



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



47.º CONSEJO DIRECTIVO

58.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 25 al 29 de septiembre de 2006

Punto 8.2 del orden del día provisional

CD47/INF/3 (Esp.)
7 septiembre 2006
ORIGINAL: INGLÉS

EXAMEN DE LOS CENTROS PANAMERICANOS

Un entorno tecnológico, político y económico en evolución exige un análisis continuo de muchos de los enfoques de la OPS en materia de cooperación técnica. Los centros panamericanos de la OPS han sido una modalidad importante de cooperación durante casi 60 años. En el transcurso de seis decenios, la OPS ha creado o administrado 13 centros y ha suprimido seis. Estas instituciones han sido tema de debate y examen periódicos en los Cuerpos Directivos por lo menos desde los años sesenta.

Este documento fue solicitado por la 46.ª sesión del Consejo Directivo en respuesta al mandato permanente de los Cuerpos Directivos de realizar exámenes y evaluaciones periódicos de los centros panamericanos. Proporciona una actualización sobre el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) y el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME) y una propuesta para adaptar al Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) a los criterios de asignaciones subregionales que se establecen en la nueva política regional del presupuesto por programas.

Se solicita al Consejo Directivo que examine el presente documento y formule observaciones para orientar a la Oficina sobre el proceso en curso.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Introducción	3
Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA)	4
Gobernanza de PANAFTOSA	6
Recursos financieros y humanos de PANAFTOSA	6
Situación Actual de PANAFTOSA	7
Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME).....	8
Gobernanza de BIREME	8
Recursos financieros y humanos de BIREME.....	9
Situación actual de BIREME.....	9
Centros subregionales (INCAP, CFNI y CAREC).....	10
Gobernanza de los centros subregionales	10
Recursos financieros y humanos de los centros subregionales.....	10
Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC).....	11
Gobernanza de CAREC	12
Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI).....	13
Gobernanza de CFNI	13
Proceso para alinear los centros subregionales del Caribe (CAREC y CFNI).....	14
Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)	17
Gobernanza de INCAP	17
Proceso para alinear las funciones de INCAP	18
Intervención del Consejo Directivo	18
Anexos:	
Anexo A Recursos Financieros de los Centros Regionales de la OPS	
Anexo B Análisis de los recursos humanos de los Centros Regionales de la OPS al 2006	

Introducción

1. En septiembre de 2005, el Consejo Directivo de la OPS aprobó la Resolución CD46.R6, en la que se solicitaba a la Directora presentar en la 138.^a sesión del Comité Ejecutivo lo siguiente:

- Un examen del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) y del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)
- Una propuesta para alinear el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) con los criterios de asignaciones subregionales establecidos en la nueva política regional del presupuesto por programas en consulta con las instituciones respectivas.

2. Los centros panamericanos en su totalidad han sido un tema tratado muchas veces por los Cuerpos Directivos a partir de los años sesenta. A fines de los años setenta, la Conferencia Sanitaria Panamericana pidió que se efectuara la “evaluación periódica de cada uno de los Centros” (Resolución CSP20.R31, 1978) para procurar que, en un entorno político, tecnológico y económico en constante evolución, los Centros siguieran siendo una modalidad apropiada y eficaz de la OPS para prestar cooperación técnica. Los Cuerpos Directivos también han alentado a la Directora a transferir los Centros a los gobiernos o grupos de gobiernos anfitriones cuando las instituciones nacionales sean capaces de mantener la disponibilidad de servicios de cooperación técnica de calidad para otros Países Miembros de la OPS.

3. Es importante tener en cuenta que cada Centro tiene un origen, una historia y funciones muy diferentes. Cada Centro es un ejemplo particular de la cooperación técnica prestada por la OPS. Los Centros varían considerablemente en cuanto al marco jurídico bajo el cual operan, sus estructuras de gobernanza y sus acuerdos concernientes a propiedad, alianzas y financiamiento.

4. Sin embargo, según estableció la Conferencia Sanitaria Panamericana en 1978, un Centro de la OPS debe ser parte integral del programa de la OPS para que sea considerado una unidad válida y valiosa de la Organización. Básicamente, un Centro es simplemente otra modalidad programática de la OPS, con sus propias características jurídicas, de gestión y programáticas. No hay ninguna justificación para que la OPS tenga un Centro, a menos que sea una manera de alcanzar los objetivos fijados en un programa de la OPS. La pregunta clave ha seguido siendo la misma en el último cuarto de siglo: cuál es la forma más pertinente, eficiente y eficaz de lograr los objetivos de un programa particular de la OPS, aprobado por los Cuerpos Directivos, más allá de los problemas

históricos, técnicos, administrativos, políticos y de intereses en torno a un Centro particular.

5. Esta pregunta se ha vuelto apremiantemente urgente desde el comienzo del nuevo siglo debido a las limitaciones presupuestarias y financieras, la revolución tecnológica de la Internet y la Web y la mayor capacidad técnica, de gestión y de investigación alcanzada en muchos Países Miembros de la OPS.

6. Se están explorando nuevas estructuras, acuerdos, sistemas de gobernanza y fuentes de fondos que permitan a los Centros Panamericanos y Subregionales abordar con más eficiencia y eficacia problemas constantes de salud pública en sus áreas especializadas. La Oficina está trabajando intensamente en diversos frentes para alinear estos Centros con las políticas regionales de los Cuerpos Directivos, incluidos los criterios de asignaciones subregionales.

