa de la OMS bajo el tema “Salud de fronteras”. Generalmente estas actividades están basadas en prioridades locales. Con el avance de la globalización y de los procesos de integración subregional, se han multiplicado los acuerdos y convenios bilaterales, en los cuales va ocupando mayor espacio el tema de salud en las fronteras. Los nuevos temas abordados son los de salud ambiental, incluyendo el manejo de cuencas hidrológicas comunes y la regulación del tránsito de personas y bienes de interés sanitario como los medicamentos y alimentos.

Prácticamente todos los países de la Región han recibido apoyo de OPS/OMS para desarrollar al menos un proyecto de CTP con uno o más de sus países vecinos a lo largo de la década actual. Cabe citar los siguientes ejemplos: vigilancia y control del cólera, hantavirus, enfermedades transmitidas por alimentos, polio, sarampión, encefalitis equina, malaria, fiebre amarilla, contaminación ambiental en zonas fronterizas, ciudades hermanas. Es de mencionar que en las reuniones de ministros de salud de los organismos de integración subregional, el tema de Salud de las Fronteras ha sido priorizado en forma cada vez más prominente.

### **9.2 Cooperación técnica entre países de la misma subregión**

Los proyectos y actividades de CTP que se desarrollan entre países geográficamente cercanos aunque no necesariamente fronterizos pueden tener como propósito el intercambio de experiencias o el establecimiento de sistemas comunes, compartiendo procesos innovadores.

Generalmente estas actividades están basadas en prioridades no sólo nacionales sino también subregionales, algunas de ellas asumidas en reuniones formales de las autoridades.

En todas las subregiones y agrupaciones de los países, la OPS/OMS ha apoyado proyectos de este tipo. Como ejemplos, se pueden citar el intercambio de experiencias sobre reforma del sector, la armonización de registros de medicamentos, formación y utilización de recursos humanos, acreditación del ejercicio profesional, iniciativa de

eliminación del *Triatoma infestans*, salud reproductiva, y prevención y mitigación de desastres naturales.

El grueso de la cooperación entre los países de la Cuenca del Caribe corresponde a ésta agrupación, siendo uno de los propósitos el establecimiento de mecanismos de servicios de atención de tercer nivel en forma compartida, así como el intercambio de experiencias en áreas críticas al fortalecimiento de los servicios de salud.

### **9.3 Cooperación técnica entre países con áreas científico-técnicas de interés común**

Aquí se incluyen tanto los proyectos entre países, sean vecinos o no, en áreas científico-técnicas de interés común aunque de carácter coyuntural o puntual, así como los proyectos de estratégicos o del tipo “riesgo compartido” en los cuales hay una transferencia y desarrollo de tecnologías.

Con el apoyo de OPS/OMS se han ido generando estos proyectos de manera más frecuente. Algunos ejemplos de este tipo son: la investigación y desarrollo para la producción de biológicos y algunas vacunas en particular, la transferencia de tecnologías en diferentes áreas entre institutos y laboratorios de nacionales para diagnóstico y producción de antígenos y reactivos, entre sistemas nacionales para el mantenimiento de equipos biomédicos y para la gestión de la información científica en salud.

### **9.4 Cooperación técnica entre países con contribución de recursos humanos y tecnológicos a mediano y largo plazos**

Bajo esta agrupación se incluyen los proyectos de CTP que conllevan la prestación de servicios especializados por parte de expertos de un país por períodos relativamente prolongados. Este tipo de proyectos generalmente se sustenta en convenios bilaterales. Algunos proyectos de esta naturaleza se han prolongado o han tenido una vigencia de más de un año, por lo que la OPS ha incentivado un componente de formación de recursos humanos que asegure la sostenibilidad del impacto de la CTP y la verdadera construcción de capacidades nacionales.

## **10. Impacto y limitaciones en la implementación de la CTP**

Algunos de los proyectos de CTP con apoyo de la OPS han sido sometidos a evaluaciones cualitativas. Los resultados son muy favorables en términos de satisfacción de los países e instituciones participantes. En la medida en que se transfieren, adaptan y validan recíprocamente tecnologías de procesos y de productos, además de crearse capacidad, se generan productos colaterales de mucho valor. Puede decirse que el principal de estos productos colaterales es el empoderamiento de los técnicos e instituciones participantes, que

reciben una retroalimentación favorable de sus pares y un fuerte estímulo para redoblar sus esfuerzos. Además, se fortalecen los lazos de respeto, tolerancia a las diferencias y fraternidad.

