

consejo directivo



ORGANIZACION  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD

XXVII Reunión

Washington, D.C.  
Septiembre-October 1980

comité regional

ORGANIZACION  
MUNDIAL  
DE LA SALUD



XXXII Reunión

Tema 23 del programa provisional

CD27/23, ADD. IV (Esp.)  
25 agosto 1980  
ORIGINAL: INGLES

INFORME SOBRE LOS CENTROS PANAMERICANOS

Introducción

Conforme a lo dispuesto en la Resolución CD26.31, en el presente documento se amplía el informe del Grupo de Estudio sobre los Centros Panamericanos (Documento CSP20/3) con una descripción más detallada de cada uno de éstos. Atendiendo a peticiones específicas de varios Gobiernos Miembros, ~~de~~ que se hiciera participar al Grupo de Estudio que había hecho el análisis, la Secretaría recabó los servicios del Dr. Myron E. Wegman, antiguo miembro de dicho Grupo, para que hiciera el presente estudio. Para esa labor contó con la colaboración de la Srta. Tracy Enright.

Como se trata de un análisis descriptivo, no se ha intentado evaluar ningún Centro ni emitir un juicio sobre su funcionamiento; según la decisión de la XX Conferencia Sanitaria Panamericana, cada Centro será evaluado a fondo por un comité ad hoc, formado por especialistas en la disciplina de que se trate. Se presentan informes de evaluación al presente Consejo Directivo para PANAFTOSA, CEPANZO, INCAP, IANC y CAREC.

En la primera parte del informe se hacen consideraciones generales y diversas comparaciones, y la segunda es una presentación detallada de cada Centro (los siete para todo el Continente y los tres subregionales). Tanto en el informe general como en los individuales se indican las características de cada Centro, locales, origen histórico y base jurídica, objetivos, programa, comité asesor, presupuesto y plantilla de personal.

INDICE

	<u>Página</u>
I. Consideraciones Generales.....	1
II. Salud Animal	
A. CEPANZO.....	13
B. PANAF TOSA.....	23
III. Desarrollo de Recursos Humanos	
A. BIREME.....	33
B. CLATES.....	43
IV. Salud Ambiental	
A. CEPIS.....	53
B. ECO.....	61
V. Salud de la Familia	
CLAP.....	69
VI. Control de Enfermedades	
CAREC .....	79
VII. Nutrición	
A. IANC.....	89
B. INCAP.....	101
Annexo I 1969 - Resolución sobre establecimiento de la política de los Centros .....	
Annexo II 1970 - Resolución sobre normas para los Centros.....	
Annexo III 1978 - Resolución sobre revisión de la política.....	
Annexo IV Resoluciones sobre los distintos Centros.....	
Annexo V Número de proyecto para cada Centro.....	

## INFORME SOBRE LOS CENTROS PANAMERICANOS

## CONSIDERACIONES GENERALES

En el Cuadro I figura el nombre oficial de cada Centro activo en 1980, el acrónimo por el que se lo conoce generalmente, y que se utiliza en el resto de este informe, el programa básico correspondiente de la OPS y la meta general del Centro.

Emplazamiento y locales

Los Centros tienen una amplia distribución; solo un país, Brasil, cuenta con dos de ellos. En el Cuadro II se indican el emplazamiento del Centro, los locales de que dispone y la propiedad de dichos locales.

Invariablemente, el Gobierno tiene especial interés en acoger el Centro, lo que en ciertos casos se ve facilitado por la existencia de recursos poco corrientes, por ejemplo, un núcleo de personal especializado. Casi siempre, el Gobierno Huésped ha hecho una considerable inversión en construcción de locales o renovación de instalaciones. En cada caso, el Gobierno Huésped se ha ocupado, con cargo a sus propios recursos o a los de un organismo nacional (por ejemplo, una universidad) de facilitar los servicios necesarios y encargarse del mantenimiento de estos. El País Huésped costea además los gastos de personal local conforme al acuerdo para cada uno de los Centros. Cuando existen arreglos especiales, se los describe en la parte correspondiente al Centro de que se trate.

La importancia de los locales varía según las necesidades. Su idoneidad es también distinta pero, de momento, solo en un caso se consideran muy deficientes.

Origen histórico y base jurídica

Existe cierto paralelismo en el origen de los distintos Centros. Todos ellos provienen del reconocimiento de un problema de salud pública que se puede atacar con más eficacia concentrando las posibles acciones en un Centro. El concepto de centros internacionales como punto focal para atacar un problema empezó con el INCAP y se aplicó seguidamente en PANAFTOSA (a petición de la Organización de los Estados Americanos) y CEPANZO. En cada uno de esos casos hubo amplias deliberaciones en los Cuerpos Directivos respecto al establecimiento del Centro. Por lo que se refiere a PANAFTOSA, en septiembre de 1950, se adoptó una resolución en la que se aprobaba específicamente la preparación por la OSP de un proyecto de establecimiento del Centro y se autorizaba a la Oficina a participar, siempre y cuando los fondos empleados fueran de origen extrapresupuestario.

En 1969, el Consejo Directivo, visto el informe del Director sobre el estado en que a la sazón se encontraban los centros multinacionales (CD19/21, Addendum), así como un informe de la 6ta Reunión del Comité Ejecutivo, resolvió (CD19.37):

"Declarar la necesidad y utilidad de los centros multinacionales, siempre que su política de acción continúe permanentemente orientada al beneficio de todos los países y, en tal sentido, respaldar la acción positiva de la Organización en el desarrollo y perfeccionamiento de los Centros existentes, los que constituyen una eficaz forma de acción de la OPS en sus funciones de estímulo y coordinación de esfuerzos plurinacionales en programas de mejoramiento de la salud; (y recomendar que) la constitución futura de los centros multinacionales (se ajuste) a las normas que apruebe al respecto la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana, de acuerdo con el párrafo 2 de la parte dispositiva de esta resolución".

El texto completo de la resolución se adjunta como Anexo I.

La XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana (CSP18.33) adoptó una serie de normas generales para el establecimiento y la operación de centros multinacionales, que se reproducen como Anexo II, en las que se dispone particularmente que "las propuestas relativas a los centros multinacionales continuarán presentándose, como parte del programa y presupuesto de la OPS/OMS, al Comité Ejecutivo y al Consejo Directivo o a la Conferencia, para su estudio y aprobación".

La XX Conferencia Sanitaria Panamericana, por su Resolución CSP20.31, decidió en particular:

"2. Limitar el término de Centro Panamericano solo a aquellos cuyos asuntos técnicos, administrativos y financieros son dirigidos por la OPS".

"4. Encargar que toda propuesta para establecer, suprimir o trasladar un Centro Panamericano sea sometida sistemáticamente a consideración del Comité Ejecutivo y del Consejo Directivo, la que debe ir acompañada de un estudio completo".

El texto completo de esa Resolución se reproduce en el Anexo III.

CUADRO I  
 CENTROS PANAMERICANOS

<u>Nombre</u>	<u>Acronimo</u>	<u>Programa Básico de la OPS</u>	<u>Meta</u>
<u>GRUPO I - Centros Continentales</u>			
Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud	BIREME	Desarrollo de recursos humanos	Ampliación y mejoramiento de los servicios de información sanitaria y biomédica para organismos e instituciones de salud y disciplinas afines.
Centro Panamericano de Zoonosis	CEPANZO	Salud animal	Apoyo para el mejoramiento de la lucha contra enfermedades de los animales transmisibles al hombre.
Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente	CEPIS	Protección de la salud ambiental	Mejoramiento de las condiciones del medio físico en la medida en que afectan a la salud.
Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud	CLATES	Desarrollo de recursos humanos	Establecimiento de técnicas eficaces de formación del personal de los servicios de salud y fomento del empleo de dichas técnicas.
Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano	CLAP	Salud de la madre, del niño y de la familia	Mejoramiento del estado de salud de la madre, del feto y del lactante, desde la concepción hasta el final del período postpartum.
Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud	ECO	Protección de la salud ambiental	Reducción al mínimo de los efectos adversos que pueden tener en la salud el desarrollo económico y la industrialización.
Centro Panamericano de Fiebre Aftosa	PANAFTOSA	Salud animal	Actividades encaminadas a eliminar la fiebre aftosa donde exista y a prevenir su introducción en los lugares exentos de la enfermedad.
<u>GRUPO II - Centros Subregionales</u>			
Centro de Epidemiología del Caribe	CAREC	Control de enfermedades	Apoyo para el mejoramiento en el Caribe de los servicios de epidemiología y otros relacionados con la lucha contra las enfermedades transmisibles y, más adelante, las no transmisibles.
Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe	IANC	Nutrición	Mejoramiento del estado nutricional de todas las poblaciones de los países a que sirve el Centro, que actualmente son los de habla inglesa del Caribe y Suriname.
Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá	INCAP	Nutrición	Mejoramiento del estado nutricional de las poblaciones de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

CUADRO II

EMPLAZAMIENTO Y LOCALES

	<u>Emplazamiento</u>	<u>Extensión (m<sup>2</sup>)</u>	<u>Propietario</u>
<u>GRUPO I - Centros continentales</u>			
BIREME	Sao Paulo Brasil	3,340	Escola Paulista (Universidad Federal)
CEPANZO	Buenos Aires Argentina	3,500	Gobierno de la Argentina
CEPIS	Lima Perú	2,241	Gobierno del Perú
CLATES	Río de Janeiro Brasil	526	Universidad Federal de Río de Janeiro
CLAP	Montevideo Uruguay	2,500	Gobierno del Uruguay
ECO	Metepec (cerca a Toluca) México	1,500	Gobierno del Estado de México
PANAFTOSA	Sao Bento Brasil	400,000	Gobierno del Brasil
<u>GRUPO II - Centros subregionales</u>			
CAREC	Puerto España Trinidad	2,750	Gobierno de Trinidad y Tabago
IANC	Kingston Jamaica	350	Universidad de las Indias Occidentales
INCAP	Guatemala Guatemala	25,000 (más granja expe- rimental de 47 hectáreas)	Gobierno de Guatemala

### Objetivos

Para todos los centros, los objetivos se especificaron en el acuerdo inicial con el País Huésped. En la mayor parte de los casos esos objetivos se han modificado más o menos con el transcurso del tiempo. El enunciado de éstos varía pero invariablemente indican la manera en que el Centro enfocará los aspectos técnicos de cada problema. La función internacional del Centro, si no se especifica en los objetivos, está enunciada en otras partes del acuerdo.

### Programa

Todo análisis detallado de los Centros, sea individual o colectivo, ha de partir de la premisa de que estos no constituyen unidades aisladas sino que son parte integrante del programa total de la OPS. Como se apreciará en el examen histórico de cada Centro, estos se han establecido porque en cierto momento de la evolución de un programa determinado y del desarrollo de la tecnología correspondiente pudo apreciarse con toda evidencia que era conveniente concentrar los recursos en una instalación especial. En el caso de los primeros Centros, como INCAP y PANAFTOSA, resultó patente que la falta de conocimientos básicos sobre nutrición y sobre fiebre aftosa, respectivamente, dificultaba mucho el establecimiento de programas de campo eficaces. Aunque las investigaciones necesarias se podrían haber realizado en régimen de descentralización, ofrecía evidentes ventajas el sistema consistente en reunir investigadores, educadores y auxiliares prácticos de salud pública en un mismo lugar, de manera que pudieran establecer entre sí una cooperación que reforzaría el trabajo de cada uno.

La investigación, sea cual sea su forma, sigue siendo uno de los elementos clave que justifican la existencia de un centro, pero, en cambio, se ha observado una modificación del orden de prioridad y de la importancia concedida a los diversos estudios. Desde el principio, la estrecha relación entre las investigaciones y la acción educativa llevó a todos los Centros a emprender programas de adiestramiento. Ulteriormente, los servicios de cooperación técnica y asesoramiento llegaron a constituir una parte mucho más importante de la actividad de los Centros, al igual que las funciones afines de difusión de información. Existen grandes diferencias entre los Centros, pero todos ellos se ocupan del acopio de datos sobre la materia de su especialidad, y de la planificación y la mejora de los programas nacionales e internacionales pertinentes. Todos ellos siguen el principio de la OPS, consistente en desarrollar programas a petición de los Gobiernos y de trabajar en colaboración.

La difusión de informaciones y la mejora del contacto con los Gobiernos y las autoridades nacionales son aspectos del programa que han recibido atención insuficiente. En las reuniones de los Cuerpos Directivos de la OPS se ha manifestado a veces descontento a ese respecto. Algunos Centros han conseguido remediar la situación mejor que otros, pero todos ellos tratan de intensificar su acción y ampliar sus esfuerzos en esa esfera. Las evaluaciones individuales destacan esa parte del programa.

Los 10 Centros existentes se relacionan en líneas generales con diversos aspectos del programa de la OPS: dos de ellos se ocupan de enfermedades infecciosas de los animales, y uno de epidemiología en general; dos, de nutrición; dos, de educación; dos, de higiene del medio; y uno, de salud de la familia. En general, los Centros se consideran como medios técnicos al servicio de los programas de la OPS, para descubrir, perfeccionar y ensayar técnicas, así como para contribuir a la difusión de estas en los países. Ese trabajo sería difícil, si no imposible, en un medio burocrático como parte de un programa de campo. En los Centros que se ocupan de investigaciones de laboratorio o de estudios muy técnicos existe una división de funciones más pronunciada que en los que se ocupan principalmente de prestar servicios consultivos análogos a los dispensados por los asesores regionales.

La relación con las Divisiones de la Sede tiende a ser de carácter complementario, y se procede al intercambio de información e ideas antes de adoptar las decisiones. Algunas Divisiones consideran los Centros que están a su cargo como un medio técnico indispensable para su trabajo. En otras, el Centro parece ser un recurso conveniente para el desarrollo de una parte del programa total.

Los distintos elementos del programa de la OPS necesitan mantener contacto entre sí y con otros organismos que tengan intereses análogos o afines; lo mismo le ocurre a los Centros. Así, para un grupo de salud de la madre y el niño es de interés básico un servicio de nutrición, y viceversa. En otros casos, la relación puede no estar tan clara, pero los Centros recurren a las Divisiones y a las reuniones de sus propios directores para facilitar el intercambio.

#### Comités Asesores

Los Centros presentan diferencias considerables en ese uso de los comités técnicos asesores. Algunos disponen de comités bien establecidos, con miembros regulares y ad hoc, que se reúnen con arreglo a un programa preestablecido. En ocasiones, existe una rotación regular de los miembros, mientras que otros tienen una composición permanente. Hay un caso en que un comité de política oficialmente constituido desempeña ciertas funciones de comité asesor. Están estudiándose activamente los problemas de revisión y mejoramiento de las funciones de los comités técnicos asesores.



Presupuesto (Cuadro general III y figuras generales 1 y 2)

Del examen precedente del programa se deduce que todo análisis se habrá de basar en la relación entre las actividades del Centro con el programa general de la OPS en la materia de que se trate. Así, la historia presupuestaria y los programas de los Centros se presentan en esa perspectiva del programa básico. Para ello se procede de dos maneras: primero, mediante un examen de los presupuestos de todos los Centros por comparación con el programa total de la OPS y, segundo, por comparación del programa de cada Centro con el resto de la labor de la OPS en ese mismo sector.

En el Cuadro III y en las Figuras 1 y 2 se expone la reciente historia financiera de los Centros\* en conjunto durante 1970-1979, por comparación con el programa total. El Cuadro III y la Figura 1, un diagrama de barra, muestra las cantidades en dólares, sin reajustar por la inflación, gastadas por cada concepto, destacándose para cada año la relación proporcional entre los Centros y el programa básico correspondiente de la OPS, y entre los fondos del presupuesto ordinario y los fondos extrapresupuestarios. La Figura 2 indica en diagramas de línea sobre papel semilogarítmico, las tasas relativas de aumento de los fondos presupuestarios y de otros fondos durante el período de 10 años.

Se observa que la parte correspondiente a los Centros en el presupuesto ordinario acusa un aumento relativamente pequeño, pero estable, en dicho período. Las variaciones son más fuertes en el caso de otros fondos, pero se deben más al aumento y la disminución de estos en otros sectores de la Organización que en los Centros, que se han mantenido relativamente estables en el empleo de fondos extrapresupuestarios. Ha de señalarse que los datos de ese Cuadro y los Gráficos se refieren también a dos Centros que ya no existen. El Centro Latinoamericano de Gestión Administrativa, que funcionó en Buenos Aires, Argentina, desde 1967 hasta fines de 1976, y el Centro Latinoamericano de Planificación de la Salud, que funcionó en Santiago, Chile, desde 1970 hasta fines de 1976. Las supresiones correspondientes se indican en el Cuadro y en los Gráficos.

\* Los datos fiscales están tomados del Informe Financiero del Director para los ejercicios respectivos. Para cada Centro, los gastos equivalen a la suma de los proyectos, o partes de proyectos, directamente a su cargo. Los gastos de programa comprenden la suma de los gastos de la Sede y los proyectos identificados en cada sector. Se ha tropezado con algunas dificultades debido al profundo cambio del sistema de numeración de los proyectos, que se introdujo en 1975, y a otras modificaciones en años sucesivos. Sin embargo, se cree haber incluido las actividades pertinentes y omitido las que no lo son.

En el presente informe, el término "fondos ordinarios" se aplica a las asignaciones de los presupuestos ordinarios de la OPS y la OMS, mientras que el término "otros fondos" o "fondos extrapresupuestarios" se aplica a todos los demás. En esta categoría figuran los que asignan ciertos organismos de las Naciones Unidas (como el PNUD y el FNUAP) a otras entidades intergubernamentales, por ejemplo, la OEA, los gobiernos miembros de organizaciones subregionales (INCAP, IANC y CAREC) así como los procedentes de diversas fundaciones, organizaciones filantrópicas, etc. En esencia, todos los fondos no intercambiables libremente por los Cuerpos Directivos se han clasificado como extrapresupuestarios.

Todos los Centros disponen de ciertos servicios de profesionales cedidos en el lugar donde están emplazados. Los correspondientes gastos de personal no figuran en ninguna parte de los presupuestos. En lo que respecta al CLAP y a CLATES, se plantea un problema especial cuando, debido a disposiciones específicas de los acuerdos básicos, la indicación de los fondos extrapresupuestarios queda muy por debajo de la realidad. El problema se examina en relación con cada Centro.

#### Personal

En todos los casos, por definición, los directores de los Centros y, en general, el personal de categoría superior son empleados de la OPS por tiempo completo. La importancia numérica del personal varía mucho y, de todos modos, sería difícil establecer comparaciones entre los Centros debido a los diferentes sistemas adoptados respecto al personal que ha de aportar el País Huésped. De modo análogo, la complejidad de la organización administrativa también varía considerablemente según el carácter de cada Centro.

#### INFORMES INDIVIDUALES DE LOS CENTROS

Se sigue a este respecto el mismo orden que en los Cuadros I y II: primero figuran los Centros de carácter regional y luego los de alcance subregional.

Existen ciertas diferencias de detalle porque en el caso de cinco Centros existía material para las evaluaciones ya distribuidas al Consejo, mientras que para otros cinco ha habido que basarse más en los informes anuales. En estos casos, el informe sobre las actividades anuales constituye una muestra y no exposición completa de la labor realizada por los Centros, tarea esta que constituirá el objeto de las evaluaciones previstas para un futuro inmediato.

La presentación del presupuesto es más o menos igual a la antes indicada para cada Centro. Cuando un programa de la OPS guarda relación con varios Centros, estos se incluyen en las cifras para facilitar la comparación.

CUADRO III

GASTOS (TOTAL DE FONDOS OPS/OMS Y TOTAL DE FONDOS  
 DE LOS CENTROS, 1970-1979)

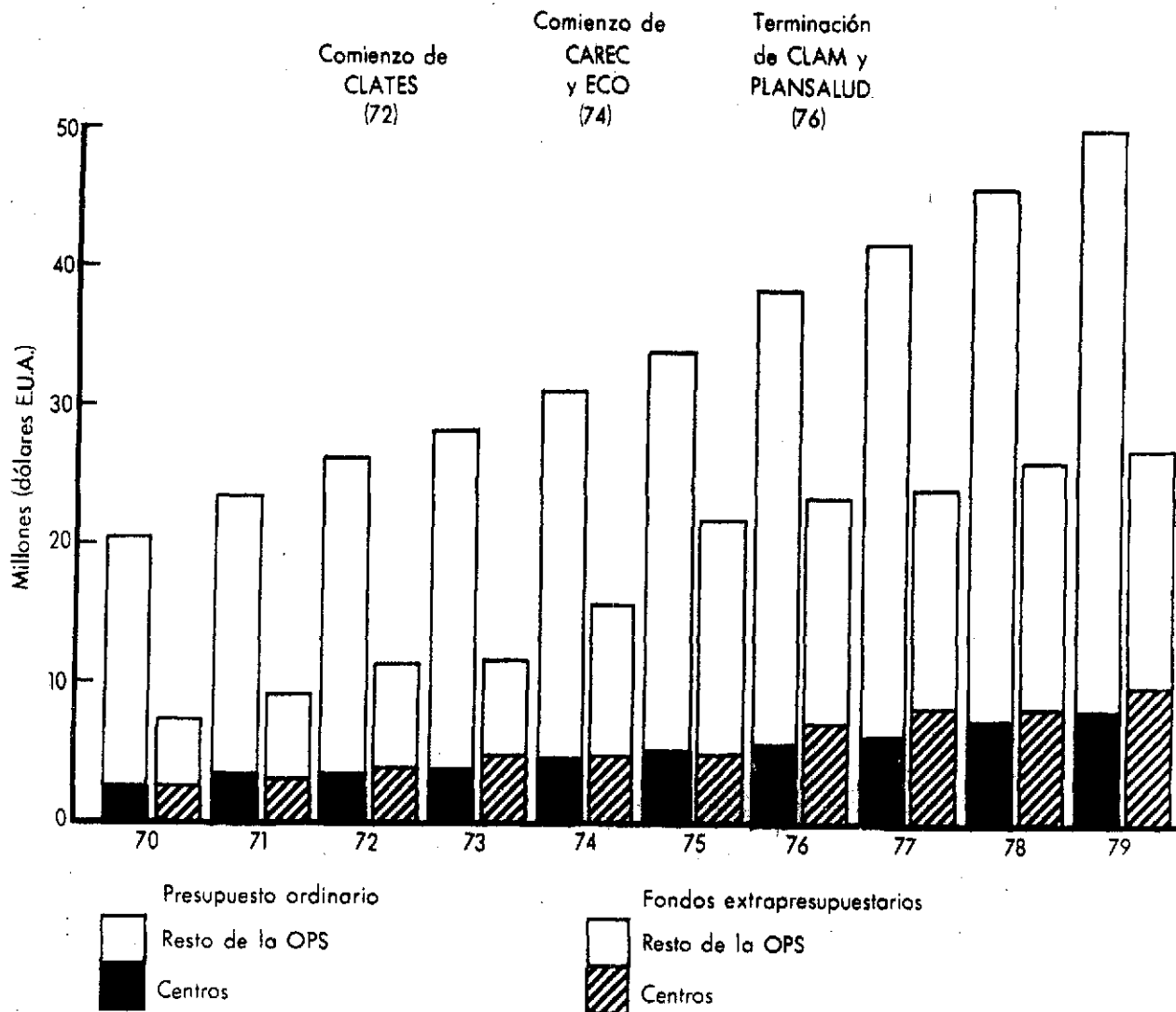
Año	Total de fondos OPS/OMS	Fondos Ordinarios OPS/OMS, Centros	Fondos Ordinarios OPS/OMS, resto de la OPS	Total "otros" fondos", Centros	Total "otros" fondos", resto de la OPS
1979	77,098,879	7,868,470	42,209,625	9,343,974	17,676,810
1978	71,902,393	7,469,138	38,270,754	8,296,196	17,866,305
1977	65,976,471	6,095,904	35,815,161	8,126,339	15,939,067
1976	*61,869,046	5,876,376	32,560,325	7,088,014	16,344,331
1975	55,600,379	5,229,389	28,965,466	5,104,061	16,301,463
1974	**47,042,458	4,469,738	26,866,284	4,862,243	10,844,193
1973	40,272,426	3,853,849	24,597,416	4,726,546	7,094,615
1972	***37,467,239	3,312,181	22,939,224	3,981,513	7,234,321
1971	32,495,344	3,014,623	20,456,930	2,992,331	6,031,460
1970	27,963,624	2,465,224	18,098,274	2,480,068	4,920,058