7. Por consiguiente, el propósito específico de este documento es informar a todos los Países Miembros sobre la evolución de las relaciones entre la OPS y cinco de los Centros. La OPS quiere lograr que los aspectos jurídicos, de gobernanza, de propiedad y alianzas de estas relaciones optimicen la cooperación técnica prestada por la OPS a la Región.

8. Los Centros de la OPS son de interés para todos y cada uno de los Países Miembros de la OPS, sin excepción. Habida cuenta de la repercusión prevista que los Centros tienen sobre el presupuesto ordinario de la OPS/OMS en las Américas, todos los Miembros deben tener interés en los acontecimientos relacionados con este asunto.

Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA)

9. PANAFTOSA, un Centro de la OPS ubicado en el estado brasileño de Río de Janeiro, fue creado en 1951 como un programa de cooperación técnica de la Organización de los Estados Americanos (OEA) administrado por la OPS. En 1968 se convirtió en un programa ordinario de la OPS. Su finalidad inicial fue ejecutar el Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA), que en 1968 se convirtió en un programa ordinario de la OPS. En 1998, las actividades de referencia, investigación y cooperación técnica sobre zoonosis se transfirieron del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ) a PANAFTOSA. Con el cierre de INPPAZ en 2005, un equipo técnico sobre inocuidad de los alimentos fue trasladado a las instalaciones de PANAFTOSA.

10. Las principales actividades de cooperación técnica de PANAFTOSA se centran en la sanidad animal, la prevención y el control de las zoonosis, y la inocuidad de los alimentos.

- *Producción y control de calidad de vacunas y procedimientos de diagnóstico nuevos.* PANAFTOSA es el laboratorio de referencia del continente para la elaboración y el control de calidad de las vacunas contra la fiebre aftosa; además, es uno de los laboratorios de referencia regionales de la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) para el diagnóstico de la estomatitis vesicular. La mayor parte de las actividades de investigación se llevan a cabo en colaboración con la red sudamericana de laboratorios de salud pública veterinaria, coordinada por PANAFTOSA Asimismo, PANAFTOSA cataliza la transferencia de tecnologías a los Países Miembros.
- *Establecimiento y administración del sistema regional de vigilancia de ciertas enfermedades de los animales.* A comienzos de los años setenta, PANAFTOSA elaboró la propuesta de SIVCONT, un sistema de vigilancia continental para las enfermedades vesiculares que fue aprobado por los ministros de agricultura y ganadería en la reunión continental sobre control de la fiebre aftosa y otras zoonosis (RICAZ). Desde entonces, este sistema tiene se ha ampliado para abarcar otras enfermedades zoonóticas. SIVCONT también ha servido como plataforma de SIVERA (rabia) y SIRVETA (inocuidad de los alimentos).
- *Aumento de las capacidades de los Países Miembros.* PANAFTOSA presta cooperación técnica, incluida la capacitación de trabajadores estatales y del sector privado de toda América para establecer y operar sistemas de información y vigilancia epidemiológicas para las enfermedades de los animales y su control. Además, PANAFTOSA forma parte del grupo de estudio sobre el virus H5N1 para el fortalecimiento del sistema de salud para la vigilancia y comunicación de los riesgos asociados con la gripe.
- *Vigilancia de la inocuidad de los alimentos.* PANAFTOSA proporciona continuidad para la cooperación técnica en materia de inocuidad de los alimentos mediante un método sistemático que abarca del establecimiento agropecuario a la mesa. PANAFTOSA aborda la gestión de las enfermedades de transmisión alimentaria y las amenazas de sustancias químicas asociadas con el uso indebido de plaguicidas y antibióticos al integrar actividades comunes como la capacitación, la vigilancia epidemiológica, el análisis de riesgos y la garantía de la calidad de los laboratorios.
- *Desarrollo local sostenible en los municipios saludables.* PANAFTOSA, conjuntamente con la estrategia de municipios saludables de la OPS, ha estado promoviendo el trabajo que se realiza en la intersección de la salud, la agricultura y otros sectores relacionados. PANAFTOSA examina esferas de interés mutuo

como los pequeños productores pecuarios ubicados cerca de las zonas urbanas y suburbanas, donde las zoonosis constituyen un importante problema de salud.

Gobernanza de PANAFTOSA

11. PANAFTOSA es un centro panamericano de la OPS y forma parte de la Unidad de Salud Pública Veterinaria, dentro del Área de Vigilancia y Gestión de Enfermedades. El Director de la OPS nombra al Director de PANAFTOSA, quien prepara un presupuesto planificado y un programa de trabajo para PANAFTOSA que figura en el presupuesto por programa de la OPS.

12. Mediante la Resolución CD12.19 del Consejo Directivo celebrado en 1968, se autorizó al Director de la OPS a convocar Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA), con el objeto de reunir a los ministros de agricultura y ganadería para que examinaran el programa y el presupuesto del Centro. Desde 2001 se incluyeron a los Ministros de Salud de los países y la reunión cambió su nombre a Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura, pero conservó la sigla RIMS. La RIMSA, junto con otras reuniones continentales, presta asesoramiento y orientación para la elaboración de los programas de cooperación técnica de PANAFTOSA.

