



# ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

XXVIII Reunión

# ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD



XXXIII Reunión

Washington, D.C.  
Septiembre-October 1981

INDEXED

## Tema 15 a) del programa provisional

CD28/33 (Esp.)  
29 julio 1981  
ORIGINAL: INGLES

## ESTADO DE LA EVALUACION DE LOS CENTROS PANAMERICANOS: CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA DEL CARIBE (CAREC)

En este documento se describe la evaluación y el examen a plazo medio del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC). El Informe de Evaluación, que se preparó de acuerdo con el procedimiento aprobado por la 82a Reunión del Comité Ejecutivo, fue sometido a la consideración del Director de la OSP. (Véase Documento CD27/23.) El Grupo estuvo integrado por el Dr. Laurence Charles (Antigua), el Dr. Robert de Caires (Estados Unidos de América), el Dr. Paulo de Almeida Machado (Brasil) y el Dr. David Sencer (Estados Unidos de América). Enviaron respuesta por escrito a las preguntas fundamentales formuladas en el curso de la evaluación los siguientes países: Barbados, Bermuda, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, Guyana, Jamaica, San Vicente y Granadinas, y Trinidad y Tabago. Además, se recibieron respuestas de la Administración del Reino Unido para el Desarrollo de Ultramar (ADU) y de la Universidad de las Indias Occidentales. (En el Documento CD27/23, ADD. I figura un resumen básico de esas respuestas oficiales.) El examen a plazo medio comprende tres períodos: evolución y desarrollo del Centro, de 1975 a 1979; consolidación y establecimiento del orden de prioridad, de 1980 a 1984 (Resolución XXIX de la XXVII Reunión del Consejo Directivo), y evolución futura, de 1985 en adelante.

En su 86a Reunión, el Comité Ejecutivo examinó la documentación anterior, y los resultados del examen se recogen en la Resolución XV (Anexo V). Posteriormente, la Séptima Conferencia de Ministros de Salud del Caribe (Belice, 14-16 de julio de 1981) analizó todos los documentos disponibles y reiteró su apoyo al Centro por la Resolución No. 29 (Anexo VI). Se invita al Consejo Directivo a examinar esos documentos, particularmente en lo que respecta al déficit financiero para el bienio en curso como resultado del propósito de la ADU de no abonar su contribución a CAREC para 1980.

En septiembre de 1980, el Gobierno de Trinidad y Tabago designó un comité especial para que hiciera un examen independiente de CAREC y comunicara sus resultados al Gabinete. A solicitud del Gobierno Huésped, la OPS envió un alto oficial médico a Puerto España para reunirse con el comité especial. El 9 de abril de 1981 el comité especial presentó su informe al Gobierno de Trinidad y Tabago.

De acuerdo con lo dispuesto en la Resolución XXIX de la XXVII Reunión del Consejo Directivo, toda la documentación disponible, junto con las actas y la información respecto a los antecedentes del proceso de evaluación, se transmitieron al Presidente y a los miembros del Consejo de CAREC el 4 de noviembre de 1980. (Véase en el Anexo III la lista de apéndices).

El 10 de diciembre de 1980 se recibió una comunicación de la Administración del Reino Unido para el Desarrollo de Ultramar (ADU) a propósito de que las autoridades financieras del Reino Unido se negaban a establecer otro período de financiamiento para CAREC, pareciendo dudoso que la ADU asignara fondos para el Centro en 1980-1981. Durante el período comprendido entre diciembre de 1980 y fines de marzo de 1981, la Organización facilitó a la ADU información adicional y proyecciones presupuestarias detalladas para 1980-1985. En la reunión del Consejo de CAREC, los representantes de la ADU indicaron que, aunque no se facilitarían fondos para 1980, se haría lo posible por recabar algunos recursos para el período 1981-1984.

En febrero de 1981, la Secretaría preparó un breve análisis y un documento de instrucciones para que el Comité Asesor Científico (CAC) los utilizara en su formulación de recomendaciones al Director de la OSP y al Consejo respecto al futuro orden de prioridad del programa. (Véase el Anexo II.) El CAC se reunió del 16 al 18 de marzo de 1981 y formuló sus recomendaciones al Consejo de CAREC, en su reunión del 13 al 15 de abril. El informe se adjunta como Anexo I.

Desde el 26 de enero hasta el 5 de febrero de 1981 se realizó una evaluación del proyecto de CAREC "Vigilancia Epidemiológica y Adiestramiento", costado con fondos extrapresupuestarios. El objetivo de ese proyecto, cuya duración prevista es de tres años, consiste en mejorar las condiciones de salud de las poblaciones del Caribe, reduciendo al efecto la incidencia y la prevalencia de las enfermedades infecciosas. El proyecto está costado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID). (Véase el Anexo IV.)

También se emprendió un análisis de los costos de gestión y administración del Centro. En general se reconoce que en la determinación de los costos institucionales influyen muchas variables, así como también

factores complejos. En un reciente informe de las Naciones Unidas<sup>1</sup> se consideran incluidos en esos costos los gastos de gestión y administración continuos y a largo plazo, por ejemplo los correspondientes a órganos directivos, personal básico, locales, suministros y equipo de oficina, servicios y vehículos. Los Centros Panamericanos constituyen un mecanismo importante en el programa de cooperación técnica de la OPS con los países. Cada Centro es único por su combinación de funciones, su orientación técnica y su radio de operación, y cada uno tiene sus propios arreglos especiales, que abarcan la manera de compartir los costos de dirección técnica y administrativa. Estos mecanismos son objeto de acuerdos bilaterales y multilaterales, por los que tanto los gobiernos huéspedes como los participantes se comprometen a facilitar recursos muy diversos en forma de subvenciones o servicios. El costo estimado de la dirección técnica y administrativa de CAREC en 1982 es de \$302,230, que representan el 22.3% de los gastos totales anuales del Centro, es decir, \$1,356,509 (presupuesto ordinario, más contribuciones de los gobiernos participantes). Estos cálculos se obtuvieron al asignarse una parte proporcional de la partida destinada a sufragar los costos del Director del Centro, así como a la asignación total (100%) de la partida destinada al Administrador, personal administrativo y gastos generales de operación de la institución. Las tasas de inflación en Puerto España pasaron del 14.7% en 1979 al 17.5% en 1980 y al 15.6% a principios de 1981<sup>2</sup>.

Por la Resolución 29, la 7a Conferencia de Ministros de Salud del Caribe, celebrada en Belice del 14 al 16 de julio de 1981, reiteró su adhesión a las metas y objetivos del Centro y su más firme apoyo a CAREC para que siga siendo una institución regional hasta 1985 y pasado ese año. Además, la Conferencia pidió al Director de la OSP que iniciará consultas urgentes con la ADU.

En resumen, la documentación disponible de las diversas fuentes indica con toda evidencia que el Centro (de concierto con los países) realizó una gran labor durante el período de 1975-1980 y que debe continuarla más allá de 1985.

---

<sup>1</sup>"Asistencia del sistema de las Naciones Unidas a las instituciones regionales de cooperación técnica interpaíses", diciembre de 1980. Informe de la Dependencia Común de Inspección de las Naciones Unidas.

<sup>2</sup>Fuente: "International Financial Statistics", Fondo Monetario Internacional (FMI).

Las proyecciones presupuestarias para 1980-1985 son como sigue:

	<u>1980-1981</u>	<u>1982-1983</u>	<u>1984-1985</u>
	\$	\$	\$
Gobiernos Miembros de CAREC	1,664,064*	2,070,869*	2,577,694*
Presupuesto Ordinario OPS/OMS	620,100	793,400	893,500

\*En esta cantidad está incluida la cuota de la ADU, que importa \$372,372 para el bienio 1980-1981, \$450,570 para 1982-1983 y \$545,190 para 1984-1985. Sin embargo, en marzo de 1981 la ADU indicó que no abonaría su contribución para 1980. En junio de 1981, la ADU informó a la OPS de que contribuiría con £55,000 (aproximadamente EUA\$102,426) para 1981 y que para los cuatro años siguientes su contribución sería un porcentaje reducido a determinar anualmente. Para el bienio de 1980-1981 ello entraña un déficit financiero de \$288,929. (Esta cifra comprende la cuota suplementaria correspondiente a 1979, de \$18,983.)