\* Terminación de CLAM y PLANSALUD

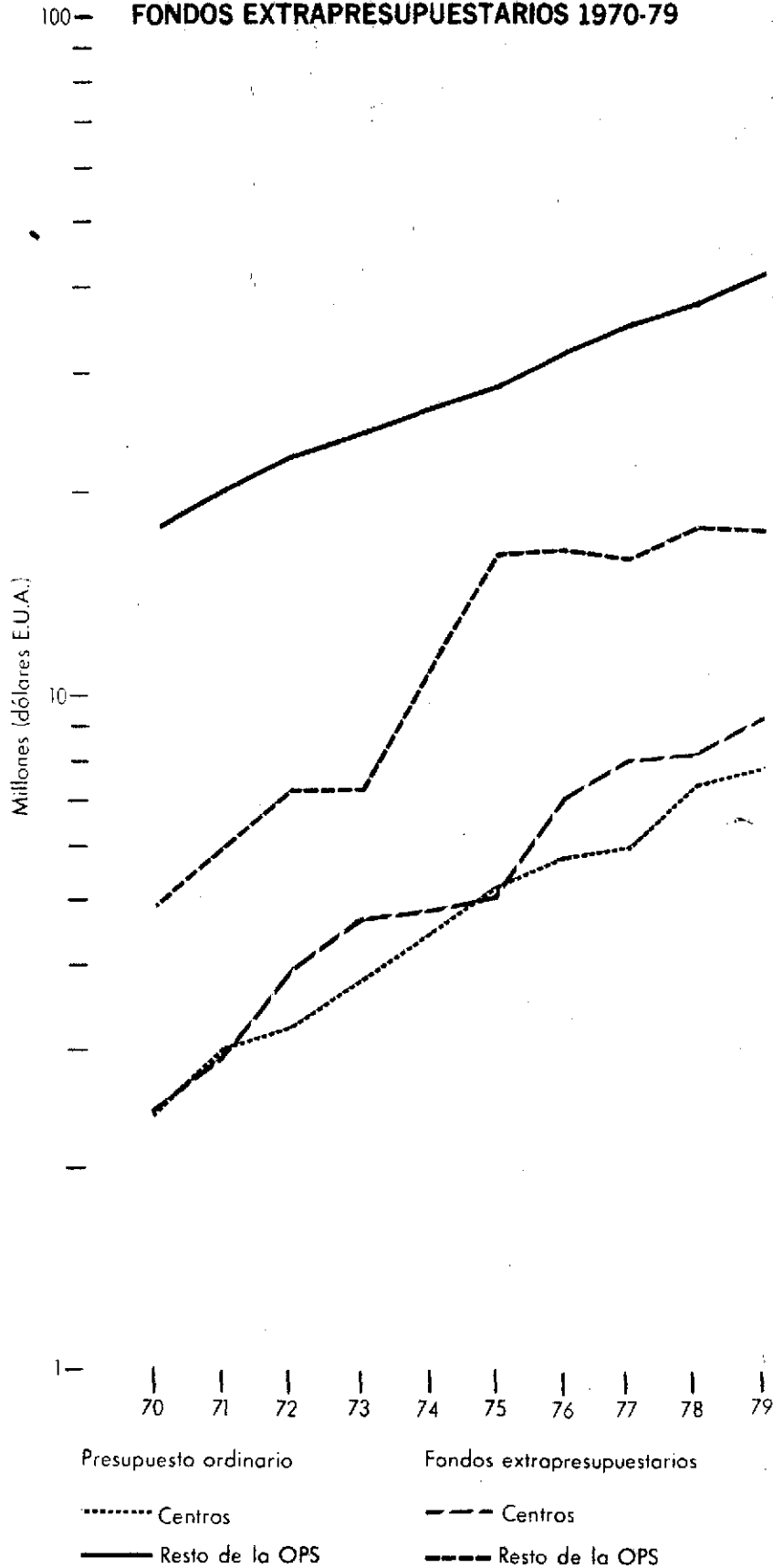
\*\* Comienzo de CAREC y ECO

\*\*\* Comienzo de CLATES

**GENERAL 1.**  
**GASTOS TOTALES DE LA OPS/ OMS POR RELACION A LOS GASTOS DE LOS CENTROS:**  
**PRESUPUESTO ORDINARIO Y FONDOS EXTRAPRESUPUESTARIOS 1970-79**



**GENERAL 2.**  
**AUMENTO DEL TOTAL DE GASTOS DE LA OPS/OMS**  
**Y DE LOS GASTOS EN LOS CENTROS:**  
**PRESUPUESTO ORDINARIO Y**  
**FONDOS EXTRAPRESUPUESTARIOS 1970-79**



CENTRO PANAMERICANO DE ZONOSIS - CEPANZO

1. Programa básico de la OPS: Salud animal
2. Meta del Centro: Apoyo para el mejoramiento de la lucha contra enfermedades de los animales transmisibles al hombre
3. Emplazamiento: Ramos Mejía y Azul, Argentina
4. Locales

Se dispone de un local con una superficie de 3,500 m<sup>2</sup> para laboratorios y oficinas en el 6° y 7° pisos de un hospital general que, a juicio de los interesados, no solo es deficiente sino también peligroso. En los laboratorios, que son viejos e ineficientes, falta espacio y resulta difícil mantener la seguridad microbiológica. Hay también una granja experimental, de unas 156 hectáreas, que comprende una colonia de animales de laboratorio, en Azul, aproximadamente a 300 kilómetros de Buenos Aires.

5. Origen histórico y situación jurídica

Originalmente, el Centro fue una empresa nacional del Gobierno de Argentina; el Consejo Directivo estudió en 1955 la conveniencia de ampliar el programa y darle alcance internacional. En la Resolución CD8.7 se encomendaba al Director que gestionara la obtención de fondos para convertir al Centro en una institución internacional. En 1956 se firmó un acuerdo con el Gobierno de Argentina pero el Centro Panamericano propiamente dicho no empezó a funcionar hasta 1959.

Como las instalaciones de Azul se encontraban aisladas para el contacto con los medios de epidemiología e investigación, los laboratorios se trasladaron a Buenos Aires en 1966.

El programa del CEPANZO se examina todos los años, junto con el de PANAFOTSA, en una reunión de representantes de los Ministerios de Agricultura, patrocinada por la OPS.

6. Objetivos

En el acuerdo original, los objetivos específicos eran:

- 6.1 Normalización de los métodos de diagnóstico, técnicas de producción e inspección de la calidad de sustancias biológicas;

- 6.2 Evaluación de métodos y procedimientos, y de las investigaciones aplicadas en materia de zoonosis;
- 6.3 Servicios de diagnóstico de laboratorio;
- 6.4 Demostración práctica de medidas de lucha contra las zoonosis;
- 6.5 Preparación y distribución de información técnica y educación popular sobre las zoonosis y la manera de combatirlas;

Desde entonces, esos objetivos se han modificado del modo siguiente:

- 6.6 Promover la formulación de programas de control de zoonosis y de higiene de los alimentos, y contribuir a la mejora de la gestión de los mismos;
- 6.7 Efectuar investigaciones con vistas a la mejora de los conocimientos científicos y de la microbiología e higiene de los alimentos;
- 6.8 Promover y asumir actividades de adiestramiento de personal en aspectos, tanto generales como específicos, del diagnóstico y el control de las zoonosis y de la protección de los alimentos;
- 6.9 Facilitar servicios de referencia para diagnóstico, inspección de productos biológicos e identificación de cepas de diferentes microorganismos;
- 6.10 Preparar y suministrar sustancias biológicas de referencia y animales de laboratorio para investigaciones biomédicas;
- 6.11 Preparar y difundir información técnica sobre zoonosis y sobre microbiología e higiene de los alimentos.

## 7. Programa

Dado que la lista de enfermedades comúnmente transmisibles entre los animales y el hombre es tan extensa, el Centro se ha visto obligado a seleccionar algunas que merecen prioridad, a saber: brucelosis, rabia, tuberculosis, hidatidosis y otras enfermedades parasitarias, leptospirosis y ántrax. En vista de la estrecha relación práctica que con ellas guarda la microbiología e higiene de los alimentos, también se concede a ésta prioridad.

Además, en 1971 el Centro montó un laboratorio de patología y está colaborando con organizaciones nacionales de estadística para mejorar el acopio y la utilización de datos sobre las zoonosis en el hombre y los animales.

### 7.1 Cooperación técnica y servicios de asesoramiento

La tarea concreta del Centro en los países consiste en servir de laboratorio de referencia, proporcionar sustancias biológicas para diagnóstico, asesorar sobre planificación, construcción, organización y funcionamiento de laboratorios nacionales, asesorar sobre la ejecución de estudios de prevalencia de diversas enfermedades y sobre la formulación de programas de lucha, establecer un sistema continental de vigilancia epidemiológica de la rabia y la encefalitis, y publicar guías técnicas para uso por las autoridades nacionales.

El Centro ha sido designado como laboratorio regional de referencia para la producción y la inspección de sustancias biológicas destinadas a uso humano y animal en relación con la brucelosis, la rabia, la hidatidosis, la leptospirosis, la tuberculosis y ciertos aspectos de microbiología de los alimentos. Facilita servicios de referencia para diagnóstico de esas enfermedades y suministra a los laboratorios oficiales de salud pública y agricultura de la Región sustancias biológicas normalizadas y animales de laboratorio de alta calidad para el establecimiento o la renovación de grupos reproductores.

### 7.2 Formación de personal

Los programas de formación de personal han abarcado el problema general de las zoonosis pero también problemas muy concretos y destacados en relación con las enfermedades prioritarias. Desde su creación, el Centro ha preparado un total de 1,227 becarios en sus propias instalaciones y casi otros 3,000 en cursos dados en el exterior. Los becarios han sido de todos los países de América Central y del Sur y, en menor medida, del Caribe. Desde 1969 se han dispensado enseñanzas de saneamiento y microbiología de los alimentos a casi 200 becarios.

A los cursos sobre planificación de la salud animal, iniciados en 1971, han asistido 147 veterinarios de 19 países.

Desde 1967, el personal del Centro ha participado en más de 300 cursos, seminarios y conferencias fuera de la institución.

El promedio de los alumnos matriculados al año (14 en los 10 primeros años de CEPANZO) aumentó en 1978 y 1979 a unos 300, lo que parece indicar una demanda sostenida.

### 7.3 Investigaciones

Prosiguen las actividades de investigación sobre todos los aspectos prioritarios de las enfermedades. A este respecto pueden citarse los ejemplos siguientes:



### 7.3.1 Brucelosis

La introducción de una vacuna preparada en el Centro para combatir la brucelosis caprina permitió una disminución espectacular de las infecciones humanas en una zona piloto del Perú. Se aislaron biotipos nuevos de Brucella abortus y se elaboró una prueba de inmunodifusión en gel de agar para el diagnóstico de la epidedimitis en los carneros y de la infección por Brucella canis.

### 7.3.2 Tuberculosis

Se ha demostrado que la tuberculina de M. bovi posee más sensibilidad que la de M. tuberculosis para el diagnóstico de la infección bovina. Se ha ensayado PPD específica de bovinos y humanos en personas infectadas por M. bovis o por M. tuberculosis y se ha establecido una prueba enzimática cuantitativa para distinguir entre las cepas naturales de esas dos especies.

### 7.3.3 Rabia

Se ha establecido un plan de inmunización previa a la exposición contra la rabia que consiste en administrar en días alternos tres dosis de vacuna preparada en cerebro de ratón lactante. En cuanto a la inmunización posterior a la exposición, Argentina fue el primer país del mundo que empleó el plan de "7 más 2" dosis, que también se utiliza ahora en Brasil, Colombia y Chile. Quedó demostrado que la vacuna preparada en cerebro de ratón lactante, suplementada con coadyuvantes, confiere protección al 96% de los bovinos adultos dos años después de la vacunación y al 100% de las terneras al cabo de un año de la vacunación.

La vacuna preparada en células renales de criceto lactante (BHK) protege al 100% de los caninos durante 12 y 25 meses y a 8 de cada 9 durante 36 meses. La misma vacuna, suplementada con hidróxido de aluminio, protege al 100% de los bovinos, transcurridos dos años de la inmunización.

Se ha ideado un método para combatir la rabia bovina mediante eliminación de guaridas de murciélagos vampiros.

### 7.3.4 Leptospirosis

Se han aislado por primera vez numerosos serotipos. Argentinensis (zarigüeya) Argentina; Galtoni (vaca), Argentina; Hardjo (bovinos), Argentina y Colombia (caballo, armadillo); Carimangna (zarigüeya); Argentina; Copenhageni (perro), Brasil; Fort bragg y Castellonis (perro), Barbados.

También se estableció un procedimiento para recoger, mantener y expedir muestras sin menoscabo de los títulos de anticuerpos contra leptospiros, utilizando arena de mar o cubitos de azúcar.

#### 7.3.5 Hidatidosis

Se ha puesto a punto una metodología para la detección de portadores asintomáticos del quiste en las encuestas entre la población, así como también una prueba doble de difusión (arco 5) que permite la confirmación inmunológica de la enfermedad en laboratorios de hospital dotados de un equipo mínimo.

#### 7.3.6 Microbiología e higiene de los alimentos

Se han establecido criterios de control a base de estudios sobre los niveles de contaminación microbiana de diversos alimentos de origen animal. En el Centro se ha ideado una técnica sencilla, rápida, económica y no destructiva de toma de muestras para inspección sanitaria de las canales y de las superficies de las plantas preparadoras de alimentos. Se ha determinado el agente de una enfermedad que produjo la pérdida de miles de cabezas de ganado en una importante región del País Huésped.

#### 7.4 Difusión de informaciones

El Centro prepara ocho publicaciones periódicas, una serie de notas técnicas (publicadas 22), una serie de monografías (publicada 11) y otra de publicaciones especiales (publicadas 10). Las tres últimas se revisan periódicamente y se actualizan para reimpresión.

La biblioteca cuenta aproximadamente con 8,000 volúmenes y recibe 365 revistas por suscripción o canje. Anualmente se distribuye un promedio de 4,000 publicaciones de CEPANZO y otros trabajos científicos, previa solicitud.

#### 8. Comité Asesor

El Centro tiene un Comité Asesor integrado por 17 miembros que se reúnen cada dos años.

#### 9. Presupuesto (Cuadro I de Salud Animal y Figuras 1, 2 y 3 de Salud Animal)

Como en el caso de PANAFTOSA, los fondos ordinarios asignados a CEPANZO corresponden a una categoría algo distinta de la usual en el presupuesto ordinario de la OPS/OMS, ya que no pueden reasignarse con facilidad. Las zoonosis constituyen un problema para la salud humana,

pero una parte considerable de la labor del Centro se orienta hacia la salud animal y a la economía agropecuaria.

En el informe especial de evaluación de CEPANZO se examina más detenidamente el presupuesto.

10. Personal

El Centro cuenta con una plantilla aprobada de 110 puestos, de los que 22 son de categoría profesional. Están dotados con fondos de la OPS 28 puestos (19 de profesionales y 9 de auxiliares) y los 82 restantes se costean con asignaciones del Gobierno de Argentina.

CUADRO I SALUD ANIMAL

GASTOS DE CEPANZO, 1970-1979

<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros fondos</u>
1979	2,886,725	1,287,025	1,599,700
1978	2,183,802	1,233,764	950,038
1977	1,549,500	902,554	646,946
1976	1,350,075	807,446	542,629
1975	1,280,934	860,960	419,974
1974	1,358,470	627,953	730,517
1973	1,204,287	602,190	602,097
1972	934,157	476,503	457,654
1971	935,385	324,687	610,698
1970	822,287	216,254	606,033

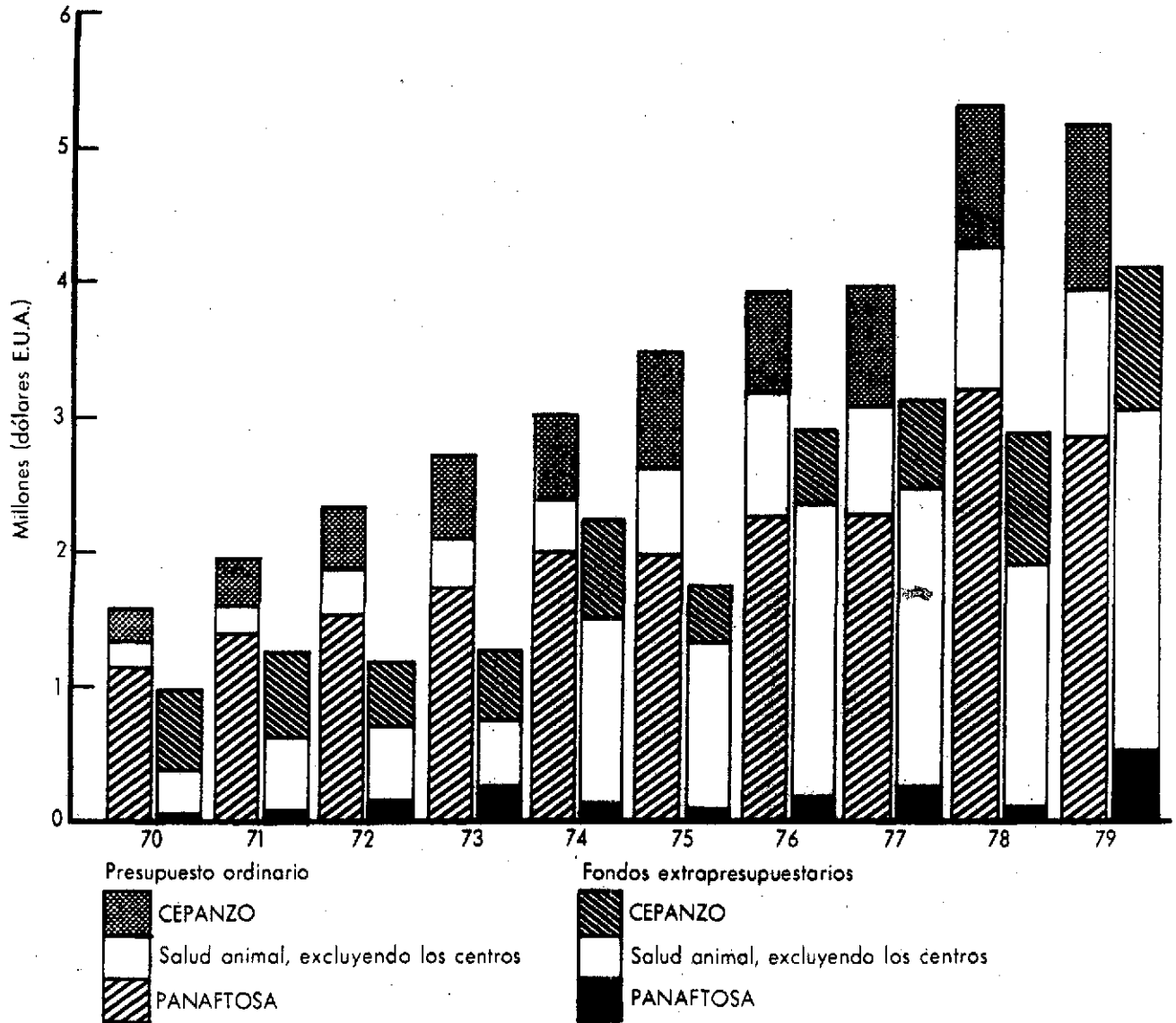
GASTOS DE PANAFTOSA, 1970-1979

<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros fondos</u>
1979	3,406,503	2,878,626	527,878
1978	3,297,292	3,226,026	71,266
1977	2,524,383	2,287,067	237,316
1976	2,448,451	2,275,333	173,118
1975	2,160,591	2,091,483	69,108
1974	2,020,475	1,919,218	101,257
1973	2,014,958	1,767,546	247,412
1972	1,670,303	1,559,100	111,203
1971	1,447,899	1,406,942	40,957
1970	1,200,279	1,171,708	28,571

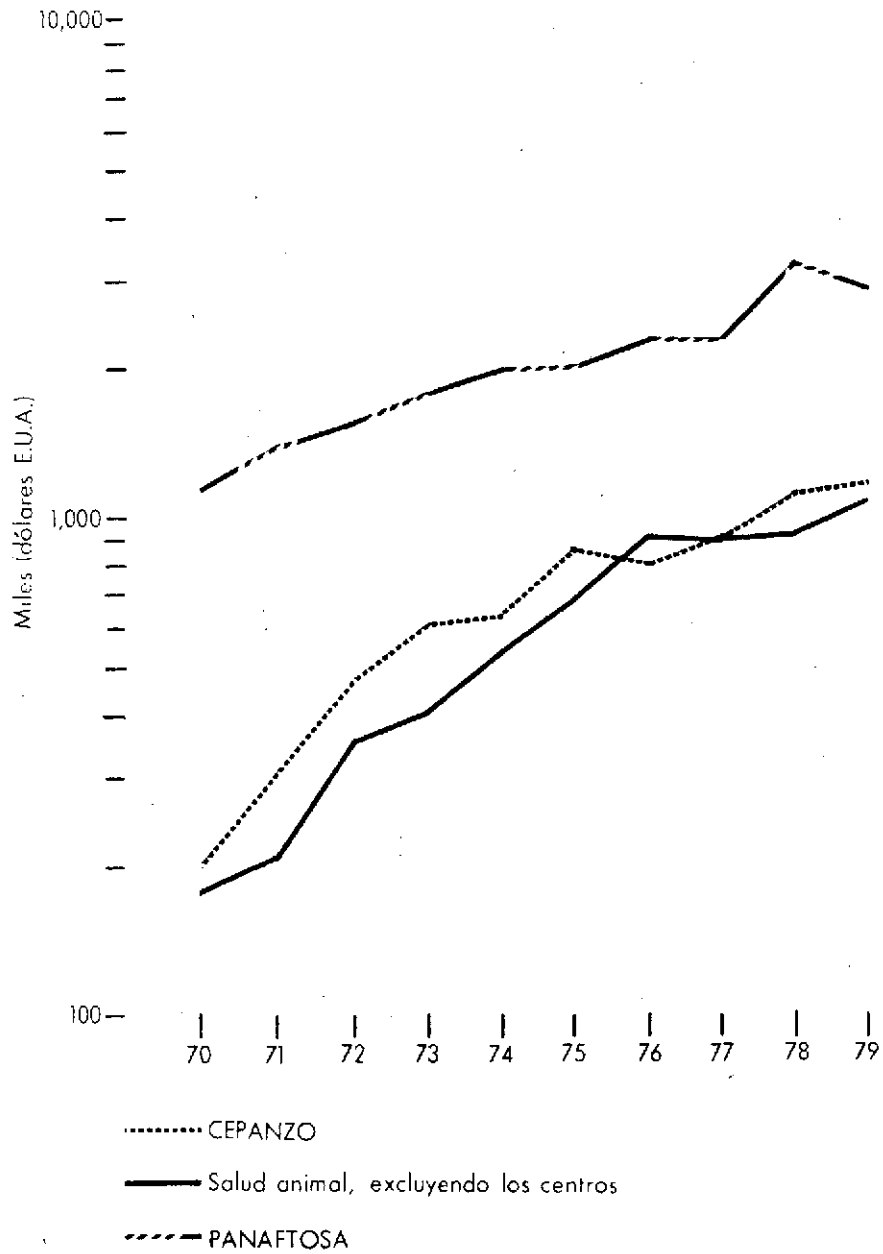
GASTOS EN SALUD ANIMAL  
 EXCEPTO CEPANZO Y PANAFTOSA, 1970-1979

<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros fondos</u>
1979	3,073,136	1,049,792	2,023,344
1978	2,807,224	923,448	1,883,776
1977	3,208,431	906,961	2,301,470
1976	3,106,767	904,615	2,202,152
1975	1,952,752	683,390	1,269,356
1974	1,967,499	544,164	1,423,335
1973	846,624	407,597	439,027
1972	1,001,588	357,641	643,947
1971	811,607	210,318	601,289
1970	535,223	181,113	354,110

**SALUD ANIMAL 1.**  
**GASTOS RELATIVOS EN SALUD ANIMAL:**  
**CEPANZO, PANAFTOSA Y RESTO DEL PROGRAMA**  
**PRESUPUESTO ORDINARIO Y FONDOS EXTRAPRESUPUESTARIOS, 1970-79**



**SALUD ANIMAL 2.**  
**AUMENTO DE LOS GASTOS EN SALUD ANIMAL:**  
**CEPANZO, PANAFTOSA Y RESTO DEL PROGRAMA FONDOS**  
**PRESUPUESTO ORDINARIO 1970-79**



**SALUD ANIMAL 3.**  
**AUMENTO DE LOS GASTOS EN SALUD ANIMAL:**  
**CEPANZO, PANAFTOSA Y RESTO DEL PROGRAMA**  
**PRESUPUESTO ORDINARIO 1970-79**



CENTRO PANAMERICANO DE FIEBRE AFTOSA - PANAFTOSA

1. Programa básico de la OSP: Salud animal
2. Meta del Centro: Actividades encaminadas a eliminar la fiebre aftosa donde exista y prevenir su introducción en los lugares exentos de la enfermedad.
3. Emplazamiento: Sao Bento, a unos 60 kilometros de Río de Janeiro (Brasil)
4. Locales

Una finca de 40 hectáreas provista de edificios para administración, laboratorios, establos y trabajos experimentales. Los edificios, aunque todavía utilizables, son viejos, requieren frecuentes reparaciones y serían difíciles de modernizar. Otro de los problemas radica en que el Centro se encuentra aislado de especialistas y personas con intereses afines.

5. Origen histórico y situación jurídica

La propagación de la fiebre aftosa hacia el norte, que coincidió con la expansión de la cooperación interamericana en los últimos años del decenio de 1940, llevó a la Organización de los Estados Americanos (OEA) a emprender uno de sus primeros programas de cooperación técnica, con el establecimiento de un centro en cooperación con la OPS y el Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas (IICA) para abordar el problema. Como el IICA no disponía de personal ni de recursos para hacer frente a ese problema, la OEA recurrió a la OSP. Aunque la enfermedad no se presenta en el hombre, sus efectos sobre la nutrición humana y la economía son de tal naturaleza que la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1950) aceptó la recomendación del Director en el sentido de que la Oficina asumiera la responsabilidad a este respecto. En diciembre del mismo año y con la aprobación del plan por el Consejo Económico y Social Interamericano, el Director firmó con el Gobierno del Brasil, representado por el Ministro de Asuntos Exteriores y el de Agricultura, un acuerdo para el establecimiento de un centro. Dicho acuerdo fue oficialmente aprobado por el Congreso del Brasil.

El Centro empezó a funcionar en 1951 y se mantuvo durante 17 años como proyecto comprendido en el Programa de Cooperación Técnica de la OEA. En octubre de 1967, el Consejo Directivo aprobó una resolución (CD17.R19) para incluir el Centro en el presupuesto ordinario de la Organización Panamericana de la Salud, quedando entendido que, sobre la



base de los acuerdos tomados en la OEA, cada país gestionaría la asignación de fondos en el presupuesto de agricultura. La propia resolución dispuso también la celebración anual de una conferencia de representantes de los Ministerios de Agricultura, patrocinada por la OPS, con el fin de examinar el programa de PANAF-TOSA Y también el de CEPANZO. Estas reuniones se han venido celebrando con regularidad.