Recursos financieros y humanos de PANAFTOSA

13. El gobierno anfitrión de PANAFTOSA, Brasil, contribuye con dinero en efectivo y poniendo instalaciones a disposición del Centro por conducto de su Ministerio de Agricultura y Ganadería. Otros Países Miembros contribuyen mediante las cuotas del presupuesto ordinario. Los fondos de la OPS apoyan la contratación de personal, el mantenimiento de los centros y las actividades de cooperación técnica. Como PANAFTOSA es parte de la OPS, la Organización es responsable de su administración y su operación financiera y técnica. Como resultado, la OPS puede verse obligada a compensar cualquier déficit del presupuesto si no se concretan los ingresos previstos, o a tomar otras medidas apropiadas, según sea necesario. En los anexos A y B se muestra más información sobre los recursos económicos y humanos.

Situación actual de PANAFTOSA

14. Después de la Resolución RIMSAS.5.R13 (1987), aprobada en la 5.^a RIMSAS, PANAFTOSA elaboró una propuesta de erradicación de la fiebre aftosa para el 2009. El Grupo Interamericano para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (GIEFA), resultado de una reunión continental sobre la zoonosis celebrada en Houston, Texas, está estrechamente relacionado con esto. PANAFTOSA es la Secretaría técnica del GIEFA. Se espera que, por conducto del GIEFA y el PHEFA, durante cinco años se canalizarán cantidades sustanciales de recursos privados y públicos con la finalidad de erradicar la fiebre aftosa. La erradicación total requerirá el empleo continuo del sistema de vigilancia continental, conocimientos técnicos especializados, voluntad política y cooperación internacional, además de la participación de los ganaderos de toda la Región, incluidos los de los establecimientos más pequeños.

15. En 2005, la 14.^a reunión de RIMSAS respaldó las conclusiones y recomendaciones de la 10.^a Reunión de Directores de los Programas Nacionales de Control de la Rabia en América Latina (REDIPRA10), especialmente su solicitud de que la Directora preparara un plan de acción para 2005-2009 encaminado a eliminar la rabia transmitida por perros y disminuir el riesgo de la rabia transmitida por otras especies.

16. En respuesta a la Resolución CD46.R6 (2005) del Consejo Directivo, la Unidad de Salud Pública Veterinaria convocó a un grupo consultor externo de alto nivel para que realizara un examen de la salud pública veterinaria en la Región. El grupo consultor externo presentó su informe preliminar en mayo de 2006, en el que consideraron los tres aspectos siguientes:

- a) Evaluación de las necesidades. Se realizó un análisis exhaustivo de las necesidades actuales en materia de salud pública veterinaria en América Latina.
- b) Perspectivas para el futuro. El grupo consultor también se dedicó a analizar las perspectivas futuras para determinar las necesidades de los próximos años, los próximos retos y qué ocurrirá como resultado de los cambios acelerados que se producen en el entorno operacional.
- c) Evaluación de las capacidades actuales de la Organización. El grupo consultor también evaluó los activos de la OPS en materia de recursos humanos, instituciones y vínculos y los logros de la cooperación técnica de la OPS en esta esfera.

17. A raíz de la convergencia que se observa entre la salud humana y la salud animal, el grupo consultor externo consideró que existe una necesidad cada vez mayor de que la OPS desempeñe un papel de liderazgo en la esfera de las zoonosis, la salud

veterinaria (con inclusión de la fiebre aftosa) y la inocuidad de los alimentos. La OPS cumple la función de convocar en los planos regional, subregional, nacional y subnacional. Considerando la reorganización operativa de PANAFTOSA, incluida la adquisición de recursos humanos con pericia en materia de zoonosis e inocuidad de los alimentos, el grupo de consulta externo sugirió que PANAFTOSA sea un centro de salud pública veterinaria con pericia en todas estas esferas.

18. El análisis del grupo consultor externo señaló que el próximo reto de la OPS es determinar los mejores mecanismos de gobernanza y administración a fin de potenciar al máximo las posibilidades de PANAFTOSA.

Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME)

19. El Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud, que originalmente se llamó Biblioteca Regional de Medicina, se fundó en 1967 gracias a la colaboración entre la OPS y cuatro instituciones brasileñas: la Universidad Federal de Sao Paulo (UNIFESP), la Secretaría de Salud del Estado del Sao Paulo, el Ministerio de Salud y Ministerio de Educación. BIREME está ubicado en el recinto universitario de la UNIFESP, en Sao Paulo.

20. El objetivo primario de BIREME es promover y fortalecer el acceso a la información científica y técnica para apoyar el perfeccionamiento de los sistemas de atención de salud, investigación y educación, así como facilitar la difusión y aplicación de la investigación científica en salud en América Latina y el Caribe. BIREME atiende a todos los países de América Latina y el Caribe y ha elaborado varios métodos, tecnologías y plataformas, como la Biblioteca Virtual en Salud (BVS). La BVS es complementada con otras redes regionales, entre ellas, sciELO y ScienTI. En conjunto, las redes BVS, sciELO y scienTI promueven la creación de una recopilación avanzada de productos y servicios de información y conocimiento como bienes públicos regionales producidos en cooperación y utilizados por todos los países de la Región.

