



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



50.º CONSEJO DIRECTIVO 62.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010

Punto 4.5 del orden del día provisional

CD50/9 (Esp.)
3 de agosto del 2010
ORIGINAL: ESPAÑOL

SITUACIÓN DE LOS CENTROS PANAMERICANOS

Introducción

1. Un entorno epidemiológico, tecnológico, político y económico en evolución exige un análisis continuo de muchos de los enfoques de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en materia de cooperación técnica. Los centros panamericanos de la OPS han sido una modalidad importante de cooperación durante casi 60 años. En ese período, la OPS ha creado o administrado 13 centros, ha suprimido seis y ha transferido uno de ellos a sus propios órganos directivos. Estas instituciones han sido tema de debate y examen periódico en los Cuerpos Directivos de la OPS por lo menos desde los años sesenta.

2. Este documento fue elaborado en respuesta al mandato permanente de los Cuerpos Directivos de realizar exámenes y evaluaciones periódicos de los centros panamericanos. En él se proporciona una actualización sobre el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME), el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC), el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) y el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS). Además se informa acerca de la transferencia de la administración del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) de la OPS al Consejo Directivo del Instituto, del proceso de creación del Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA) y del estado actual del Programa de Bioética en Chile.

Antecedentes

3. El tema de los centros panamericanos ha sido tratado muchas veces por los Cuerpos Directivos desde 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, estos centros siguieran siendo una modalidad apropiada y eficaz de la OPS para prestar cooperación técnica. Los Cuerpos Directivos también han alentado al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) 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 sus propios países y otros Estados Miembros de la OPS.

4. De acuerdo con lo establecido por la Conferencia Sanitaria Panamericana en 1978, un centro de la OPS debe ser parte integrante 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, programáticas y de gestión. La pregunta clave sigue siendo la misma que en los últimos treinta años: 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. 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 de especialización. La Oficina está trabajando intensamente en diversos frentes para armonizar estos centros con las políticas regionales de los Cuerpos Directivos, incluidos los criterios de asignaciones subregionales.

6. 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 dichos 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.

7. Los centros panamericanos son de interés para todos y cada uno de los Estados Miembros de la OPS, teniendo en cuenta la cooperación que pueden recibir de dichos centros y la repercusión que tienen sobre el presupuesto ordinario de la OPS en la Región de las Américas.

Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA)

8. 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. Su finalidad inicial fue ejecutar el Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa, 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 el 2005, el equipo técnico sobre inocuidad de los alimentos fue trasladado a las instalaciones de PANAFTOSA.

Avances recientes de PANAFTOSA

9. Después de la Resolución RIMSA5.R13 (1987), aprobada en la 5.^a Reunión Interamericana a nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA), PANAFTOSA elaboró una propuesta de erradicación de la fiebre aftosa para el 2009. También se relaciona estrechamente con este asunto el Grupo Interamericano para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (GIEFA), resultado de una reunión continental sobre la zoonosis celebrada en Houston (Texas). PANAFTOSA ejerce las funciones de secretaría técnica del GIEFA.

10. A raíz de la convergencia que se observa entre la salud humana y la salud animal, 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.

11. El equipo técnico de PANAFTOSA trabaja estrechamente con la Representación de la OPS en Brasil y ha presentado un proyecto de desarrollo institucional de PANAFTOSA a la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana para su consideración.

12. En la reunión 37 de la Comisión Sudamericana para la Lucha contra la Fiebre Aftosa (COSALFA), realizada en Georgetown, Guyana, el 11 y 12 de mayo del 2010, la Resolución I, Proyecto para el Fortalecimiento de la Cooperación Técnica de PANAFTOSA/OPS-OMS hacia la Consolidación del Plan Hemisférico de Erradicación de la Fiebre Aftosa, solicita a la Dirección de la OPS que establezca un Fondo Fiduciario para financiar la implementación del Proyecto del Fortalecimiento.

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

13. BIREME se fundó en 1967 gracias a la colaboración entre la OPS y cuatro instituciones brasileñas: la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP), la Secretaría de Salud del Estado del São Paulo, el Ministerio de Salud y Ministerio de Educación. BIREME está ubicado en el recinto universitario de la UNIFESP, en São Paulo.

Avances recientes de BIREME

14. En el 2009, BIREME fue beneficiada por el más importante avance institucional desde su creación a raíz de la aprobación de un nuevo marco institucional, de gobernanza, operación y financiamiento, en respuesta a la creciente amplitud, densidad y complejidad de las funciones ejercidas por BIREME en los ámbitos regional y mundial.