6. Objetivos (según el acuerdo original)

Abordar el problema de la fiebre aftosa por los siguientes medios:

6.1 Prestación de servicios de diagnóstico, previa solicitud;

6.2 Asistencia técnica sobre los métodos de prevención de la fiebre aftosa, incluida la coordinación de programas en zonas fronterizas, disposiciones nacionales y locales sobre cuarentena, ejecución de un programa profiláctico, preparación de vacunas, mejoramiento de las técnicas de inmunización y verificación de la incidencia y naturaleza de la enfermedad en zonas especificadas;

6.3 Capacitación de personal técnico para trabajos sobre el terreno y diagnóstico de laboratorio;

6.4 Investigaciones básicas sobre métodos de diagnóstico y prevención de la fiebre aftosa.

Los objetivos básicos de política han sido ahora modificados:

6.5 Cooperar con los países afectados por la fiebre aftosa en la organización y ejecución de programas nacionales y regionales de control y erradicación de la enfermedad;

6.6 Cooperar con los países o regiones exentos de fiebre aftosa en la organización y ejecución de programas preventivos.

7. Actividades

Desde un principio, las funciones de PANAF-TOSA en materia de asistencia técnica, formación de personal e investigación han sido muy interdependientes. Cuando se fundó el Centro, la necesidad de nuevos conocimientos sobre la producción de vacuna en todas las fases hizo las investigaciones en este campo imprescindibles para apoyar el programa de capacitación de personal y la asistencia a los países.

7.1 Cooperación técnica y servicios de asesoramiento

La estrategia se ha basado en conseguir, en los países, recursos y estructuras para un programa de salud animal a largo plazo. Se crearon

en el Centro instalaciones de diagnóstico etiológico que luego se transfirieron a los países. Hoy, todos los países afectados de la Región cuentan con laboratorios de diagnóstico capacitados para clasificación y subclasificación uniformes de tipos y subtipos de virus. A este respecto PANAF-TOSA funciona principalmente como Centro de referencia. Todos esos países han establecido ya programas de prevención, control o erradicación de la fiebre aftosa.

El otro aspecto importante es la producción de vacuna cuantitativa y cualitativamente apropiada. En Sudamérica se producen todos los años 400 millones de dosis, cantidad suficiente pero no siempre de buena calidad. PANAF-TOSA actúa como centro de referencia para inspección de la calidad de la vacuna.

## 7.2 Formación de personal

Hasta 1979, habían participado en el programa de formación de personal del Centro 2,371 profesionales de todos los países de la Región. Al principio se daba importancia a los procedimientos de diagnóstico y de laboratorio pero luego recibió mayor atención la preparación de vacuna y la vigilancia epidemiológica. Durante este período, se ofrecieron 94 cursos, nacionales e internacionales, así como seminarios internacionales. Asimismo, más de 300 becarios recibieron enseñanza en el Centro.

En nueve países actualmente exentos de la enfermedad se han dado 17 cursos y seminarios para destacar la importancia de la prevención, a los que asistieron en total 367 alumnos.

## 7.3 Investigaciones

Desde su fundación, el Centro ha concedido prioridad al establecimiento de procedimientos de diagnóstico normalizados y a la adaptación de técnicas virológicas y serológicas, de manera que sean utilizables por los laboratorios nacionales de diagnóstico.

Se han identificado varios subtipos de virus de fiebre aftosa presentes en la naturaleza, así como su relación inmunológica con las cepas víricas empleadas para la preparación de vacunas. En Argentina y Brasil se diagnosticaron nuevos subtipos de virus de la estomatitis vesicular.

La producción de vacuna antiaftosa inactivada en el Centro comenzó en 1957 a escala experimental con la preparación de cultivos de tipo Frenkel en epitelio lingual vivo de bovino. Se prestó asistencia en relación con esta técnica a laboratorios particulares y estatales de preparación de vacuna en el Continente, particularmente de Argentina,

Brasil, Perú, Bolivia y Ecuador. En la actualidad, las actividades de investigación del Centro se orientan hacia la preparación, purificación y concentración de antígenos, utilizando cultivos celulares de criceto lactante. El Centro ha logrado establecer un procedimiento de inactivación que se está utilizando en la producción industrial de vacuna, tanto privada como estatal.

El Centro ha demostrado la posibilidad de preparar vacunas con coadyuvante oleoso y de alta calidad a escala semi-industrial. Estas vacunas han recibido buena acogida por parte de la industria ganadera en los programas sobre el terreno de Argentina, Brasil y Uruguay, y no se han registrado efectos secundarios adversos. El grado de inmunidad conseguido fue alto, lo que permitió reducir el número de revacunaciones anuales.

Los estudios con portadores bovinos de virus dieron por resultado el establecimiento de procedimientos de prueba que permitieron expedir ganado de reproducción en determinadas circunstancias. Los estudios de la acción recíproca entre el virus y el huésped han aclarado el conocimiento de las pruebas de actividad de las vacunas.

Mediante un acuerdo con el Ministerio de Agricultura del Brasil y el BID, se está llevando a cabo un proyecto de investigación sobre pérdidas físicas en condiciones tropicales y subtropicales. Este proyecto preparará el terreno para futuros estudios de los indicadores económicos de la producción ganadera y la gestión de granjas agropecuarias.

Las investigaciones epidemiológicas comprenden el establecimiento de modelos matemáticos. Están estudiándose métodos apropiados para adaptar los sistemas de vigilancia a las condiciones socioeconómicas; por ejemplo, durante los cinco años últimos, el Centro ha recurrido a los institutos nacionales de investigación para obtener asistencia en la evaluación de los resultados de experimentos a corto y largo plazo con vacunas. Las autoridades de Argentina, Brasil y Uruguay han respondido con gran entusiasmo. Sin esta ayuda, el Centro no hubiera podido alcanzar el presente nivel en la producción de vacuna de coadyuvante oleoso ni en lo que se refiere a métodos de control de vacunas.

Las actividades de investigación operativa se han orientado hacia el establecimiento de métodos de inspección de vacunas compatibles con la infraestructura de los servicios de veterinaria de salud pública en Sudamérica.

Las investigaciones sobre enfermedades del hombre y los animales dependen en gran parte de un buen suministro de animales de laboratorio uniformes y sanos. El Centro hace un gran uso de ratones y cobayos. El

personal del Centro, con asistencia de especialistas en animales de laboratorio de las Fuerzas Aéreas de los Estados Unidos de América, ha introducido prácticas de cría de colonias de ratones y cobayos en condiciones subtropicales, que han servido de modelo.

El Centro sigue desarrollando la mayor parte de las investigaciones sobre fiebre aftosa y realiza progresos satisfactorios en el establecimiento de estructuras nacionales de investigaciones aplicadas. Las funciones de investigación pasan gradualmente a depender de instituciones nacionales, en cooperación con el Centro.

#### 7.4 Difusión de informaciones

Como complemento de los programas de adiestramiento se facilitan publicaciones técnicas y didácticas a todos los países. En el Boletín de PANAF-TOSA se divulgan trabajos científicos del personal del Centro o de otros autores. También se publican en el Boletín extractos y reseñas bibliográficas de las investigaciones más recientes sobre fiebre aftosa a escala mundial.

Además del Boletín, se distribuyen partes epidemiológicas mensuales y semanales sobre fiebre aftosa y estomatitis vesicular. Se han publicado 6 monografías científicas y 4 técnicas, 35 bibliografías y 14 manuales didácticos.

La biblioteca del Centro posee una colección de publicaciones sobre fiebre aftosa y recibe 120 revistas científicas.

El folleto preparado para conmemorar el 25° Aniversario del Centro (1951-1976) constituye una valiosa fuente de información sobre el programa y los logros de éste.

#### 8. Comité Asesor

Desde 1967, un Comité Asesor Científico designado por el Director de la OSP e integrado por destacadas figuras del mundo científico, se ha venido reuniendo cada dos años.

Aunque técnicamente no constituye un comité asesor de PANAF-TOSA, la Comisión Sudamericana de Lucha contra la Fiebre Aftosa (COSALFA), formada por altos funcionarios de los programas nacionales, ha celebrado reuniones anuales desde 1963. El Director de PANAF-TOSA es el Secretario Ejecutivo de COSALFA, lo que facilita más aún el mutuo intercambio de información.

9. Presupuesto (Cuadro Salud Animal I y Figuras Salud Animal 1, 2 y 3)

Es difícil presentar los datos presupuestarios de una forma comparable a la de los demás centros, debido al origen de los fondos. Como ya se ha indicado, casi todo el apoyo proviene del presupuesto ordinario y, sin embargo, no rige el concepto usual de fondos presupuestarios reasignables a discreción de los Cuerpos Directivos. Los fondos de PANAFTOSA están esencialmente dedicados a un solo propósito.

En la evaluación especial de PANAFTOSA se examina con más detenimiento el presupuesto.

10. Personal

El personal del Centro consta de 19 profesionales y 136 funcionarios de servicios generales de apoyo y personal local. La estructura orgánica del Centro consiste en la Oficina del Director y cuatro departamentos: Investigaciones y servicios de laboratorio, Adiestramiento e información, Cooperación técnica en el campo y Servicios administrativos.

CUADRO I SALUD ANIMAL

GASTOS DE PANAFTOSA, 1970-1979

<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros fondos</u>
1979	3,406,503	2,878,626	527,878
1978	3,297,292	3,226,026	71,266
1977	2,524,383	2,287,067	237,316
1976	2,448,451	2,275,333	173,118
1975	2,160,591	2,091,483	69,108
1974	2,020,475	1,919,218	101,257
1973	2,014,958	1,767,546	247,412
1972	1,670,303	1,559,100	111,203
1971	1,447,899	1,406,942	40,957
1970	1,200,279	1,171,708	28,571

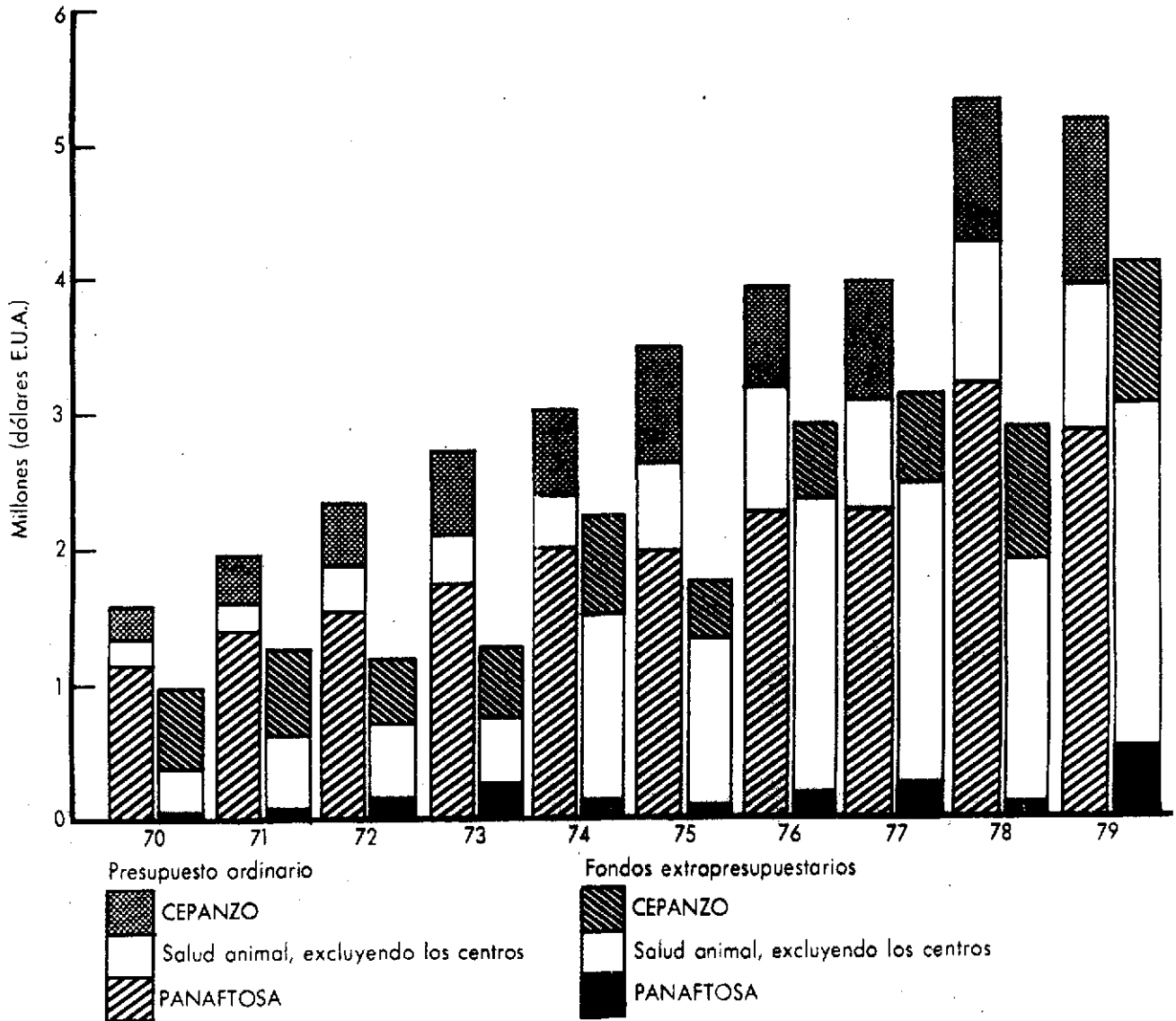
GASTOS DE CEPANZO, 1970-1979

<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros fondos</u>
1979	2,886,725	1,287,025	1,599,700
1978	2,183,802	1,233,764	950,038
1977	1,549,500	902,554	646,946
1976	1,350,075	807,446	542,629
1975	1,280,934	860,960	419,974
1974	1,358,470	627,953	730,517
1973	1,204,287	602,190	602,097
1972	934,157	476,503	457,654
1971	935,385	324,687	610,698
1970	822,287	216,254	606,033

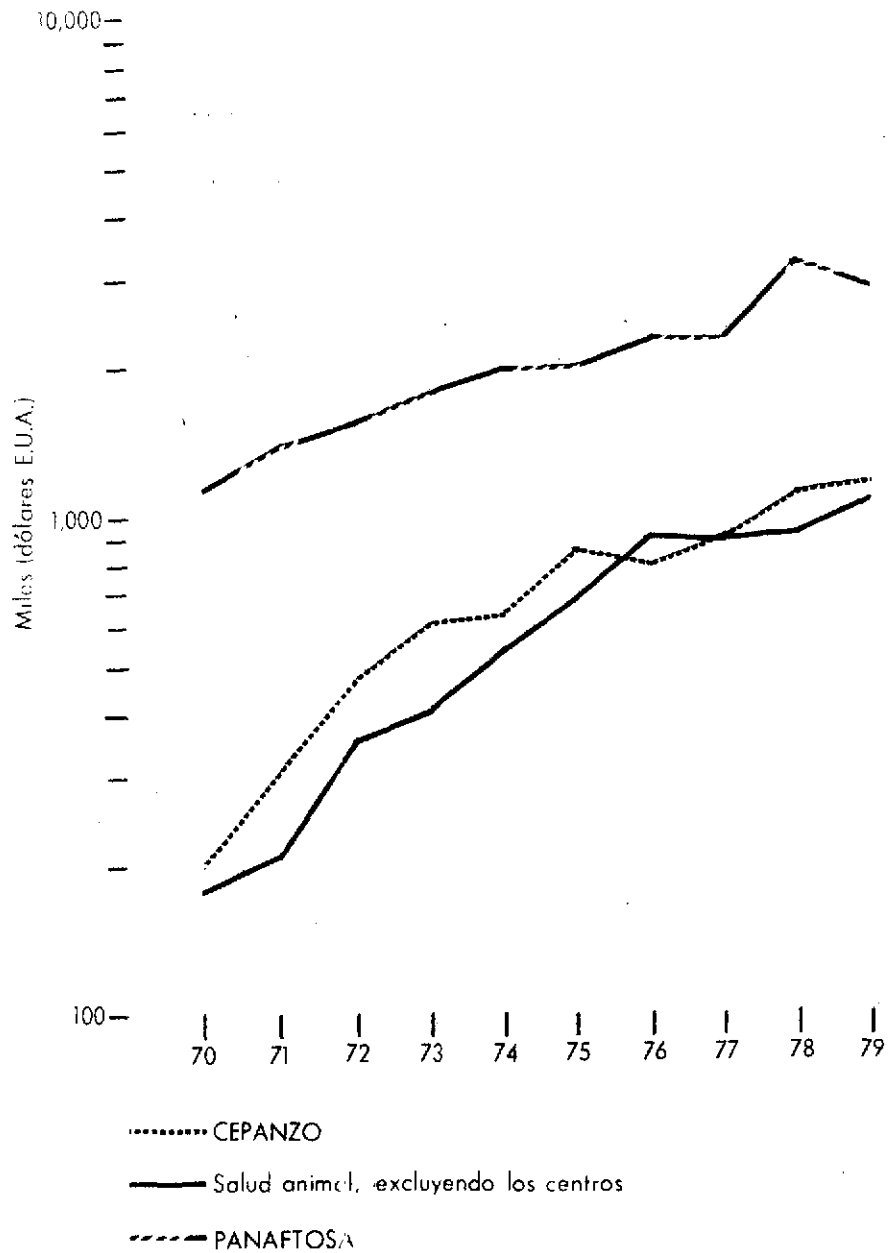
GASTOS EN SALUD ANIMAL  
 EXCEPTO CEPANZO Y PANAFTOSA, 1970-1979

<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros fondos</u>
1979	3,073,136	1,049,792	2,023,344
1978	2,807,224	923,448	1,883,776
1977	3,208,431	906,961	2,301,470
1976	3,106,767	904,615	2,202,152
1975	1,952,752	683,390	1,269,356
1974	1,967,499	544,164	1,423,335
1973	846,624	407,597	439,027
1972	1,001,588	357,641	643,947
1971	811,607	210,318	601,289
1970	535,223	181,113	354,110

**SALUD ANIMAL 1.**  
**GASTOS RELATIVOS EN SALUD ANIMAL:**  
**CEPANZO, PANAFTOSA Y RESTO DEL PROGRAMA**  
**PRESUPUESTO ORDINARIO Y FONDOS EXTRAPRESUPUESTARIOS, 1970-79**



**SALUD ANIMAL 2.**  
**AUMENTO DE LOS GASTOS EN SALUD ANIMAL:**  
**CEPANZO, PANAFTOSA Y RESTO DEL PROGRAMA FONDOS**  
**PRESUPUESTO ORDINARIO 1970-79**





**SALUD ANIMAL 3.**  
**AUMENTO DE LOS GASTOS EN SALUD ANIMAL:**  
**CEPANZO, PANAFTOSA Y RESTO DEL PROGRAMA**  
**PRESUPUESTO ORDINARIO 1970-79**



BIBLIOTECA REGIONAL DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD - BIREME

1. Programa básico de la OPS: Desarrollo de recursos humanos
2. Meta del Centro: Ampliación y mejoramiento de servicios de información sanitaria y biomédica para organismos e instituciones de salud y disciplinas afines.
3. Emplazamiento: Sao Paulo (Brasil).
4. Locales

El edificio de la biblioteca de la Escuela Paulista de Medicina se habilitó para instalar la BIREME. El local, que tiene 3,300 m<sup>2</sup> de superficie, resulta muy insuficiente. Sirve también de biblioteca a los profesores y alumnos de la Escuela y al centro bibliotecario regional.

5. Origen histórico y situación jurídica

Por largo tiempo, varios organismos y asociaciones nacionales e internacionales se han preocupado ante la insuficiencia de servicios bibliográficos de referencia en toda la América Latina. En 1967, ello, unido a la ampliación de los programas de la OPS en el campo de la investigación, promovió la firma de un acuerdo entre la OPS, el Gobierno del Brasil, el Gobierno del Estado de Sao Paulo y la Escuela Paulista de Medicina sobre el establecimiento de una biblioteca regional que se instalaría en dicha escuela.

En virtud del acuerdo, la escuela facilitaría el edificio, y los gobiernos federal y estatal aportarían el apoyo financiero necesario para sufragar los gastos locales. Desde un principio se previó que la biblioteca no se haría cargo de todos los servicios sino que se crearían subcentros en distintos lugares del Brasil y en otros países.

Uno de los factores que facilitaron ese proyecto fue el interés demostrado por la Biblioteca Nacional de Medicina (BNM) de los Estados Unidos de América, fuente principal de información biomédica en las Américas. Esta biblioteca estaba recibiendo tantas solicitudes de servicios y peticiones de bibliografía, formuladas por investigadores y profesores de América Latina, que había llegado a un punto en que ya no podía facilitar en forma debida esa información directamente desde Washington. Considerando que la creación de una biblioteca regional en América Latina mejoraría mucho la situación, a medida que se iban desarrollando los planes para BIREME, la BNM convino en prestarle gratuitamente considerables servicios.

El Consejo Directivo tomó nota con satisfacción del éxito alcanzado en la iniciación de la BIREME (CD17.24, 1967) y de los progresos realizados (CD19.19, 1969).

La reforma más reciente del Acuerdo data del 15 de mayo de 1978, que prolonga la existencia de BIREME durante otros cuatro años.

## 6. Objetivos

6.1 (Según el Acuerdo original): Fomentar las investigaciones biomédicas, la enseñanza y el ejercicio de la profesión de medicina en América Latina, mediante la utilización de las bibliotecas médicas existentes y la ejecución de las siguientes actividades:

6.1.1 Facilitar a los profesionales de las ciencias de la salud el acceso a una colección más completa de publicaciones de estas ciencias, y hacer a América Latina autosuficiente en recursos y servicios de biblioteconomía médica;

6.1.2 Utilizar el procedimiento de fotocopia y otros métodos modernos de difusión de información para intensificar el empleo del material precitado;

6.1.3 Mejorar el acceso a material bibliográfico con el empleo de sistemas modernos de comunicación científica, especialmente MEDLARS;

6.1.4 Servir de centro de demostración y capacitación para mejorar y estimular el desarrollo de bibliotecas médicas en América Latina;

6.1.5 Fomentar los programas de intercambio entre las bibliotecas de ciencias de la salud de América Latina;

6.1.6 Conservar y aumentar las colecciones ordinarias de revistas y monografías, así como material secundario, a fin de completar y ampliar la colección existente en la biblioteca de la Escuela Paulista y perfeccionar los servicios de referencia para que cumplan mejor su cometido;

6.1.7 Fomentar los programas de difusión selectiva de información científica en América Latina;

6.1.8 Organizar un centro de provisión de medios audiovisuales para disciplinas de salud;

6.1.9 Contribuir al fortalecimiento de las bibliotecas de escuelas de medicina y ciencias de la salud, y de las pertenecientes a instituciones sanitarias latinoamericanas.

6.2 El Acuerdo de 1978 especificó seis objetivos:

6.2.1 Integrar las bibliotecas de ciencias de la salud de la Región en un sistema continental que facilite la información necesaria de manera coordinada;

6.2.2 Estimular el establecimiento de otras bibliotecas para integrarlas en el sistema;

6.2.3 Facilitar el acceso a las publicaciones médicas, especialmente las de América Latina, mediante organización de registros bibliográficos y contacto constante con los centros de elaboración de información, editoriales y autores;

6.2.4 Contribuir al establecimiento y la utilización de métodos modernos de comunicación científica en el campo biomédico, con el fin de facilitar el acceso de los usuarios;

6.2.5 Establecer relaciones de trabajo e intercambio de servicios con centros de información sobre ciencias de la salud de otras regiones del mundo;

6.2.6 Prestar apoyo, en forma de provisión de información pertinente, a los programas de salud prioritarios de los países de la Región, en los campos de investigación, enseñanza y asistencia médica, tratando al mismo tiempo de ofrecer servicios para otras disciplinas de la salud.

## 7. Actividades

### 7.1 Cooperación técnica y servicios de asesoramiento

La red de bibliotecas prevista en los objetivos se ha conseguido de manera razonablemente satisfactoria en el Brasil, donde funcionan 18 subcentros, la mayoría en universidades estatales, mientras que la propia BIREME sirve de subcentro para el estado de Sao Paulo. También se ha gestionado el establecimiento de un servicio complementario de biblioteca a través de las escuelas de medicina veterinaria, química y odontología de la Universidad de Sao Paulo.

En otros países de la Región no se ha obtenido el mismo éxito, pese a la designación de centros nacionales. La mayoría de los usuarios siguen solicitando información directamente a la BIREME, aun cuando muchas veces pueden obtenerla en sus respectivos centros nacionales.

El empleo del sistema MEDLINE, basado en el ELHILL II, especialmente preparado por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos para la BIREME, ofrece a ésta un método adaptado a las

limitadas instalaciones de América Latina. Se dispone de material de 1,730 publicaciones; el sistema más avanzado ELHILL III contiene 3,400 revistas. El sistema MEDLINE fue introducido en 1974 y, a partir de esa fecha, la BNM viene enviando a BIREME cintas de base que se cargan en la computadora IBM 370/155 del Instituto de Energía Atómica de Sao Paulo. Ello permite la recuperación directa de datos por medio de terminales instaladas en la BIREME y en los subcentros de Río de Janeiro, Minas Gerais y Bahía. De esta manera, los profesionales y las instituciones del Brasil y otros lugares de América Latina tienen acceso al sistema más eficaz que existe de información biomédica.

La BIREME proporciona a bibliotecas y bibliotecarios material bibliográfico para reforzar sus colecciones y ampliarlas. Asimismo, facilita a los lectores copias de artículos que no se encuentran en las bibliotecas locales ni en los subcentros.