Gobernanza de BIREME

21. BIREME es un centro especializado de la OPS en el Área de la Información y Gestión del Conocimiento. La OPS es responsable de administrar BIREME y de nombrar a su Director.

22. La operación y el mantenimiento de BIREME están orientados por un convenio entre el país anfitrión, Brasil y la OPS. El acuerdo actual, firmado en diciembre de 2004, es vigente hasta el 2009. Un Comité Consultivo Nacional integrado por los representantes de los signatarios se reúnen al menos dos veces al año para dar

seguimiento al programa nacional y recomendar las cuotas anuales. En el nivel regional, BIREME organiza una sesión de coordinación regional cada dos años con los representantes de la BVS de las instituciones gubernamentales y públicas de América Latina y el Caribe. Estas reuniones funcionan como un foro de evaluación y formulación de recomendaciones para la BVS y las redes complementarias.

Recursos financieros y humanos de BIREME

23. La OPS proporciona personal y fondos para el mantenimiento de BIREME y para sus actividades de cooperación técnica. Como BIREME es parte de la OPS, la Organización es responsable de la operación financiera y técnica del Centro. Por lo tanto, la OPS puede verse obligada a compensar todo déficit presupuestario si no se concretan los ingresos previstos, o a tomar otras medidas apropiadas, según sea necesario.

24. Además, el Ministerio de Educación de Brasil es responsable de financiar las suscripciones de revistas y de mantener el acceso a la colección central de publicaciones internacionales. La Universidad Federal de São Paulo es responsable de proveer el personal, las instalaciones y los servicios básicos. El Ministerio de Salud de Brasil y el Secretario de Salud del Estado de São Paulo aportan fondos para el mantenimiento y la operación de BIREME.

25. BIREME también vende productos, servicios y asesoramiento y recibe subvenciones, principalmente de instituciones públicas brasileñas y organismos de financiamiento de países desarrollados. Actualmente, las ventas de productos, servicios y asesoramiento representan la mayor fuente de ingresos para BIREME. En los anexos A y B se incluye más información sobre los recursos financieros y humanos.

Situación actual de BIREME

26. La cooperación internacional de BIREME en el campo de la información de salud pública científica y técnica es fundamental para la Región y también al nivel mundial, en particular en cuanto a las publicaciones científicas en el portugués y el español. Por lo tanto, la OPS contempla fortaleciendo su capacidad al mejorar el convenio actual con instituciones brasileñas para proporcionar a BIREME las condiciones más sostenibles legales, institucionales y financieras. La OPS ad el Gobierno del Brasil están colaborando a identificar las áreas y los instrumentos que son más apropiadas y flexibles, a enfrentarse las exigencias actuales y futuras en esta área, mientras asegurar que la participación futura de la OPS está de acuerdo con las prioridades programáticas y presupuestarias aprobadas por los Cuerpos Directivos.

Centros subregionales (CFNI, CAREC e INCAP)

Gobernanza de los centros subregionales

27. El Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) son centros subregionales para el Caribe. El Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) es un centro subregional para América Central. Al crearse estos tres Centros subregionales, la OPS firmó convenios con los Países Miembros pertinentes y otras instituciones para que la Organización administre los Centros en su nombre. Los Centros subregionales tienen sus propios Cuerpos Directivos, que se reúnen anualmente e informan a la Directora de la OPS en asuntos de política. Estos Centros subregionales también tienen comités consultivos técnicos que informan a los Directores de cada Centro. Algunos de los funcionarios de estos Centros son empleados de la OPS y los restantes trabajan bajo diferentes tipos de contratos laborales. Sin embargo, todos los empleados reciben órdenes del Director del Centro, que es un funcionario público internacional de la OPS, nombrado por el Director de la OPS y que a su vez depende de un Gerente de Área regional (CFNI e INCAP) o del Subdirector de la OPS (CAREC).

28. Una de las repercusiones de esta compleja estructura de gobernanza es la forma diferente de entender los mandatos esenciales, funciones y prioridades de los Centros, que a menudo lleva a hacer exigencias conflictivas a esas instituciones.

Recursos financieros y humanos de los centros subregionales

29. La OPS efectúa asignaciones anuales a estos Centros mediante su presupuesto ordinario y presta apoyo financiero adicional con su trabajo normal de cooperación técnica. Los Países Miembros de cada Centro contribuyen a su mantenimiento financiero mediante cuotas. Los gobiernos anfitriones también hacen aportes en efectivo y ponen instalaciones a disposición de los Centros. Los presupuestos para el CAREC y el CFNI son determinados por la Comunidad del Caribe (CARICOM), por conducto de su Consejo para el Desarrollo Humano y Social (COHSOD), que es responsable de las políticas sanitarias de la CARICOM, mientras que el presupuesto del INCAP es determinado por el Consejo Directivo del Instituto.

30. Los fondos extrapresupuestarios (no permanentes) y, cada vez más, la venta de productos y servicios técnicos constituyen una parte importante de los ingresos de los Centros. Para los Centros supone un desafío en el cumplimiento de los objetivos planteados por los Cuerpos Directivos si una gran proporción de su presupuesto es financiada externamente sobre la base de los proyectos, en particular donde los proyectos financiados con fondos extrapresupuestarios no reflejan los objetivos de los Cuerpos Directivos. En los anexos A y B se puede encontrar más información financiera.

