



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



138.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C, EUA, 19-23 de junio de 2006

Punto 7.3 del orden del día provisional

CE138/INF/1 (Esp.)
26 de mayo de 2006
ORIGINAL: INGLÉS

EXAMEN DE LOS CENTROS PANAMERICANOS

Un entorno tecnológico, político y económico en constante evolución exige un análisis pormenorizado 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 intenso debate y examen 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 de la resolución 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 Comité Ejecutivo que examine el documento y proporcione comentarios para orientar a la Oficina en cuanto al proceso de readaptación.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Introducción	3
Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA)	4
Gobernanza de PANAFTOSA	5
Recursos financieros y humanos de PANAFTOSA	6
Situación actual de PANAFTOSA.....	6
Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME).....	7
Gobernanza de BIREME	8
Recursos financieros y humanos de BIREME.....	8
Situación actual de BIREME.....	8
Centros subregionales (INCAP, CFNI y CAREC).....	9
Gobernanza de los centros subregionales	9
Recursos financieros y humanos de los centros subregionales.....	9
Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC).....	10
Gobernanza de CAREC	10
Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI).....	11
Gobernanza de CFNI	12
Proceso para alinear los centros subregionales del Caribe (CAREC y CFNI).....	12
Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)	14
Gobernanza de INCAP	14
Proceso para alinear las funciones del INCAP.....	15
Intervención del Comité Ejecutivo	15

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 Estados 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 y alianzas.

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 Estados Miembros de la OPS. No hay ninguna duda de que, por más de medio siglo, a pesar de serias dificultades financieras recurrentes, el Centro de la OPS como modalidad de cooperación técnica resultó científicamente exitosa y políticamente flexible. Tampoco hay duda de que este enfoque de cooperación técnica está siendo rebasado por los cambios.

6. Se están explorando nuevas estructuras, acuerdos, sistemas de gobernanza y fuentes de fondos que permitan a los restantes 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. Es demasiado pronto para determinar en este momento si este proceso de crear a mediano y largo plazo un nuevo paradigma de centro para la Región y la subregión se llevará a cabo dentro de las estructuras orgánicas y el presupuesto de la OPS, fuera de ellos, o en algún lugar intermedio. No obstante, en respuesta a los mandatos de los Cuerpos Directivos, el proceso ha comenzado a conciencia y la Directora desea mantener a los Estados Miembros en pleno conocimiento de ello.

7. Por consiguiente, el propósito específico de este documento es informar a todos los Estados 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 las relaciones finales 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 Estados Miembros de la OPS, sin excepción. Dadas las planeadas y, con bastante frecuencia, las no previstas repercusiones que los Centros tienen sobre el presupuesto ordinario de la OPS/OMS en las Américas, los 38 Miembros deben seguir muy de cerca 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. En 1998, las actividades de referencia, investigación y cooperación técnica vinculadas con las zoonosis fueron transferidas del Instituto Panamericano de Protección de los Alimentos (INPPAZ) a PANAFTOSA.

Después del cierre de INPPAZ en 2005, el equipo técnico sobre inocuidad de los alimentos fue trasladado a las instalaciones de PANAFTOSA.

10. PANAFTOSA tiene tres funciones principales:

- *Investigación de vacunas y procedimientos de diagnóstico nuevos.* PANAFTOSA es uno de los laboratorios de referencia regionales de la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) para el diagnóstico de la fiebre aftosa y la estomatitis vesicular y para el control de la vacuna contra la fiebre aftosa. La mayor parte de las actividades de investigación se llevan a cabo en colaboración con la red sudamericana de laboratorios de veterinaria, coordinada por PANAFTOSA.
- *Servir de catalizador para la transferencia de tecnologías a los Estados Miembros de la OPS.* Por ejemplo, en una reunión que tuvo lugar en Chile en mayo de 2003, la Comisión Sudamericana para la Lucha contra la Fiebre Aftosa (COSALFA) solicitó a PANAFTOSA que comenzara a proveer estuches de diagnóstico para la vigilancia de la fiebre aftosa, en tanto que se procuraba conseguir una entidad asociada externa que se ocupase de la producción en gran escala a más largo plazo.
- *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 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, PANAFTOSA ha colaborado con cada uno de los países en la puesta en práctica del sistema para recibir, analizar y distribuir un informe semanal sobre enfermedades vesiculares, y en la capacitación de trabajadores estatales y del sector privado de toda América en la creación y operación de sistemas de vigilancia y control de enfermedades de los animales. Los informes de cada país contienen la ubicación de todos los presuntos brotes de enfermedades vesiculares.