Se ofrecen dos clases de servicios bibliográficos:

Búsqueda especial en una disciplina determinada, y

Preparación de bibliografías que abarcan un campo prioritario de la salud, con objeto de estimular el interés en el mismo.

En el curso del año se hicieron 2,910 búsquedas bibliográficas, 800 de las cuales, aproximadamente, no provenían del Brasil.

Se ha establecido un servicio de préstamos de una colección de medios audiovisuales que están a la disposición de las escuelas de medicina de la Región.

Se ha concertado una serie de acuerdos secundarios con otras instituciones del Brasil, principalmente FINEP (del Ministerio de Planificación) INAN--el Instituto Nacional de Nutrición--y DNC--la División Nacional de Cáncer--que abarcan aspectos especiales de la labor de BIREME.

En 1979 empezó a dar sus frutos un plan propuesto en 1977, con la aparición del primer fascículo de un Index Medicus Latinoamericano (IMLA), que se refiere a publicaciones periódicas de América Latina y que deberá salir dos veces al año.

## 7.2 Formación de personal

Se ofrecen con regularidad cursos de biblioteconomía médica. En 1979 se organizaron dos: uno de seis semanas, al que asistieron seis alumnos (4 del Brasil, 1 de la Argentina y 1 del Perú), y otro en el que participaron 13 alumnos (6 del Brasil, 2 de la Argentina, 1 del Perú, 3

de Venezuela y 1 de la República Dominicana). Varios estudiantes realizaron individualmente visitas breves a la BIREME con el objeto de aprender técnicas.

### 7.3 Investigaciones

Aunque en cierto sentido todas las actividades de la BIREME se relacionan con la investigación, se han emprendido estudios sobre técnicas de biblioteconomía. En uno de estos estudios, realizado en 1979, se procedió a una encuesta entre los profesores de la Escuela Paulista de Medicina para que contribuyera a determinar las revistas que deberían seleccionarse como colección básica de una escuela de medicina.

### 7.4 Difusión de informaciones

Este aspecto ya ha sido esencialmente examinado en el párrafo 7.1, pues, en realidad, los servicios de asesoramiento de la BIREME consisten en gran parte en difundir información.

Se ha publicado el noveno volumen del catálogo de adquisiciones recientes, así como el Index Medicus Latinoamericano (IMLA) con una tirada de 500 ejemplares. Así han quedado completados los dos primeros fascículos.

## 8. Comité asesor

El acuerdo inicial estipulaba el establecimiento de un comité asesor internacional que se reuniría todos los años. En fecha reciente, ese comité celebró su 12ª Reunión. Aunque en el acuerdo se preveía la constitución de un comité asesor nacional, éste no se formó hasta hace poco.

La constitución de un Grupo de Trabajo a Largo Plazo sobre Información Biomédica y de Salud, que celebró su última reunión en enero de 1980, fue un hecho de importancia. Este grupo está examinando detenidamente la función completa de la BIREME.

## 9. Presupuesto (Cuadro Desarrollo de recursos humanos I y Figuras Desarrollo de recursos humanos 1 y 2)

Durante los 30 años últimos, el desarrollo de recursos humanos ha sido una atención prioritaria de la Organización, lo que concuerda con el aumento observado en la asignación de fondos del presupuesto ordinario a este sector y con el crecimiento de los dos centros afines.

Una vez que BIREME se puso en pleno funcionamiento empezó a aumentar el presupuesto ordinario de una manera constante; los fondos extrapresupuestarios se han incrementado a un ritmo aún más rápido, pese

a que no se computan como tales los considerables servicios recibidos de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, sin coste alguno para la BIREME. Aun descontando a este factor, los fondos extrapresupuestarios de la BIREME representan una gran parte del importe de los de ese origen que se dedican a recursos humanos. Ha de señalarse que la mayor parte de esos fondos provienen de entidades oficiales del Brasil y se destinan a programas específicos en ese país.

10. Personal

BIREME cuenta con 23 puestos de especialistas y técnicos (seis de ellos costeados con fondos de la OPS) y 47 de personal de apoyo.

CUADRO DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS I

GASTOS DE BIREME, 1970-1979

<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros fondos</u>
1979	1,113,537	299,678	813,859
1978	1,368,152	283,496	1,084,656
1977	1,251,799	269,539	982,260
1976	817,218	216,133	601,085
1975	598,752	255,167	343,585
1974	659,985	218,335	441,650
1973	510,236	193,734	316,502
1972	425,806	160,270	265,536
1971	299,336	147,220	152,116
1970	205,523	44,676	160,847

GASTOS DE CLATES, 1972-1979

<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros fondos</u>
1979	367,893	209,627	158,266
1978	179,216	121,715	57,501
1977	192,374	89,238	103,136
1976	98,666	75,103	23,563
1975	134,594	93,163	41,431
1974	120,059	69,325	50,734
1973	129,647	72,500	57,147
1972	13,847	0	13,847

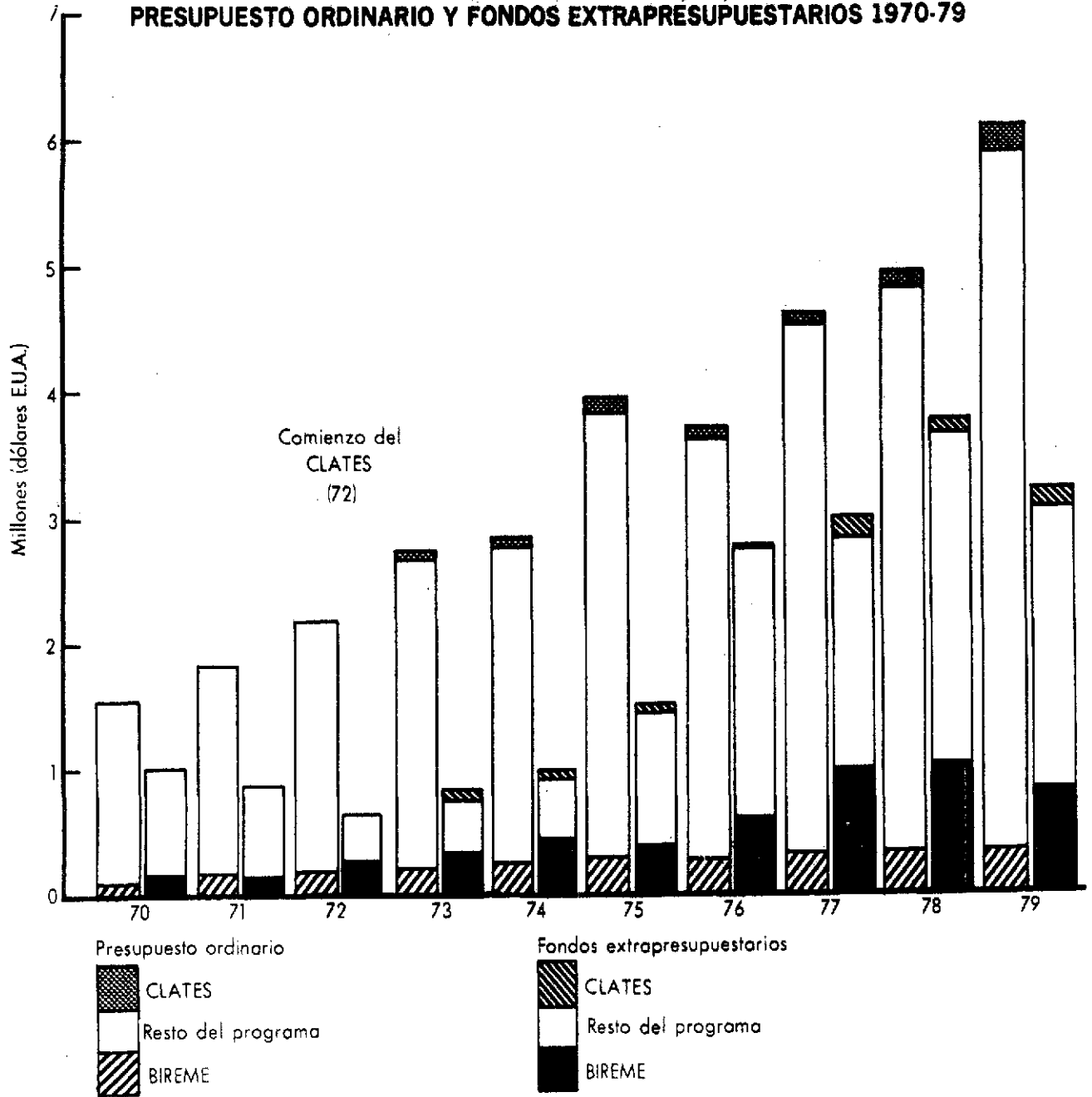
GASTOS EN DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS  
 EXCEPTO BIREME Y CLATES, 1970-1979

<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros fondos</u>
1979	7,982,972	5,721,013	2,261,959
1978	7,361,583	4,686,552	2,675,031
1977	6,169,763	4,245,667	1,924,096
1976	5,647,995	3,464,813	2,183,182
1975	4,868,518	3,730,454	1,138,064
1974	3,039,113	2,520,638	518,475
1973	2,759,468	2,260,591	498,877
1972*	2,457,459	2,063,720	393,739
1971	2,471,864	1,728,384	743,480
1970	2,451,411	1,560,236	891,175

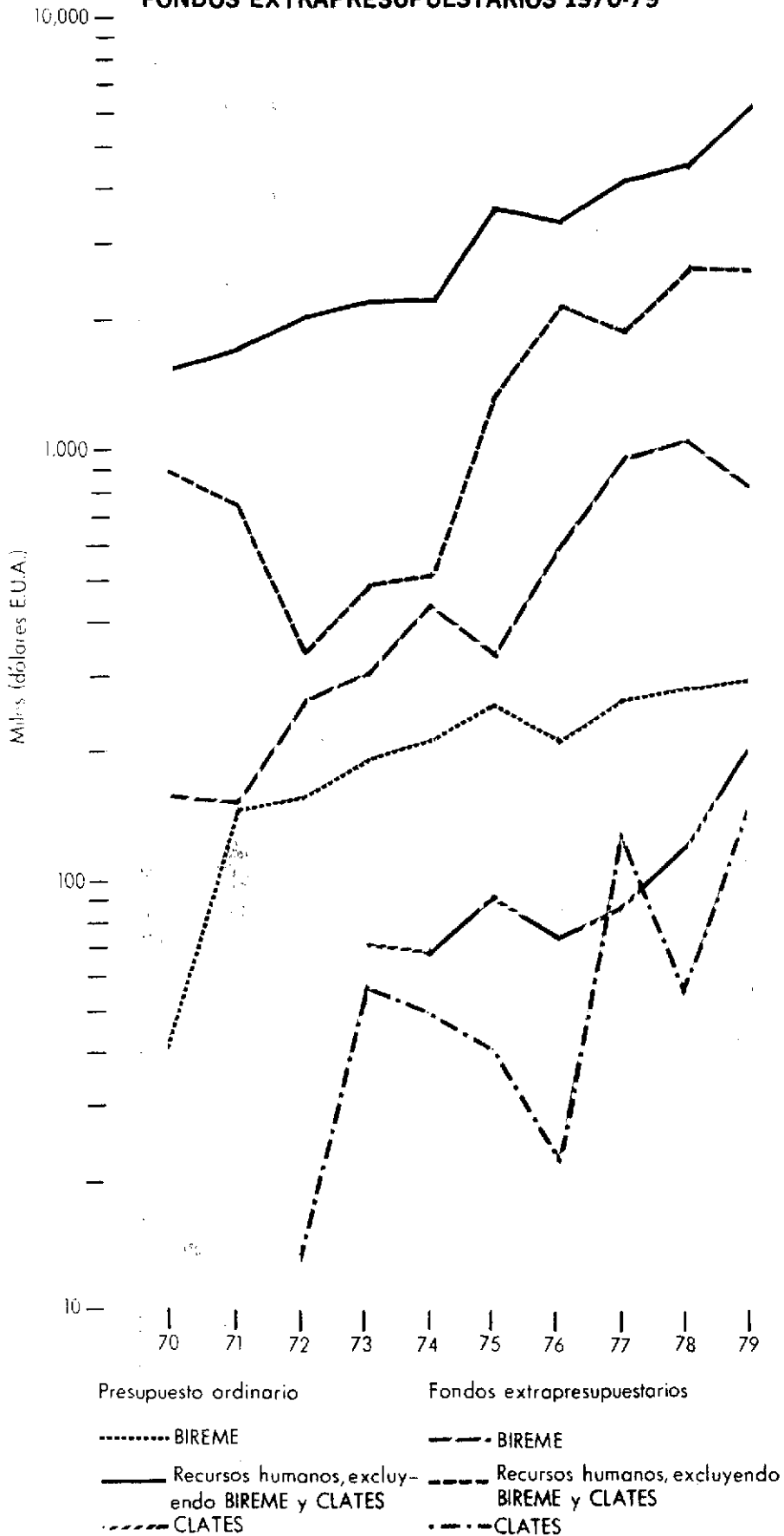
\* Comienzo de CLATES



**DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS 1.**  
**GASTOS RELATIVOS EN DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS:**  
**CLATES, BIREME Y RESTO DEL PROGRAMA**  
**PRESUPUESTO ORDINARIO Y FONDOS EXTRAPRESUPUESTARIOS 1970-79**



**DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS 2.**  
**AUMENTO DE LOS GASTOS EN DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS:**  
**BIREME, CLATES Y RESTO DEL PROGRAMA**  
**PRESUPUESTO ORDINARIO Y**  
**FONDOS EXTRAPRESUPUESTARIOS 1970-79**



CENTRO LATINOAMERICANO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA LA SALUD - CLATES

1. Programa básico de la OPS: Desarrollo de los recursos humanos
2. Meta del Centro: Establecimiento de técnicas eficaces de formación del personal de los servicios de salud y fomento del empleo de dichas técnicas.
3. Emplazamiento: Río de Janeiro, Brasil
4. Locales

El Centro ocupa dos pisos de uno de los nuevos edificios del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Río de Janeiro (UFRJ). Estos locales se destinan a las aulas, instalación de computadoras, preparación de medios audiovisuales y desarrollo de otros métodos autodidácticos.

5. Origen histórico y situación jurídica

El CLATES proviene de un proyecto establecido en el Instituto de Biofísica del Centro de Ciencias de la Salud de la UFRJ, que tuvo su origen en el reconocimiento de que la rápida expansión de los conocimientos en los campos (sumamente técnicos) de la biofísica y la fisiología creaba dificultades al profesorado en la enseñanza y a los alumnos en el aprendizaje. En varios países se habían realizado experimentos de autoinstrucción satisfactorios con computadoras y con dispositivos más sencillos para que los alumnos procedieran de acuerdo con su propia capacidad. La OMS había colaborado en muchos de esos proyectos.

El Consejo Coordinador del Centro de Ciencias de la Salud examinó el concepto y decidió ampliarlo para abarcar todas las ciencias de la salud. Se adoptó el nombre de Núcleo de Tecnología Educativa para la Salud (NUTES), que fue adscrito al Centro de Ciencias de la Salud el 13 de julio de 1972.

La OPS y la OMS tenían especial interés en emplear nuevas técnicas didácticas en gran escala para el personal de salud en numerosos campos. En consecuencia, el 22 de septiembre de 1972 la OPS firmó un acuerdo con el Gobierno del Brasil y la Universidad Federal de Río de Janeiro para ampliar el programa del NUTES con arreglo a una forma singular de integración de las actividades nacionales del Brasil, NUTES, y el programa internacional, CLATES. En virtud del acuerdo, la OPS nombra al Director del Centro y su ayudante administrativo, mientras que la mayor parte del personal y los recursos para las actividades provienen

del NUTES. Debido a esta situación única es difícil dividir el funcionamiento de las dos unidades y, por eso, el Director y el personal las mencionan conjuntamente, NUTES/CLATES.

En octubre de 1979 comenzó una nueva fase cuando, por razones personales, el Sr. Luis Carlos Lobo, que había sido Director de NUTES/CLATES desde su fundación, decidió limitar sus actividades a la dirección del NUTES. Como toda la labor se ha basado en la actuación mixta del personal y en un solo programa (de manera semejante al programa unificado OPS/OMS en las Américas), pueden surgir complicaciones por el hecho de tener dos directores del programa, cada uno de ellos responsable por una parte determinada del presupuesto, pero obligados a adoptar decisiones en común con respecto al programa. Hasta el momento no se han planteado problemas porque las dos personas actúan de común acuerdo.

Sería procedente citar el siguiente párrafo del informe de 1980 del Comité Asesor del CLATES:

"Pueden presentarse momentos difíciles cuando se determinen los detalles exactos de las relaciones de trabajo. A juicio del Comité, han quedado perfectamente demostradas las ventajas de tener un solo programa. Aunque los dos componentes sean separables en función de su financiación y administración, no deberían serlo con respecto al programa. Por consiguiente, los dos directores deberían reconocer abiertamente los fallos existentes y tratar con todo empeño, individual y conjuntamente, de evitarlos. El Comité opina que es importante aplicar el principio de una sola 'Dirección', con ambos directores plenamente conscientes de las decisiones pertinentes y de acuerdo con ellas. La situación podría compararse a la de un contrato matrimonial en el que cada una de las partes acepta sin reservas el concepto de igualdad y se compromete a compartir totalmente la responsabilidad. El Comité reconoce con satisfacción que así ha ocurrido exactamente hasta la fecha".

"El año próximo se someterá a prueba la nueva situación, por lo que no parece procedente en este momento formular recomendaciones concretas. El Comité está persuadido de que si los interesados actúan con la flexibilidad necesaria se logrará desarrollar un provechoso programa".

No se ha sometido a la consideración de los Cuerpos Directivos ninguna resolución específica referente al CLATES, salvo las que forman parte de los informes generales sobre los centros.

## 6. Objetivos

6.1 Planificar y desarrollar cursos para profesores de ciencias de la salud, a fin de que adquieran una formación pedagógica y se familiaricen con el empleo de nuevo material didáctico, incluida la computadora;

6.2 Proyectar cursos de ciencias biomédicas y de la salud, con atención especial a los objetivos de proceso, no simplemente al contenido, y establecer estrategias y tácticas ajustadas a las metas docentes y a las condiciones de aprendizaje;

6.3 Proyectar cursos de ciencias biomédicas, individualizando el proceso educativo (autoinstrucción);

6.4 Organizar cursos de instrucción programada para preparar material audiovisual, como cintas "video", películas, diapositivas, bandas fijas y bandas sonoras;

6.5 Preparar simulaciones de hechos biológicos y de problemas clínicos y epidemiológicos;

6.6 Preparar programaciones y contenidos de cursos de manera que permitan ofrecer, con la ayuda y gestión de la computadora, instrucción sobre métodos de enseñanza de las ciencias biomédicas;

6.7 Concebir y establecer sistemas de evaluación, utilizando al efecto instrumentos de medición que sean válidos, objetivos, completos y fidedignos;

6.8 Diseñar y aplicar un sistema de evaluación de conocimientos;

6.9 Prestar asistencia al personal docente de salud en la planificación de cursos mediante la definición de objetivos, organización del contenido, elaboración de tablas de especificaciones del contenido/comportamiento, selección de material didáctico, empleo de medios de evaluación y otras técnicas más modernas;

6.10 Planificar, desarrollar y evaluar actividades de investigación sobre el proceso de enseñanza/aprendizaje.

## 7. Actividades

Como ya se ha advertido, es imposible preparar un informe sobre las actividades llevadas a cabo exclusivamente por el CLATES. Por ello, se resumen a continuación las que han realizado conjuntamente el NUTES y el CLATES. Conviene señalar también que, como la mayor parte del apoyo operativo proviene del Brasil, la proporción de actividades desarrolladas en el País Huésped es mayor que la correspondiente a otros centros.

Las actividades orientadas totalmente hacia el proceso educativo muestran inevitablemente una superposición en los servicios de asesoramiento y los programas de formación de personal, que se examinan conjuntamente.

7.1, 7.2 Cooperación técnica, servicios de asesoramiento y actividades docentes

La labor del NUTES/CLATES está comprendida esencialmente en dos grandes categorías: primera, la preparación y divulgación de recursos educativos y técnicas innovadoras, y segunda, enseñanzas mediante cursos y prestación de servicios de asesoramiento para ampliar el uso del material mencionado en la primera categoría.

En 1979, tomado como ejemplo de un año de actividades, se produjeron 32 programas audiovisuales, 17 en cinta "video" y 15 en diapositivas y bandas sonoras (no sincronizadas). Se recibieron casi 4,000 solicitudes de programas en cintas "video" y se firmaron acuerdos con seis universidades del Brasil y dos de otros países para la provisión de material audiovisual.

En la instrucción oficial están incluidos 48 cursos ofrecidos por NUTES/CLATES en 1979, a los que asistieron 651 alumnos--555 del Brasil y 96 de otros países latinoamericanos. También se desarrollaron cinco cursos en otros lugares del Brasil, que contaron con 130 participantes. En otros países--Nicaragua, Venezuela, Paraguay, Colombia (Bogotá, Cali), Perú, Chile, México (Monterrey) y Ecuador (cuatro cursos)--se ofrecieron 14, a los que asistieron unos 500 alumnos.

Sigue en marcha el curso de maestría sobre tecnología didáctica, organizado conjuntamente con la Facultad de Educación de la UFRJ. En la segunda serie del curso se matricularon 13 alumnos; el primer grupo está preparando la tesis. El NUTES/CLATES sigue teniendo a su cargo el curso de pedagogía médica (131 alumnos) y el de didáctica especial (139 alumnos).

El programa de formación de personal está orientado en medida considerable hacia sectores distintos de la enseñanza de la medicina, particularmente la preparación de enfermeras y de supervisores de servicios locales de salud.

Se dispone de varias formas de apoyo para adjudicación de becas a estudiantes a fin de que pasen cierto tiempo en NUTES/CLATES. Así, no solo se dotan becas con fondos de la OPS sino que, en número considerable, pueden obtenerse de fuentes brasileñas. Por ejemplo, en 1979, la Secretaría de Cooperación Económica y Técnica Internacional dotó 23 becas y el Ministerio de Asuntos Exteriores una. Las becas dotadas con fondos de la OPS fueron 35 y las de la Fundación Kellogg 10.

### 7.3 Investigaciones

Como ejemplo de la variedad de estudios que se llevan a cabo pueden citarse los cuatro focos que comprende la evaluación de un sistema de formación didáctica en gran escala en la Universidad de Londrina, a saber: eficacia de las enseñanzas, aceptabilidad para el profesor y el alumno, efectos de la introducción de tecnología educativa moderna y percepción por parte del alumno de los efectos de la formación de los profesores.

Una cuestión que preocupa a los educadores es la influencia que puede ejercer en el profesorado la formación interpersonal. Un estudio terminado en 1979 indica que el tipo de orientación recibida ha surtido muy poco efecto inmediato, lo que tal vez pueda explicarse por la breve duración del programa y el sistema actual de relaciones entre profesores y alumnos en la institución estudiada, factores que entorpecieron el mejoramiento.

### 7.4 Difusión de informaciones

Esencialmente, todo el material audiovisual producido y distribuido por NUTES/CLATES, descrito en la parte referente a los servicios de asesoramiento y programas de adiestramiento de personal, constituye un medio eficaz de información. Además, el principio fundamental del NUTES/CLATES, es decir, la formación de profesores, es un medio de propagar al máximo la información.

Aparte del material mencionado, el NUTES/CLATES prepara todos los años un interesante folleto en el que se describe el Centro, sus metas y actividades, se da la lista de cursos y otras enseñanzas para el año siguiente.

### 8. Comité Asesor

El Comité asesor del Centro, integrado por unos ocho miembros, se reúne todos los años para examinar el programa y formular observaciones. Una complicación señalada por el Comité en su informe de 1980 es que, al ser designado por el Director de la OSP, teóricamente ha de ocuparse solo del CLATES. Habida cuenta de que los dos programas son inseparables, tal vez sea preciso reorganizar el Comité.

### 9. Presupuesto (Cuadro CLATES I y Figuras CLATES 1 y 2)

Al proceder a un análisis del presupuesto de NUTES/CLATES surgen más dificultades que de ordinario. Un problema es la interdependencia de los dos Centros, NUTES y CLATES, antes examinada. Un índice de la complejidad es el financiamiento internacional, que incluye fondos de la

OPS y de la Fundación Kellogg. En 1973, estos fondos constituían el 34% del presupuesto total de NUTES/CLATES. En los años ulteriores cesó el apoyo de la Fundación Kellogg pero aumentaron constantemente los fondos del presupuesto ordinario de la OPS. Sin embargo, en 1979 la aportación brasileña había aumentado tanto que, proporcionalmente, la de fuentes internacionales había quedado reducida a un 20%.

Los cuadros que se acompañan se refieren exclusivamente al CLATES y, por lo tanto, solo reflejan una pequeña parte de los aportes del Brasil que, en cierto modo, pueden compararse con los fondos extrapresupuestarios en otros centros. Estos datos pueden contribuir a explicar la variación en los fondos extrapresupuestarios que revelan los cuadros y graficos.

El otro problema es el cálculo de la base del programa. Las cifras se refieren a todo el personal y los proyectos directamente vinculados con el Departamento de Recursos Humanos y comprenden también el programa general de becas, cuando no están sujetas a restricciones. Puesto que hay cierta variación en la manera en que las becas aparecen en el presupuesto cada año, esta variación puede reflejarse en los totales. Por consiguiente, debe considerarse, que la comparación ofrece una indicación del "orden de magnitud" pero no una relación precisa.

CLATES representa una pequeña parte del total de gastos en desarrollo de recursos humanos. Existe, evidentemente, cierto paralelismo en el aumento registrado en los últimos años tanto de los fondos del presupuesto ordinario como de los extrapresupuestarios. Sin embargo, como ya se ha señalado, el gran aumento del aporte brasileño a NUTES ha representado para CLATES recursos adicionales no indicados en estas cifras.