15. El anterior marco se regía por el Convenio de Mantenimiento de BIREME suscrito en 1967 por la OPS y el Gobierno del Brasil, por intermedio del Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, la Secretaría de Salud del Estado de São Paulo y la UNIFESP. Desde su suscripción, este acuerdo se renovó cada cuatro o cinco años. La última renovación tenía vigencia originalmente hasta fines del 2009, pero fue prorrogada hasta el 31 de diciembre del 2010 con el objetivo de abarcar el período de transición para la implantación del nuevo marco institucional de BIREME.

16. El documento principal que define el nuevo marco institucional es el Estatuto de BIREME aprobado por el 49.º Consejo Directivo (2009) después de un amplio proceso de consulta conducido por la OPS en los últimos cinco años, en el que también participaron los Estados Miembros de la Organización, particularmente el Gobierno del Brasil bajo el liderazgo del Ministerio de Salud. Dicho Estatuto establece un Comité Asesor de BIREME con dos miembros permanentes y cinco miembros no permanentes elegidos por el Consejo Directivo de la OPS.

17. El 49.º Consejo Directivo eligió cinco países: Argentina, Chile, Jamaica, México y República Dominicana para formar parte del Consejo Asesor y estableció la duración del mandato de Argentina, Chile y República Dominicana por tres años y el mandato de Jamaica y México por dos años para el primer Consejo, a fin de garantizar la continuidad de la alternancia de los miembros no permanentes en el futuro.

18. La vigencia plena del nuevo marco institucional de BIREME establecido en su Estatuto requiere que se pongan en marcha las siguientes medidas:

- Renegociación y firma de un nuevo Convenio Básico de BIREME: La OPS ha acordado un borrador de Convenio Básico con el Ministerio de Salud del Brasil en agosto del 2010, que se encuentra en estudio por el Ministerio de Relaciones Exteriores.
- Establecimiento de un nuevo acuerdo de instalaciones y funcionamiento de BIREME en el recinto universitario de UNIFESP: En agosto del 2010 se mantuvieron negociaciones con UNIFESP, que actualmente está preparando un borrador de acuerdo conforme los términos acordados con la OPS/OMS

- Reunión del Comité Asesor de BIREME: La sesión de instalación del Consejo Asesor de BIREME se llevará a cabo el 31 de Agosto del 2010, con la participación de los cinco Miembros Participantes (Argentina, Chile, Jamaica, México y República Dominicana) y los dos Miembros Permanentes (Brasil y OPS). En esta sesión se adoptará el nuevo Reglamento interno del Consejo y se designarán los miembros del Comité Científico de BIREME.
- Reunión del Comité Científico de BIREME: con un programa de trabajo centrado en el análisis y las recomendaciones sobre el plan de trabajo, sus productos, servicios, métodos y tecnologías de información científica.

Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS)

19. El Acuerdo para el establecimiento del CEPIS fue suscrito en 1971 entre la OPS y el Gobierno del Perú, y continúa vigente a la fecha.

Avances recientes

20. En diciembre del 2005 se transfirió el laboratorio del CEPIS al Gobierno del Perú, quedando a cargo de la Dirección General de Salud Ambiental del Ministerio de Salud.

21. En el 2007, la Representación de la OPS en el Perú se trasladó al edificio donde funciona la sede del CEPIS, y la sede de la Representación, propiedad de la OPS, fue permutada con la sede del CEPIS, propiedad del Gobierno del Perú. Ahora en el mismo edificio, que pasó a ser propiedad de la OPS, funcionan tanto el CEPIS como la Representación, lo cual permite utilizar una sola administración y optimizar gastos operativos.

22. La OPS, a través de la Representación, está redefiniendo con el Gobierno del Perú la transformación del CEPIS en un Equipo Técnico Regional sobre Agua y Saneamiento (ETRAS) de acuerdo con un marco legal y programático modificado.

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)

23. El CLAP fue creado el 2 de febrero de 1970 mediante un acuerdo entre el Gobierno del Uruguay, la Universidad de la República y la OPS, el que fue renovado periódicamente y cuya última prórroga vence el 28 de febrero del 2011.

Avances recientes

24. El Gobierno de Uruguay, por intermedio de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), proporcionará nuevas instalaciones físicas en el año 2010 (en

el Edificio Libertad en la Ciudad de Montevideo) para la reubicación de la Representación de Uruguay y del CLAP.