Anexos

OPS/OMS  
CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA DEL CARIBE

APENDICE A LAS ACTAS DE LA VII REUNION DEL COMITE ASESOR CIENTIFICO

POLITICAS Y PAUTAS RESPECTO AL FUTURO DE CAREC

1. INTRODUCCION:

- 1.1 En cumplimiento de las funciones que se le asignaron por la Resolución XXIX de la XXVII Reunión del Consejo Directivo, en particular "el estudio de las recomendaciones respecto a las políticas y pautas sobre el futuro del Centro a partir de 1984", el Comité Asesor Científico (CAC) de CAREC examinó el Acuerdo Multilateral sobre operación del Laboratorio Regional de Virus de Trinidad y el documento de información: Centro de Epidemiología del Caribe "CAREC" (SAC/81/8). El CAC, en sus deliberaciones sobre las metas y funciones futuras de CAREC, tuvo presentes las limitaciones financieras y de personal con que el Centro debe funcionar. El CAC reconoció que CAREC desempeñaba las funciones básicas que se le habían asignado y que se había establecido la plantilla mínima de personal necesaria para ese fin. En consecuencia, para permitir el desarrollo de las nuevas actividades del programa sería preciso mantener la consolidación iniciada y quizá fuera necesario asignar algunas de las responsabilidades existentes a organismos apropiados de carácter internacional o regional. Aumentará la necesidad de información para que los planificadores de salud puedan asignar adecuadamente los limitados recursos. En adelante, los países habrán de crear infraestructura y tecnologías apropiadas para el control de la morbilidad y la mortalidad por conducto del sistema de atención primaria, con vistas al logro de la meta de salud para todos en el año 2000. A medida que los Países Miembros habilitan los medios necesarios de infraestructura y capacidad para combatir determinadas enfermedades, CAREC quizá tenga que reajustar su orden de prioridad y su utilización de los recursos.
- 1.2 Las presentes pautas han sido establecidas por los miembros del CAC para el Consejo de CAREC; no han sido examinadas por los Países Miembros y quizá no respondan exactamente al orden de prioridad de éstos. Sin embargo, pueden servir como documento básico para futuras deliberaciones.

## 2. NECESIDADES DE SALUD DE LOS PAISES

- 2.1 CAREC está reconocido como el recurso más importante de conocimientos especializados de epidemiología en el Caribe; los éxitos que ha alcanzado se deben en gran parte a intervenciones en materia de enfermedades transmisibles y al establecimiento (y en parte la aplicación) de estrategias para combatir esas enfermedades.
- 2.2 Las mejoras económicas y sociales que se consigan con los programas existentes de control de enfermedades modificarán las características de la morbilidad en los países del Caribe, transformando con ello la demanda cualitativa y cuantitativa de recursos de atención de salud en la Región.

En general, es de esperar que sea preciso consolidar más aún los recursos que se destinan a combatir las enfermedades transmisibles, dedicando una atención creciente a las no transmisibles. A tal efecto, como ya se ha indicado, existen otros recursos disponibles para la Región del Caribe en la OPS y en los países. Además, la incorporación de un programa contra las enfermedades no transmisibles a los servicios generales de salud de los países podría conducir a la redistribución de los recursos existentes, sobre todo a nivel de atención primaria. Un indicio de ese cambio es la asignación de determinados recursos, que puede apreciarse en el "Examen de la mortalidad y la morbilidad en los países de habla inglesa del Caribe" (SAC/81.9). Sin embargo, ha de destacarse que seguirá siendo necesario asignar medios al control de enfermedades transmisibles y a actividades de prevención.

## 3. FUNCION DE CAREC

- 3.1 CAREC debe seguir siendo una organización orientada a la prestación de servicios. Al igual que se ha venido haciendo, los programas futuros se deberán establecer en estrecha colaboración con los Países Miembros y a base de los medios que el Centro ha logrado constituir en materia de vigilancia, epidemiología, trabajos de laboratorio y adiestramiento.
- 3.2 Es de esperar que CAREC ayude a los países mediante la distribución de las informaciones necesarias para adopción de decisiones racionales respecto a la asignación de recursos entre las distintas actividades de salud. No se trata de una función informativa ordinaria, puesto que se basa en actividades de vigilancia, epidemiología, técnicas de ordenación electrónica de datos y formulación de pronósticos sobre la evolución de la morbilidad en la Región y en los países.

- 3.3 Ese servicio solo se puede prestar partiendo de datos adecuados y actuales de vigilancia. Es preciso institucionalizar el informe preliminar "Examen de la morbilidad y la mortalidad en los países de habla inglesa del Caribe" mediante información obtenida con regularidad de países.
- 3.4 Respecto al desarrollo del programa futuro de CAREC, el CAC recomienda que se ponga el acento en las enfermedades que se pueden combatir y prevenir. Es de esperar que durante los próximos años se puedan incorporar a esa lista algunas enfermedades importantes y que el estudio y ensayo de métodos de lucha y prevención de enfermedades de importancia regional constituya una actividad de investigación que pueda asumir CAREC. El CAC recomienda que se mantengan en CAREC las investigaciones aplicadas, pero orientándolas hacia aspectos de importancia para el Caribe y no a otros que dificulten las funciones que incumben al Centro en cuanto a prestación de servicios. Se recomienda una estrecha colaboración con las universidades regionales. La reforma de los servicios administrativos de apoyo debe ser adecuada y ajustarse a los cambios de orientación del programa. CAREC debe proseguir su labor de formación de personal de las Indias Occidentales para ocupar puestos en el propio Centro y en la región del Caribe.
- 3.5 Vigilancia de enfermedades transmisibles:
- 3.5.1 Es preciso mantener los progresos conseguidos durante los decenios de 1970 y 1980 en la reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas. Esas enfermedades seguirán siendo, por lo menos hasta 1985, un importante problema y será preciso mantener la vigilancia de la evolución de la morbilidad en el Caribe. CAREC debe mantenerse al tanto de los descubrimientos que se realicen, por ejemplo en materia de métodos rápidos de diagnóstico y vacunas. La mejora del control de las enfermedades causantes de mortalidad infantil hará que el interés se centre poco a poco en las causantes de morbilidad y de pérdidas económicas.
- 3.5.2 CAREC debe seguir fomentando la autorresponsabilidad de los Países Miembros, según los medios de que dispongan, en materia de vigilancia y control de enfermedades infecciosas, pero al mismo tiempo habrá de seguir transmitiendo a las autoridades de salud de los países información sobre vigilancia de enfermedades de importancia

internacional. Por otra parte, deberá también mantener su capacidad de respuesta a las solicitudes de ayuda que se le dirijan con ocasión de epidemias o catástrofes.

3.5.3 En consulta con otras instituciones, CAREC debe acopiar información básica sobre costo/beneficio de intervenciones contra determinadas enfermedades infecciosas, a fin de que los administradores sanitarios puedan asignar adecuadamente los recursos; a ese grupo de enfermedades pertenecen las de transmisión sexual, la hepatitis, las infecciones entéricas, la rubeola y las enfermedades transmitidas por el agua y los insectos. Debe recabarse la asistencia de consultores nacionales y regionales.

3.5.4 CAREC puede y podrá desempeñar un importante papel en la ampliación de los conocimientos técnicos especializados que ha acumulado la OPS/OMS en determinados sectores del programa de lucha contra enfermedades. Como ejemplo de ello puede citarse la actual asignación de un oficial técnico al Programa Ampliado de Inmunización. Si se facilitan recursos a CAREC, el Centro puede asumir otras funciones del programa OPS/OMS, por ejemplo relativas a lucha contra las enfermedades diarreicas, tuberculosis, lepra, enfermedades de transmisión sexual, infecciones nosocomiales y dengue.

### 3.6 Laboratorios

3.6.1 CAREC debería estimular el fortalecimiento de los servicios de laboratorio en los países como medida de apoyo a las actividades de vigilancia de enfermedades infecciosas, dispensar adiestramiento en técnicas innovadoras, proseguir las pruebas de eficacia y mantener el control de la calidad.

3.6.2 Los laboratorios de CAREC deben estar en condiciones de ajustarse a los cambios que se produzcan en materia de enfermedades transmisibles. La medida en que pueda recibir medios para las actividades previstas de vigilancia de esas enfermedades habrá de ser objeto de consideración detenida, en particular por lo que respecta a la disponibilidad de nuevos medios de laboratorio para el mantenimiento de una calidad adecuada.