#### 10. Personal

La plantilla consta actualmente de 68 puestos, de los que se costean con asignaciones del presupuesto de la OPS el del Director, uno de educador médico y uno de ayudante administrativo.



CUADRO DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS I

GASTOS DE CLATES, 1972-1979

<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros fondos</u>
1979	367,893	209,627	158,266
1978	179,216	121,715	57,501
1977	192,374	89,238	103,136
1976	98,666	75,103	23,563
1975	134,594	93,163	41,431
1974	120,059	69,325	50,734
1973	129,647	72,500	57,147
1972	13,847	0	13,847

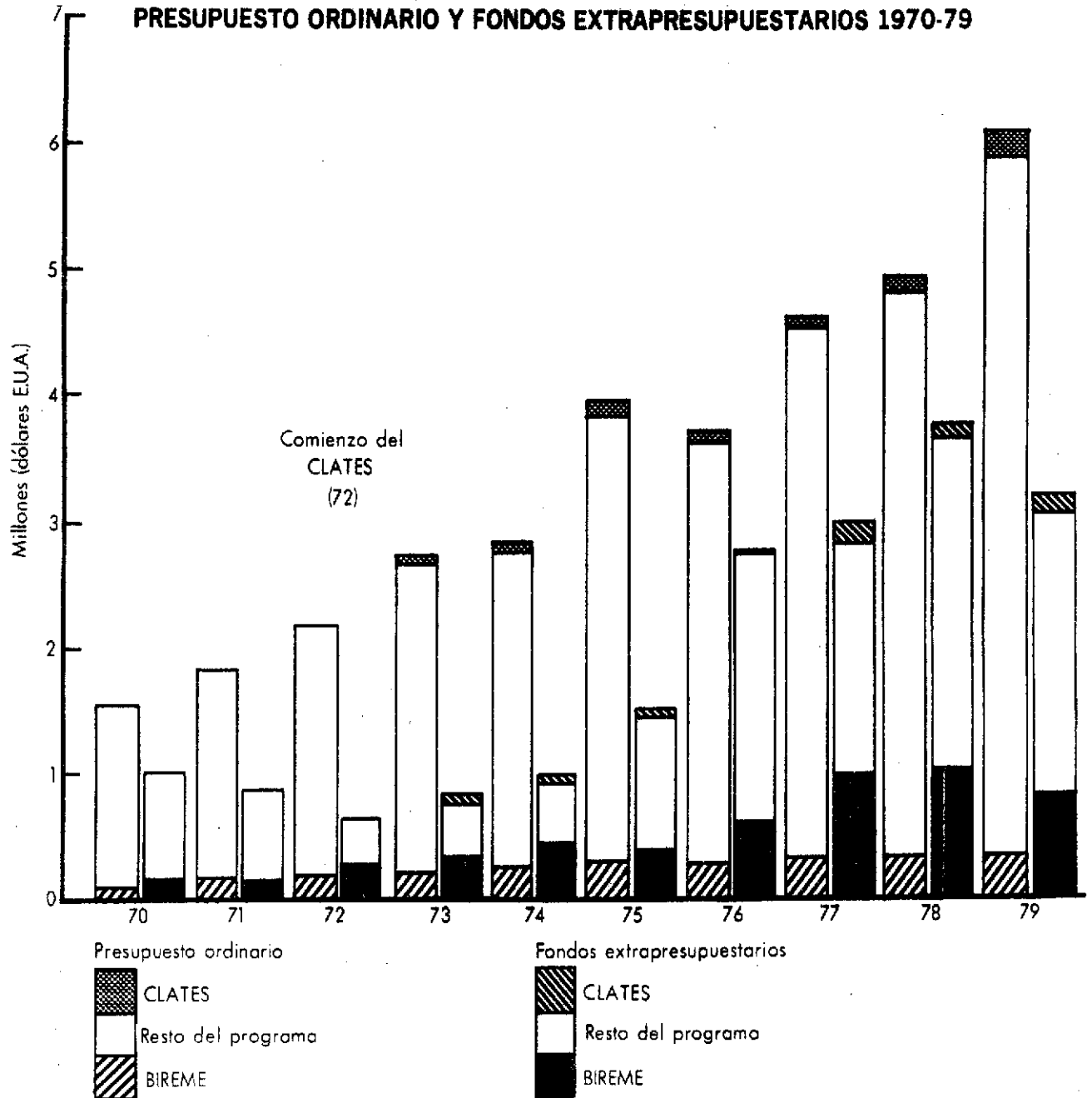
GASTOS DE BIREME, 1970-1979

<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros fondos</u>
1979	1,113,537	299,678	813,859
1978	1,368,152	283,496	1,084,656
1977	1,251,799	269,539	982,260
1976	817,218	216,133	601,085
1975	598,752	255,167	343,585
1974	659,985	218,335	441,650
1973	510,236	193,734	316,502
1972	425,806	160,270	265,536
1971	299,336	147,220	152,116
1970	205,523	44,676	160,847

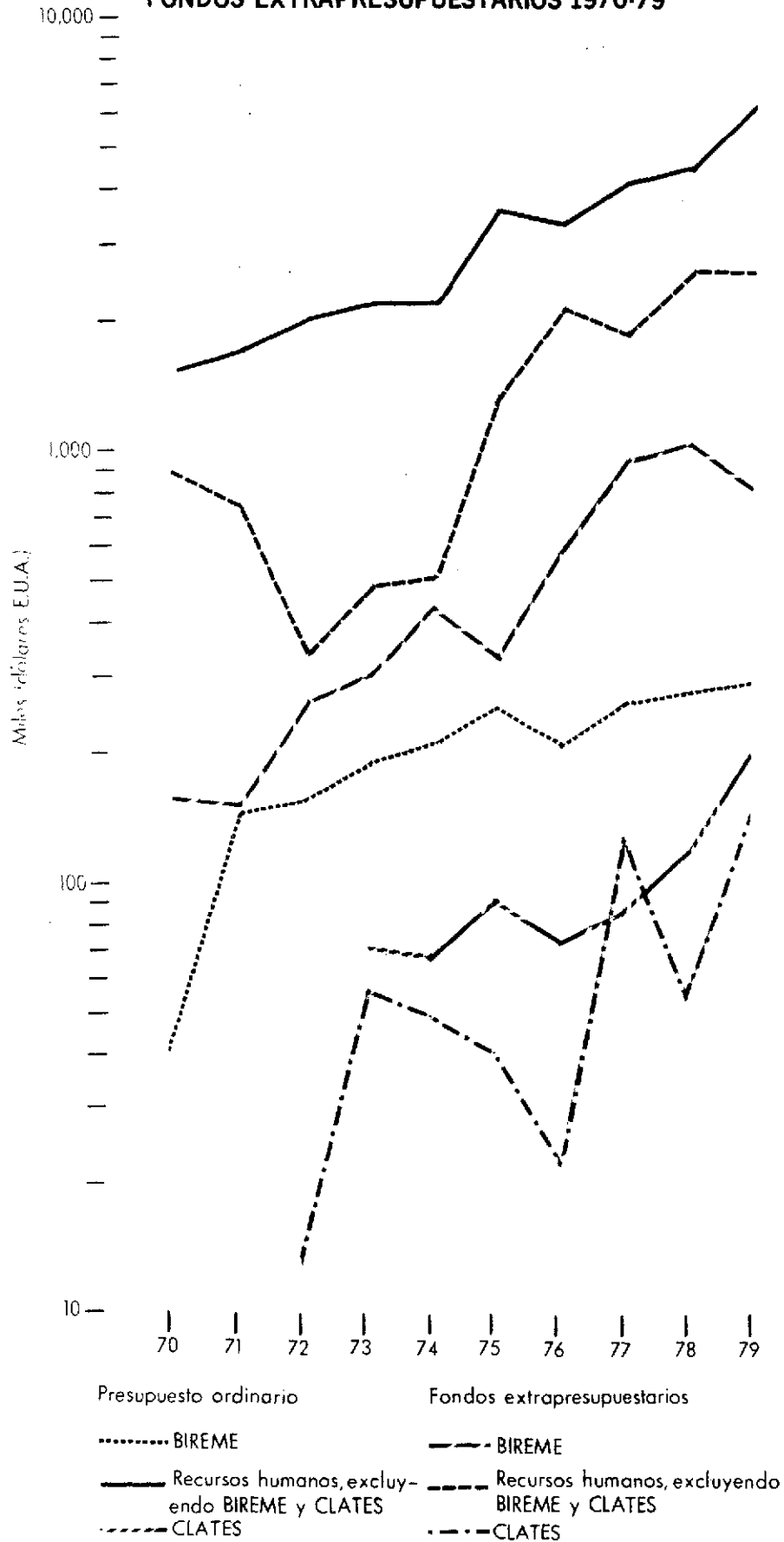
GASTOS EN DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS  
 EXCEPTO BIREME Y CLATES, 1970-1979

<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros fondos</u>
1979	7,982,972	5,721,013	2,261,959
1978	7,361,583	4,686,552	2,675,031
1977	6,169,763	4,245,667	1,924,096
1976	5,647,995	3,464,813	2,183,182
1975	4,868,518	3,730,454	1,138,064
1974	3,039,113	2,520,638	518,475
1973	2,759,468	2,260,591	498,877
1972*	2,457,459	2,063,720	393,739
1971	2,471,864	1,728,384	743,480
1970	2,451,411	1,560,236	891,175

**DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS 1.**  
**GASTOS RELATIVOS EN DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS:**  
**CLATES, BIREME Y RESTO DEL PROGRAMA**  
**PRESUPUESTO ORDINARIO Y FONDOS EXTRAPRESUPUESTARIOS 1970-79**



**DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS 2.**  
**AUMENTO DE LOS GASTOS EN DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS:**  
**BIREME, CLATES Y RESTO DEL PROGRAMA**  
**PRESUPUESTO ORDINARIO Y**  
**FONDOS EXTRAPRESUPUESTARIOS 1970-79**



CENTRO PANAMERICANO DE INGENIERIA SANITARIA Y  
CIENCIAS DEL AMBIENTE - CEPIS

1. Programa básico de la OPS: Protección de la salud ambiental
2. Meta del Centro: Mejora de las condiciones del medio físico en la medida en que afectan a la salud.
3. Emplazamiento: Lima (Perú)
4. Locales

Un edificio construido por el Gobierno del Perú especialmente para el Centro; tiene 2,241 m<sup>2</sup> y contiene oficinas, biblioteca, salas de reunión, sala de conferencias y laboratorios.

5. Origen histórico y situación jurídica

La importancia de las condiciones del medio ambiente para la salud en las Américas despertó inicialmente interés en disponer de un centro dedicado a esa especialidad. En 1968, estimulada por el interés que manifestaba el Gobierno del Perú, la OPS creó un Centro en Lima; en 1971, la OPS y el Gobierno firmaron un acuerdo oficial de establecimiento del centro por un período indefinido. En el preámbulo del acuerdo se señala específicamente la necesidad de un instrumento para que la Organización pueda facilitar mayor cantidad de servicios de asesoramiento altamente especializados a los Países Miembros.

En 1972, el Comité Ejecutivo, después de examinar un informe del Director del CEPIS, felicitó al titular del puesto y a sus colaboradores por la ayuda prestada a los países, dio las gracias al Gobierno del Perú y recomendó al Director de la OSP que prosiguiera sus esfuerzos para dotar al Centro de recursos adecuados (CD68.13).

6. Objetivos

El CEPIS comenzó con objetivos sencillos que se enuncian claramente en el Acuerdo de 1971. Esos objetivos son:

6.1 Contribuir al mejoramiento de las condiciones ambientales en el Perú y en otros países de la Región, dedicando atención particular a los complejos problemas del crecimiento demográfico, la industrialización y la urbanización intensiva.

6.2 Estimular y asesorar a los Gobiernos para que adopten nuevos métodos y aprovechen al máximo los amplios recursos de la tecnología

moderna para el mejoramiento de las condiciones del medio físico y la protección de los recursos naturales, dando consideración especial al bienestar humano.

## 7. Actividades

El CEPIS comenzó sus actividades con un enfoque en el programa algo diferente de los otros centros. Desde el principio, CEPIS había de dar atención primordial a la aplicación de conocimientos y a los servicios consultivos. Su cometido en lo que se refiere a investigación, se consideró de apoyo y de coordinación más bien que de desarrollo de actividades directas en gran escala. En este sentido, como se prevé en el Acuerdo, las actividades del CEPIS han guardado una estrecha relación con el programa básico y realmente constituyen una parte integrante de la División de Salud Ambiental.

La higiene ambiental es una materia tan amplia que el personal del Centro ha proporcionado asesoramiento en numerosas esferas. Ultimamente se ha concedido mayor importancia al abastecimiento de agua y a la evacuación de aguas residuales.

### 7.1 Cooperación técnica y Servicios de asesoramiento

Los especialistas del Centro han completado más de 400 misiones con el fin de prestar asistencia técnica y científica a todos los países de América Latina, a la mayoría de los Estados Miembros del Caribe y a varios países fuera del Continente. Como resultado de esas misiones y en respuesta a solicitudes específicas, se han preparado alrededor de 700 informes técnicos y comunicados, que se han distribuido a gobiernos, instituciones y profesionales interesados. En 1979, los consultores del CEPIS cumplieron 38 misiones en 21 países, algunos de los cuales recibieron asistencia más de una vez en la misma esfera y fueron atendidos por más de un consultor.

En cumplimiento de sus funciones básicas, el Centro coordina o ejecuta diversos proyectos multinacionales, a saber:

- Red Panamericana de Muestreo Normalizado de la Contaminación del Aire (REDPANAIRES).
- Programa Regional para el Control de la Calidad Analítica de los Laboratorios de Análisis del Agua y Líquidos Residuales (PRELAB).
- Red Panamericana de Información y Documentación de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (REPIDISCA).

- Proyecto de Vigilancia Mundial de la Calidad del Aire (GEMS/AIRE).
- Proyecto de Vigilancia Mundial de la Calidad del Agua (GEMS/AGUA).

El Proyecto de Desarrollo Tecnológico de las Instituciones de Abastecimiento de Agua Potable y Alcantarillado (DTIAPA) merece especial atención. El objetivo primordial de este proyecto, patrocinado por el Banco Interamericano de Desarrollo, el Gobierno del Perú y la OPS, actuando la OPS/CEPIS como organismo ejecutor, es el desarrollo tecnológico de las instituciones de abastecimiento de agua y alcantarillado en el Perú y en otros países latinoamericanos, particularmente los signatarios del Acuerdo de Cartagena.

## 7.2 Formación de personal

Con arreglo a su función educadora, el CEPIS ha colaborado en la organización, planificación u ofrecimiento directo de más de 100 cursos fuera del Centro. Se estima que aproximadamente 3,500 profesionales y técnicos han recibido capacitación con esos cursos.

Al mismo tiempo, el CEPIS ha participado en la planificación o el desarrollo de varias reuniones sobre educación--congresos, conferencias o seminarios--celebradas en los Países Miembros. El Centro también ha tenido a su cargo la coordinación y celebración de una conferencia, cuatro simposios internacionales, dos reuniones de grupos consultivos y una reunión de debate, en los que participaron más de 600 personas.

Después de trasladarse al nuevo edificio, con locales amplios, el CEPIS inició su propio programa de adiestramiento. Hasta la fecha se han celebrado varios cursos, seminarios y grupos de estudio en materias relacionadas con el tratamiento del agua, técnicas de tratamiento de aguas residuales, contaminación del agua, contaminación del aire, operación y mantenimiento de sistemas de abastecimiento de agua y tecnología educacional. A esas reuniones asistieron profesionales de varios países de América Latina y del Caribe. En relación con esas actividades, CEPIS ha contribuido a preparar 38 manuales de enseñanza.

## 7.3 Investigaciones

Para estimular y apoyar las investigaciones, CEPIS ha proporcionado asesoramiento y colaboración para unas 50 actividades o proyectos de investigación a cargo de personal o instituciones nacionales. Ha cooperado en la planificación y la construcción de instalaciones experimentales de tratamiento de agua, y ha establecido nuevos criterios y métodos para el control de la contaminación del agua y

la vigilancia de la calidad del aire. En Bolivia, Brasil y Ecuador se realizó un proyecto multinacional coordinado por el CEPIS, sobre la aplicación de tecnología avanzada en el tratamiento del agua.

En 1973 se iniciaron las actividades de investigación in situ con un proyecto sobre polímeros naturales, y desde entonces han aumentado considerablemente. Se han realizado más de 20 proyectos, varios de ellos en cooperación con instituciones peruanas.

#### 7.4 Difusión de informaciones

El CEPIS ha organizado una biblioteca especializada que actualmente comprende más de 24,000 volúmenes. Cada año el Centro atiende un promedio de más de 100 solicitudes de información sobre materias relacionadas concretamente con su especialidad.

El CEPIS coordina el desarrollo y la operación de la Red Panamericana de Información y Documentación de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (REPIDISCA) y centraliza la ordenación de los datos bibliográficos básicos de la Red.

El Centro publica varias revistas, entre las que pueden citarse:

- Noticias sobre Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (en español e inglés, trimestral);
- Boletín Bibliográfico (trimestral);
- Carta Periódica del Proyecto de Desarrollo Tecnológico de las Instituciones de Agua Potable y Alcantarillado (trimestral);
- Boletín del PRELAB (en español e inglés);
- Suplementos de información técnica;
- Documentos técnicos;
- Informe Anual del Centro (en español e inglés).

El Centro traduce al español y distribuye en América Latina el noticiero mensual del Centro Internacional de Referencia de la OMS para Abastecimiento Público de Agua.

Han salido tres números de un boletín de información general, en español y en inglés. Tres o cuatro veces al año se anuncian los cursos previstos.

8. Comité Asesor

El Centro no cuenta con un comité asesor permanente, pero ha utilizado los servicios de comités ad hoc constituidos por la División de Salud Ambiental en 1969, 1971 y 1977.

9. Presupuesto (Cuadro Salud Ambiental I y Figuras Salud Ambiental 1 y 2)

Excepto en 1977 y 1978, ha habido un aumento continuo del presupuesto ordinario, comparable en general al del programa total de salud ambiental. Al parecer, los fondos extrapresupuestarios aumentan más rápidamente que los del presupuesto ordinario, exceptuando lo que parece haber sido una disminución transitoria en 1978.

10. Personal

Actualmente existen 14 puestos aprobados de categoría profesional y 33 de servicios generales.



CUADRO SALUD AMBIENTAL I

GASTOS DE CEPIS, 1970-1979

<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros fondos</u>
1979	977,277	707,226	270,051
1978	690,996	575,992	115,004
1977	822,198	595,368	226,830
1976	918,458	732,917	185,541
1975	650,933	523,089	127,844
1974	532,178	452,163	80,015
1973	415,999	366,669	49,330
1972	305,589	249,642	55,947
1971	274,956	270,675	4,281
1970	207,291	203,303	3,988

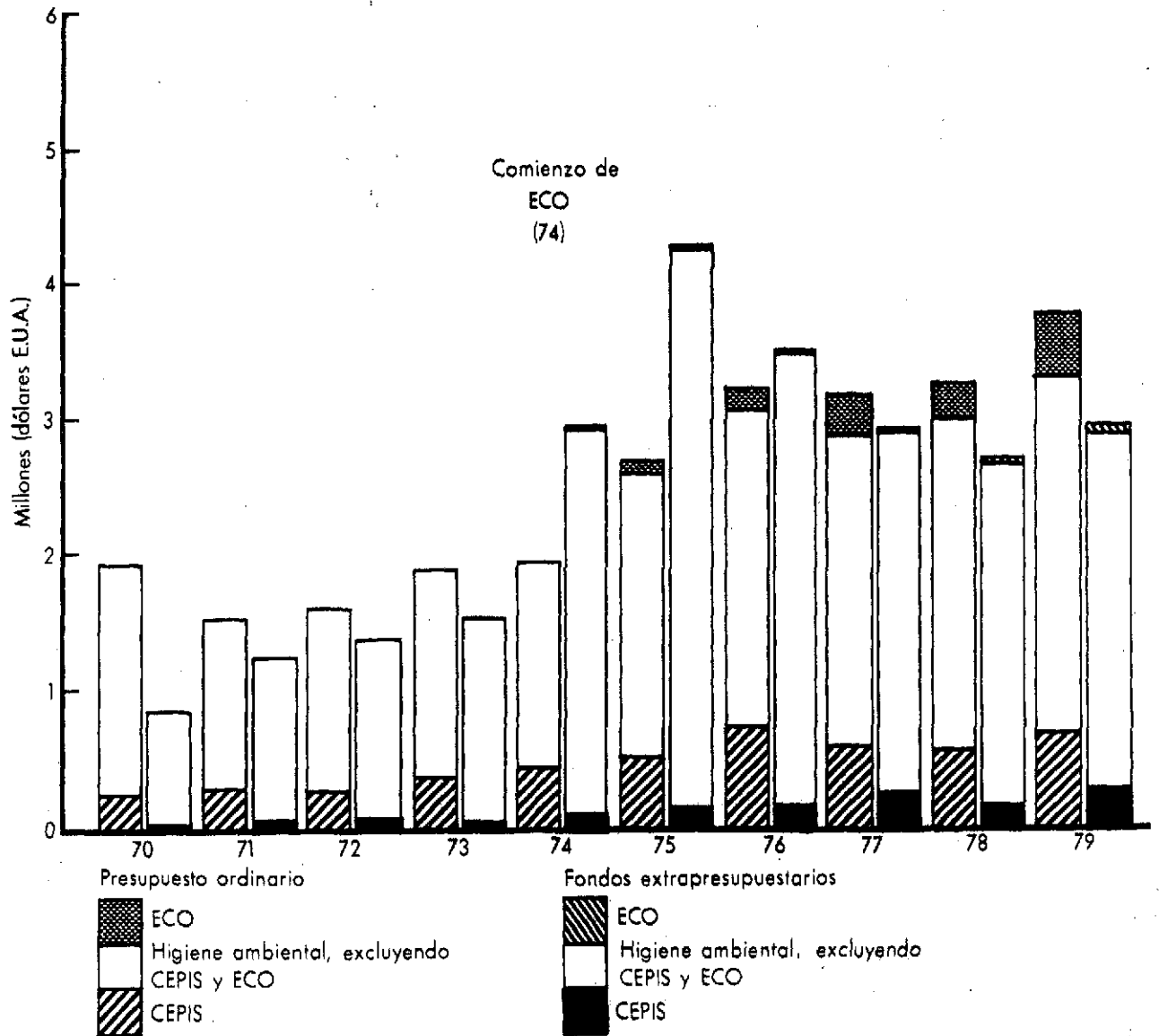
GASTOS DE ECO, 1974-1979

<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros fondos</u>
1979	507,581	473,883	33,698
1978	309,142	277,311	31,831
1977	310,354	288,965	21,389
1976	172,775	150,897	21,878
1975	91,699	69,500	22,199
1974	12,725	6,754	5,971

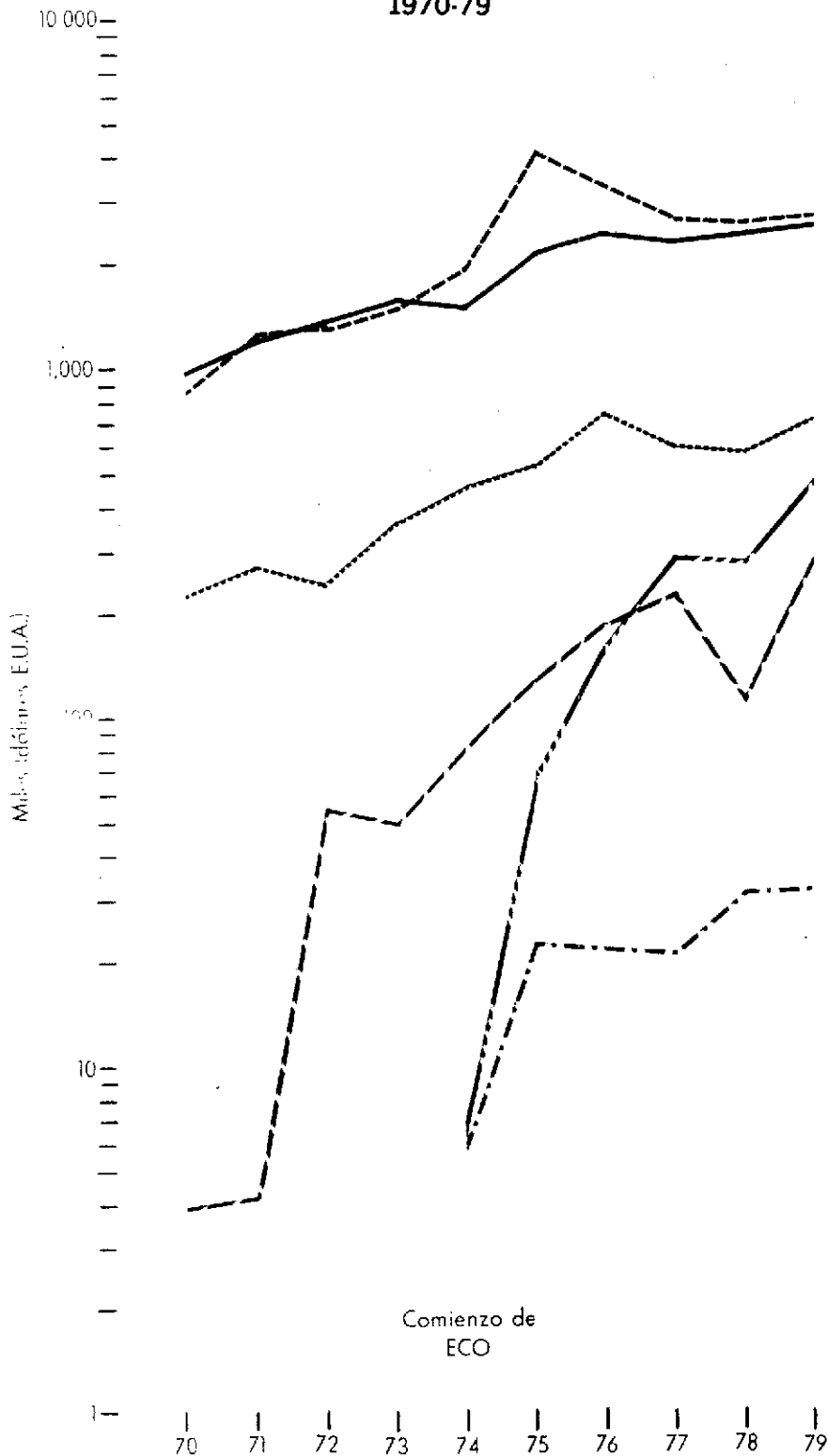
GASTOS EN SALUD AMBIENTAL  
 EXCEPTO CEPIS Y ECO, 1970-1979

<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros fondos</u>
1979	5,421,827	2,671,431	2,750,396
1978	5,066,939	2,464,556	2,602,383
1977	5,024,371	2,329,516	2,694,855
1976	5,784,349	2,411,048	3,373,301
1975	6,382,322	2,135,600	4,246,722
1974	4,457,464	1,531,784	2,925,680
1973	3,075,661	1,557,325	1,518,336
1972	2,680,711	1,353,751	1,326,960
1971	2,493,615	1,235,300	1,258,315
1970	1,860,564	992,657	867,907

**HIGIENE AMBIENTAL 1.**  
**GASTOS RELATIVOS EN HIGIENE AMBIENTAL:**  
**CEPIS, ECO Y RESTO DEL PROGRAMA**  
**PRESUPUESTO ORDINARIO Y FONDOS EXTRAPRESUPUESTARIOS 1970-79**



**HIGIENE AMBIENTAL 2.**  
**AUMENTO DE LOS GASTOS EN HIGIENE AMBIENTAL:**  
**CEPIS, ECO Y RESTO DEL PROGRAMA**  
**PRESUPUESTO ORDINARIO Y FONDOS EXTRAPRESUPUESTARIOS**  
**1970-79**



Presupuesto ordinario	Fondos extrapresupuestarios
..... CEPIS	----- CEPIS
———— Higiene ambiental, excluyendo CEPIS y ECO	----- Higiene ambiental, excluyendo CEPIS y ECO
——— ECO	----- ECO

CENTRO PANAMERICANO DE ECOLOGIA HUMANA Y SALUD - ECO

1. Programa básico de la OPS: Protección de la salud ambiental
2. Meta del Centro: Reducción al mínimo de los efectos adversos que pueden tener en la salud el desarrollo económico y la industrialización
3. Emplazamiento: Metepec (cerca de Toluca) México, México
4. Locales

Un edificio nuevo, concebido especialmente para el Centro, que cuenta con espacio para reuniones, cartografía, tratamiento de información, biblioteca y oficinas; ocupa 1,500 m<sup>2</sup>. El edificio y el terreno pertenecen al Gobierno del Estado de México.