31. Con frecuencia ha habido déficit presupuestario importante en los Centros subregionales debido a flujos de ingresos que no se concretan. Habida cuenta de que la OPS ha tenido siempre una relación administrativa prolongada con dichos centros, ha proporcionado los fondos faltantes a partir de su propio presupuesto ordinario.

Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC)

32. El Centro de Epidemiología del Caribe, con sede en Trinidad y Tabago, se estableció oficialmente en 1975 como una alianza entre 21 países del Caribe y la OPS/OMS. Los Países Miembros del CAREC vieron la necesidad de una institución regional debido a la población relativamente pequeña y dispersa de la subregión, se consideró más eficaz y económico manejar los asuntos a un nivel subregional. Si bien muchos Países Miembros pequeños tienen necesidades epidemiológicas y de laboratorios similares, no sería económico para ellos albergar capacidades plenas en cuanto a laboratorios y prestar todos los servicios epidemiológicos.

33. La misión del CAREC es mejorar la salud de los pueblos del Caribe al colaborar con los Países Miembros y aumentar las capacidades de estos en materia de epidemiología, laboratorios y disciplinas relacionadas con la salud pública mediante programas de vigilancia, capacitación e investigación.

34. Los campos de trabajo del CAREC son de dos tipos principales:

- a) los campos funcionales como el de la vigilancia y respuesta epidemiológicas, la creación de capacidades y capacitación, los servicios de referencia de laboratorios y remisión, la difusión de la información y la investigación; y
- b) los campos de la prevención y el control de enfermedades, por ejemplo, las enfermedades prevenibles mediante vacunación, las enfermedades transmitidas por los alimentos y por vectores, la infección por el VIH/sida y las enfermedades de transmisión sexual, las enfermedades no transmisibles, y el turismo y la salud.

35. Las actividades se realizan en el nivel subregional (por ejemplo, capacitación conjunta y formulación de políticas) y en el nivel nacional (por ejemplo, investigación de brotes y evaluación de los programas).

Gobernanza del CAREC

36. En el Acuerdo Multilateral para el funcionamiento del CAREC se definen, entre otras cosas, sus funciones, programas, organización y estructura, y se confirma el carácter del Centro como una organización internacional con inmunidades y prerrogativas por derecho propio. Este Acuerdo se complementa con un Acuerdo Bilateral entre el Gobierno de Trinidad y Tabago y la OPS. Así, el CAREC es administrado por la OPS y está sujeto al Reglamento Financiero, a las Normas de Gestión Financiera de la Organización y a su Manual para las operaciones de campo, pero tiene su propio reglamento del personal, que es aprobado por la OPS sobre la base de las recomendaciones del Consejo del CAREC. El Acuerdo Multilateral original fue firmado en 1974 y posteriormente fue enmendado y prorrogado cada cinco años. El último Acuerdo estuvo vigente desde enero de 2001 a diciembre de 2005. Se prorrogó recientemente hasta diciembre de 2007. La OPS está comprometida a colaborar hasta dicha fecha con la CARICOM para estructurar un nuevo Acuerdo que entrará en vigor después de esa fecha de vencimiento.

37. El cuerpo directivo del CAREC, conocido como el Consejo, se reúne anualmente para asesorar y formular recomendaciones al Director de la OPS. El Consejo examina el informe anual del Centro, las propuestas para el programa y el presupuesto, las cuotas y las políticas en cuanto al CAREC y presenta las recomendaciones a la Directora de la OPS. El Consejo está integrado por el Ministro de Salud de Trinidad y Tabago, cinco representantes designados por el COHSOD de otros Países Miembros de la CARICOM, un representante de la Universidad de las Indias Occidentales (UWI), un representante del Consejo de Investigación en Salud del Caribe (CHRC), un representante de la Secretaría de la CARICOM (CCS), un representante de la OPS y el Presidente del Comité Consultivo Científico (SAC) del CAREC. Uno de los cinco representantes del COHSOD se elige de los territorios ultramarinos del Reino Unido y de los Países Bajos en el Caribe, que no son miembros de la CARICOM.

38. El CAREC tiene un Comité Consultivo Científico que, por conducto del Consejo, informa a la Directora de la OPS sobre el programa científico del Centro. El programa responde a las prioridades enunciadas en el programa sanitario de la CARICOM, llamado Cooperación para la Salud en el Caribe (CCH); solicitudes específicas de los países; y las áreas de trabajo de la Organización, según lo indicado en el programa subregional de la OPS/OMS para el Caribe. Además, el CAREC ejecuta varios proyectos financiados con fondos externos. El Comité Consultivo Científico está formado por respectivos representantes de la Universidad de las Indias Occidentales (UWI), la Universidad de Guyana (UG) y la Universidad de Suriname; cuatro representantes designados por el COHSOD, para tener en cuenta a los territorios ultramarinos del Reino Unido y de los Países Bajos; un representante designado, respectivamente, por Trinidad y Tabago, la

Secretaría de la CARICOM y el Consejo de Investigación en Salud del Caribe (CHRC); y cinco representantes designados por la Directora de la OPS.

Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI)

39. El Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe, con sede en el Campus Mona de la Universidad de las Indias Occidentales (UWI) en Jamaica, con un subcentro en el Campus St. Augustine de la UWI en Trinidad y Tabago, por medio de un Acuerdo Multilateral se estableció como institución de salud regional en 1967 para buscar una forma de enfrentar las dificultades en materia de nutrición en los países que fuera aplicable a la Región del Caribe.

40. Los Países Miembros del CFNI reconocieron la necesidad de tener una institución regional que se ocupara de la alimentación y la nutrición para abordar sus problemas comunes de nutrición con un enfoque multidisciplinario. Además, como los servicios pertinentes representan una pesada carga para los presupuestos de los servicios de salud, se consideró que es más eficaz y económico abordar los problemas a nivel subregional.

41. El Instituto procura lograr la seguridad alimentaria y la salud nutricional óptima para todos los pueblos del Caribe mediante la colaboración con los países caribeños para identificar, describir, controlar y prevenir los problemas nutricionales y mejorar y aumentar la capacidad de los países para prestar servicios nutricionales eficaces. Dado que la obesidad y las enfermedades crónicas se han convertido en un problema crítico en el Caribe, el CFNI ha evolucionado para considerar también estos aspectos. A diferencia del caso del CAREC, el Acuerdo Multilateral del CFNI no necesita renovarse cada cinco años.

Gobernanza del CFNI

42. El CFNI es un Centro especializado de la OPS del Área de la Salud Familiar y Comunitaria. La OPS es responsable de la administración del CFNI y de la designación de su Director. El CFNI emplea los mismos procesos financieros y de personal de la OPS.

43. El CFNI tiene un Comité Consultivo sobre Políticas (PAC) y un Comité Consultivo Científico (SAC), que se reúnen en años alternos. El SAC, constituido por miembros designados por los Ministros de Salud y de Agricultura y Ganadería de los Países Miembros del CFNI, la UWI, la UG, la CARICOM, la OPS y otros expertos técnicos pertinentes, formula recomendaciones técnicas al PAC. La composición del PAC es similar, pero está más orientada hacia las políticas; incluye a representantes de los Ministerios de Salud y de Agricultura y Ganadería, la CCS, la UWI, la UG y la OPS. El PAC examina las recomendaciones técnicas del SAC y formula recomendaciones

sobre la propuesta de presupuesto por programas y sobre las cuotas a la Directora de la OPS. Las últimas reuniones del PAC y el SAC tuvieron lugar en 2005.

44. El CFNI tiene 18 Países Miembros. Si bien la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO) fue signatario fundador del CFNI, actualmente no participa activamente en la labor del Centro. La OPS ha estado examinando el Convenio Básico del CFNI para determinar si debe modificarse para reflejar este y otros cambios.

Proceso para alinear los centros subregionales del Caribe (CAREC y CFNI)

45. Desde 1984, la OPS ha colaborado estrechamente con la Secretaría de la CARICOM para diseñar la Iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe (CCH), el principal marco de trabajo para acción conjunta en salud entre los países de la CARICOM. La CCH es un mecanismo mediante el cual los Países Miembros de la Comunidad del Caribe:

- focalizan conjuntamente, en un período determinado, las actividades y los recursos hacia el cumplimiento de los objetivos acordados en las áreas de salud prioritarias y de interés común; y
- señalan los enfoques y las actividades para la acción conjunta y la cooperación técnica entre los países encaminadas a apoyar el fortalecimiento de la capacidad a fin de cumplir los objetivos.

46. En julio de 2001, los Jefes de Gobierno de los países de la CARICOM formularon la Declaración de Nassau sobre Salud en la que se encomendaba, entre otras cosas:

- a) *La evaluación de la CCH II y la elaboración de la CCH III.* En cumplimiento con este mandato, la CCS realizó una evaluación de la CCH II y un análisis de las cuestiones sanitarias nuevas o incipientes para la CCH III. La OPS y la CCS apoyaron una reunión interdisciplinaria para el estudio este informe, en la cual participaron. Asistió a esa reunión un selecto grupo integrado por médicos jefes, secretarios permanentes, administradores de programas técnicos y directores de instituciones de salud regionales. Entre estas últimas cabe citar, el CAREC, el CFNI, el Instituto de Salud Ambiental del Caribe (CEHI), el Consejo del Caribe de Investigación en Salud (CHRC) y el Centro de Referencia para el Control de Calidad de Medicamentos del Caribe (CRDTL). A partir de estos y de otros estudios y análisis, los médicos jefes formularon recomendaciones para la CCH III en su reunión de abril de 2006. El COHSOD aprobó las recomendaciones en su reunión ulterior celebrada ese mismo mes y solicitó que el proyecto definitivo del programa de la CCH III se presentara al Comité de Ministros de Salud en septiembre de 2006.