Los siguientes son algunos factores que pueden limitar el avance de la CTP en los países de la Región; varios de ellos tienen carácter extrasectorial, o son comunes a otros sectores además de salud:

- grado de conocimiento a nivel gubernamental acerca de las potencialidades y mecanismos de CTP en el propio país;
- consistencia y continuidad en la voluntad política en favor de esta estrategia;
- nivel de confianza en la capacidad nacional propia y de los otros países para ofrecer y recibir cooperación en un proceso de doble vía;
- política de negociación e incorporación de tecnologías, en favor de las llamadas “llave en mano”, como parte de paquetes completos, en los cuales hay reducidas posibilidades de selección de opciones y alternativas;
- grado de conocimiento acerca de los procedimientos, elaboración y viabilización de proyectos y actividades con el espíritu de CTP;
- presencia e influencia de salud en la definición e identificación de las prioridades nacionales de cooperación técnica internacional por parte del sector de relaciones exteriores;
- debilidad en la articulación de los puntos focales de CTP en salud con la instancia nacional de coordinación de la CTP;
- tasa de recambio de los funcionarios a cargo de la cooperación externa y la CTP;
- insuficiente relacionamiento y comunicación horizontal entre países de la Región.

A nivel de la OPS, indudablemente hay espacio para mejorar la promoción de la estrategia, especialmente, en la responsabilidad que cabe a los programas regionales y los programas de país en la identificación de instituciones con capacidad de CTP, difusión de la información, y movilización de recursos. Se requiere intensificar el trabajo de abogacía con los niveles de decisión de los países y las agencias multilaterales (del Sistema de Naciones Unidas y del Sistema Interamericano) a fin de que los países conformen sus sistemas de cooperación técnica internacional y reciban el necesario apoyo.

## **11 Recomendaciones**

### **11.1 *Para los Estados Miembros***

- Establecer políticas de Estado respecto a la cooperación externa en general y a la CTP en particular, incluyendo tanto la conformación de sistemas nacionales de cooperación externa en salud que articulen los intereses y actores nacionales e internacionales como la consignación de presupuestos específicos para la CTP.
- Implantar mecanismos ágiles y efectivos de seguimiento y evaluación de la CTP, incluyendo la documentación y publicación de los resultados y experiencias de CTP en salud.
- Identificar la CTP como una estrategia explícita de implementación de los acuerdos bi- y multilaterales, incluyendo la coordinación de las agencias multilaterales, bilaterales y del sector privado, promoviendo los arreglos de cooperación triangular.

### **11.2 *Para la OPS***

- Mantener a la CTP como una estrategia destacada en las OEP 1999-2002.
- Prestar particular atención a la designación de los nuevos Centros Colaboradores de OPS/OMS como centros de excelencia para la CTP, así como promover la mejor utilización de los ya designados.
- Profundizar la coordinación con las otras agencias del Sistema de Naciones Unidas y del Interamericano en el apoyo a los países a fin de que se incorpore la CTP como elemento central de la estrategia nacional de desarrollo.
- Desarrollar actividades de capacitación sobre concepto, gestión y operación de la CTP en salud con los gobiernos y punto focales de los ministerios de salud de los países.
- Utilizar en todo su potencial las tecnologías avanzadas de intercomunicación e información (incluyendo el Internet) objeto de facilitar el uso de la CTP en salud.

### **11.3 Para las agencias**

- Reconocer las capacidades relativas ya acumuladas en la Región y reflejarlas tanto en el contenido como en los mecanismos utilizados para satisfacer las prioridades nacionales de cooperación.
- Aplicar las nuevas orientaciones del PNUD para la CTPD, en particular la integración de la cooperación técnica con la cooperación económica. Ello pasa por el diseño y la implementación de proyectos estratégicos tipo “joint venture”, que verdaderamente articulen la salud en el desarrollo.