- 3.6.3 Para conservar los servicios de laboratorio de CAREC en apoyo del sistema de vigilancia se necesitará un mantenimiento adecuado, un servicio de renovación de equipo y una política lógica en materia de depreciación.
- 3.6.4 Los servicios de referencia y de encuesta serológica habrán de ajustarse a los cambios de la morbilidad y a las necesidades de los Países Miembros. En la segunda mitad del decenio de 1980, las actividades de microbiología se orientarán de manera más pronunciada hacia métodos serológicos de diagnóstico y hacia el uso de técnicas inmunológicas de detección de antígenos microbianos. CAREC debe marcar la pauta en la implantación de nuevas tecnologías apropiadas en los laboratorios de los países y debe encargarse de la evaluación de los estuches comerciales de material para pruebas microbiológicas.

### 3.7 Actividades de adiestramiento

- 3.7.1 La mayor parte de las actividades de adiestramiento del Centro se han concentrado en la formación de equipos de personal de vigilancia. Los beneficios consiguientes para los Países Miembros han revestido diversas formas. CAREC ha participado asimismo en cursos de adiestramiento para alumnos de medicina y otro personal de salud en las universidades de la Región, y los estudiantes han emprendido proyectos en CAREC para la obtención de diplomas de maestría.
- 3.7.2 CAREC debe mantener su capacidad de dispensar adiestramiento en materia de epidemiología y vigilancia de enfermedades infecciosas.
- 3.7.3 Las actividades de adiestramiento habrán de proseguir más allá de 1984, pero será preciso modificar los métodos y técnicas, a fin de aprovechar al máximo los limitados recursos disponibles. Habrá que conceder más importancia a la formación de instructores, a fin de impartir la enseñanza de los conceptos modernos de epidemiología a un número cada vez mayor de personal de salud. De modo análogo, CAREC, en colaboración con los instructores competentes de la Región, debe difundir nuevas técnicas apropiadas de laboratorio. Los programas de educación continua en esas disciplinas deben recibir apoyo. CAREC debería preparar y utilizar materiales audiovisuales para transferencia de la información adecuada a todas las secciones del grupo de personal de salud.

3.7.4 En el plazo que queda hasta la expiración del actual acuerdo multilateral se establecerán en Trinidad y Tabago y en algunos otros Países Miembros diversas instituciones nuevas para la formación de diversos tipos de personal de salud. Reviste particular importancia la inauguración del complejo médico de Mount Hope, prevista en Trinidad para 1984, en el que los alumnos de medicina, veterinaria y enfermería podrán recibir toda su formación profesional. CAREC tendrá una oportunidad excepcional de colaborar en la orientación adecuada de las enseñanzas de epidemiología en ese complejo. Las relaciones se deberían formalizar mediante nombramientos de personal en común y, por otra parte, convendría que los expertos de CAREC participaran en la preparación de los programas de enseñanza de grado y de posgrado sobre epidemiología, microbiología médica y entomología. En particular, el programa de virología de CAREC será de interés para las escuelas de medicina y veterinaria.

3.7.5 El informe sobre morbilidad y mortalidad, con un acento mayor en las enfermedades no transmisibles y con datos suministrados con regularidad por la mayor parte de los países del Caribe, será una fuente valiosa de retroinformación para el personal de salud y facilitará la educación continua de este personal. Además, los datos sobre enfermedades no transmisibles serán de utilidad para desarrollar programas de adiestramiento sobre control y prevención de dichas enfermedades.

## DOCUMENTO DE INFORMACION

## CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA DEL CARIBE (CAREC)

## A. ESTABLECIMIENTO DEL CENTRO

En 1972, el Gobierno de Trinidad y Tabago pidió a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que estudiara la posibilidad de establecer un programa básico de vigilancia de enfermedades para el Caribe. El estudio de la situación por un Comité Asesor ad hoc y la decisión del Gobierno de Trinidad y Tabago de facilitar los terrenos y los locales del Laboratorio Regional de Virus de Trinidad (TRVL) condujeron en agosto de 1974 a la firma de un Acuerdo Bilateral para el establecimiento del Centro de Epidemiología del Caribe. En ese Acuerdo se estipulaba que la OPS se encargaría de la administración del Centro. Entre los elementos esenciales del Acuerdo estaban las relaciones singulares de cooperación con el Laboratorio de Salud Pública de Trinidad (TPHL), en el que los servicios de laboratorio están bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud, mientras que los servicios de procedimientos científicos, normas y uso en común de instalaciones funcionan como departamento del Centro. El Director de éste, designado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), actúa como jefe administrativo y técnico del Centro y es responsable ante el Director de la OSP por intermedio del Jefe de la División de Prevención y Control de Enfermedades.

En octubre de 1974 se estableció un Acuerdo Multilateral indicativo de los objetivos del Centro y de los procedimientos oficiales para ampliar el núcleo del TRVL, convirtiéndolo en un centro internacional. Los gobiernos y organizaciones participantes son: Antigua, Bahamas, Barbados, Belice, Bermuda, Dominica, Grenada, Guyana, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Montserrat, San Cristóbal/Nieves/Anguila, Santa Lucía, San Vicente, Suriname, la Administración del Reino Unido para el Desarrollo de Ultramar, la Universidad de las Indias Occidentales y la OPS.

Ambos Acuerdos están vigentes para todos los participantes (signatarios) hasta el 31 de diciembre de 1984, con una revisión del Acuerdo Multilateral que estaba prevista para fines de 1979.

Los objetivos del Centro, determinados por los gobiernos y organizaciones participantes, se pueden resumir como sigue:

- Establecimiento e integración de sistemas de vigilancia de enfermedades transmisibles en cada país.
- Establecimiento de servicios de laboratorio complementarios del sistema de vigilancia para parasitología, bacteriología y entomología, y de servicios de diagnóstico virológico.
- Establecimiento de planes de formación de personal para los servicios de vigilancia y laboratorio.
- Práctica de investigaciones relacionadas con la labor del Centro en los países.

Por el Acuerdo Multilateral se establecían asimismo un Comité Asesor Científico (CAC) y el Consejo del Centro. La función del CAC es asesorar a la OPS/OMS y al Consejo sobre la planificación y la gestión del Centro. El Consejo informa al Director de la OSP sobre la labor realizada y le comunica las proyecciones presupuestarias para el ejercicio siguiente. A su vez, el Director de la OSP informa a la Conferencia de Ministros de Salud del Caribe sobre la labor y sobre los cambios presupuestarios recomendados. En este Acuerdo está prevista la adhesión de otros países y territorios en calidad de participantes, que ha de ser aprobada por la Conferencia de Ministros de Salud. En 1977 Suriname ingresó en CAREC como Miembro Participante.

La XX Conferencia Sanitaria Panamericana (1978) pidió al Director de la OSP que se efectuara una evaluación de los diez Centros Panamericanos. El modelo aprobado al efecto por la 82a Reunión del Comité Ejecutivo se ensayó primero en CAREC y seguidamente se ha aplicado a otros cinco Centros. Dado que ese proceso de evaluación coincidía con el previsto examen a plazo medio de CAREC, la OPS consideró que la circunstancia era sumamente propicia para iniciar en CAREC el programa de evaluación.

El marco de referencia en este caso se puede resumir del modo siguiente:

1. Examen a plazo medio

El proceso se orienta hacia la determinación del papel actual y futuro del Centro según los términos del acuerdo multilateral, cuyo período de vigencia va de 1975 a 1984.

2. Evaluación de los Centros Panamericanos

El proceso se inició en virtud de las resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS. Se trata de examinar el programa del Centro en relación con el programa general de la OPS. A tal efecto se

tienen muy en cuenta las fases discretas del Modelo de Evaluación que, por una parte, permite al Centro aportar su análisis independiente de metas, objetivos, logros, problemas y propuestas para el futuro, etc. y, por otra, permite a los países atendidos emitir su opinión independiente sobre los resultados del Centro, hacer recomendaciones, etc.