5. Origen histórico y situación jurídica

La rapidez del desarrollo económico en los últimos decenios y el paso en algunas zonas de América Latina de una economía puramente agrícola a una economía en la que se concede importancia considerable a la industrialización, ha hecho cundir la inquietud ante los efectos ecológicos y sus consecuencias para la salud. México, como uno de los países más afectados, se ofreció para acoger un centro especializado en la materia. En julio de 1974, el Comité Ejecutivo, en la Resolución CE72.R27, felicitó al Director por la iniciativa, agradeció al Gobierno de México su ofrecimiento y pidió al Director que estableciera el Centro lo antes posible y recabara los fondos necesarios. Los debates culminaron el 7 de septiembre de 1975 con el acuerdo de establecer el Centro en México. En sus primeros años de funcionamiento, el personal del Centro prestaba servicio en locales alquilados por el Gobierno de México. En 1978 fue trasladado a un local adyacente a la nueva oficina del Area II, en Polanco. En junio de 1980 se ocupó el nuevo edificio.

En junio de 1977 el Comité Ejecutivo, por la Resolución CE78.R20, tomó nota del primer informe presentado por el Director de ECO y elogió la iniciativa.

En diciembre de 1977 se suscribió un addendum al Convenio concertado con el Gobernador del Estado de México, en virtud del cual este convino en facilitar el terreno, construir el edificio y proporcionar los recursos convenidos anteriormente. La OPS se comprometió a proporcionar equipo para el edificio.

## 6. Objetivos

- 6.1 Establecimiento de métodos para identificar, definir y resolver los problemas de salud relacionados con los cambios ambientales y determinación de mecanismos para seleccionar los que merezcan prioridad;
- 6.2 Difusión de información que permita evaluar los problemas de salud causados por el medio ambiente, a nivel nacional y mundial, y pronto aviso sobre problemas importantes;
- 6.3 Estímulo, asesoramiento y aviso a los gobiernos sobre los programas y actividades necesarios para reducir al mínimo los efectos adversos del cambio ambiental;
- 6.4 Colaboración en el establecimiento y la difusión de criterios y normas de higiene ambiental;
- 6.5 Evaluación de las necesidades en materia de adiestramiento y colaboración en programas docentes teóricos y prácticos sobre ecología humana y salud;
- 6.6 Dirección, apoyo y fomento de investigaciones, preparación de índices apropiados, propuesta de medidas preventivas y aplicación de métodos basados en sistemas y modelos ecológicos.

## 7. Actividades

A diferencia de los otros centros, ECO ha abierto el camino en una esfera en que existían pocos conocimientos y faltaban pautas específicas para los programas de la especialidad. Sus actividades han sido principalmente de fomento y de respuesta a solicitudes.

### 7.1 Cooperación técnica y servicios de asesoramiento

En la actualidad hay cuatro sectores específicos de programa, que son: evaluación ambiental y sanitaria de proyectos de desarrollo; efectos de la alteración y la contaminación del medio en la salud; estudios de ecología humana para prevención y control de enfermedades; y administración pública de instituciones de salud ambiental.

Se concede alta prioridad a la preparación de directrices para evaluar el efecto de los proyectos de desarrollo sobre el ambiente y la salud humana. Se ha establecido una guía indicativa de la importancia de esa evaluación, que servirá de base para un manual, actualmente en preparación. Ese versará sobre procedimientos para evaluar las repercusiones de la construcción de embalses en la salud y sobre la manera de evitar los efectos adversos, ofreciendo para ello posibilidades

de opción. Otro manual se dedicará a la planificación de asentamientos humanos en zonas de nueva explotación a donde emigran trabajadores.

En vista de las características básicamente interdisciplinarias de la ecología, se está estableciendo una red de instituciones regionales y nacionales de las Américas a fin de asociar a las que se interesan por la ecología humana y la higiene ambiental. Se apoya a las instituciones nacionales para que puedan emprender programas multidisciplinarios tanto de adiestramiento como de investigación.

Con la asistencia del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), los consultores de ECO están redactando una serie de directrices específicas para evaluar los efectos de los proyectos de desarrollo en el medio ambiente y la salud humana. La primera publicación de la serie será una guía destinada a personal directivo y a organismos normativos, en la que se describirá la necesidad e importancia de evaluar los proyectos de desarrollo para que no acarreen graves problemas ambientales y de salud. Seguidamente se publicará un manual--ya en preparación--sobre los procedimientos de evaluación sanitaria y ambiental de la construcción de embalses; contendrá ejemplos sobre la manera de reducir al mínimo los efectos adversos y mejorar al mismo tiempo el medio ambiente, la salud y el bienestar social de la población de que se trate. Se sugerirán otros métodos de evaluación que podrían aplicarse.

Se está coordinando un programa de epidemiología ambiental con la División de Control de Enfermedades, de la OPS. ECO ha patrocinado una reunión de trabajo sobre epidemiología aplicada a la transformación y contaminación del medio, que sea utilizable en las diversas condiciones ambientales imperantes en América Latina y el Caribe.

En más de 18 países de América Latina y el Caribe se han establecido proyectos en los que participa personal de ECO.

## 7.2 Educación

A la espera de contar con locales propios, ECO ha concedido mayor importancia a la participación con otros servicios en charlas, seminarios y cursillos en vez de elaborar su propio programa de adiestramiento en circunstancias inapropiadas. Diversas organizaciones gubernamentales, profesionales y académicas han invitado a ECO a participar en dichas actividades de adiestramiento.

## 7.3 Investigaciones

Los estudios se han referido a la repercusión de los cambios ambientales en las condiciones de vida de América Latina. Algunos tratan

de la construcción de embalses y de la consiguiente pérdida de las zonas agrícolas disponibles. Otro aspecto de este programa ha sido el examen de publicaciones, ya que la información disponible en esta materia no es tan bien conocida como debiera.

#### 7.4 Difusión de informaciones

ECO dispone de un servicio que distribuye periódicamente a todos los Países Miembros información útil y práctica obtenida de las publicaciones, revistas y documentos inéditos e informes de actualidad que recibe. Se encarga de esta actividad, a tiempo completo, un especialista en cuestiones del medio ambiente, y cuando el Centro esté instalado en el nuevo edificio, dotado de servicios de impresión, cabe esperar que esta labor se amplíe considerablemente.

#### 8. Comité Asesor

En los tres años últimos el Comité Asesor, integrado por 13 miembros, se ha reunido anualmente.

#### 9. Presupuesto (Cuadro Salud Ambiental I y Figuras Salud Ambiental 1 y 2)

Como uno de los Centros más recientes, ECO ha mostrado un crecimiento continuo en cuanto a gastos con cargo al presupuesto ordinario. Ha sido más limitado el incremento de los fondos extrapresupuestarios, pero puede esperarse que se acentúe cuando el Centro esté en pleno funcionamiento en su propio local.

ECO constituye sólo una parte pequeña del total de actividades de higiene ambiental que realiza la OPS.

#### 10. Personal

La plantilla actual comprende seis puestos de categoría profesional y seis de servicios generales. Una vez efectuado el traslado al nuevo edificio, está previsto crear tres puestos más de categoría profesional y contratar localmente a 10 ó 12 personas. Es de esperar que los servicios por contrata (limpieza, etc.) permitan mantener bajas las necesidades de personal.

CUADRO SALUD AMBIENTAL I

GASTOS DE ECO, 1974-1979

<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros fondos</u>
1979	507,581	473,883	33,698
1978	309,142	277,311	31,831
1977	310,354	288,965	21,389
1976	172,775	150,897	21,878
1975	91,699	69,500	22,199
1974	12,725	6,754	5,971

GASTOS DE CEPIS, 1970-1979

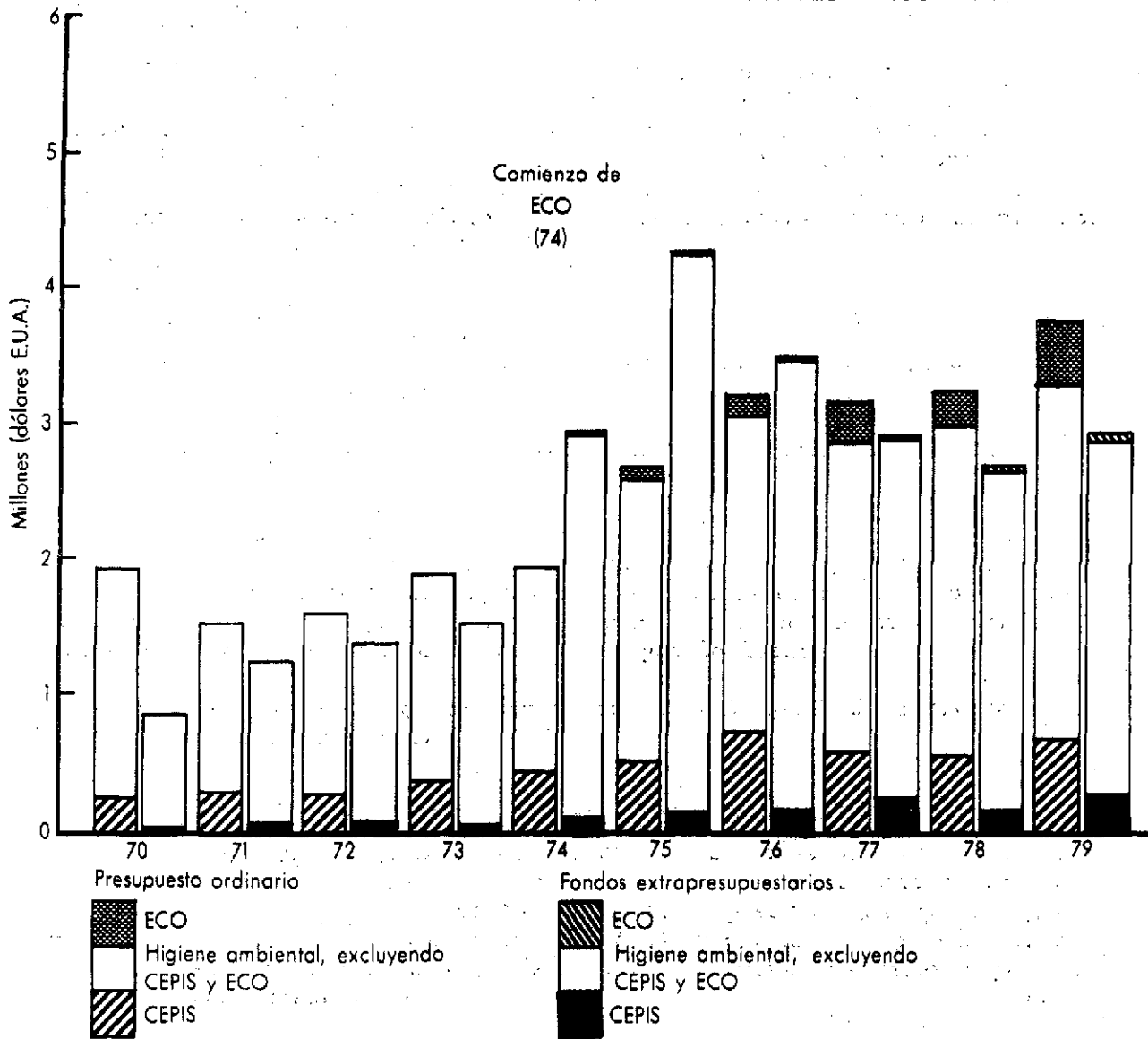
<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros fondos</u>
1979	977,277	707,226	270,051
1978	690,996	575,992	115,004
1977	822,198	595,368	226,830
1976	918,458	732,917	185,541
1975	650,933	523,089	127,844
1974	532,178	452,163	80,015
1973	415,999	366,669	49,330
1972	305,589	249,642	55,947
1971	274,956	270,675	4,281
1970	207,291	203,303	3,988

GASTOS EN SALUD AMBIENTAL  
 EXCEPTO CEPIS Y ECO, 1970-1979

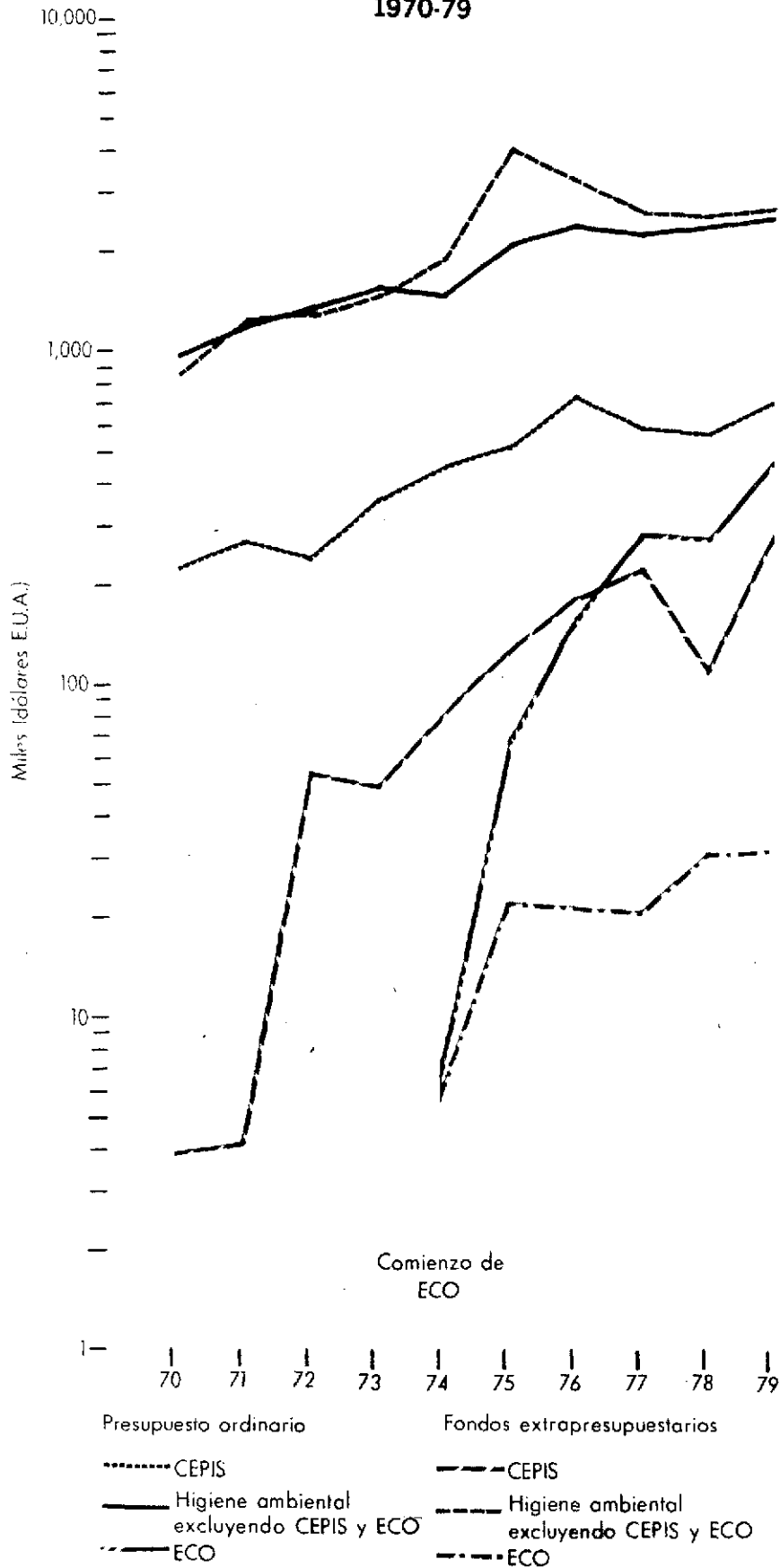
<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros fondos</u>
1979	5,421,827	2,671,431	2,750,396
1978	5,066,939	2,464,556	2,602,383
1977	5,024,371	2,329,516	2,694,855
1976	5,784,349	2,411,048	3,373,301
1975	6,382,322	2,135,600	4,246,722
1974	4,457,464	1,531,784	2,925,680
1973	3,075,661	1,557,325	1,518,336
1972	2,680,711	1,353,751	1,326,960
1971	2,493,615	1,235,300	1,258,315
1970	1,860,564	992,657	867,907



**HIGIENE AMBIENTAL 1.**  
**GASTOS RELATIVOS EN HIGIENE AMBIENTAL:**  
**CEPIS, ECO Y RESTO DEL PROGRAMA**  
**PRESUPUESTO ORDINARIO Y FONDOS EXTRAPRESUPUESTARIOS 1970-79**



**HIGIENE AMBIENTAL 2.**  
**AUMENTO DE LOS GASTOS EN HIGIENE AMBIENTAL:**  
**CEPIS, ECO Y RESTO DEL PROGRAMA**  
**PRESUPUESTO ORDINARIO Y FONDOS EXTRAPRESUPUESTARIOS**  
**1970-79**



CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO - CLAP

1. Programa básico de la OPS: Salud de la madre, el niño y la familia
2. Meta del Centro: Mejoramiento del estado de salud de la madre, del feto y del lactante desde la concepción hasta el final del puerperio
3. Emplazamiento: Montevideo (Uruguay)
4. Locales

Parte de dos pisos del Hospital das Clinicas de Montevideo, cuya superficie útil es de 2,500 m<sup>2</sup>. Este local se encuentra cerca de los servicios clínicos apropiados. El hospital pertenece a la Universidad de la República.

5. Origen histórico y situación jurídica

El período perinatal es uniformemente una de las etapas de la vida en que son más elevadas la mortalidad y la morbilidad. En el Departamento de Fisiología Obstétrica de la Universidad de la República en Montevideo se disponía de una extraordinaria diversidad de recursos para abordar ese problema, lo que llevó a la firma de un acuerdo el 2 de febrero de 1970 para establecer un centro de perinatología y desarrollo humano. Además del aporte de las partes signatarias--el Gobierno del Uruguay, la Universidad de la República y la OPS--la Fundación Ford ofreció, al principio, un considerable apoyo y también contribuyeron otras fundaciones y grupos externos.

En virtud del Acuerdo, el Gobierno pondría a disposición del Centro las instalaciones de sus hospitales y centros de salud, así como los servicios de personal profesional y auxiliar del Ministerio de Salud Pública, y adjudicaría becas a personal nacional para que participara en los cursos ofrecidos por el CLAP.

La Universidad convino en aportar al CLAP, por conducto de la Facultad de Medicina, servicios en comisión especial del personal de la Sección de Fisiología Obstétrica. Figuraban, como mínimo, un jefe de sección, un ayudante y cuatro adjuntos; también se dispondría de tres funcionarios no profesionales. Además, colaboran con el Centro miembros del personal clínico de obstetricia/ginecología y pediatría, tal como acordaron los respectivos directores y el director del CLAP.

La Organización facilitaría el personal básico, un director médico y tres perinatólogos, así como consultores por corto plazo, el personal local necesario, suministros, equipos y becas.

El Acuerdo original fue renovado por otros cuatro años en 1974, y en diciembre de 1978 se firmó un tercer acuerdo que estará vigente hasta fines de 1982.

En junio de 1976, el Comité Ejecutivo, enterado del informe sobre los resultados alcanzados por el CLAP en el período de 1970-1975, adoptó una resolución (CE76.R25) en la que felicitaba al Centro por su labor, expresaba su apoyo a las actividades futuras y recomendaba a los gobiernos que utilizaran los servicios de asesoramiento de esa institución.

## 6. Objetivos (según la revisión del acuerdo en 1979)

6.1 Desarrollar, utilizar y evaluar la tecnología apropiada para la atención perinatal y pediátrica en América Latina, concediendo alta prioridad a la aplicable a nivel primario, especialmente en las zonas rurales y periurbanas;

6.2 Elaborar modelos regionalizados de atención perinatal y pediátrica en los que se combinen los niveles primario, secundario y terciario, en una progresión cada vez más compleja en cuanto a personal y técnicas, en la medida necesaria;

6.3 Establecer criterios para el envío de pacientes a otros servicios en cada categoría de asistencia, utilizando la estrategia de ajustar el nivel de atención al grado de riesgo para la salud;

6.4 Fomentar la utilización racional de los recursos existentes;

6.5 Fomentar la plena participación de la comunidad mediante un sistema que permita mantenerla debidamente informada sobre la asistencia perinatal y pediátrica. Conceder alta prioridad a la educación de la madre y la familia en lo que respecta a maternidad y paternidad, incluida la atención del niño desde el nacimiento hasta la adolescencia;

6.6 Promover la extensión de la cobertura con servicios perinatales y pediátricos, en especial a nivel de atención primaria y en las zonas rurales y periurbanas.

## 7. Actividades

A medida que ha ido disminuyendo la mortalidad infantil posneonatal, se ha destacado aún más el problema de la mortalidad

materna, fetal y neonatal innecesaria. Por eso se ha ampliado toda la gama de actividades del CLAP.

### 7.1 Cooperación técnica y servicios de asesoramiento

Durante 1979, 13 países de las Américas solicitaron servicios técnicos del CLAP, todos los cuales fueron prestados de manera satisfactoria. Las misiones, de diversa duración, ascendieron a 61, con un total general de 391 días de consultor. Estas actividades abarcaron una gran variedad de problemas, como la ejecución de un programa cooperativo para la gestión perinatal de la prematuridad, organización de servicios perinatales, divulgación de un modelo de historia clínica perinatal y determinación de la situación en la futura área de demostración del CLAP.

La labor del Centro ha adquirido tal renombre en todo el mundo que con frecuencia se invita a miembros de su personal a que visiten otras regiones para presentar trabajos y participar en conferencias. No han podido aceptarse todas las invitaciones pero se efectuaron siete visitas a distintos lugares de Europa (entre ellos la Sede de la Organización Mundial de la Salud) y dos al Japón.

### 7.2 Formación de personal

Durante 1979 se llevaron a cabo seis cursos en el CLAP, a saber: 1) un curso de nueve meses para becarios de nueve países de las Américas y uno de España; 2) un cursillo para médicos (44 horas) al que asistieron 18 becarios de siete países; una segunda versión del mismo curso para 20 alumnos de cinco países; 3) un curso intensivo de dos semanas sobre salud perinatal, con 72 participantes de 14 países; 4) otros dos cursos intensivos de una semana sobre el ultrasonido en la perinatología, el primero para alumnos de cuatro países y el segundo para 31 de nueve países; 5) un curso de dos semanas para enfermeras y parteras universitarias, sobre empleo de tecnología apropiada al grado de riesgo; 6) un curso intensivo de dos semanas para diverso personal profesional de salud pública, sobre bioestadística y técnicas de computadora aplicables en perinatología.