## **12. Conclusiones y perspectivas**

La CTP tendrá un espacio cada vez mayor en el panorama de la cooperación técnica en salud en el siglo XXI. Esta afirmación se basa en las siguientes observaciones: el nivel de “masa crítica” en términos de capacidad nacional en salud acumulada en la Región de las Américas, a nivel agregado; la difusión de información acerca de estas capacidades; el aumento de la confianza recíproca entre los países para enfrentar problemas comunes; y la voluntad de los países de disponer de opciones (versus propuestas uniformes o únicas). La cooperación técnica de la OPS con cada uno de los países de la Región, así como el apoyo y estímulo a la cooperación entre ellos, ha contribuido en una medida importante a la situación descrita.

La CTP en salud, a pesar de sus limitaciones, está cobrando mayor importancia como estrategia de cooperación internacional de los países debido a que se enmarca en la soberanía y autodeterminación de los mismos, a lo relevante de su contenido y a su relativo bajo costo. En un mundo globalizado en el que los procesos económicos tienden a desdibujar las fronteras, la CTP puede favorecer la integración al tiempo que acentuar la identidad nacional. A través de la CTP se llevan a cabo intercambios de experiencias que permiten validar entre pares tecnologías alternativas, las cuales son hasta ahora predominantemente de procesos.

Algunos países de la Región han avanzado más en la conformación de un sistema nacional de cooperación externa, y otros han establecido agencias de cooperación internacional o fondos para su financiamiento. Ello facilita la canalización de los intereses de cooperación técnica provenientes de múltiples actores nacionales que se suman a los tradicionales, como consecuencia de los procesos de descentralización y democratización.

Los contenidos de las actividades y proyectos de CTP indican un mayor grado de reciprocidad y menor frecuencia de diseño unidireccional en la cooperación entre países. Si bien inicialmente se identificaba a un país como receptor y al otro como donante, se ha

ganado conciencia de que en la aplicación de esta estrategia todos los que participan salen favorecidos.

La instancia nacional responsable de la CTP en varios de los países de la Región se ha desplazado de los ministerios u oficinas nacionales de planificación hacia los ministerios de relaciones exteriores. Esta tendencia puede interpretarse como efecto de la necesidad de los países de proyección nacional frente al proceso de globalización.

### **Bibliografía**

1. Alleyne G y Sotelo JM, OPS/OMS. Cooperación técnica entre países de las Américas, preparado para la Reunión Interregional de Consulta sobre Programación de la CTP en Salud, Yakarta, 1993.
2. Naciones Unidas. Conferencia sobre Cooperación Técnica entre los Países en Desarrollo, Buenos Aires, 30 de agosto a 12 de septiembre de 1978.
3. OMS. Cooperación técnica entre los países en desarrollo con miras al objetivo de la salud para todos, 77.<sup>a</sup> Reunión del Consejo Ejecutivo, EB77/16, 1986.
4. OMS. El concepto de cooperación técnica de la OPS, DGO/80, 3-5 de mayo de 1980.
5. OMS. Informe del Consejo Ejecutivo en su 59.<sup>a</sup> reunión sobre el proyecto de presupuesto por programas para 1978-1979, Acta oficial No. 238, 1977.
6. OPS/OMS. Cooperación Interpaíses, Seminario-Taller sobre la Instrumentación del Plan de Acción SPT-2000, IMPLAN/7.
7. OPS/OMS. Cooperación técnica entre los países en desarrollo. XXX Reunión Consejo Directivo, Washington DC, septiembre-octubre 1984.
8. OPS/OMS. Discusiones Técnicas: Cooperación técnica entre países (CTP), Washington DC, 1989.
9. OPS/OMS. Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud. Documento Oficial No. 240, pp. 9-12, 47-52, 1991.
10. OPS/OMS. Informe de la Segunda Reunión del Grupo Especial de Trabajo en CTPD de la OPS/OMS, Washington DC, 30 de abril-11 de mayo de 1984.

11. OPS/OMS. Informe del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo. Lineamientos para la promoción de la CTPD/CEPD en el sector salud con colaboración de la OPS, 92.<sup>a</sup> reunión del Comité Ejecutivo, junio de 1984.
12. PNUD. Decisiones mayores sobre la CTPD adoptadas en 1992-1993, dependencia especial para CTPD.
13. PNUD. Nuevas orientaciones de la cooperación técnica entre los países en desarrollo, agosto de 1996.