Los campos programáticos propuestos en un principio para inclusión en la CCH III fueron enfermedades crónicas, salud mental, fortalecimiento de los sistemas de salud, desarrollo de recursos humanos, servicios de atención de salud de la familia y la comunidad, alimentación y nutrición, enfermedades transmisibles y salud ambiental. Sin embargo, desde entonces se ha propuesto que la CCH III se enfoque en enfermedades crónicas, salud mental y VIH/sida, así como en los campos de apoyo general constituidos por promoción de la salud y educación sanitaria, sistemas de información en salud y administración de recursos humanos.

b) *El examen de las instituciones de salud regionales.* La CCS movilizó recursos para realizar un examen administrativo de las instituciones de salud regionales con el fin de suministrar información a los Jefes de Gobierno de los países de la CARICOM sobre la eficiencia y la eficacia de las instituciones de salud regionales, y orientar las decisiones acerca de la manera de reestructurar y fortalecer esas instituciones para atender mejor las necesidades sanitarias de la Región del Caribe. La Secretaría contrató a la empresa de consultoría Universalía de Canadá para que examinara esas instituciones. La OPS participó en este proceso como miembro del Comité Directivo encargado de supervisar este ejercicio. La empresa Universalía presentó su informe en marzo de 2005 y el Consejo de Desarrollo Humano y Social lo examinó en junio del mismo año. Entre sus conclusiones más importantes se encuentran las siguientes:

- Por lo general, el CAREC y el CFNI son eficaces y eficientes, aunque no sean económicamente sostenibles dadas las tendencias en el financiamiento.
- Los mandatos centrales de estas instituciones deben ser “examinados y equilibrados en función del financiamiento básico del que disponen”.
- Hay “interpretaciones ambiguas de lo que son las áreas de mandatos centrales”.
- “Los mandatos centrales deben ser evaluados para determinar si se ajustan a las necesidades de salud del Caribe”.
- Es preciso fortalecer la mayoría de los sistemas de gobernanza de las instituciones de salud regionales para reforzar el nivel de compromiso y la rendición de cuentas de los funcionarios superiores encargados de tomar decisiones (ministros).

47. Por lo tanto, el COHSOD encomendó a la Secretaría de la CARICOM que examinara nuevamente la estructura de la gobernanza y determinara las posibilidades de financiamiento sostenible para las instituciones de salud regionales. Cinco aspectos requirieron aclararse aún más: a) la definición de las funciones esenciales; b) la estructura (definida como el resultado de la función esencial); c) el financiamiento; d) la

administración; y e) la gobernanza. Este examen se hizo aún más crítico con la introducción de la iniciativa del Mercado y Economía Únicos de la CARICOM, dadas las importantes repercusiones para la salud y el bienestar de la población del Caribe, debido, entre otros factores, al mayor desplazamiento de la población y a la necesidad de disponer de normas aplicables a todo el Caribe.

48. Más o menos al mismo tiempo, la OPS decidió emprender un examen del funcionamiento de sus unidades subregionales, en función de los aspectos pertinentes de su **política regional de presupuesto por programas**. La Organización comenzó a determinar las prioridades en materia de cooperación técnica en el Caribe y junto con los países de esa Región, y un examen de las funciones, responsabilidades y capacidades de sus unidades subregionales, a saber, el CAREC, el CFNI y la **Oficina de Coordinación de Programas en el Caribe**.

49. Por ende, la CARICOM y la OPS estaban interesadas en determinar los mandatos esenciales y el funcionamiento del CAREC y del CFNI y en examinar su estructura de gobernanza. Como consecuencia, la CCS y la OPS acordaron en colaborar en un examen de todos los mandatos esenciales de las instituciones de salud regionales (con excepción de los del CRDTL), así como en perfeccionar el marco, las prioridades y la estructura de gestión de la CCH III. Se estableció un Comité de Dirección conjunto de la CARICOM y la OPS con representación ministerial para supervisar este ejercicio.

50. Como resultado de este ejercicio, el 30 de diciembre de 2005 se presentó un informe titulado “Informe sobre el establecimiento de prioridades y el proceso de cooperación para la salud en el Caribe (CCH III) y el examen de los mandatos centrales de las instituciones regionales de salud de la CARICOM”. Poco después de finalizarse el presente informe, la OPS aceptó un pedido de los Ministros de Salud de la CARICOM para que apoyara el trabajo de determinación de las mejores opciones para la estructura de gobernanza de las instituciones de salud regionales, y del costo de establecimiento y mantenimiento de esas estructuras; formulara recomendaciones para la sostenibilidad del financiamiento de las instituciones regionales de salud; y calculara el costo de establecer una secretaría administrativa de la CCC III.

51. En la reunión celebrada los días 27 y 28 de abril de 2006, el Consejo para el Desarrollo Humano y Social examinó un informe preliminar sobre las cuestiones precedentes. Los directores de las cinco instituciones de salud regionales también presentaron una propuesta para subsanar las deficiencias específicas señaladas en el informe de Universalía, en particular, la referente a que “la mayoría de los sistemas de gobernanza de las instituciones de salud regionales necesitan fortalecerse para reforzar el nivel de compromiso y la rendición de cuentas de los funcionarios superiores encargados de tomar decisiones (ministros)”. El Consejo aceptó la propuesta de la Directora y solicitó que se elaborara un documento definitivo en el que se pormenizaran la estructura

de gestión y las repercusiones en materia de costos para presentación ulterior al Comité de Ministros de Salud, en septiembre de 2006,

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)

52. El Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, un Centro de la OPS que se concentra en la seguridad alimentaria y nutricional, se fundó en 1946 con la cooperación de la OPS y la Fundación W. K. Kellogg. Actualmente tiene su sede en Guatemala. Los países centroamericanos y la OPS propusieron el marco original para el INCAP en febrero de 1946, lo modificaron y lo ampliaron en diciembre de 1949, y adoptaron un Acuerdo Básico para el INCAP en 1953 con la propuesta de convertirlo en una institución permanente. Este Acuerdo Básico fue modificado nuevamente en 1998 y los cambios entraron en vigencia en 2003. Actualmente, el INCAP es parte del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental de la OPS.