25. La ubicación de la Representación de la OPS y del CLAP en las mismas instalaciones físicas presenta una clara oportunidad de que ambas entidades compartan los servicios administrativos y mejoren su eficiencia institucional.

26. En consecuencia, la Dirección de la Oficina ha solicitado una evaluación inicial de la fusión de los servicios administrativos en estas oficinas y una propuesta de los pasos necesarios para lograr la fusión administrativa y el traslado a las nuevas instalaciones.

El Programa Regional de Bioética

27. El Programa Regional de Bioética fue establecido en Santiago de Chile en 1994, por un Convenio tripartito entre la OPS, la Universidad de Chile y el Gobierno de Chile. En el año 2000, el 42º Consejo Directivo de OPS, tras conocer de sus actividades y desarrollo, recomendó su continuación e instó a los Estados Miembros a fomentar la reflexión bioética en el contexto de sus planes y programas de asistencia e investigación en salud (resolución CD42.R6 [2000]). Asimismo ha colaborado en actividades programadas por instituciones académicas y de servicio, ha conducido investigaciones y encuestas y ha contribuido al trabajo de las Representaciones OPS en la mayor parte de los Estados Miembros de la Región de América Latina y el Caribe. Las actividades regionales del Programa se han beneficiado por la estrecha colaboración con el Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética de la Universidad de Chile (CIEB), que en el año 2007 se convirtió en un Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud.

Avances recientes del Programa Regional de Bioética

28. Desde su creación se han capacitado más de 500 personas en diversos temas de Bioética de OPS y el CIEB de Chile lo que ha permitido generar una red de interlocutores. Se ha mantenido un listado actualizado de comités de ética en los países de la Región, y recientemente se creó una red de Centros Colaboradores de la OMS en Bioética, de los cuales 3 se encuentran en la Región de las Américas: el Centro Colaborador de la Universidad de Chile (CIEB), el Centro Colaborador de Bioética de la Universidad de Toronto y el Centro Colaborador de Ética y Políticas de salud Global de la Universidad de Miami.

29. Actualmente se está evaluando la posibilidad de renegociar los términos del Convenio tripartito suscrito en 1994, para continuar el trabajo de la Organización en el área de bioética a nivel regional a través de otras modalidades, incluyendo el trabajo con los Centros Colaboradores de la OMS en la Región, dando especial énfasis al Centro Colaborador de la Universidad de Chile.

Centros Subregionales (CAREC, CFNI e INCAP) y la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA)

30. 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 Centroamérica. Al crearse estos tres centros subregionales, la OPS suscribió convenios con los Estados Miembros pertinentes y otras instituciones para que la Organización administrase los centros en su nombre o para establecer otras modalidades de gobernanza. Los centros subregionales cuentan con sus propios órganos directivos o comités o consejos consultivos-técnicos, que proporcionan información y recomendaciones a sus Estados Miembros y al Director de la OPS.

Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC)

31. El CAREC, con sede en Trinidad y Tabago, se estableció oficialmente en 1975 como una alianza entre 21 países del Caribe y la OPS. Los Estados 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 Estados 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.

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

Avances recientes

33. El CAREC es una de las instituciones regionales de salud propuestas para la transición a la nueva Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA). En preparación para la transición, se hicieron evaluaciones destinadas a fortalecer los sistemas del Centro, para garantizar que se observen las reglas y reglamentos del CAREC durante la transición y que sus programas estén alineados con la cooperación técnica de la OPS. Las funciones esenciales del CAREC serán las de una institución de vigilancia epidemiológica y de la salud pública, con un laboratorio que apoyará principalmente las actividades de vigilancia.

34. Se aplican dos estrategias principales:

- Fortalecer el CAREC para que pueda satisfacer las necesidades de sus Estados Miembros.
- Apoyar y fortalecer la capacidad nacional de tal modo que existan servicios de calidad sostenible para la prevención y el manejo de las enfermedades y las afecciones crónicas.

35. El Consejo Asesor del CAREC se reunió en julio del 2010 y en las resoluciones incluyó una solicitud a la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana para que brinde su apoyo y experiencia técnica en las conversaciones acerca de CARPHA que sostendrán los representantes de la CARICOM y del Gobierno de Trinidad y Tabago. Además, el Consejo instó a la OPS/CAREC, al Comité Directivo de CARPHA y al Gobierno de Trinidad y Tabago a que continúen dialogando para ayudar a facilitar una transición sin tropiezos del CAREC a CARPHA.

Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI)

36. El CFNI, con sede en el Campus Mona de la Universidad de las Indias Occidentales en Jamaica y que cuenta con un subcentro en el Campus San Agustín de esta universidad en Trinidad y Tabago, se estableció como institución de salud regional por medio de un acuerdo multilateral suscrito en 1967, a fin de buscar una manera de enfrentar las dificultades en materia de alimentación y nutrición en los países del Caribe.

37. El Comité Consultivo sobre Políticas (PAC) del CFNI se reunió el 19 de julio del 2010 y entre las resoluciones emanadas de dicha reunión, el PAC recomienda que la OPS formule un plan de transición con respecto al cierre definitivo del CFNI. También estipula que el CFNI debe seguir trabajando con el equipo de implementación de CARPHA para asegurar que los componentes de alimentación y nutrición sean incorporados en sus planes de ejecución. El PAC además identificó las siguientes seis prioridades para el programa de trabajo del CFNI: 1) Seguridad alimentaria e inocuidad de los alimentos; 2) Obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición; 3) Enfermedades relacionadas con las carencias nutricionales; 4) Servicios dietéticos institucionales; 5) Nutrición en el curso de vida; y 6) Desarrollo de recursos humanos.

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

38. Desde 1984, la OPS ha colaborado estrechamente con la Secretaría de la Comunidad del Caribe (CARICOM) para diseñar la Iniciativa de Cooperación para la Salud en el Caribe (CCH), el principal marco de trabajo para acción conjunta en materia

de salud entre los países de la CARICOM. Esta iniciativa, actualmente en su tercera fase (CCH3), es un mecanismo mediante el cual los Estados Miembros de la Comunidad del Caribe:

- centralizan 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 criterios 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.

Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA)

39. En marzo del 2010, los jefes de los gobiernos de los países de la CARICOM aprobaron el establecimiento de la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA, por sus siglas en inglés), cuya sede estaría en Trinidad y Tabago. Se prevé que CARPHA será un organismo en pleno funcionamiento para mediados del 2014.

40. Los retos de salud pública del Caribe exigen el fortalecimiento y la racionalización de las actuales instituciones regionales de salud para mejorar las sinergias y, al mismo tiempo, prestar servicios más eficientes y eficaces. La solución óptima es, por lo tanto, la integración de estas instituciones en un único organismo de salud pública con un mandato más amplio e integral; de ese modo, aumentará el alcance y la profundidad del apoyo prestado a los Estados Miembros para afrontar los retos comunes de salud pública.

41. CARPHA integrará las funciones y la administración de las cinco instituciones de salud subregionales existentes en el Caribe: los dos centros actualmente administrados por la OPS (CAREC y CFNI); el Instituto de Salud Ambiental del Caribe (CEHI), el Laboratorio Regional del Caribe para el Análisis de Medicamentos (CRDTL) y el Consejo de Investigación de Salud del Caribe (CHRC). El organismo propuesto racionalizará las funciones de las actuales instituciones subregionales de salud y tendrá un mandato más integral, con el fin de abordar las amenazas nuevas y emergentes para la salud pública en la subregión más amplia del Caribe.

Visión de CARPHA

42. La visión de CARPHA es un Caribe en el cual se promueva la salud de las personas y se las proteja de las enfermedades, las lesiones y la discapacidad.

Misión de CARPHA

43. La misión de CARPHA abarca dos elementos:
- Proporcionar orientación estratégica al analizar y definir las prioridades de salud pública de la CARICOM y al responder a ellas, a fin de prevenir las enfermedades, promover la salud y hacer frente a las emergencias de salud pública.
 - Brindar apoyo a la solidaridad en la salud como uno de los principales pilares de la cooperación funcional en la Comunidad del Caribe.

Disposiciones concernientes a la gobernanza y la gestión

- Se espera que CARPHA se convierta en una persona jurídica en diciembre del 2010.
- El órgano de gobernanza estará integrado por el Consejo de Ministros de los Estados Miembros del CARPHA, que a su vez informa a los jefes de los gobiernos de los países de la CARICOM.
- Un consejo ejecutivo y un comité consultivo técnico informarán a su vez al Consejo para el Desarrollo Humano y Social (COHSOD) de la CARICOM. Un equipo de gestión, encabezado por un director ejecutivo, informará al consejo ejecutivo.