Anexos

**PRESUPUESTO POR PROGRAMAS DE LA CTP**

UNIDAD	PRESUPUESTO APROBADO		DIFERENCIA	DISPONIBLE 1998
	1996-1997	1998-1999	entre 1996-1997 y 1998-1999	
ARG	150.600	165.600	15.000	78.700
BAH	22.800	97.800	75.000	46.500
BLZ	80.500	115.500	35.000	54.900
BOL	87.100	132.100	45.000	62.700
BRA	144.000	169.000	25.000	80.300
CAR	431.400	431.400	-	204.900
CHI	26.300	86.300	60.000	41.000
COL	100.600	125.600	25.000	59.700
COR	60.200	100.200	40.000	47.600
CUB	70.900	165.900	95.000	78.800
DOR	72.200	107.200	35.000	50.900
ECU	67.700	107.700	40.000	51.200
ELS	60.200	110.200	50.000	52.300
GUT	133.000	148.000	15.000	70.300
GUY	57.300	117.300	60.000	55.700
HAI	189.400	204.400	15.000	97.100
HON	37.600	97.600	60.000	46.400
JAM	94.800	119.800	25.000	56.900
MEX	140.400	155.400	15.000	73.800
NIC	165.800	180.800	15.000	85.900
PAN	53.600	93.600	40.000	44.500
PAR	62.100	102.100	40.000	48.500
PER	130.600	145.600	15.000	69.200
SUR	26.300	81.300	55.000	38.600
TRT	67.400	112.400	45.000	53.400
URU	49.600	94.600	45.000	44.900
VEN	122.300	137.300	15.000	65.200
AD	296.400	296.400	-	140.800
<b>TOTALES</b>	<b>3.001.100</b>	<b>4.001.100</b>	<b>1.000.000</b>	<b>1.900.700</b>



## **COOPERACIÓN TÉCNICA ENTRE PAÍSES: ALGUNAS EXPERIENCIAS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS**

### **Cuba/Estados Unidos de América**

La epidemia de neuropatía que ocurrió en Cuba en el segundo semestre de 1991 y que en 1994 ya había afectado a más de 50.000 personas exigió una investigación multidisciplinaria para determinar sus causas. La OPS indujo y coordinó los esfuerzos de cooperación internacional para estudiar la etiología y la patogénesis de la epidemia. Científicos de los Institutos Nacionales de Salud y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDCP) de los Estados Unidos trabajaron con científicos y trabajadores de salud de Cuba para diseñar y llevar a cabo una investigación integral y exhaustiva que incluyera estudios clínicos, epidemiológicos, nutricionales, toxicológicos y de aislamiento de virus, a objeto de determinar los factores causales de esta desconcertante epidemia que ocasionaba pérdida de la vista en muchos de los pacientes. En 1994, se convocó una conferencia internacional en Cuba para presentar los resultados de las investigaciones. La información obtenida de los estudios se tradujo muy pronto a medidas del Gobierno de Cuba para controlar la epidemia.

### **Argentina/Bolivia/Chile/México/Paraguay/Perú/Uruguay**

Después del brote de hantavirus que ocurrió en Chile en las zonas fronterizas con la Argentina, varios países de la Región decidieron mejorar las acciones conjuntas para controlar la transmisión de los hantavirus fortaleciendo las capacidades para el diagnóstico en laboratorio y para la investigación y el control de los brotes. Puesto que la mayoría de los países situados en el medio de la Región, cerca de los Estados Unidos, podían depender del apoyo de los CDCP, los países del Cono Sur acordaron utilizar la capacidad desarrollada por la Argentina en la Administración Nacional de Laboratorios y en los Institutos de Salud (ANLIS). México, que también cuenta con una capacidad reconocida en esta esfera, participó en este proyecto, con miras a dar apoyo a otros países cercanos. En abril de 1998 se llevó a cabo, en la ciudad de Buenos Aires, la Segunda Reunión Internacional sobre Hantavirus; durante esta reunión se concluyó que todos los compromisos contraídos por los países en la reunión anterior se habían cumplido satisfactoriamente en relación con vigilancia epidemiológica, diagnóstico clínico y de laboratorio, bioseguridad, medidas de control, y la investigación de brotes.