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 Prevención y Control de Enfermedades. El Director de la OPS nombra al Director de PANAFTOSA, que es por lo tanto funcionario de la OPS. El Director de PANAFTOSA prepara un presupuesto planificado y un programa de trabajo para PANAFTOSA, que el Director de la OPS examina y presenta a los Cuerpos Directivos para su aprobación final.

12. Conforme a la Resolución CD12.19 del Consejo Directivo de 1968, se autorizó al Director de la OPS a convocar una reunión anual de Ministros de Agricultura y Ganadería para examinar el programa y el presupuesto del Centro. En 2000, al incluir a los Ministros de Salud de los países, la reunión cambió su nombre a RIMSA (Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura). La RIMSA se convoca cada dos años y, junto con otras reuniones continentales, presta asesoramiento para la elaboración de los programas 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. Los otros Estados Miembros contribuyen al presupuesto ordinario. La OPS proporciona personal y fondos para el mantenimiento del Centro y para sus 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 de 1987 RIMSA5.R13, aprobada en la 5.^a reunión de RIMSA, PANAFTOSA elaboró una propuesta de erradicación de la fiebre aftosa para el 2009. Se ha puesto en práctica el Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA). 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 el PHEFA. 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 RIMSA 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. PANAFTOSA, conjuntamente con la estrategia de municipios saludables de la OPS, ha estado promoviendo el trabajo en áreas comunes de los sectores de la salud, la agricultura y la ganadería y otros sectores conexos. PANAFTOSA busca áreas de interés mutuo, como los pequeños establecimientos pecuarios cercanos a las zonas urbanas y suburbanas, donde las zoonosis son un importante problema de salud.

17. 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.

18. 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 aftosa) y la inocuidad de los alimentos. La OPS cumple la función de convocar en los planos regional, subregional, nacional y subnacional, por consiguiente, PANAFTOSA debe ser un centro de salud pública veterinaria con competencia técnica en todas estas esferas.

19. El próximo reto de la OPS es determinar, con base en el análisis estratégico del grupo consultor externo, 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)

20. El Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud, que originalmente se llamó Biblioteca Regional de Medicina, fue fundado en 1967 gracias a la colaboración entre la OPS, la Escuela Paulista de Medicina (*Escola Paulista*

de Medicina), ubicada en São Paulo, Brasil, la Secretaría de Salud del Estado de São Paulo y los Ministerios de Salud y Educación de Brasil.

21. La finalidad primaria de BIREME es promover y fortalecer el acceso a la información científica y de atención de salud, y facilitar la difusión y aplicación de la investigación en ciencias de la salud en América Latina y el Caribe al establecer un centro regional de información. BIREME atiende a todos los países de América Latina y del Caribe mediante su Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y redes complementarias. BIREME funciona en colaboración con la Escuela Paulista de Medicina de São Paulo, a la cual sirve de biblioteca. BIREME también atiende a la comunidad médica de São Paulo y complementa las colecciones de la Escuela de Ciencias Médicas de la Universidad de São Paulo.

Gobernanza de BIREME

22. BIREME forma parte del área de Información y Gestión del Conocimiento de la OPS. Sus relaciones con el país anfitrión, Brasil, están determinadas por un “convenio básico,” conocido como Acuerdo de Mantenimiento y Desarrollo. La OPS es responsable de la administración de BIREME y la designación de su Director. En 2004, la OPS y los otros signatarios extendieron el acuerdo sobre BIREME para seguir suministrando información científica y técnica hasta el 2009. Un Comité Consultivo Nacional constituido por representantes de los signatarios de BIREME debe reunirse al menos dos veces al año para examinar y aprobar su programa, evaluar el Centro y fijar las cuotas anuales.