Además de asistir a cursos oficiales, cuatro becarios se dedicaron durante un período de dos a cuatro semanas a programas sin estructurar. Seis permanecieron en el CLAP durante dos meses y otro, un estudiante belga, durante más tiempo.

Contribuyen también notablemente a los programas docentes del CLAP profesores extranjeros, que han dado series de conferencias sobre temas importantes.

### 7.3 Investigaciones

Estas actividades abarcan dos campos generales; el primero se refiere a lo que comúnmente se denomina investigación operativa, íntimamente relacionada con los servicios de asesoramiento, y el segundo investigación sobre tecnología apropiada.

En la primera categoría están comprendidos cuatro proyectos, todos ellos relativos a procedimientos aplicables directamente en servicios de diferente grado de complejidad. Uno de ellos se refiere a la cuestión fundamental del tratamiento perinatal de la insuficiencia ponderal del recién nacido (prematuridad) y trata de establecer normas para el diagnóstico y tratamiento de la prematuridad en los servicios de maternidad de América Latina. Alrededor del 10% de los recién nacidos en América Latina corresponden al grupo de insuficiencia ponderal, clasificados comúnmente como niños prematuros; a este grupo se atribuye el 70% de las defunciones neonatales, por lo que ocupa un importante lugar en el orden de prioridad. En Uruguay y en Bolivia se han hecho aplicaciones prácticas y en Brasil, Venezuela, México y Panamá el programa tiene alcance nacional. En otros ocho países se está llevando a cabo en distintos niveles.

Con arreglo a otro proyecto se está elaborando una historia clínica perinatal uniforme, con el fin de reunir información sobre las condiciones prenatales y posnatales, para uso clínico y en investigación. Actualmente se está ensayando en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Honduras, México, Panamá, Uruguay y Venezuela.

Conforme a un tercer proyecto, después de un estudio piloto satisfactorio, se está aplicando sobre el terreno una técnica simplificada, la determinación de la altura del útero por encima de la sínfisis, como medida de la edad de gestación.

Un cuarto estudio de la gestión simplificada del proceso real del nacimiento indica que los esfuerzos espontáneos de la madre pueden producir mejores resultados y menos daño fetal que la dirección del trabajo del parto por un tocólogo o una partera.

En la segunda categoría general, investigaciones sobre tecnología apropiada, están incluidos unos 36 proyectos que cubren una diversidad de campos, tales como el mejoramiento del diagnóstico perinatal, el perfeccionamiento de la atención técnica durante el período perinatal y el análisis de factores, como son la alimentación materna y las hormonas, que influyen en el crecimiento y desarrollo de la madre y el niño.

#### 7.4 Difusión de informaciones

Gran parte de este trabajo se lleva a cabo mediante las visitas a los países que realizan con regularidad funcionarios del CLAP, programas de capacitación de personal y publicaciones científicas en numerosas revistas. El informe anual se distribuye extensamente, lo mismo que las actas de diversas conferencias. Se está estudiando la publicación de un folleto informativo sobre el Centro.

#### 8. Comité Asesor

De momento, CLAP no cuenta con un comité asesor. El Director del Centro ha manifestado su interés al respecto y ha presentado una lista de posibles miembros.

#### 9. Presupuesto (Cuadro Salud de la Familia I y Figuras Salud de la Familia 1 y 2)

Al interpretar el cuadro y los gráficos que se acompañan hay que tener presente que, en años recientes, las considerables asignaciones del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP) han hecho aumentar el presupuesto de la OPS para salud familiar. Esas asignaciones comenzaron en 1974 con \$2,986,414, ascendiendo a \$6,968,819 en 1979. Evidentemente, este efecto sobre el programa total ha tenido poca repercusión para el CLAP, que casi no recibe fondos del FNUAP. El CLAP, naturalmente, contribuye a la planificación demográfica por cuanto se considera que la reducción de la mortalidad infantil constituye una poderosa influencia en la reducción del tamaño de la familia al nivel deseado.

Conviene advertir que, a diferencia de la mayoría de los centros, el personal remunerado directa y regularmente por la Universidad aporta al CLAP un considerable número de horas de trabajo profesional científico. En realidad, se trata de personal prestado al CLAP pero no es posible traducir en valor monetario directo sus servicios. Las estimaciones sugieren que esos servicios podrían ser equivalentes a una tercera parte o más del apoyo recibido con regularidad de personal profesional científico por tiempo completo o parcial.

El aumento inicial de los fondos extrapresupuestarios se debió en parte a las contribuciones, bastante generosas, de varias fundaciones y otras entidades al iniciarse el CLAP, pero nunca se consideraron como aporte a largo plazo. Ultimamente se ha observado otro aumento de esos fondos, a medida que distintas fundaciones y organismos se han interesado en que el CLAP promueva el estudio de técnicas aplicables en atención primaria.

10. Personal

El personal por tiempo completo consta de un director y tres perinatólogos. Hay 18 profesionales a tiempo parcial, contratados localmente con fondos del Centro, la Universidad o el Gobierno, y 35 puestos locales de personal de apoyo y administrativo remunerado con fondos de la OPS.



CUADRO SALUD DE LA FAMILIA I

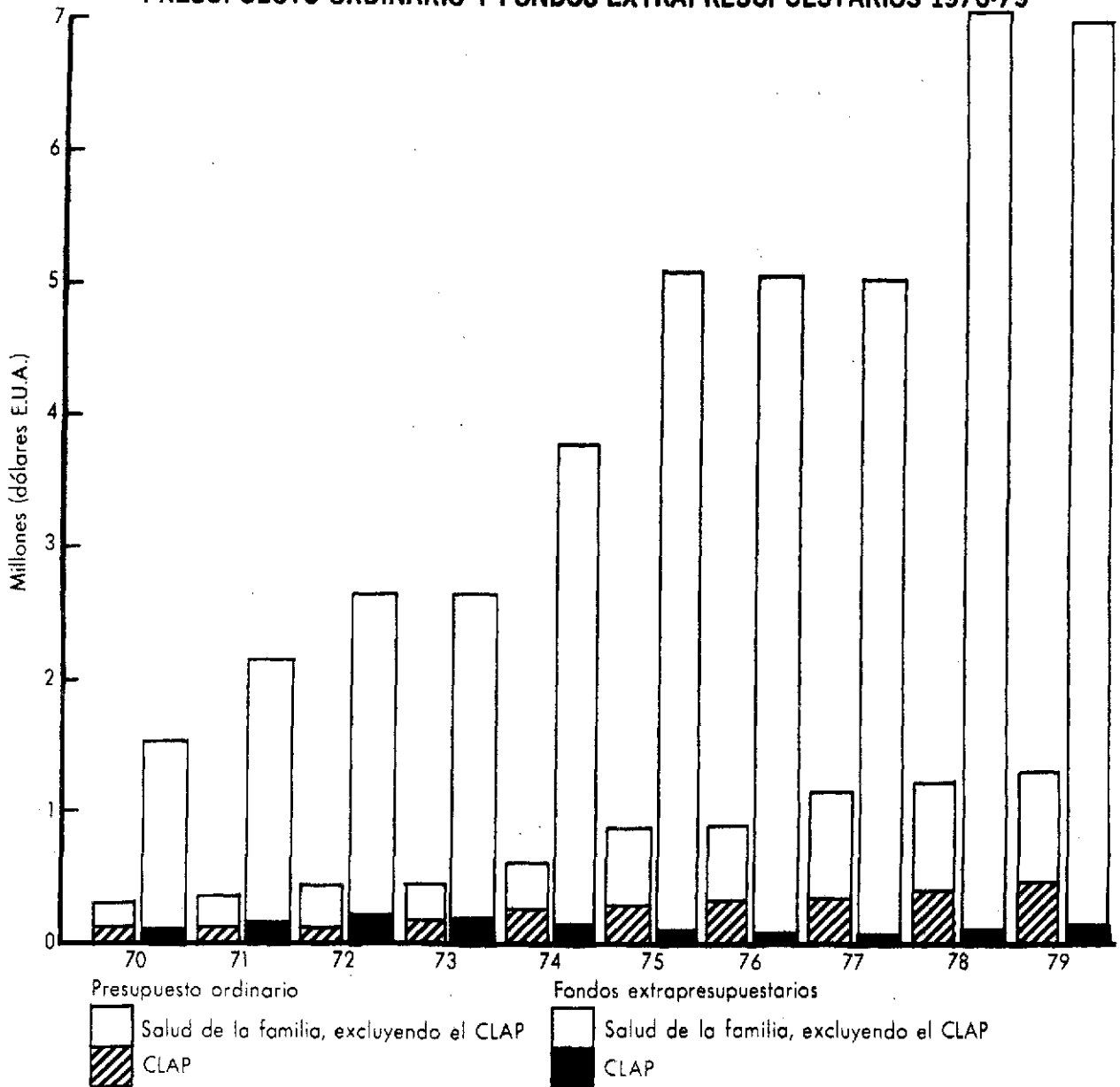
GASTOS DEL CLAP, 1970-1979

<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros fondos</u>
1979	524,046	423,896	100,150
1978	462,620	394,394	68,226
1977	362,592	323,519	39,073
1976	326,434	301,892	24,542
1975	312,398	266,599	45,799
1974	314,482	221,493	92,989
1973	295,038	121,861	173,177
1972	268,306	80,470	187,836
1971	209,928	87,771	122,157
1970	150,083	77,289	72,794

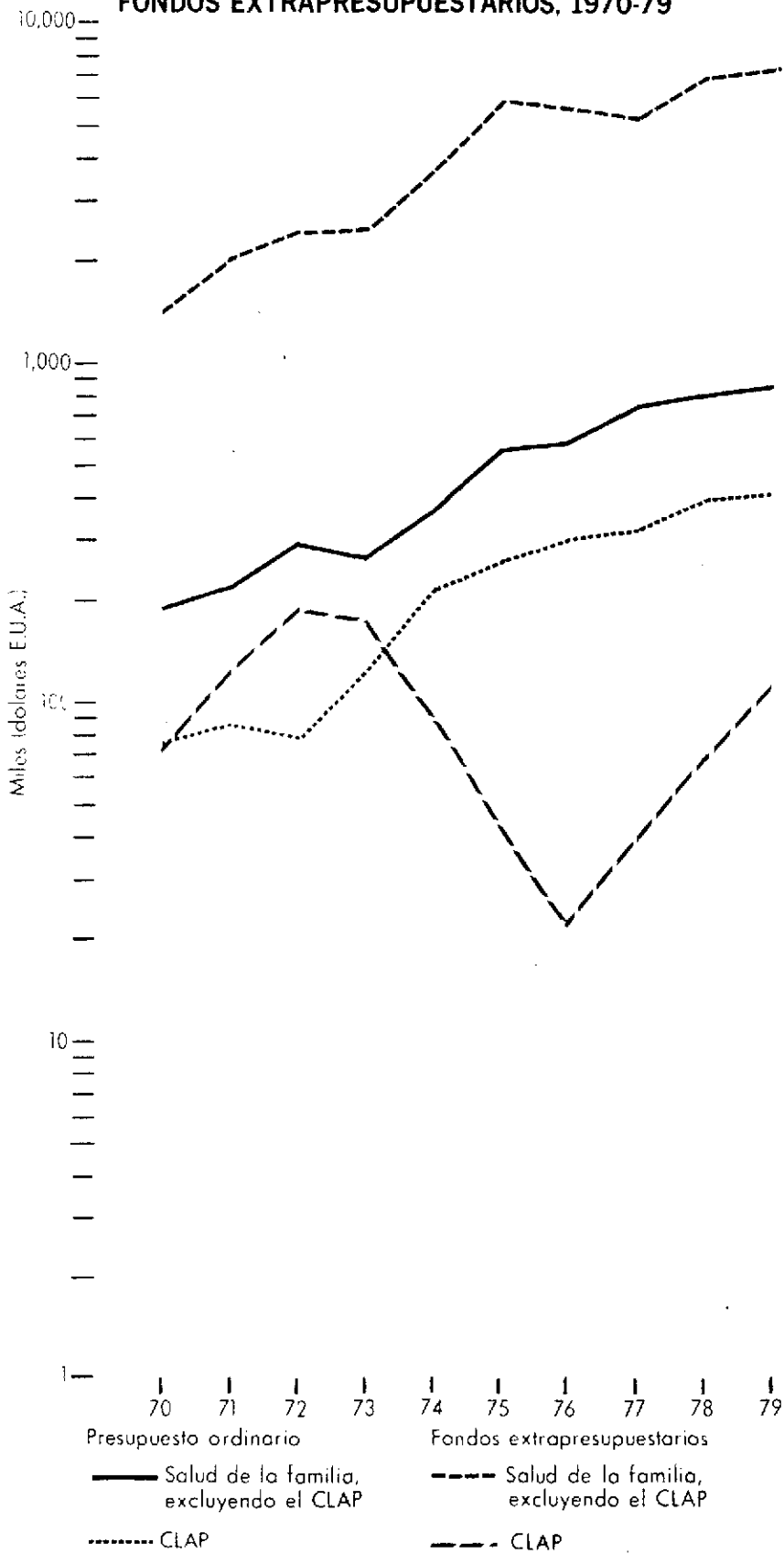
GASTOS EN SALUD DE LA FAMILIA  
 EXCEPTO CLAP, 1970-1979

<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros fondos</u>
1979	7,909,850	845,873	7,063,977
1978	7,759,337	801,651	6,957,686
1977	5,995,712	749,770	5,245,942
1976	6,112,301	579,320	5,532,981
1975	6,435,838	562,425	5,873,413
1974	3,959,423	368,037	3,591,386
1973	2,741,479	267,060	2,474,419
1972	2,733,170	297,299	2,435,871
1971	2,246,906	222,100	2,024,806
1970	1,649,741	195,886	1,453,855

**SALUD DE LA FAMILIA 1.**  
**GASTOS RELATIVOS EN SALUD DE LA FAMILIA,**  
**CLAP Y EL RESTO DE PROGRAMA**  
**PRESUPUESTO ORDINARIO Y FONDOS EXTRAPRESUPUESTARIOS 1970-79**



**SALUD DE LA FAMILIA 2.  
AUMENTO DE LOS GASTOS EN SALUD DE LA FAMILIA:  
CLAP Y RESTO DEL PROGRAMA  
PRESUPUESTO ORDINARIO Y  
FONDOS EXTRAPRESUPUESTARIOS, 1970-79**



CENTRO DE EPIDEMIOLOGIA DEL CARIBE - CAREC

1. Programa básico de la OSP: Lucha contra las enfermedades
2. Meta del Centro: Apoyo para el mejoramiento en el Caribe de los servicios de epidemiología y otros relacionados con la lucha contra las enfermedades transmisibles y, más adelante, las no transmisibles.
3. Emplazamiento: Puerto España (Trinidad)
4. Locales

El Centro comparte un edificio con el Laboratorio de Salud Pública de Trinidad. En la actualidad, el CAREC ocupa una superficie de unos 2,750 m<sup>2</sup> para sus actividades. El terreno y el edificio son propiedad del Gobierno de Trinidad y Tabago que, en virtud del primer acuerdo, cedió la posesión del local a la OPS para uso exclusivo mientras durara su administración del Centro.

5. Origen histórico y situación jurídica

En 1968 se sustituyó la financiación privada del Laboratorio Regional de Virus Tropicales (LRVT) de Puerto España por un sistema de aportaciones de Trinidad y Tabago, Guyana, Jamaica, Barbados, Bahamas y el Reino Unido, pasando el Centro a ser parte de la Universidad de las Indias Occidentales. A solicitud del Primer Ministro de Trinidad y Tabago, un comité asesor científico recomendó que el LRVT se convirtiera en un centro de epidemiología del Caribe, idea que fue respaldada por la Reunión de Ministros de Salud del Caribe en 1973. Pronto se recibieron muestras de apoyo, no solo de los Gobiernos de la comunidad del Caribe sino también de otros del área. La VI Conferencia de Ministros de Salud del Caribe adoptó una resolución y un plan de vigilancia epidemiológica que requerían el establecimiento de un centro en el LRVT.

El resultado fue la firma de un acuerdo, en agosto de 1974, por el Ministro de Salud de Trinidad y Tabago y el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, en virtud del cual la OSP se haría cargo de la administración del LRVT como centro ampliado del Caribe. Con arreglo al acuerdo, la Organización tendría la posesión de las instalaciones para uso exclusivo y para administrar el Centro durante un período de 10 años. El propio acuerdo estipuló que el Centro constituiría una persona jurídica.

En octubre de 1974 se firmó un acuerdo multilateral, al que luego se adhirieron 17 Gobiernos del área del Caribe, con arreglo al cual el

LRVT funcionaría como centro ampliado del Caribe. Más adelante se adhirió Suriname, y Anguila decidió pagar una cuota aparte, con lo cual ascendió a 19 el número de miembros.

El acuerdo establece las condiciones generales en que la OPS/OMS administrará el Centro y dispone el establecimiento de un Consejo cuya función consiste en examinar y comentar el informe anual y el programa y presupuesto, que el Director de la OSP transmite a la Conferencia de Ministros de Salud del Caribe, y formular recomendaciones sobre las políticas referentes al funcionamiento del Centro. El Consejo constaría de ocho miembros, incluido uno del Gobierno Huésped, dos escogidos por la Conferencia de Ministros de Salud del Caribe para representar a los demás gobiernos y uno respectivamente de la Universidad de las Indias Occidentales del Consejo de Investigaciones Médicas de la Comunidad del Caribe, de la Administración para el Desarrollo de Ultramar del Reino Unido, del Comité Asesor Científico y de la OPS/OMS.

El Acuerdo establece una escala de cuotas, ajustada a la de las Naciones Unidas, para los gobiernos miembros, con una contribución adicional de la Administración para el Desarrollo de Ultramar del Reino Unido.

El Acuerdo estará vigente 10 años, es decir, hasta el 31 de diciembre de 1984, a reserva de una revisión al terminar el año 1979.

#### 6. Objetivos

En el Acuerdo original se establecieron una serie de objetivos que pueden resumirse del siguiente modo:

6.1 Prestar servicio en calidad de institución técnica especializada, particularmente en el campo de las enfermedades transmisibles y su vigilancia, y cooperar en programas de los gobiernos;

6.2 Contribuir a la reducción de la mortalidad y morbilidad por enfermedades transmisibles;

6.3 Servir de centro de vigilancia epidemiológica y prestar asistencia a los gobiernos para una vigilancia eficaz, mediante envío del personal competente;

6.4 Mejorar los laboratorios del área mediante la oportuna colaboración y la prestación de servicios de referencia para diagnóstico;

6.5 Formar personal de vigilancia epidemiológica y diagnóstico de laboratorio mediante cursos y prácticas por conducto de universidades;

6.6 Mantener y ampliar los trabajos de investigación, en particular sobre enfermedades víricas y otros problemas patológicos importantes en el Caribe.

## 7. Actividades

Gran parte de la tarea del CAREC consiste en mejorar la vigilancia, lo que obviamente encierra el mejoramiento de la notificación de enfermedades entre los gobiernos del Caribe. Habida cuenta del considerable número de gobiernos independientes, el esfuerzo para alcanzar esas mejoras depende mucho de la formación de personal. Por eso, al examinar la productividad del CAREC resulta difícil separar los servicios consultivos de los docentes. Por añadidura, el Centro partió de la base de que las investigaciones debían considerarse como complemento de los servicios o estar relacionadas con una necesidad concreta de importancia para el área. De manera análoga, la divulgación de información está vinculada a las demás funciones. Por ejemplo, una medida eficaz para mejorar la vigilancia es la preparación y difusión del informe mensual correspondiente del CAREC, que contiene información sobre morbilidad en el Caribe y en otras partes del mundo, y se distribuye en bastante más de 2,000 ejemplares.

### 7.1 Cooperación técnica y servicios de asesoramiento

Como índices objetivos de la labor del CAREC cabe mencionar la presencia en cada país de un oficial de vigilancia/epidemiólogo, el mejoramiento de la notificación de datos epidemiológicos y su distribución local, las visitas anuales del personal a cada territorio para prestar una asistencia que alcanza a los 19 países miembros y el establecimiento de una biblioteca referencia. Aunque los datos de mortalidad todavía no son fidedignos, a diferencia de la que ocurre en muchas regiones en desarrollo, la notificación de la morbilidad va mejorando en calidad y cantidad. En la actualidad, informan con regularidad los 19 miembros y ocho países no miembros del CAREC, por comparación con ocho en 1975.

Otro extenso campo de actividad del CAREC ha sido el mejoramiento de los laboratorios. Aunque se han alcanzado considerables progresos en cuanto a la formación de personal, no se han logrado todavía laboratorios independientes dignos de confianza. Sin embargo, se observa una franca mejora de los servicios y ya no se depende en general del Laboratorio de Salud Pública de Trinidad.

### 7.2 Formación de personal

Se han ofrecido enseñanzas específicas sobre vigilancia epidemiológica y diagnóstico de laboratorio, inclusive aplicación

práctica de esas técnicas. En el período de cinco años, han asistido a los diversos cursos cerca de 2,000 alumnos. Los cursos fueron para personal de todas las categorías, incluso el no interesado directamente en epidemiología, como inspectores sanitarios y enfermeras de salud pública.

El CAREC, además de sus actividades directas de enseñanza, ha cooperado estrechamente con las universidades, en particular con la de las Indias Occidentales y la de Suriname. Todavía no se ha establecido una relación efectiva con la Universidad de Guyana ni con la Facultad de Agricultura de la Universidad de las Indias Occidentales.

### 7.3 Investigaciones

Se han desarrollado diversos proyectos de investigación íntimamente relacionados con la vigilancia, costeados en gran parte con fondos extrapresupuestarios. Entre las materias estudiadas están filariasis, gastroenteritis, dengue, rotavirus, virus de la fiebre amarilla y cardiopatía no esquémica. Se evalúa la cobertura de los servicios de inmunización y se efectúan ensayos de potencia de las vacunas.

### 7.4 Difusión de informaciones

Además del material indicado en el párrafo 7, se publica un estudio anual de las enfermedades transmisibles en el Caribe. Asimismo, se distribuyen extensamente boletines informativos denominados "Epinotes", sobre determinadas cuestiones de interés.

Anualmente se publica, como informe del Director, una exposición de las actividades del CAREC. Existe un folleto informativo que inicialmente se publicó como artículo en el Boletín (español) y en el Bulletin (inglés) de la OPS, lo que le dio una gran difusión para empezar. Se ha preparado una exposición bajo el lema "CAREC--Los cinco primeros años", que ha sido visitada por altos funcionarios de la OPS y la OMS, así como por autoridades oficiales, diplomáticas y especialistas.

### 8. Comite Asesor

El Acuerdo básico estipula el establecimiento de un Comité Asesor Científico, compuesto de tres miembros designados por la Facultad de Medicina de la Universidad de las Indias Occidentales, un miembro nombrado por la Facultad de Agricultura, dos por la Conferencia de Ministros de Salud del Caribe y cinco por el Director de la OPS. El Comité se reúne cada año y prepara un informe detallado para el Director de la OPS y el Consejo.

9. Presupuesto (Cuadro Control de Enfermedades I y Figuras Control de Enfermedades 1 y 2)

En el CAREC ha habido un aumento considerable de los gastos con cargo al presupuesto ordinario, que casi se han triplicado en los cinco años últimos. La utilización de fondos extrapresupuestarios se ha intensificado a un ritmo aún más acelerado, por comparación con el aumento de estos fondos en otros aspectos del programa de lucha contra las enfermedades. Esta situación se debe en gran parte al gran aumento de las cuotas de los gobiernos, que más adelante se examina, representativas de casi las dos terceras partes de los fondos extrapresupuestarios. Ello revelaría, en principio, una positiva actitud de apoyo a CAREC por parte de los gobiernos. En la actualidad los fondos extrapresupuestarios, equivalen al triple de las asignaciones del presupuesto ordinario, y en 1979 excedieron del importe total de los fondos de ese origen asignados al resto del programa OPS de control de enfermedades. Los gastos del CAREC solo constituyen una pequeña parte (poco más del 5%) de los gastos del presupuesto ordinario en la lucha contra las enfermedades.

CAREC es uno de los centros en los que una parte considerable del presupuesto proviene de contribuciones señaladas a los gobiernos participantes. De hecho, en el acuerdo inicial se estipulaba un aumento de las cuotas del 20% al año, que se ha conseguido evidentemente puesto que las contribuciones casi se han triplicado entre 1975 y 1979. Aunque esos aportes de los gobiernos son cuotas, se los computa como fondos extrapresupuestarios porque no figuran en el presupuesto ordinario de la OPS.

Como los países del área presentan diferencias tan considerables en superficie y en recursos, la escala de cuotas también es muy heterogénea. La aplicable para 1979 (en EUA dólares) es como sigue:



	<u>\$</u>
Anguila	342
Antigua	1,835
Bahamas	12,256
Barbados	19,206
Belice	1,835
Bermuda	2,162
Islas Vírgenes Británicas	387
Islas Caimán	387
Dominica	1,835
Grenada	1,835
Guyana	25,335
Jamaica	75,600
Montserrat	613
San Cristóbal-Nieves	1,490
Santa Lucía	1,835
San Vicente	1,835
Suriname	19,206
Trinidad y Tabago	289,456
Islas Turcas y Caicos	329
Reino Unido (Desarrollo de Ultramar)	<u>133,233</u>
	<u>591,012</u>

Es evidente que las obligaciones asumidas por los gobiernos son bastante mayores que en el caso de los otros dos centros regionales, que reciben cuotas especiales de los países. Pese a ello, el cumplimiento de dichas obligaciones en el caso de CAREC ha sido mucho más satisfactorio, como lo indica el estado de la recaudación:

	<u>Adeudado</u> <u>1 enero 1979</u>	<u>Recaudación</u> <u>en 1979</u>	<u>Pendiente al</u> <u>31 Diciembre 1979</u>
Cuotas del ejercicio en curso	591,012	578,512	12,500
Ejercicios anteriores	<u>63,253</u>	<u>61,459</u>	<u>1,794</u>
Total	<u>654,265</u>	<u>639,971</u>	<u>14,294</u>

En el informe de evaluación se examina con más detalle el presupuesto del CAREC.