### **Brasil/Paraguay**

Después de una evaluación muy satisfactoria del programa conjunto sobre el control de la rabia acordado en 1996 y realizado en 1997, Brasil y Paraguay decidieron

ampliar su cooperación para incluir otras esferas tales como tratamiento de mordeduras de animales ponzoñosos (incluido el suministro de suero antiofídico) y la prevención y control de la leptospirosis y la leishmaniasis. Además de la transferencia de tecnología, Brasil ha hecho una contribución importante en especie (vacuna antirrábica y suero antiofídico).

### **Colombia/Venezuela**

Durante 1996 ocurrió en Venezuela una epidemia de encefalitis equina que luego se propagó a Colombia. Con miras a prevenir nuevos brotes y epidemias, ambos países acordaron llevar a cabo un proyecto destinado a mejorar las aptitudes de los veterinarios y los médicos para diagnosticarla y para aplicar medidas de control; para identificar las zonas geográficas de mayor riesgo; y para formular un plan conjunto de vigilancia y prevención de la enfermedad. Se efectuaron varios talleres conjuntos, así como otras actividades de adiestramiento para fortalecer las capacidades de diagnóstico de laboratorio.

### **Honduras/Panamá/República Dominicana**

En junio de 1996, se realizó en Panamá la reunión de Directores Nacionales de Salud Mental de toda la Región, para examinar el estado de avance en la puesta en práctica de la Declaración de Caracas (1990) sobre la reestructuración de la atención psiquiátrica la cual apuntaba a estimular su orientación comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva. A raíz de esta reunión, varios países de la Región decidieron trabajar juntos para apoyarse recíprocamente en este avance. Panamá y Honduras han estado realizando visitas para intercambios de experiencias y organizando pasantías de los residentes de psiquiatría para conocer los programas que ya Panamá está llevando a cabo. República Dominicana tiene interés en cooperar en el tema de salud mental con Panamá y Honduras.

### **El Salvador/Honduras y Costa Rica/Nicaragua**

Los países cada vez colaboran más en programas de salud transfronterizos. Lo que empezó como una propuesta ante la necesidad evidente de coordinar algunas medidas, tales como control de la rabia, campañas de vacunación e intercambio de información para el control del cólera, se ha convertido en una propuesta más amplia para el acceso a los servicios de salud a través de las fronteras.

### **Belice/Guatemala**

Ambos países han decidido trabajar juntos para prevención y control de la rabia en las zonas fronterizas.

### **Cuba/Nicaragua**

La necesidad de desarrollar el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia fue identificada desde hace mucho tiempo por las autoridades de Nicaragua. Después del brote de leptospirosis que ocurrió en 1996, la necesidad se tornó más urgente. Cuba ha venido prestando cooperación técnica a Nicaragua por varios años para fortalecer el Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia. Varios expertos cubanos han visitado Nicaragua para realizar actividades de adiestramiento y transferencia de tecnología en diagnóstico de laboratorio.

### **Ciudades hermanas transfronterizas**

En varias de las fronteras de la Región, hay ciudades pareadas a cada lado. Además de compartir las mismas condiciones ecológicas, la población comparte una cultura especial que podría llamarse “de frontera”, lo que hace que a menudo una ciudad dada tenga más cosas en común con la ciudad que queda al cruzar la frontera que con cualquier otra comunidad en el país mismo. En esto se fundamentan varios proyectos de ciudades pareadas o hermanas, tales como los que se llevan a cabo en la frontera México/Estados Unidos, en Tacna y Arica en la frontera entre Chile y Perú, y muchos otros.

### **Bolivia/México**

Una gran cantidad del total de partos que ocurren en Bolivia y México son atendidos por parteras tradicionales. La OPS impulsó la realización de un proyecto de cooperación técnica entre ambos países para intercambiar experiencias sobre el trabajo con parteras tradicionales y para fomentar acciones más eficaces y apropiadas de los programas nacionales de salud reproductiva de ambos países. El proyecto se llevó a cabo en forma exitosa y ambas Secretarías de Salud elaboraron una publicación para difundir los resultados.