Recursos financieros y humanos de BIREME

23. La OPS proporciona personal y fondos para el mantenimiento del Centro 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 OPS ha definido los objetivos de un examen del BIREME, incluidas las relaciones jurídicas, fiduciarias, de gestión y gobernanza entre la Organización y el Centro. Actualmente se están debatiendo estos objetivos con el Brasil. El paradigma de evolución que se está buscando debe equilibrar la delegación de autonomía a BIREME y procurar que la participación futura de la OPS esté de acuerdo con las prioridades programáticas y presupuestarias aprobadas por los Cuerpos Directivos.

Centros subregionales (INCAP, CFNI y CAREC)

Gobernanza de los centros subregionales

27. El CFNI y CAREC son ambos centros subregionales para el Caribe. El INCAP es un centro subregional para Centroamérica. Al crearse estos tres Centros subregionales, la OPS firmó convenios con los Estados Miembros pertinentes de la OPS y otras instituciones para administrar 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, que a su vez depende de un Gerente de Área regional.

28. Una de las repercusiones de esta compleja estructura de gobernanza es que los mandatos y prioridades básicos están constantemente sometidos a presiones conflictivas debido a que hay tantas partes involucradas.

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 Estados 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 CAREC y CFNI son determinados por el Consejo para el Desarrollo Humano y Social (COHSOD), que es el responsable de las políticas sanitarias de la Comunidad del Caribe (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. Se han expresado inquietudes sobre la gran proporción del trabajo esencial del Centro que depende actualmente de los socios donantes o no se tiene debidamente en cuenta. 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. Sin embargo, si los déficit presupuestarios de la OPS continúan, la Organización puede verse obligada a adoptar otras medidas pertinentes, conforme sea necesario.

Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC)

32. El Centro de Epidemiología del Caribe, con sede en Trinidad y Tabago, se estableció oficialmente en 1974 como una alianza entre los países del Caribe y la OPS/OMS.

33. El trabajo del Centro abarca cuatro áreas principales: la vigilancia epidemiológica, que incluye la notificación de las enfermedades al CAREC y la información inmediata a los países de la subregión; las actividades de capacitación, de las cuales aproximadamente la mitad se cumplen en el CAREC y la mitad en otros centros; los servicios de laboratorio, con extenso apoyo del trabajo de referencia en el CAREC y el asesoramiento a los diversos Gobiernos para mejorar sus propios laboratorios; y la investigación.

Gobernanza de CAREC

34. 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 y las Normas de Gestión Financiera de la Organización, pero tiene su propio reglamento del personal, que es establecido 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 varias veces. El último acuerdo estuvo en vigencia desde enero de 2001 a diciembre de 2005. Se prorrogó recientemente por otros dos años, al cabo de los cuales deberán resolverse los problemas de gobernanza.

35. El cuerpo directivo de CAREC, conocido como el Consejo, se reúne anualmente para asesorar y formular recomendaciones al Director de la OPS. El Consejo examina el informe anual, el programa y el presupuesto propuestos, las cuotas propuestas y las políticas propuestas en cuanto a 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 COHSOD de otros Gobiernos Miembros de CARICOM, un representante de la Universidad de las Indias Occidentales, un representante del Consejo de Investigación en Salud del Caribe, un representante de la Secretaría de la CARICOM, un representante de la OPS y el Presidente del Comité Consultivo Científico.

36. El CAREC tiene un Comité Consultivo Científico que, por conducto del Consejo, informa a la Directora de la OPS sobre el programa científico de CAREC. El programa responde a las prioridades enunciadas en el programa sanitario de CARICOM, llamado Cooperación para la Salud en el Caribe (CCH). CAREC también contribuye al programa subregional de la OPS para el Caribe y recibe orientación de las áreas de trabajo de la Organización.

Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI)

37. 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, se estableció como una institución de salud regional en 1967. A diferencia del acuerdo multilateral de CAREC, el del CFNI no debe ser renovado cada cinco años.

38. Los Estados Miembros del CFNI necesitaban una institución regional que se ocupara de la alimentación y la nutrición, ya que las instituciones nacionales de la subregión del Caribe generalmente no tienen capacidad para tratar todos los aspectos de la nutrición debido a que la población es relativamente pequeña y se encuentra muy dispersa. Además, como estos servicios representan una pesada carga para los presupuestos de los servicios de salud y los países tienen muchos problemas comunes de alimentación y nutrición, se consideró que es más eficaz y económico abordar los problemas a nivel subregional.

39. 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 mejorar, describir, controlar y prevenir los problemas nutricionales y aumentar la capacidad de los países para prestar servicios nutricionales eficaces. Dado que la obesidad se ha convertido en un problema crítico en el Caribe, el CFNI ha evolucionado para considerar también este aspecto.

Gobernanza del CFNI

40. El CFNI forma parte del programa de Salud Familiar y Comunitaria de la OPS. Como el CFNI es parte de la OPS, la Organización es responsable de la administración del CFNI y de la designación de su Director, que es también un funcionario internacional de la OPS. El CFNI emplea los mismos procesos financieros y de personal de la OPS.

41. 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 Estados Miembros del CFNI, la Universidad de las Indias Occidentales, la Universidad de Guyana, la CARICOM, la OPS y otros expertos técnicos pertinentes, formula recomendaciones técnicas al PAC. La composición del PAC es similar, pero está más orientada a las políticas; incluye a representantes de los ministerios de salud y de agricultura y ganadería, la Secretaría de la CARICOM, la Universidad de las Indias Occidentales, la Universidad de Guyana y la OPS. El PAC examina las recomendaciones técnicas del SAC y formula recomendaciones sobre el programa y el presupuesto propuestos y sobre las cuotas a la Directora de la OPS. Las últimas reuniones del PAC y el SAC tuvieron lugar en 2005.

42. Si bien la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO) fue un 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 ser modificado para reflejar este y otros cambios.

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

43. Con respecto al CAREC y el CFNI fue preciso formular mayores aclaraciones en cinco esferas:

- a) Definición de las funciones básicas
- b) Estructura (definida sobre la base de las funciones básicas)
- c) Financiamiento
- d) Administración
- e) Gobernanza

44. 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). La CCH es un mecanismo mediante el cual los Estados 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.

45. En julio de 2001, la Secretaría de la CARICOM formuló la Declaración de Nassau sobre Salud en la que se encomendaba:

- a) La evaluación de la CCH II y la elaboración de la CCH III para presentarlas al Consejo de Desarrollo Humano y Social. Para cumplir con este pedido, la Secretaría de la CARICOM, con el apoyo de la OPS, realizó una evaluación de la CCH II y un análisis de las cuestiones sanitarias nuevas o incipientes. Los informes fueron examinados por un equipo interdisciplinario integrado por médicos jefes, directores de instituciones sanitarias regionales y la OPS. En ellos se recomendaban ocho prioridades para la CCH III: la infección por el VIH y el sida, las enfermedades no transmisibles crónicas, la salud mental, la alimentación y la nutrición, la salud ambiental y la salud de la familia y el desarrollo de los recursos humanos y el fortalecimiento de los sistemas sanitarios. La OPS también apoyó y participó en una reunión de la Secretaría de la CARICOM y funcionarios sanitarios, al objeto de establecer las metas y los indicadores correspondientes a cada una de estas esferas prioritarias. Sobre la base de estos estudios y análisis, el Consejo de Desarrollo Humano y Social aprobó las recomendaciones planteadas en la Reunión de Médicos Jefes, celebrada en abril de 2006, y pidió que el proyecto definitivo del programa de la CCH III se presentara al Comité de Ministros de Salud en septiembre de 2006.
- b) El examen de las instituciones de salud regionales: la Secretaría de la CARICOM movilizó recursos para realizar un examen de la gestión de las instituciones de salud regionales, a saber, el Centro de Epidemiología del Caribe, el Instituto de Salud Ambiental del Caribe (CEHI), el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe, el Consejo del Caribe de Investigación en Salud (CHRC) y el Centro de Referencia para el Control de Calidad de Medicamentos del Caribe (CRDTL). La finalidad del examen fue suministrar información a los Jefes de Gobierno de los Estados de 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