#### B. EVALUACION DE CAREC

El Grupo de Evaluación nombrado por el Director de la OSP en 1979 constaba de los siguientes miembros: Dr. Paulo de Almeida Machado, ex-Ministro de Salud del Brasil y actual Director del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología; Dr. Laurence Charles, Sr. (Antigua), funcionario jubilado de la OMS y actual consultor de la OPS en lepra y enfermedades tropicales; Dr. Robert de Caires (nacido en Guyana), antiguo funcionario de la OPS destacado en Jamaica y en la Oficina del Area I, jubilado recientemente del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, y Dr. David Sencer, ex-Director del Control de Enfermedades de Atlanta (Georgia) y actual Vicepresidente de Becton Dickinson and Co. de Nueva Jersey.

El 28 de mayo de 1979 el personal de CAREC efectuó una autoevaluación, que el Grupo procedió a examinar con el Director del Centro del 4 al 6 de junio del mismo año.

El 1 de agosto de 1979 se distribuyó entre los participantes en el Acuerdo Multilateral y entre otros Gobiernos y representantes de países interesados un cuestionario con diez preguntas fundamentales, acompañado de un breve resumen de los resultados de la autoevaluación.

Se recibieron respuestas de los siguientes Gobiernos y de Representantes de País: San Vicente, Representante en Trinidad y Tabago, ADU, Islas Vírgenes Británicas, Guyana, Islas Caimán, Barbados, Bermuda, Presidente del Consejo de CAREC y Presidente del CAC.

Durante 1979 el Grupo visitó Barbados, Santa Lucía y Trinidad y Tabago.

Se preparó un informe preliminar que fue presentado al Director de la OSP. En vista de la importancia de las observaciones del Gobierno Huésped, el Director envió una carta al Gobierno de Trinidad y Tabago el 3 de enero de 1980. En esa carta se pide la opinión de los Gobiernos respecto a ciertas propuestas provisionales para 1981 y años sucesivos, basadas en las deliberaciones iniciales del Grupo de Evaluación.

En la primavera de 1980 se recibió de Trinidad y Tabago un informe provisional sobre las diez preguntas, así como también una respuesta de Jamaica.

El Grupo de Evaluación, una vez que dejó de recibirse información sobre el futuro del Centro, presentó su informe al Director de la OSP el 19 de junio de 1980. En julio de 1980, un miembro del Grupo visitó Grenada durante la Conferencia de Ministros de Salud, y el 29 de julio del mismo año se presentaron datos complementarios del informe.

Las actas resumidas de la reunión del Consejo Directivo dan las indicaciones pertinentes sobre las deliberaciones.

#### C. RESULTADOS DEL EXAMEN A PLAZO MEDIO

El período de 1980-1984 abre esencialmente una nueva era para el Centro. Las presiones inflacionarias y el aumento de los gastos de operación exigen simplificaciones y reducciones fiscales, procurando al mismo tiempo mejorar la gestión y la productividad, de manera que puedan seguir prestándose los servicios necesarios. Esta política es aplicable a todos los Centros Panamericanos y se puede resumir en la siguiente cita de la Resolución XXIX de la XXVII Reunión del Consejo Directivo:

"Orientado por las tendencias que parecen desprenderse de las evaluaciones en curso de los cinco centros panamericanos, que apuntan hacia: la consolidación del programa a base del orden de prioridad de los países atendidos; la necesidad de reforzar la gestión del programa; la responsabilidad de los países a que prestan servicio los centros por asumir un papel cada vez más importante en las actividades de programación y financieras de los centros, y el reconocimiento de que, con el tiempo, el cometido fundamental de la Organización respecto a los centros debe consistir en funciones de coordinación y gestión, en el contexto de las políticas y estrategias de la OPS/OMS".

Las respuestas de los Gobiernos indican que ha llegado el momento de la consolidación, y en algunas de ellas se manifiesta inquietud ante la posibilidad de que los nuevos sectores de acción puedan alterar el orden de prioridad básico.

Otro aspecto muy importante es que el Centro no es una institución independiente o aislada sino una parte significativa de los programas de la OPS y de los países en el Caribe.

El límite presupuestario máximo de la OPS aprobado para CAREC en el bienio 1980-1981 es de \$620,100. La Organización formula actualmente propuestas presupuestarias para el bienio 1982-1983, que el Consejo Directivo de la OPS examinará en septiembre de 1981. A efectos de planificación, el nivel de financiamiento incluido en el presupuesto de 1982-1983 para CAREC será de \$699,900.

#### INICIATIVAS DEL CENTRO PARA EL PERIODO 1980-1984

La transición desde el primer quinquenio--de establecimiento y expansión--al segundo quinquenio--de consolidación y determinación del orden de prioridad--entraña nuevas dificultades para CAREC. Los progresos del Centro se pueden resumir del modo siguiente:

MEJORA I. Desde el 31 de diciembre de 1980 un puesto de epidemiólogo, uno de entomólogo, uno de superintendente de laboratorio y el de administrador están ocupados por personas de las Indias Occidentales. El puesto de estadístico se encuentra vacante, pero hay un nacional en adiestramiento que lo ocupará a últimos de 1981. Es de esperar que el segundo puesto de epidemiólogo pueda ser ocupado en 1981 por un candidato de las Indias Occidentales. Está previsto refundir los dos puestos de virología en uno, que ocupará un nacional de las Indias Occidentales. En cuanto al de bacteriólogo, ha resultado sumamente difícil encontrar un nacional con experiencia en bacteriología médica que esté dispuesto a renunciar a las condiciones de seguridad en el empleo que se le ofrecen en los Estados Unidos de América, Canadá o el Reino Unido. En lo que se nos alcanza, no puede contratarse a ningún candidato adecuado en las Indias Occidentales sin debilitar los servicios del Gobierno, que ya tropiezan con dificultades. Sin embargo, es propósito manifiesto del Centro contratar a un nacional para el puesto de bacteriólogo, y a tal efecto se está procurando que el Fondo Europeo de Desarrollo se encargue de costear un puesto de esa índole en calidad de ayuda a países en desarrollo menos adelantados. El proyecto comprende asimismo la asignación de fondos para costear la formación en el Reino Unido de un nacional de las Indias Occidentales que habría de seguir un curso de tres años en microbiología. Si ello se consigue, habría que examinar de nuevo la necesidad de un puesto de bacteriólogo en el Centro.

MEJORA II. El hecho de que los progresos hacia la autosuficiencia y la autorresponsabilidad nacionales hayan sido lentos durante los últimos cinco años demuestra las grandes dificultades para el logro de ese objetivo. Muchas de esas dificultades escapan a la influencia de CAREC. Sin embargo, el aumento del número de países que han adoptado métodos de vigilancia epidemiológica, apoyo de laboratorio, acopio de datos e intercambio rápido de información como componentes básicos de sus servicios de salud parecen indicar que se realizan progresos hacia la autorresponsabilidad en la mayor medida y con la mayor rapidez que permiten las circunstancias. Habida cuenta de ese problema, la OPS obtuvo de USAID una

subvención de \$1.2 millones, que expira el 30 de septiembre de 1982, para reforzar y mejorar la vigilancia epidemiológica y la formación de personal. Ese apoyo extrapresupuestario permitirá al Centro desempeñar sus funciones con mucha más eficacia, convocar reuniones, prestar servicios y costear la creación de un servicio de adiestramiento dotado de un instructor, de técnicos en medios audiovisuales y de equipo.

MEJORA III. Las atenciones prioritarias básicas del Centro han sido la prevención y el control de enfermedades transmisibles. Los gobiernos y territorios, que antes concedían preferencia a la epidemiología y a la prestación de asistencia sanitaria, parecen estar cambiando su orden de prioridad. Por ejemplo, en algunos países se concede mayor importancia relativa a las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer, problemas que figuran cada vez más a menudo en el programa de las reuniones ministeriales. El asesoramiento y las recomendaciones del CAC ofrecen sumo interés para el período 1981-1984, particularmente en relación con el análisis del orden de prioridad del programa.