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)

44. El INCAP fue fundado en 1946 con la cooperación de la OPS y la Fundación W. K. Kellogg, para contribuir al desarrollo y mejoramiento de la seguridad alimentaria y nutricional en la subregión. Actualmente tiene su sede en la Ciudad de Guatemala y reconoce su base legal en el Convenio Básico del INCAP suscrito en 1998 (que entró en vigencia el 22 de enero del 2003), y el Ajuste al Convenio Básico para la Reorganización Interna del INCAP, aprobado en octubre del 2009.

Avances recientes del INCAP

45. Conforme lo aprobado por el Comité Ejecutivo mediante resolución CE144.R20 (2009) y por el Consejo Directivo de la OPS mediante resolución CD49.R16 (2009), la OPS transfirió la administración del INCAP a su Consejo Directivo el 21 de enero del 2010.

46. El Consejo Directivo del Instituto asumió desde ese día la administración plena del INCAP, previa suscripción de un acta de transferencia de la administración con la OPS. Mediante este documento el Consejo Directivo del INCAP aceptó todas las responsabilidades y derechos inherentes a la administración del Instituto, y asimismo liberó a la OPS de toda responsabilidad relativa al ejercicio de la administración durante los últimos 60 años.

47. La OPS continúa siendo miembro pleno en propiedad del INCAP, al igual que sus ocho Estados Miembros, y asimismo seguirá colaborando en actividades de cooperación técnica en seguridad alimentaria y nutricional en la subregión a través de un acuerdo de cooperación técnica con el INCAP suscrito el 21 de enero del 2010, y otros instrumentos legales que se suscriban en el futuro.

48. Esta fase final del proceso fue un caso exitoso de transferencia ordenada y transparente de la responsabilidad por la administración de un Centro a sus Estados Miembros, sentando las bases para la sostenibilidad del INCAP y estableciendo líneas de cooperación futura en beneficio de sus países miembros.

Intervención del Consejo Directivo

49. Se solicita al Consejo Directivo que examine la información que se proporciona en este documento y que estudie la posibilidad de aprobar el proyecto de resolución en el anexo B.

Anexos



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CD50/9 (Esp.)
Anexo A

**PLANTILLA ANALÍTICA PARA VINCULAR LOS PUNTOS DEL ORDEN DEL DÍA
CON LOS MANDATOS INSTITUCIONALES**

1. Punto del orden del día: 4.5: Situación de los centros panamericanos

2. Unidad a cargo: Director Adjunto; Subdirectora; Planificación, Presupuesto y Coordinación de Recursos/ Unidad de Desarrollo Institucional (DD, AD, PBR/IDU)

3. Funcionario a cargo: Dr. Carlos Samayoa, PBR/IDU

4. Lista de centros colaboradores e instituciones nacionales vinculadas a este punto del orden del día:

- PANAFTOSA
- BIREME
- CEPIS
- CLAP
- INCAP
- CFNI
- CAREC
- CARPHA
- Programa Regional de BIOETICA

5. Vínculo entre este punto del orden del día y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017:

Los centros panamericanos son una modalidad de cooperación técnica de la OPS para cumplir muchas de las áreas de acción planteadas en la Agenda.

6. Vínculo entre este punto del orden del día y el Plan Estratégico 2008-2012:

Al Igual que con la Agenda de Salud de las Américas, los centros panamericanos constituyen un mecanismo para apoyar a la Oficina en la consecución de casi todos los Objetivos Estratégicos del Plan 2008-2012.

7. Prácticas óptimas en esta área y ejemplos de países de la Región de las Américas:

La reciente transición Administrativa del INCAP de OPS al Consejo Directivo del Instituto con negociaciones exitosas y amistosas, entre el Consejo Directivo, la OPS y la Asociación de Personal del Instituto, logró que se lograra una nueva etapa del INCAP, sin los conflictos de procesos similares que se dieron con otros centros panamericanos y sentó las bases para el futuro desarrollo y sostenibilidad institucional del Instituto, manteniendo relaciones de cooperación con la OPS, pero sin continuar dependiendo de la Organización.

Este proceso puede servir de lecciones aprendidas en otros procesos en los cuáles están otros centros panamericanos como PANAFTOSA, el CEPIS, CAREC, CLAP y Bioética, entre otros).