### **Ecuador/Perú**

Después de la guerra entre Ecuador y Perú hubo un interés renovado de parte de las autoridades sanitarias de los dos países por reanudar la cooperación en materia de salud transfronteriza. Esto fue visto también como una oportunidad para superar las

diferencias entre los dos países y para que el sector de la salud ayudara a lograr una paz durable. La OPS apoyó el asesoramiento para desarrollar un proyecto de intervención en salud en la zona fronteriza. Este proyecto está actualmente en marcha. Recientemente, los ministros de salud de ambos países se reunieron en una ciudad fronteriza y acordaron asignar una alta prioridad a la salud en el programa de negociaciones de paz entre ambos países.

### **Países del Caribe oriental**

Las islas del Caribe tienen una tradición de larga data de cooperación en el terreno de la salud. En materia de compra de medicamentos esenciales establecieron un convenio formal para la compra conjunta a objeto de reducir los costos. Dado el éxito de este proyecto se está estudiando un arreglo para compartir servicios de mantenimiento de equipo biomédico. Los países han abordado también los mecanismos para establecer servicios compartidos de atención terciaria de salud (en especialidades tales como radiología, oftalmología, neurología y dermatología). Las medidas relativas al envío de pacientes a estos servicios y los pagos todavía están por definirse.

### **Canadá y varios países del Caribe**

El Centro Colaborador de la OPS/OMS sobre Enfermería Clínica y Administrativa situado en el Hospital Mount Sinai, en Toronto, ha venido dando asesoramiento a varios países del Caribe con miras a mejorar las modalidades de selección y contratación de personal en el ámbito de la enfermería, de tal manera que coincidan los recursos humanos disponibles con las necesidades.

### **Jamaica/Suriname**

Ambos países han cooperado para fortalecer los servicios de enfermería en el Hospital Académico de Paramaribo brindando oportunidades de adiestramiento para enfermeras de Suriname en el hospital Público de Kingston, en Jamaica.

### **Guyana/Trinidad y Tabago**

En acatamiento de las resoluciones de los ministros de salud del Caribe sobre el tema de los servicios compartidos, Guyana y Trinidad y Tabago establecieron un convenio para permitir a los ciudadanos de Guyana recibir atención médica especializada en Trinidad.

## **CRITERIOS PARA EL EMPLEO DE LOS RECURSOS DE LA OPS PARA LA CTP**

Los recursos de la OPS para la CTP pueden emplearse para los siguientes fines:

- formular un proyecto de CTP;
- financiar actividades dentro de un proyecto de CTP.

El empleo de recursos de CTP podrá autorizarlo solamente el Director. Aunque las áreas generales habrán sido aprobadas en el BPB, el Director tiene que ver las propuestas concretas de proyectos que se le van a presentar por conducto de la oficina de la Subdirectora. Se dará la aprobación si el proyecto tiene las siguientes características:

- Antecedentes y justificación: lo que incluye el convenio legal o de otro tipo entre los países indicando su disposición a cooperar.
- Propósito: concretamente qué se propone lograr con el proyecto y un indicador de ese logro.
- Resultados esperados: los productos esperados de la cooperación y sus indicadores de logro.
- Actividades: estas corresponderán a uno o varios de los enfoques funcionales de la cooperación técnica. Esta sección debe indicar claramente las contribuciones del país.
- Presupuesto: este debe mostrar claramente la contribución de los países y la de la OPS.

Nota: No se necesitarán nuevas propuestas detalladas para efectuar cambios en actividades concretas en proyectos ya en marcha.

- Las propuestas que forman parte de un programa más amplio tendrán preferencia con respecto a las propuestas que buscan aplicar los escasos recursos de la OPS a actividades aisladas de impacto limitado.
- Las propuestas de proyectos no tienen que ser documentos muy elaborados, pero la OPS debe ser tan exacta y responsable con esta forma de cooperación técnica como con cualquier otra.
- Si es posible justificarlo, el Director podrá autorizar el uso de recursos de CTP para los aspectos promocionales de la CTP, lo que podrá incluir financiamiento de reuniones o misiones preparatorias para elaborar propuestas concretas de CTP.