MEJORA IV. El Centro habrá de proceder a una estricta fiscalización para ajustar los gastos al orden de prioridad del programa. Las condiciones económicas son tales que resultará sumamente difícil conseguir fondos suplementarios por encima del límite establecido para el presupuesto. En consecuencia, es importante que CAREC prepare para 1981-1985 un proyecto de presupuesto análogo a la proyección para 1975-1979 que figuraba en el Acuerdo. Ha de señalarse que la responsabilidad primordial por la determinación de esas proyecciones presupuestarias incumbe a los gobiernos y organizaciones participantes que firmaron el Acuerdo. Se necesitan dos contribuciones de importancia, como primera medida para el establecimiento de ese presupuesto integral del Centro correspondiente a cinco años. Una de ellas es una proyección del proyecto de programa y del presupuesto del Centro para 1981-1985 que se ajuste al orden de prioridad del programa establecido por el CAC, y la otra es el compromiso del Gobierno Huésped y de los países y organizaciones participantes respecto al nivel de financiamiento para el período que queda hasta la expiración del Acuerdo, el 31 de diciembre de 1984. Después de eso, el Consejo de CAREC y los Cuerpos Directivos de la OPS podrán formular oportunamente recomendaciones y señalar posibilidades de opción para después de 1985.

#### D. EL FUTURO (1985 Y AÑOS SUCESIVOS)

El establecimiento y la aceptación de un plan respecto al futuro cometido del Centro depende de diversas contribuciones, recomendaciones y decisiones clave respecto a aportaciones y a necesidades de salud.



La situación se puede resumir del siguiente modo:

Gobierno Huésped

- En septiembre de 1980, el Gobierno de Trinidad y Tabago designó un comité especial para que hiciera un examen independiente de CAREC y notificara sus resultados al Gabinete. El mandato de dicho comité (presentado a CAREC el 20 de septiembre de 1980) era como sigue:
  - a) Determinación de la medida en que CAREC ha alcanzado sus fines específicos y cumplido las funciones que se le asignaron desde 1975 hasta la fecha.
  - b) Determinación de la conveniencia y la posibilidad de transferir los servicios de laboratorio (excepto de virología) al TPHL.
  - c) Determinación de las funciones y la dirección futuras de CAREC, habida cuenta de lo siguiente:
    - i) evolución registrada en el Ministerio de Salud desde 1975;
    - ii) decisión del Gobierno de Trinidad y Tabago de crear el complejo médico de Mount Hope y de asignarle funciones de adiestramiento e investigación;
    - iii) decisión del Gobierno de Trinidad y Tabago de establecer el Instituto Nacional de Enseñanza Superior, Investigación y Tecnología (NIHERST), con las funciones que su nombre indica;
    - iv) posibilidad de que la OPS se retire completamente en 1987 y de que las instalaciones y servicios de laboratorio actualmente a cargo de CAREC pasen a depender directamente del Gobierno de Trinidad y Tabago.
  - d) Determinación de los métodos de adiestramiento y contratación más adecuados para que pueda designarse como titulares de puestos directivos a personal nacional de las Indias Occidentales.
- Al parecer, el comité especial ha presentado su informe al Gobierno de Trinidad y Tabago, del que se espera una respuesta al Director de la OSP.

### Administración para el Desarrollo de Ultramar (ADU)

La intervención en la XXVII Reunión del Consejo Directivo y diversas respuestas por escrito de la ADU indican claramente que, en las condiciones económicas en que se encuentra el Reino Unido, es poco probable que se puedan asignar fondos de cuantía análoga a CAREC en el período 1980-1985. De hecho, en una carta (diciembre de 1980) la ADU indica además la posibilidad de que se cancele su contribución para 1980-1981, a menos que puedan justificarse los gastos de CAREC en el período 1975-1979. Ello es un grave motivo de inquietud para el Consejo, particularmente habida cuenta de que el Acuerdo es válido hasta fines de diciembre de 1984, y que una reducción del orden del 15% en las asignaciones de la ADU a CAREC tendría graves efectos en los servicios y en la plantilla de personal durante el período 1980-1985.

### CARICOM

El 26 de enero de 1981, CARICOM envió una breve respuesta al cuestionario, indicando una actitud positiva respecto a los logros de CAREC. En ella se manifestaba inquietud ante la falta de un programa de control de enfermedades para la Comunidad del Caribe en general y se destacaban la importancia de las no transmisibles (obesidad, hipertensión y diabetes) y del servicio de estadística de CAREC.

### OPS

Para que pueda comprenderse mejor la perspectiva en que se sitúa la OPS, es importante repasar las políticas y criterios que los Cuerpos Directivos han establecido en relación con los centros multinacionales o panamericanos. Algunos de los puntos clave que se reiterarán son:

Los centros panamericanos son parte del sector pertinente del Programa de Actividades de la OPS.

- Recomendar a los Países Miembros donde haya centros multinacionales que reciban fondos con cargo al presupuesto de la OPS que estudien la posibilidad de costear progresivamente una parte más elevada del presupuesto de operaciones de dichos centros, pero conservando al mismo tiempo el carácter multinacional de éstos.
- En las esferas de su competencia, los centros nacionales deberían apoyar y complementar los programas de los países, así como prestarles colaboración (política de autorresponsabilidad).

Además, pueden citarse los siguientes ejemplos de pautas, establecidas en el estudio sobre los Centros Panamericanos (CSP20/3):

- nueva definición por cada centro de sus objetivos y funciones, y revisión y actualización de los acuerdos, cuando proceda;
- propuestas de los centros en relación con las proyecciones de programa y presupuesto a largo plazo;
- análisis de costo/beneficio, con datos facilitados por los centros sobre el costo de las operaciones y de los servicios prestados a los países.

#### CONSEJO DIRECTIVO

En la Resolución XXIX de la XXVII Reunión del Consejo Directivo se pide al Director de la OSP lo siguiente:

- "c) Que resuma las deliberaciones de este Consejo, tomando nota del deseo expresado por la mayoría de los Gobiernos Participantes de que CAREC siga siendo una institución regional para el área del Caribe, y que las facilite como información adicional destinada al Informe Provisional del Grupo de Evaluación para uso por el Consejo del CAREC conforme a los términos del Acuerdo Multilateral.
- d) Que se mantenga en contacto con el Consejo del CAREC para el estudio de las recomendaciones respecto a las políticas y pautas sobre el futuro del Centro a partir de 1984, y que transmita esas recomendaciones al Comité Ejecutivo y al Consejo Directivo de la OPS en 1981".

#### PROPUESTA PROVISIONAL DE CAREC

Con el apoyo del CAC debería hacerse un examen del orden de prioridad del programa, prestando la debida atención a la revisión del acuerdo multilateral y a la importancia que tienen en potencia ciertas enfermedades no transmisibles en el Caribe.

Un examen preliminar efectuado a base de proyecciones del programa por el personal directivo de CAREC aconseja, para el buen funcionamiento del laboratorio de vigilancia y de las actividades docentes, una plantilla mínima, que sería la siguiente:

- a) Director (P.5)
- b) Especialista en epidemiología de las enfermedades transmisibles y editor del informe de vigilancia de CAREC (P.4)
- c) Epidemiólogo (P.4)

- d) Especialista en virología médica (P.4)
- e) Virólogo (P.2)
- f) Bacteriólogo (P.4)
- g) Entomólogo/parasitólogo (P.4)
- h) Estadístico (P.3)
- i) Administrador (P.2)
- j) Superintendente de laboratorio (P.1)

Ese personal está apoyado por 65 homólogos de contratación local, la mayoría de ellos asignados a los laboratorios. La lista indica asimismo la clasificación de los puestos en el sistema de categoría profesional de la OPS, lo que constituye una base para los cálculos presupuestarios. Sin embargo, habrá que reevaluar los supuestos indicados, ya que el análisis del programa y las recomendaciones del CAC sobre el orden de prioridad constituirán la base para determinar la plantilla mínima de personal que se necesita para que CAREC pueda desarrollar sus operaciones con los recursos disponibles.

(Traducción)

AM/487/80

4 de noviembre de 1980

Sr. A. Z. Preston  
Presidente, Consejo Asesor de CAREC  
Vicedecano  
Universidad de las Indias Occidentales  
Assembly Hall  
Kingston 7, Jamaica, W.I.