subregión del Caribe. La Secretaría contrató a la empresa de consultoría Universalía de Canadá para que examinara las instituciones de salud regionales. La OPS participó en este proceso como miembro del Comité Directivo del examen. 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:

- 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 de la subregión 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).
- El Consejo de Desarrollo Humano y Social encomendó a la Secretaría de la CARICOM que examinara nuevamente la estructura de la gobernanza y estableciera algún financiamiento sostenible para las instituciones de salud regionales.

46. Al mismo tiempo que este proceso y teniendo en cuenta su política regional en materia de presupuesto, la OPS inició un estudio sobre las prioridades de la subregión en materia de salud para determinar el fortalecimiento de su cooperación técnica en y con la subregión. Ello incluyó un examen de la Oficina de Coordinación de Programas del Caribe, el CAREC y el CFNI. Habida cuenta de que la OPS estaba realizando estas actividades, la Secretaría de la CARICOM aceptó el ofrecimiento de la OPS de incluir en su estudio el examen de los mandatos centrales del CAREC y el CFNI. En septiembre de 2005, la OPS presentó un informe preliminar al Comité de Ministros de Salud de la CARICOM.

47. Tras recibir el informe, los ministros de la CARICOM pidieron a la OPS que ampliara el alcance del examen a fin de analizar, conjuntamente con la Secretaría de la CARICOM, todas las instituciones de salud regionales (excepto el CRDTL), y examinar el marco, las prioridades y la estructura de gestión de la CCH III. Así, 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 CARICOM”. En el momento de finalizarse el presente informe, la OPS aceptó un pedido de los ministros de salud de la CARICOM para que apoyara una actividad que permitiera determinar la estructura de gobernanza optativa de las instituciones de salud regionales y su costo; determinara el costo de la estructura de gestión de la CCH III; formulara

recomendaciones para movilizar recursos para apoyarla; y señalara un sistema de financiamiento sostenible de las instituciones de salud regionales.

48. El Consejo para el Desarrollo Humano y Social se reunió los días 27 y 28 de abril de 2006 y los directores de las cinco instituciones de salud regionales presentaron una propuesta para mejorar la estructura de gobernanza. En dicha propuesta se hacía hincapié en el fortalecimiento de los sistemas de gobernanza, el compromiso de los funcionarios superiores del gobierno, la rendición de cuentas y la reducción de costos del sistema de gobernanza. El Consejo aceptó la propuesta de ejecución 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 después presentarlo al Comité de Ministros de Salud, en septiembre de 2006,

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)

49. 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 Estados 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

50. 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.

51. 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 Estados Miembros y un delegado de la OPS.

52. 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.

53. 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

54. En el contexto de los cambios de las prioridades regionales de la OPS y los crecientes esfuerzos hacia la integración de los Estados 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.

55. 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 Comité Ejecutivo

56. Se solicita al Comité Ejecutivo que examine el presente documento y formule observaciones para orientar a la Oficina en cuanto al proceso de realineación.

Anexos

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

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

Anexo B
Análisis de los recursos humanos de los centros regionales de la OPS
En febrero de 2006

Centro	Puestos	Vacantes	Internacionales (PRFP, PRFN)	Locales (NAP, NOP, NATP, NATN)	Ministerios (MIN)	SG (GSP)
PANAFTOSA	97	5	12	61	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	43	0	7	36	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