8. Repercusiones financieras del punto del orden del día:

Reducir la dependencia financiera de los centros panamericanos de la OPS y buscar nuevas formas de financiamiento de los mismos sin poner en riesgo su sostenibilidad institucional ni sus roles técnicos en apoyo a sus Estados Miembros.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



50.º CONSEJO DIRECTIVO **62.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL**

Washington, D.C., EUA, del 27 de septiembre al 1 de octubre del 2010

CD50/9 (Esp.)
Anexo B

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

CENTROS PANAMERICANOS

EL 50.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora *Situación de los centros panamericanos* (Documento CD50/9);

Considerando el mandato de la Conferencia Sanitaria Panamericana (Resolución CSP20.R31 [1978]) para que se efectúe una evaluación periódica de cada uno de los Centros Panamericanos;

Tomando nota que la constante evolución del entorno político, tecnológico y económico en los Estados Miembros de la OPS hace necesario actualizar y reexaminar las modalidades de cooperación técnica que presta la Organización, a fin de optimizar su eficacia;

Reconociendo los esfuerzos de la Oficina para armonizar los Centros Panamericanos con las políticas regionales aprobadas por los Cuerpos Directivos de la OPS,

RESUELVE:

1. Tomar nota de la transferencia exitosa de la administración del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) al Consejo Directivo del Instituto, y agradecer a la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana por haber conducido este proceso de transferencia de manera participativa, eficaz y transparente, habiendo logrado los consensos necesarios para permitir la viabilidad del Instituto en esta nueva etapa de su autonomía administrativa.

2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) continúen colaborando con la Oficina en la evaluación periódica de los Centros Panamericanos, con el objeto de determinar si éstos continúan ofreciendo la modalidad más apropiada y eficaz de cooperación técnica;
 - b) continúen trabajando estrechamente con la Oficina en el desarrollo institucional de los Centros Panamericanos, en su redefinición hacia otras modalidades de funcionamiento que permitan optimizar sus gastos operativos y, cuando sea oportuno, en la transferencia de la responsabilidad por la administración u operación de los mismos a los Estados Miembros o a organizaciones subregionales conformadas por éstos.
3. Solicitar a la Directora:
 - a) que continúe trabajando en consulta con el Gobierno del Brasil en la elaboración de un Proyecto de Desarrollo Institucional del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) para su presentación a los Cuerpos Directivos de la OPS en el año 2011;
 - b) que apoye el establecimiento de un fondo fiduciario que concentrará recursos financieros movilizados para la eliminación de la fiebre aftosa en la Región de las Américas;
 - c) que continúe las negociaciones con el Gobierno del Brasil a fin de concluir el establecimiento del nuevo marco institucional del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME), incluyendo la conclusión de un nuevo convenio básico para BIREME en el Brasil y un nuevo acuerdo de instalaciones y funcionamiento de BIREME en el recinto de la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP);
 - d) que continúe las negociaciones con el Gobierno del Perú para transformar el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) en un Equipo Técnico Regional sobre Agua y Saneamiento (ETRAS);
 - e) que continúe la evaluación del acuerdo sobre el Programa Regional de Bioética con el Gobierno de Chile y la Universidad de Chile, y las distintas modalidades disponibles para continuar el trabajo de la Organización en bioética en la Región;
 - f) que continúe trabajando con la Secretaría de la Comunidad del Caribe (CARICOM) para implementar la Iniciativa de Cooperación para la Salud en el

Caribe en su tercera etapa (CCH 3) y la transferencia de las funciones y recursos pertinentes del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) al ámbito de la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA), de conformidad con los términos y condiciones que se acuerden oportunamente con los Estados Miembros.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CD50/9 (Esp.)
Anexo C

**Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para
la Oficina de los proyectos de resolución**

1. Punto del orden del día: 4.5: Situación de los centros panamericanos
2. Relación con el presupuesto por programas: a) Área de trabajo: Diversas áreas de trabajo de AD, DD y PBR/IDU b) Resultado previsto: Diversos resultados especificados en el PTB de cada centro
3. Repercusiones financieras a) Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades): A ser determinado según la situación particular de cada centro. b) Costo estimado para el bienio 2010-2011 (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades): Según el presupuesto del PTB de cada centro. c) Del costo estimado que se indica en el apartado b), ¿qué parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?: Según los presupuestos asignados a cada centro.
4. Repercusiones administrativas a) Indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas: Al nivel nacional y subregional (en los centros) y al nivel regional. b) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal): No hay necesidades adicionales de personal. c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación): Se rendiría un nuevo informe durante el 51.º Consejo Directivo en el 2011.