Estimado Sr. Preston:

De conformidad con la Resolución XXIX de la XXVII Reunión del Consejo Directivo (apéndice 1), y específicamente del párrafo 3 d) de su parte dispositiva, el Consejo de CAREC ha de estudiar recomendaciones sobre el futuro del Centro a partir de 1984. Como usted observará, se me pide que transmita esas recomendaciones al Comité Ejecutivo y al Consejo Directivo de la OPS el próximo año. El Comité celebra su primera reunión en junio de 1981. A fin de que quede tiempo para el examen por la Secretaría, la traducción y el envío a los Gobiernos Miembros antes de la reunión del Comité, es preciso que sus recomendaciones obren en nuestro poder el 28 de febrero de 1981, a más tardar.

Para facilitarle el estudio, y de acuerdo con lo dispuesto en el párrafo 3 c) de la parte dispositiva de la precitada resolución, acompaño a la presente una copia de las oportunas actas de las deliberaciones del Consejo Directivo (apéndice 2). Se refieren a los debates habidos sobre el tema del programa y a la resolución resultante. Como usted sin duda sabe, las actas se preparan en el idioma del orador, pero en este caso se las ha traducido para que disponga usted del texto completo en inglés.

A fin de facilitarle la documentación más completa posible por orden cronológico, adjunto además el siguiente material:

1. Mi memorándum de instrucción al Director de CAREC, de fecha 29 de marzo de 1979 (apéndice 3).
2. Las pautas para la autoevaluación de CAREC, transmitidas con dicho memorándum (apéndice 4).
3. Un resumen de la respuesta de CAREC a la autoevaluación (junio de 1979) (apéndice 5).
4. Las 10 preguntas claves sobre CAREC establecidas por el Grupo de Estudio para obtener respuesta de los gobiernos y organizaciones participantes (apéndice 6).

5. Mi carta de transmisión de ese cuestionario, de fecha 1 de agosto de 1979, y la lista de destinatarios (apéndice 7). Para las respuestas se señaló como fecha el 1 de noviembre de 1979.
6. Mi carta al Ministro de Salud de Trinidad y Tabago, Gobierno Huésped, de fecha 3 de enero de 1980 (apéndice 8), a la que todavía no he tenido respuesta. He recibido indicaciones de que el Gobierno ha nombrado últimamente un comité para determinar la función que le incumbe en el futuro de CAREC.

Los documentos relativos a CAREC que se estudiaron en la XXVII Reunión del Consejo Directivo se adjuntan en el siguiente orden:

- a) Apéndice 9: CD27/23, del 29 de julio de 1980, Estado de la Evaluación de los Centros Panamericanos (breve introducción general).
- b) Apéndice 10: CD27/23, ADD. I, que contiene tres anexos. El Anexo I es un resumen de las respuestas recibidas hasta febrero de 1980 de 10 Gobiernos y de la Administración para el Desarrollo de Ultramar (ADU) del Reino Unido. Sirvase tomar nota de que no se han recibido respuesta de nueve gobiernos ni tampoco de CARICOM.

El Anexo II versa sobre el establecimiento por el Grupo de Evaluación del informe que había de presentarme. Se adjunta copia de la carta que lo acompañaba, de fecha 29 de julio de 1980 (apéndice 11).

El Anexo III es el informe preliminar que me transmitió el Grupo con su carta del 19 de junio de 1980, cuya copia se acompaña (apéndice 12).

- c) Apéndice 13: CD27/23, ADD. IV, de fecha 25 de agosto de 1980: Informe sobre los Centros Panamericanos. El texto relativo a CAREC se encuentra en las páginas 79 a 87.

No se incluyen los ADD. II y III del documento porque se refieren al IANC y al INCAP, respectivamente.

En los documentos se hace referencia a diversas resoluciones de los Cuerpos Directivos de la OPS, la Conferencia, el Consejo Directivo y el Comité Ejecutivo. En la documentación figuran algunos de esos textos pero, además, se adjuntan copias de los cinco principales, que establecen la política de la Organización respecto de los centros, de manera que disponga usted, para su estudio y recomendaciones, de las directrices a que se ajusta la acción de la OPS.

- i) Apéndice 14: Resolución XXXVII de la XIX Reunión del Consejo Directivo (octubre, 1969), Centros Multinacionales. Los párrafos 3 y 5 de la parte dispositiva se refieren específicamente al financiamiento y el párrafo 4 a la viabilidad de centros nacionales.
- ii) Apéndice 15: Resolución XXXIII de la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana (octubre, 1980) que establece las pautas generales del establecimiento y la operación de los centros multinacionales.
- iii) Apéndice 16: Resolución XXXI de la XX Conferencia Sanitaria Panamericana (octubre, 1968) sobre los centros panamericanos. En el párrafo 2 de la parte dispositiva se define el término "centro panamericano". Como usted observará, el CAC y el Consejo de CAREC informan a los Ministros de Salud del Caribe, que determinan en medida considerable la marcha de los asuntos técnicos y financieros del Centro; en consecuencia, CAREC no se ajusta estrictamente a esa definición. Por ejemplo, el Comité Asesor Científico de CEPANZO y el de PANAFOTSA informan al Director de la OSP.
- iv) Apéndice 17: Resolución XXI de la XXVI Reunión del Consejo Directivo (octubre, 1979) relativa a la evaluación de los centros panamericanos, en la que se solicita un plan de evaluación muy acelerado.
- v) Apéndice 18: Resolución XXII de la 84a Reunión del Comité Ejecutivo, "Estado de la evaluación de los centros panamericanos". En ella se señala la creciente influencia de los países participantes en las actividades del Centro, así como el cometido fundamental de la Organización.

Durante las deliberaciones de la XXVII Reunión del Consejo Directivo sobre los temas del programa relativos a los centros y sobre las resoluciones, se hizo referencia a la clasificación de dichos centros en "Regionales" y "subregionales". A los efectos de la OPS/OMS, el término Región (con inicial mayúscula) se refiere a las Américas. En consecuencia, "Regional" equivale a "continental" o para todo el Hemisferio. El adjetivo "subregional" se aplica a grupos de países dentro de la Región; son subregionales en las Américas el Grupo Andino, Centro América y Panamá, y CARICOM. Los Cuadros I y II proceden del Documento CD27/23, ADD. IV (apéndice 19), con la lista de centros según esa clasificación.

En las deliberaciones se hizo referencia al término "centro nacional asociado", que se examinó y definió en el Documento CSP20/3 (Centros Panamericanos) de la XX Conferencia Sanitaria Panamericana (1978). Sírvase tomar nota de los pasajes marcados del documento de CSP20/3 que se adjunta (apéndice 20).

Confío en que le resulten de utilidad los anexos que se acompañan y quedo a la espera de sus recomendaciones sobre el futuro de CAREC a partir de 1984. Se envían copias de esta carta y de los anexos a los miembros del Consejo de CAREC.

Le saluda atentamente,

Héctor R. Acuña  
Director

Anexos

cc: Dr. Philip Brachman  
Dr. Philip Boyd  
Sr. Hubert Blackett  
Sr. D. Fairweather  
Dr. Mervyn Henry  
Dr. Penelope Key  
Sr. Fitzgerald Louisy  
Sr. A. Z. Preston  
Dr. E. Walrond  
D  
DPC  
RDC  
Director, CAREC



## APENDICES

### (DOCUMENTOS ENVIADOS A LOS GOBIERNOS MIEMBROS DE CAREC)

1. Resolución XXIX, Estado de la Evaluación de los Centros Panamericanos.
2. Actas CD27/SR/13 y CD27/SR/15 de la XXVII Reunión del Consejo Directivo, octubre 1980.
3. Memorándum del Dr. Acuña, de fecha 29 de marzo de 1979, sobre el examen a plazo medio de CAREC.
4. Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC): Autoevaluación y Acuerdo Multilateral.
5. Examen a plazo medio (1975-1979) del Centro de Epidemiología del Caribe. Resumen de la autoevaluación.
6. Cuestiones básicas relativas a CAREC, identificadas por el Grupo de Estudio, que requieren respuesta de los gobiernos y organizaciones participantes.
7. Carta de acompañamiento del cuestionario, enviada por el Director con fecha 1 de agosto de 1979.
8. Carta al Ministro de Salud de Trinidad y Tabago, enviada por el Director con fecha 3 de enero de 1980.
9. Estado de la evaluación de los centros panamericanos, CD27/23.
10. Informe del Grupo de Evaluación del Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1974-1979, CD27/23, ADD. I.
11. Carta enviada al Dr. Acuña con fecha 29 de julio de 1980 por el Grupo de Evaluación de CAREC, junto con el Anexo II, Preparación del informe sobre la evaluación.
12. Carta enviada al Dr. Acuña con fecha 19 de junio de 1980 por el Grupo de Evaluación de CAREC, junto con el Anexo III, Informe Preliminar.
13. Informe sobre los Centros Panamericanos, CD27/23, ADD. IV.
14. Resolución XXXVII, Centros Multinacionales, XIX Reunión del Consejo Directivo.
15. XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana, CSP18.33.