Gobernanza del INCAP

53. El INCAP es una organización internacional con inmunidades y prerrogativas por derecho propio. Como tal, tiene sus propios procesos financieros y de personal. El Consejo Directivo del INCAP supervisa el funcionamiento del Instituto en el marco de la misión, la visión y los mecanismos institucionales políticos del centro. Por lo tanto, el Consejo Directivo examina los planes, los programas y los proyectos del INCAP, su presupuesto bienal y sus estatutos, normas y reglamentos. El Consejo del INCAP está integrado por representantes de los ministros de salud de Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá y de la Directora de la OPS.

54. El Consejo Consultivo del INCAP hace aportes técnicos al Consejo Directivo y vigila el programa y las actividades del Instituto. Está constituido por un delegado de cada uno de los Países Miembros y un delegado de la OPS.

55. El Comité Asesor Externo del INCAP está integrado por un representante de cada Estado Miembro, un representante de la OPS y cuatro expertos internacionales nombrados por el Director del INCAP. El Comité Asesor Externo formula recomendaciones con respecto a la planificación, administración, ejecución y evaluación de los programas del INCAP, sugiere nuevos proyectos y ayuda a identificar las oportunidades de movilización de recursos.

56. La OPS es miembro del INCAP y a la vez responsable de la administración del Instituto. Si bien el Acuerdo Básico del INCAP es un acuerdo permanente, el convenio para que la OPS administre el centro se renueva cada cinco años.

Proceso para alinear las funciones del INCAP

57. En el contexto de los cambios de las prioridades regionales de la OPS y los crecientes esfuerzos hacia la integración de los Países Miembros centroamericanos, en 2004 se formó un equipo para examinar la cooperación técnica del INCAP. En septiembre de 2004, el equipo elaboró un informe que proponía un plan de acción al Consejo Directivo del INCAP. En agosto de 2005, el Consejo Directivo del INCAP se reunió para examinar el informe y formuló recomendaciones encaminadas a fortalecer, entre otras cosas, la capacidad del INCAP de movilizar recursos y forjar alianzas, y solicitó a la Directora de la OPS que aumentara la delegación de autoridad con respecto al INCAP y su Director.

58. La OPS está ahora abocada al proceso de examinar y analizar internamente las opciones jurídicas y de gobernanza para el futuro del INCAP, con el propósito de alinear su participación en el INCAP con los mandatos de sus Cuerpos Directivos y con las nuevas realidades y tendencias técnicas, financieras y políticas en Centroamérica.

Intervención del Consejo Directivo

59. Se solicita al Consejo Directivo que examine el presente documento y formule observaciones para orientar a la Oficina sobre el proceso en curso.

Anexos

RECURSOS FINANCIEROS DE LOS CENTROS REGIONALES DE LA OPS
Presupuesto Bienal 2004-2005

ÍNDOLE DEL FINANCIAMIENTO	PANAFTOSA	BIREME	CAREC	CFNI	INCAP	INPPAZ	TOTAL
Presupuesto ordinario (OPS y OMS)	5.871.862	1.217.154	1.162.155	2.548.158	2.475.285	2.076.320	20.844.707
Cuotas de los Países Miembros	0	0	4.197.128	581.328	899.645	0	5.678.101
Fondos extrapresupuestarios: red de contribución de países anfitriones	200.582	2.279.009	7.928.870	1.535.035	0	218.464	13.784.969
Contribuciones de los países anfitriones	2.061.166	2.845.088	0	0	0	270.000	5.610.087
Venta de productos y servicios	1.511.798	3.590.488	1.115.780	97.117	0	4.867	7.440.602
TOTAL	9.645.408	9.931.739	14.403.933	4.761.638	3.374.930	2.569.651	53.358.466

Las cifras consideradas para el análisis del 30 de diciembre de 2005 corresponden a gastos efectivos en cada categoría.

En las cifras anteriores no se incluyen:

Fondo de previsión del CAREC	381.535
Fondo de bienes de capital del CAREC	68.912
CAREC: Provisión para prestaciones por separación del servicio	9.590
Fondo para Bienes Inmuebles del CAREC	33.104

Fuente: Presupuesto por Programas de la OPS y Apoyo a Proyectos

ANÁLISIS DE LOS RECURSOS HUMANOS DE LOS CENTROS REGIONALES DE LA OPS AL 2006

Centro	Puestos	Vacantes	Internacionales (PRFP, PRFN)	Locales y subregionales (NAP, NOP, NATP, NATN)	Ministerios (MIN)	SG (GSP)
PANAFTOSA	101	8	12	64	0	17
BIREME	65	1	5	2	58	0
INCAP ¹	2	0	2	0	0	0
CFNI	33	2	6	15	0	12
CAREC	123	14	8	115	0	0
Total	238	7	34	116	58	31

¹ En los sistemas de la OPS no se incluye al personal local del INCAP.

Fuente: Gestión de Recursos Humanos de la OPS