16. XX Conferencia Sanitaria Panamericana, Resolución XXXI.
17. XXVI Reunión del Consejo Directivo (octubre 1979), Resolución XXXI, Evaluación de los Centros Panamericanos.
18. 84a Reunión del Comité Ejecutivo (junio, 1980). Resolución XXII, Estado de la Evaluación de los Centros Panamericanos.
19. Cuadros I y II del Documento CD27/23, ADD. IV.
20. Centros Panamericanos, CSP20/3.

EXTRACTO DE LA EVALUACION A PLAZO MEDIO, VIGILANCIA  
EPIDEMIOLOGICA Y ADIESTRAMIENTO

26 DE ENERO - 5 DE FEBRERO DE 1981

Orientación futura

A. CAREC como institución regional

En todos los ministerios visitados se manifestó una alta estima de los servicios de CAREC y se reconoció la necesidad de estos. La confianza en el Centro y la utilización de sus servicios quedan además confirmadas por el promedio de pago de las contribuciones nacionales, superior al 95%.

Aunque la necesidad y la utilización de los servicios de CAREC varían según los medios de que dispone cada país, todos ellos han de recurrir al Centro en uno o varios de los siguientes aspectos: estudio y control de enfermedades; adiestramiento (epidemiología, estadística, laboratorio); servicios de referencia (bacteriología); servicios de laboratorio (virología); asistencia técnica en pruebas de eficacia (epidemiología); PAI, y laboratorio.

Aunque la determinación del futuro de CAREC excede de los límites de la presente evaluación, el Grupo considera imprescindible el mantenimiento del Centro como recurso regional.

B. Aumento del personal profesional de las Indias Occidentales en CAREC

Durante el pasado año se realizaron grandes progresos en la contratación de personal altamente capacitado de las Indias Occidentales para ocupar puestos de categoría superior en CAREC. Para conseguir nuevos adelantos en esa dirección es preciso prestar apoyo al Centro y a sus actividades a partir de 1985. CAREC tiene un programa específico de aumento del personal profesional de las Indias Occidentales.

C. Importancia de CAREC para la industria y el desarrollo

Las consecuencias económicas de la morbilidad en general y de las epidemias en particular es motivo de gran inquietud en todos los países del Caribe. Ciertas enfermedades como la fiebre amarilla, el dengue, la malaria y las intoxicaciones alimentarias son causa de fuerte morbilidad y mortalidad y ocasionan sufrimiento a la población de la Región. Además, pueden tener efectos adversos para la industria y reducir durante largos períodos el turismo, sin contar con que todos los países de la Región incurren en grandes gastos por concepto de vigilancia, cuarentena y mantenimiento de puestos de salud (por ejemplo para la fiebre amarilla en

Trinidad y Tabago, el dengue en Jamaica y la fiebre tifoidea en Dominica). Los efectos de un brote de enfermedad en economías que dependen en gran parte del turismo son potencialmente devastadores.

Nunca se insistirá bastante en la importancia de CAREC como centro de adiestramiento y recurso para el desarrollo de la capacidad nacional de detección (vigilancia), confirmación (laboratorio) y respuesta adecuada a esos brotes de enfermedades.

D. Asistencia de la ADI para adiestramiento en vigilancia/laboratorio

1. Progresos realizados

- a) Se han puntualizado 21 de 24 actividades de proyectos y están en curso los correspondientes planes de ejecución.
- b) Se han emprendido actividades iniciales de adiestramiento en materia de epidemiología y laboratorio.
- c) La evaluación realizada permitió detectar progresos considerables, así como sectores en que estos son deficientes.
- d) Aunque algunas deficiencias son generales y se pueden corregir con medidas de alcance regional, la mejora dependerá en gran parte de acciones nacionales específicas para identificar y corregir las deficiencias de organización y de conocimientos prácticos y teóricos. Tal es el caso particularmente en lo que se refiere a vigilancia de enfermedades, servicios epidemiológicos y PAI.

2. Actividades de proyectos en curso

Muchas de las actividades de CAREC (algunas de ellas costeadas por la ADI y otras con fondos de distinto origen) han contribuido mucho al logro de los objetivos de proyectos y convendría mantenerlas. Pueden mencionarse en particular:

Vigilancia

- Adiestramiento en epidemiología
- Asistencia en el estudio de epidemias (actividad decreciente a medida que aumenta la capacidad nacional)
- Consulta telefónica como medio de investigación epidemiológica (actividad en aumento)

- Boletín Epidemiológico de CAREC
- Estudios especiales de epidemiología

Laboratorio

- Adiestramiento de personal
- Pruebas de eficacia
- Servicios de referencia para bacteriología y parasitología
- Servicios de virología
- Consultas/adiestramiento in situ

Programa Ampliado de Inmunización

- Adiestramiento
- Suministro de equipo
- Supervisión/evaluación

3. Sectores del programa que requieren intensificación

Hay dos sectores, el de vigilancia y el de PAI, en que los problemas son específicos de los países y requieren evaluación in situ, identificación y solución. Es preciso evaluar las actividades en curso en cada país y puntualizar objetivos y planes de acción para reforzar la capacidad nacional. Conviene determinar:

- a) la frecuencia y la duración de las visitas sobre el terreno;
- b) las necesidades de adiestramiento a cada nivel (ministerio, médicos, enfermeras, inspectores sanitarios);
- c) sistemas de vigilancia y supervisión para evaluar los progresos hacia el logro de los objetivos fijados.

E. Sectores del programa que requieren reorientación durante los meses 19-36.

1. Una vez terminada la mayor parte del adiestramiento inicial, habrá que dispensar enseñanzas específicas que respondan a las necesidades de los países, en consonancia con el interés, los medios de ejecución y el apoyo de estos.

2. La evaluación de las actividades actuales de adiestramiento se efectúa mayormente en términos de insumo. Aunque los objetivos de los cursos están en general bien especificados, el funcionario a cargo carecía de una lista oficial de dichos objetivos y de un plan de evaluación. Habría que subsanar esas deficiencias, aprovechando para ello los conocimientos del nuevo oficial de adiestramiento y, de ser preciso, recurriendo a consultores externos.

La evaluación de las enseñanzas habrá de determinar los efectos a nivel de los países.

3. La principal causa de morbilidad y mortalidad infantil en las zonas urbanas y en las rurales es la gastroenteritis. Los métodos de tratamiento son arcaicos e ineficaces. Es preciso establecer otros nuevos, basados en el asesoramiento sobre nutrición y en la rehidratación oral, que todavía no se utilizan en ninguno de los países visitados.
4. Para conservar en su puesto actual al epidemiólogo adjunto habría que establecer un sistema de carrera.
5. Debe procederse inmediatamente y con efectos retroactivos al reconocimiento de los estudios realizados, mediante el oportuno certificado.

F. Nuevos sectores de desarrollo del programa

1. Dado que ya se dispone de un grupo básico de personal capacitado de epidemiología, estadística y laboratorio, habría que desarrollar los siguientes sectores:

a) Educación continua

Cursos superiores

Talleres

Visitas sobre el terreno

El intercambio de información y de experiencia y la oferta de oportunidades son esenciales para mantener el buen espíritu y el interés de los epidemiólogos adjuntos y de los directores de laboratorio.

b) Formación de personal de reemplazo

2. Dado que la meta fundamental del proyecto es la reducción de la morbilidad y la mortalidad, particularmente de niños de menos de cinco años, se necesitan nuevas iniciativas que confirmen y puntualicen las principales causas de enfermedad y defunción en ese grupo.
3. Una vez puntualizadas las principales causas de morbilidad y mortalidad, es importante estudiar medios eficaces de prevención y control, mediante las oportunas investigaciones operativas. Habida cuenta de lo que se sabe respecto a la epidemiología en los países del Caribe, es altamente prioritario determinar la eficacia de la rehidratación oral en el tratamiento de la gastroenteritis, así como la posibilidad de aplicarla a nivel local.
4. Las condiciones futuras de salud en muchas zonas del Caribe dependerán de la colaboración entre las enfermeras y la comunidad. Ese factor tiene actualmente escaso efecto en las actividades programadas. La extensión de las actividades de CAREC en lo que se refiere a vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades es probablemente el problema singular más importante que habrá que resolver en el decenio de 1980.
5. Las características de la morbilidad en el Caribe están cambiando. Las enfermedades no infecciosas (diabetes, hipertensión, trastornos mentales y accidentes) son actualmente las principales causas de mortalidad y morbilidad entre los adultos. Para que CAREC pueda atender las necesidades de sus Países Miembros, tendrá que asignar recursos más importantes a la lucha contra esas enfermedades.



COMITE EJECUTIVO DEL  
CONSEJO DIRECTIVO

ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

86a Reunión

GRUPO DE TRABAJO DE  
COMITE REGIONAL

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD



86a Reunión

CD28/33 (Esp.)  
ANEXO V

## RESOLUCION XV

### EVALUACION DEL CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA DEL CARIBE

EL COMITE EJECUTIVO,

Visto el Documento CE86/24 y habiendo deliberado sobre las consecuencias actuales y futuras para el Centro de Epidemiología del Caribe;

Reconociendo el carácter positivo de las respuestas de los Gobiernos del Caribe sobre los logros y la importancia del Centro;

Consciente de las necesidades de los signatarios del Acuerdo Multilateral, vigente hasta diciembre de 1984, y

Reconociendo la importante función que desempeña el Centro de Epidemiología del Caribe en la salud y el desarrollo del área del Caribe, e inquieto ante los problemas financieros del Centro,

#### RESUELVE:

1. Tomar nota del nivel presupuestario previsto para CAREC en 1982-1983 (\$793,400), según figura en los proyectos de programa y presupuesto (Documento Oficial 169).

2. Dar las gracias a los Gobiernos que han manifestado su parecer y sus ideas respecto al Centro.

3. Pedir al Consejo Directivo que procure conseguir la adhesión del Reino Unido al espíritu del compromiso de diez años que entraña el Acuerdo Multilateral relativo a CAREC.

4. Dar las gracias al Director por haber facilitado el Informe de Evaluación, junto con las recomendaciones del Consejo de CAREC.

5. Pedir al Director que transmita el resultado de las deliberaciones del Comité Ejecutivo a la XXVIII Reunión del Consejo Directivo.

6. Pedir al Director que recabe la cooperación del Consejo de CAREC para significar a la Reunión de Ministros de Salud del Caribe la importancia de dar solución al problema financiero y la determinación de la OPS de continuar adherida al espíritu del Acuerdo Multilateral de diez años.

(Aprobada en la décima sesión plenaria,  
celebrada el 26 de junio de 1981)



Séptima Conferencia de Ministros de Salud del Caribe

Belice, 14-16 de julio de 1981

RESOLUCION No. 29

CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA DEL CARIBE (CAREC)

LA CONFERENCIA,

Vistos:

- a) el documento CMH 81/7/34 sobre la labor realizada por CAREC en 1980;
- b) el informe de la Séptima Reunión del Consejo de CAREC;
- c) el programa y presupuesto del Centro para 1981-1982;
- d) el informe del Comité de altos funcionarios;
- e) el informe del Comité Rampersad sobre las recomendaciones acerca de CAREC aceptadas por el Gobierno de Trinidad y Tabago,

Enterada de que:

- a) el Consejo de CAREC estimó que la OPS había cumplido sus obligaciones en los primeros cinco años del Acuerdo Multilateral y recomendado el cumplimiento de los términos y el espíritu del Acuerdo hasta fines de 1984;
- b) el Gobierno de Trinidad y Tabago ha manifestado claramente su satisfacción ante la labor realizada por el Centro hasta 1979 y su adhesión a ella durante el período de vigencia del Acuerdo Multilateral;
- c) el Gobierno de Trinidad y Tabago, mediante un informe del Gabinete presentado a los Gobiernos Miembros, ha formulado propuestas respecto al futuro de CAREC;
- d) la ADU no había aceptado el informe quinquenal sobre CAREC hasta que mediaran:
  - i) el pleno apoyo del Consejo de CAREC;
  - ii) un compromiso claro y por escrito del Gobierno de Trinidad y Tabago, y

- iii) proyecciones presupuestarias para CAREC hasta fines de 1984, razones por las cuales no había abonado su cuota correspondiente a 1980;
  - e) esas condiciones ya se han cumplido y que la ADU ha prometido abonar £55,000 para 1981 y respetar en principio al compromiso relativo a CAREC hasta 1985;
  - f) los problemas financieros actuales podrían afectar al programa.
1. REITERA su plena adhesión a las metas y objetivos del Centro y su más firme apoyo al mantenimiento de CAREC como institución regional hasta 1985 y pasado ese año.
  2. DA LAS GRACIAS al Director de la OPS y al Consejo de CAREC por el informe presentado y respalda este programa mínimo de servicios para 1981-1982, así como las proyecciones presupuestarias;
  3. AGRADECE a CAREC la preparación del documento "Examen de la mortalidad y la morbilidad en los países de habla inglesa del Caribe" y PIDE que se realice otro examen para facilitar la planificación y evaluación de la atención de salud en la Región;
  4. INSTA a todos los Gobiernos a mejorar el sistema de acopio y análisis de datos sobre salud;
  5. INSTA a CAREC a que, junto con la OPS, siga tratando de contratar y adiestrar personal nacional de las Indias Occidentales para puestos directivos en el Centro y a que establezca puestos que permitan el adiestramiento de técnicos con miras a disponer de un Centro eficaz para mantenerlo hasta pasado 1984;
  6. INSTA a todos los Gobiernos a cumplir sus obligaciones financieras con el Centro;
  7. DA LAS GRACIAS al Gobierno de Trinidad y Tabago, al Comité Asesor Científico y al Consejo de CAREC por sus propuestas sobre el futuro del Centro y PIDE al Director de la OPS que, juntamente con el Secretario General de CARICOM, inicie negociaciones con el Gobierno de Trinidad y Tabago y los Gobiernos participantes para elaborar un nuevo acuerdo sobre CAREC, aplicable a partir de 1984;
  8. AGRADECE a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID) su asistencia y pide al Director de la OPS que gestione de esa entidad el mantenimiento de su ayuda financiera hasta fines de 1984;

9. APOYA la solicitud de participación de la ADU y del Fondo Europeo para el Desarrollo (FED) sugerida por Trinidad y Tabago, y PIDE al Secretario General de CARICOM que gestione del FED la asignación de fondos para CAREC, especialmente para actividades de adiestramiento, como atención prioritaria hasta 1984 y pasado ese año;
10. RECOMIENDA a los Gobiernos Participantes que, conforme a lo dispuesto en la Resolución 20 de 1980, asuman mayor responsabilidad por la buena marcha del Centro y que la cuota de los países se aumente en un 12% respecto de la fijada para 1981;
11. PIDE al Director de la OPS que gestione urgentemente de la ADU una aportación financiera máxima a CAREC para el período 1981-1985;
12. APOYA los esfuerzos realizados por el Director de la OPS para lograr la colaboración entre el Gobierno del Canadá y CAREC en materia de epidemiología, servicios técnicos, mantenimiento, etc;
13. REITERA su apoyo al Programa de Control de la Lepra en el Caribe;
14. PIDE al Director de la OPS que presente una propuesta a la Fundación Emmaüs Suisse para el financiamiento del Programa de Lepra en los países menos desarrollados y en Barbados;
15. NOMBRA al Sr. G. M. Cassell (Secretario Permanente, Ministerio de Salud de Monserrat) para el Consejo de CAREC por un período de dos años y al Dr. H. White (Director de los Servicios de Laboratorio de Barbados) y al Dr. A. D'Souza (Médico Jefe, Santa Lucía) para el Comité Asesor Científico por un período de dos años.

Nota: El Sr. D. Miller (Secretario Permanente, Jamaica) fue nombrado en 1980 para el Consejo de CAREC por un período de dos años.