#### 10. Personal

El personal básico consta en la actualidad de 13 puestos de categoría profesional y 62 de personal de apoyo.

CUADRO CONTROL DE ENFERMEDADES I

GASTOS DE CAREC, 1974-1979

<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros fondos*</u>
1979	1,288,776	325,208	963,568
1978	1,062,602	290,618	771,984
1977	1,067,767	302,382	765,385
1976	637,924	210,902	427,024
1975	398,686	122,468	276,218
1974	49,407	49,407	0

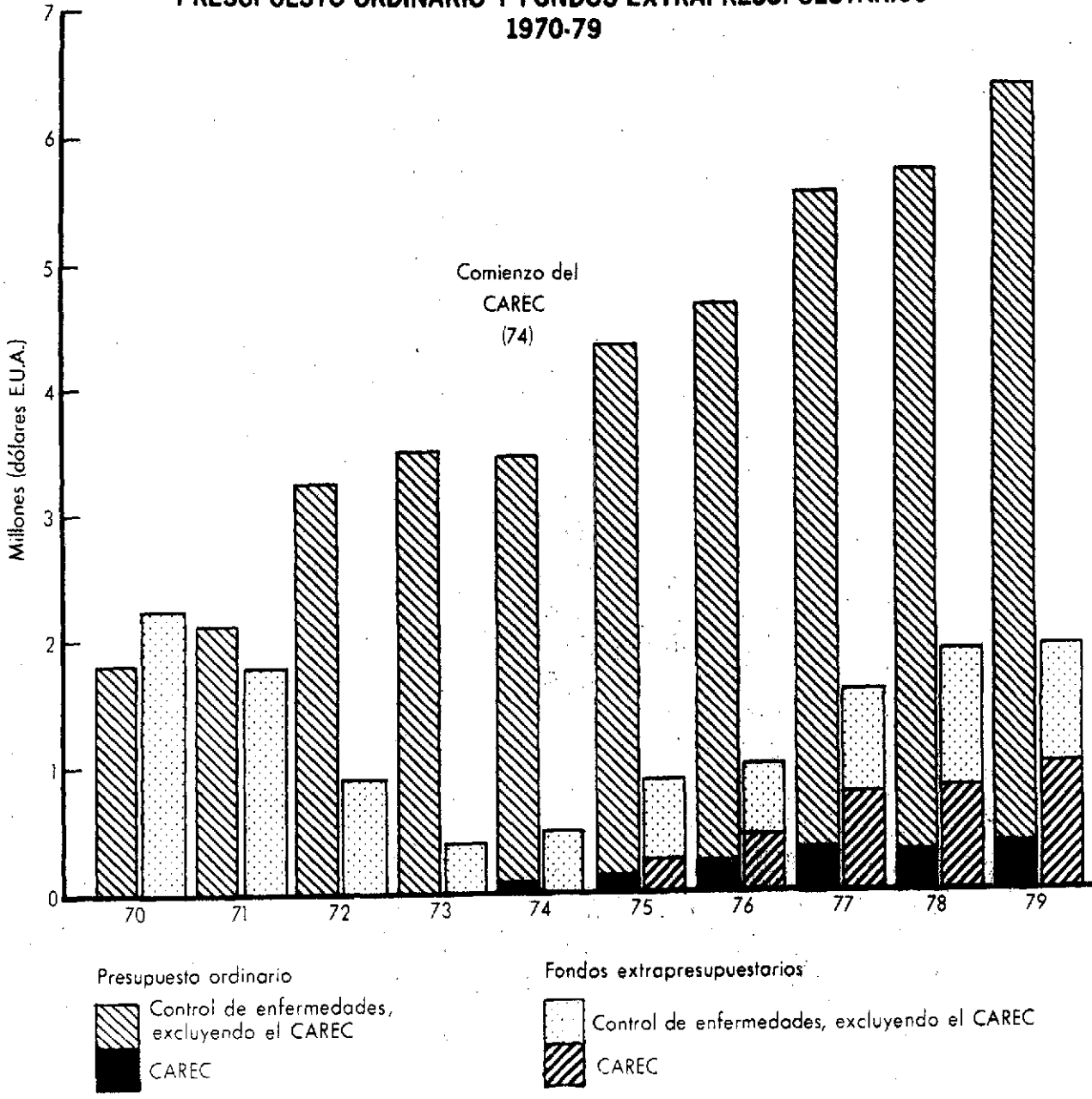
\* Comprendidas las contribuciones señaladas a los países miembros del CAREC.

GASTOS EN CONTROL DE ENFERMEDADES\*  
 EXCEPTO CAREC, 1970-1979

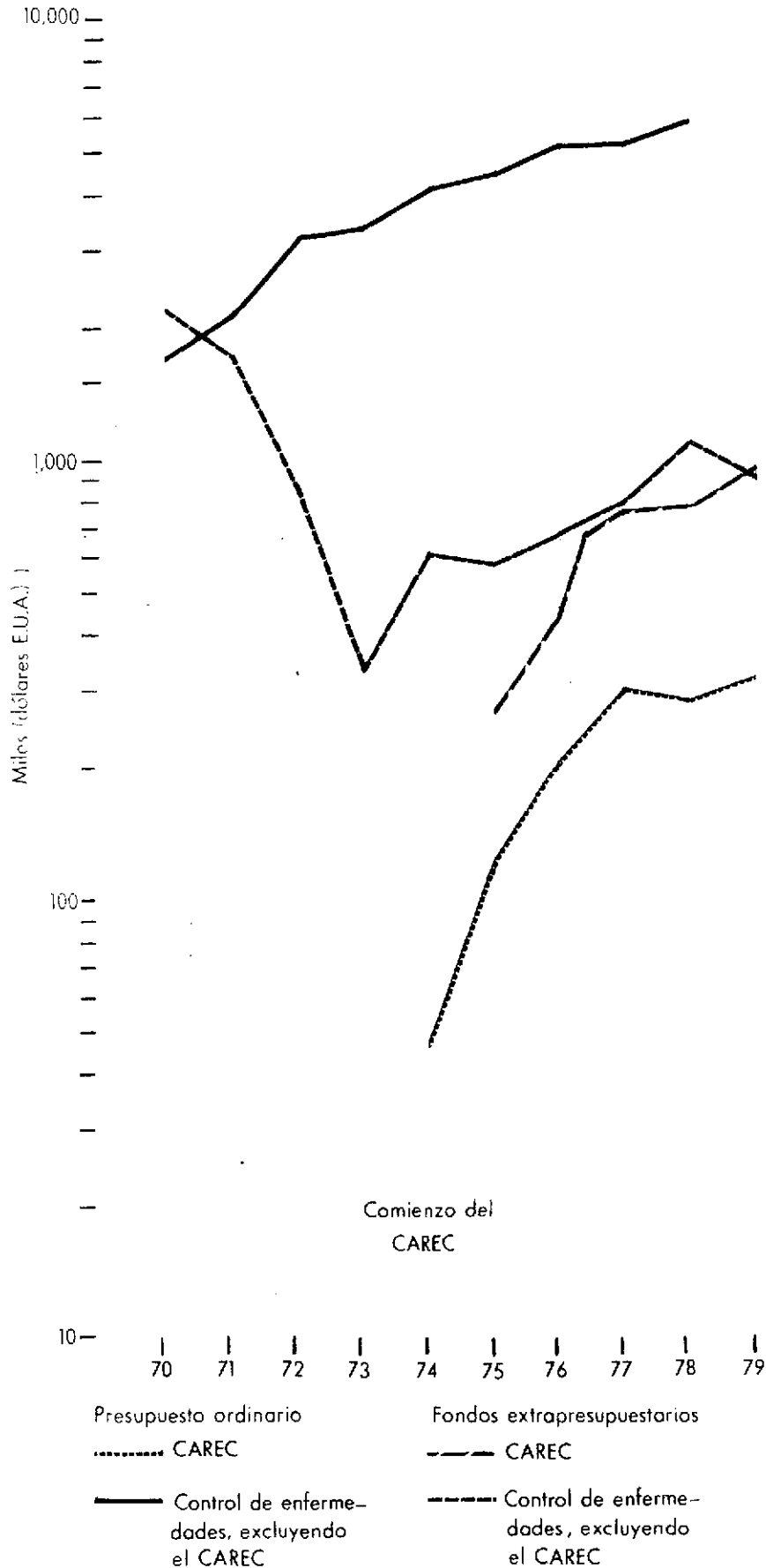
<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros fondos</u>
1979	6,904,088	6,003,741	900,347
1978	6,442,742	5,358,297	1,084,445
1976	5,966,101	5,189,006	777,095
1975	4,995,299	4,411,385	583,914
1974	4,756,128	4,149,428	606,700
1973	3,796,470	3,445,497	350,973
1972	4,123,506	3,264,774	858,732
1971	3,939,672	2,181,602	1,758,070
1970	3,950,116	1,745,164	2,204,952

\* Aunque CEPANZO y PANAFTOSA también formaban parte del programa de control de enfermedades antes de 1976, en estas cifras se han excluido los gastos de esos Centros, así como también otros relacionados con salud animal.

**CONTROL DE ENFERMEDADES 1.**  
**GASTOS RELATIVOS EN CONTROL DE ENFERMEDADES:**  
**CAREC Y EL RESTO DEL PROGRAMA**  
**PRESUPUESTO ORDINARIO Y FONDOS EXTRAPRESUPUESTARIOS**  
**1970-79**



**CONTROL DE ENFERMEDADES 2.**  
**AUMENTO DE LOS GASTOS EN CONTROL DE ENFERMEDADES:**  
**CAREC, Y EL RESTO DEL PROGRAMA**  
**PRESUPUESTO ORDINARIO Y FONDOS EXTRAPRESUPUESTARIOS 1970-79**



INSTITUTO DE ALIMENTACION Y NUTRICION DEL CARIBE - IANC

1. Programa básico de la OPS: Nutrición
2. Meta del Centro: Mejoramiento del estado nutricional de todas las poblaciones de los países a que sirve el Centro, que actualmente son los de habla inglesa del Caribe y Suriname.
3. Emplazamiento: Kingston (Jamaica) y Puerto España (Trinidad)
4. Locales

Un edificio "provisional" construido durante la Segunda Guerra Mundial, que está muy infestado de termitas y se califica como "muy inferior a lo admisible". Es propiedad de la Universidad de las Indias Occidentales.

5. Origen histórico y situación jurídica

En un serie de conferencias celebradas a principios del decenio de 1960 se destacaron los graves problemas de malnutrición existentes en el área del Caribe, particularmente entre lactantes y niños. Pudo apreciarse con toda evidencia que muchos gobiernos del área necesitaban una combinación de servicios de asesoramiento y programas educativos, para lo cual la solución óptima sería instalar un centro. Los trabajos preparatorios empezaron en 1963 y el primer grupo de personal por tiempo completo inició las operaciones del Centro en 1967. El 25 de marzo de 1968 los Gobiernos de Jamaica y Trinidad y Tabago, la Universidad de las Indias Occidentales, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación firmaron un acuerdo oficial para el establecimiento y la operación del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (IANC). En la creación del Instituto desempeñaron un papel fundamental diversas organizaciones privadas, en particular el Fondo Williams-Waterman, actualmente denominado "Research Corporation". Más tarde el UNICEF, la Fundación Ford, la Fundación Rockefeller y la campaña "Freedom from Hunger" facilitaron apoyo suplementario.

Reconociendo la productividad y la utilidad del Instituto, otros gobiernos también se interesaron en éste. El 12 de octubre de 1973 las cinco partes contratantes iniciales y los gobiernos de otros 14 países del área del Caribe, junto con Bermuda, firmaron un nuevo acuerdo que todavía está en vigor. Este acuerdo se comunicó a los Cuerpos Directivos en el Informe Anual del Director para 1973. En él se prevé la prestación de apoyo a fin de mantener en operación el Centro para los países de habla inglesa del Caribe pero, además, se indica la posibilidad de

futuros acuerdos suplementarios con los gobiernos de los países de la zona. Ulteriormente, Bermuda dejó de pertenecer al Centro pero en 1976 Suriname ingresó como miembro.

El personal por tiempo completo asignado al Instituto ha recibido continuamente apoyo de la OPS desde 1967.

Con arreglo al Acuerdo de 1973, un Comité Asesor de Política, en el que están representados todos los signatarios del Acuerdo, se reúne anualmente para examinar las actividades reseñadas en el informe anual del Instituto y formular recomendaciones a la Conferencia de Ministros de Salud del Caribe sobre el proyecto de programa de actividades y el presupuesto de la institución.

Dado que la representación de los 17 países conduciría a un número excesivo de miembros de comités, los gobiernos acordaron que en el Comité Asesor de Política figurara, además de un representante de la OPS/OMS, un total de 10 miembros; dos de ellos son de la Universidad de las Indias Occidentales (el Decano de Agricultura y el Decano de Medicina). Los demás delegados representan a los gobiernos: cuatro son del sector salud y cuatro del de agricultura. Hay dos de Jamaica (uno de salud y otro de agricultura) y dos de Trinidad y Tabago, pertenecientes a los mismos sectores. Barbados y Guyana tienen un delegado que alterna cada año entre salud y agricultura. Los dos puestos restantes los ocupan por rotación otros países más pequeños. Por último, existen observadores de CARICOM, (Mercado Común del Caribe), el PNUD, el UNICEF, la "Research Corporation" y otras fundaciones que apoyan al Instituto.

## 6. Objetivos

Los objetivos iniciales especificados en el Acuerdo de 1973 se han venido modificando en el transcurso de los años. En 1979 eran los siguientes:

- 6.1 Establecimiento y aplicación de políticas y programas de nutrición y alimentos en todos los países miembros de la región;
- 6.2 Establecimiento y actualización de un diagnóstico completo de la situación en materia de alimentos y nutrición en cada país miembro, como base para el cumplimiento del objetivo precedente;
- 6.3 Creación y fortalecimiento de servicios técnicos nutricionales que apoyen los programas de nutrición a escala nacional y regional;
- 6.4 Mejoramiento de la formación teórica y práctica del personal de todas las categorías asignado a servicios de nutrición, o con ésta relacionados;

- 6.5 Mejoramiento del diagnóstico, la prevención y el tratamiento de enfermedades de origen nutricional;
- 6.6 Fortalecimiento de los servicios institucionales de alimentos;
- 6.7 Preparación, publicación y difusión de materiales didácticos apropiados, y mejora de los servicios de comunicación sobre problemas nutricionales;
- 6.8 Práctica de investigaciones operativas que faciliten el logro de los precitados objetivos.

En 1979 se modificó la clasificación de objetivos, que actualmente comprenden cuatro de impacto y cinco de proceso, a saber:

Objetivos de impacto

- 6.9 Eliminar la desnutrición como problema de salud pública en todos los grupos de población;
- 6.10 Reducir la incidencia de la anemia en todos los grupos de población hasta niveles funcionalmente aceptables;
- 6.11 Reducir la incidencia de la obesidad y la prevalencia de enfermedades relacionadas con la nutrición, en particular la obesidad, la diabetes y la hipertensión;
- 6.12 Hacer accesible y facilitar a todos los individuos un suministro adecuado y constante de alimentos nutritivos, inocuos y aceptables.

Objetivos de proceso

- 6.13 Cooperar con los gobiernos miembros y con los organismos competentes en los esfuerzos que desplieguen por alcanzar el objetivo general mediante políticas, estrategias y planes de acción nacionales y regionales;
- 6.14 Promover y apoyar el desarrollo institucional, de manera que los gobiernos miembros puedan asumir la planificación, la ejecución y la vigilancia de programas relacionados con alimentos y nutrición;
- 6.15 Cooperar con las instituciones pertinentes a fin de que pueda darse una educación teórica y práctica apropiada a un número de personal estatal de todas las categorías que sea suficiente para la ejecución de actividades de nutrición, o con ésta relacionadas;

- 6.16 Cooperar con los organismos pertinentes de manera que se consiga en el público un interés, comprensión y conocimiento de las cuestiones de alimentos y nutrición, en medida suficiente para que pueda hacer a este respecto opciones aceptables;
- 6.17 Cooperar con los gobiernos miembros y con los organismos competentes en la labor encaminada al establecimiento de un diagnóstico completo de la situación en materia de alimentos y nutrición y al mantenimiento de un sistema de vigilancia en este sector.

## 7. Actividades

Se ha registrado un aumento importante del programa del Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe, como lo demuestra la multiplicación por diez de los gastos, que pasaron de \$81,544 en 1968 (primer año de vigencia del acuerdo inicial) a un total de casi \$900,000 en 1979. Esa evolución se detalla en la Sección 9.

Entre las actividades actuales pueden citarse las siguientes:

### 7.1 Cooperación técnica y servicios de asesoramiento

Debido a las características geográficas de la zona, la mayor parte de las actividades están descentralizadas, y los informes anuales correspondientes reseñan muchas unidades de programa que son difíciles de resumir bajo epígrafes generales. El Centro lleva un registro detallado de las actividades y programas en cada país.

En los últimos años se han establecido políticas de alimentos y nutrición en Guyana, Jamaica y Santa Lucía, o están en preparación para otros países. Una meta importante es el establecimiento por cada gobierno de una junta nacional de nutrición. El Instituto ha colaborado con la Secretaría de CARICOM en la formulación de los elementos de nutrición del plan regional de alimentos.

En muchos países se han practicado encuestas nacionales de alimentos y nutrición, a veces de carácter completo y otras con alcance más limitado. Se han preparado trimestralmente cuadros sobre el costo de los nutrientes para todos los países, con el fin de disponer de datos sobre los alimentos nutritivos disponibles localmente y que sean más económicos.

Los servicios de nutrición siguen ampliándose en la mayor parte de los países; la mitad de los nutricionistas graduados de que disponen dichos servicios han cursado sus estudios mediante becas de la OPS.



Desde 1975 se ha venido celebrando una serie de reuniones de trabajo sobre economía de los alimentos y política de alimentos y nutrición, cuyos resultados han llegado a las altas autoridades de todos los países. Desde 1974 ha habido reuniones técnicas sobre gastroenteritis y malnutrición, sobre medios para alcanzar la máxima autosuficiencia en materia de alimentos en el área del Caribe y sobre nutrición y medios de información pública. Se ha logrado reunir a expertos de diversos países para que establecieran directrices y estrategias de acción concertada. Se ha preparado para Jamaica, y adaptado para uso en otros países, un manual de política y procedimientos destinado a los servicios dietéticos.

Con el fin de mejorar el funcionamiento de los servicios de nutrición a nivel nacional, se han establecido descripciones de puesto para el personal de nutrición y dietética.

## 7.2 Formación de personal

Mediante una serie de cursos de obtención del diploma de nutrición pública, que terminó en 1976, se ha conseguido formar a más de 90 auxiliares de categoría intermedia. Desde 1975 se han venido celebrando seminarios en los países para examinar y promover los progresos en la aplicación de la estrategia y plan de acción aprobados por los Ministros de Salud del CARICOM con el fin de combatir la gastroenteritis y la malnutrición. En 1979 se estableció un curso anual de tres meses sobre desarrollo de planes de alimentos y nutrición, para personal de categoría intermedia.

A los cursos sobre supervisión de servicios de alimentos han asistido 60 alumnos, principalmente personas que se preparaban para ocupar puestos en hospitales de los distintos países. Se ha establecido el plan de estudios de un curso de dos años sobre tecnología dietética. Por último, en los países se han celebrado muchos cursillos de actualización de conocimientos para supervisores de servicios de alimentos.

## 7.3 Actividades de investigación

Las investigaciones básicas de laboratorio, en su sentido ordinario, nunca se han considerado como una actividad importante del IANC. Por el contrario, el interés se ha concentrado en las investigaciones directamente relacionadas con los objetivos específicos del Centro. En los primeros años, las investigaciones versaron principalmente sobre técnicas de encuesta y acopio de datos. Con ulterioridad, el programa se orientó hacia las operaciones, concentrándose en el estudio y ensayo de métodos aplicables en programas prácticos.

Un programa de investigaciones sobre economía aplicada a los alimentos, iniciado en 1975 para estudiar los componentes de los precios al detalle de alimentos básicos, reveló ciertas deficiencias en el sistema de comercialización.

Han quedado ultimados los preparativos de un programa cuyo objeto es establecer un sistema eficaz de pronta alarma para la prevención de penurias incontrolables o excesos del suministro de alimentos.

Un estudio sobre las medidas exactas de estatura, peso y circunferencia del brazo parece indicar que esos datos podrían constituir un medio útil para la determinación por los auxiliares de salud de la comunidad del estado de nutrición en el hogar.

Está procediéndose a ensayar y evaluar métodos de selección para determinaciones de hemoglobina y vigilancia de la anemia.

Se ha realizado una evaluación preliminar de los datos disponibles sobre prevalencia e importancia de la obesidad entre niños de edad preescolar.

También se han obtenido datos sobre los métodos de determinación del estado nutricional de las mujeres gestantes y lactantes.

Está en marcha la evaluación del efecto que han tenido los viajes de estudios Maurice Pate en la estrategia y los planes de lucha contra la gastroenteritis y la malnutrición.

#### 7.4 Difusión de informaciones

El principal medio de difusión de información entre los Gobiernos, los profesionales y estudiantes de alimentación y nutrición y el público general es la revista del IANC denominada Cajanus; ese nombre se eligió precisamente para destacar la importancia de una humilde leguminosa, Cajanus cajan, que estaba menospreciada--especie de Cenicienta sin príncipe--en el Caribe. Se publican también con regularidad cuadros trimestrales de costo de nutrientes para distribución a los países miembros, y Nyam News, servicio mensual de información general para los medios informativos y las bibliotecas.

En 1976 se preparó una reseña sobre el IANC, que ha sido desde entonces actualizada con regularidad. Entre otras publicaciones, cabe mencionar además una serie de directrices para profesionales y para el público general, de las que han salido ocho hasta la fecha; documentación de conferencias (tres/series hasta la fecha); manuales y prontuarios (nueve); informes sobre encuestas nacionales de alimentos y nutrición (tres); y folletos educativos diversos sobre nutrición para el público

general, relativos a cuestiones tales como lactancia materna, listas sistemáticas de comida y personal a que se puede recurrir, llegado el caso.

8. Comité Asesor

En la reunión del Comité Asesor de Política (cuyos miembros desempeñan una limitada función técnica consultiva) celebrada en 1979 se manifestó interés general por el establecimiento, como órgano distinto, de un comité técnico asesor, encargado exclusivamente de los aspectos técnicos de nutrición, que habría de reunirse con regularidad.

9. Presupuesto (Cuadro I de Nutrición y Figuras 1 y 2 de Nutrición)

Dado que es tan elevada la parte proporcional de fondos para nutrición que se han gastado por conducto de los centros, en el cuadro comparativo de los gastos del IANC con los de otros sectores del programa de nutrición de la OPS en los 10 años últimos figura también el INCAP.

Hasta hace pocos años, el IANC era el componente de menor importancia; ahora, sin embargo, su presupuesto ordinario es del mismo orden de magnitud que el del componente exterior y sus recursos extrapresupuestarios son superiores a éste.

Aunque el IANC es mucho más pequeño que el INCAP, la asignación de fondos del presupuesto ordinario para el primero ha aumentado algo más de prisa que para el segundo. Por el contrario, los fondos extrapresupuestarios han aumentado aproximadamente a la misma cadencia que para el INCAP y para el resto del programa de nutrición. En 1973-1975, los fondos extrapresupuestarios llegaron a exceder de las asignaciones del presupuesto ordinario, caso que se repitió en 1979. Sin embargo, la diferencia es pequeña y no alcanza las dimensiones que se observan para el INCAP. En el informe de evaluación del IANC se hace también un examen de las cuestiones de presupuesto.

El IANC es uno de los centros cuyo presupuesto se alimenta en gran parte de contribuciones señaladas a los gobiernos participantes. Aunque se trata de contribuciones, se las computa como fondos extrapresupuestarios puesto que no figuran en el presupuesto ordinario de la OPS. En la actualidad representan alrededor de la tercera parte del total de "otros fondos".

Como los países varían mucho en lo que se refiere a tamaño y recursos, las contribuciones señaladas también acusan diferencias notables. La escala aplicada en 1979 fue la siguiente (en EUA dólares):

	<u>\$</u>
Antigua	1,176
Bahamas	5,992
Barbados	12,283
Belice	1,176
Islas Vírgenes Británicas	248
Islas Caimán	248
Dominica	1,176
Grenada	1,176
Guyana	16,203
Jamaica	48,347
Montserrat	392
San Cristóbal-Nieves	1,176
Santa Lucía	1,176
San Vicente	1,176
Suriname	14,304
Trinidad y Tabago	35,280
Islas Turcas y Caicos	<u>209</u>
	<u>141,738</u>

El 31 de diciembre existían considerables atrasos de contribuciones, como lo indica el siguiente cuadro, tomado del Informe Financiero del Director, correspondiente a 1979 (DO-168).

	<u>Adeudado</u> <u>1 enero 1979</u> <u>\$</u>	<u>Recaudación</u> <u>en 1979</u> <u>\$</u>	<u>Pendiente al</u> <u>31 dic. 1979</u> <u>\$</u>
Cuotas del ejercicio en curso	141,738	80,056	61,635
Ejercicios anteriores	<u>46,469</u>	<u>33,412</u>	<u>13,104</u>
Total	188,207	113,468	74,739

10. Personal

La plantilla actual consta de 13 puestos de categoría profesional y 20 de servicios de apoyo.

CUADRO NUTRICION I  
 GASTOS DEL IANC, 1970-1979

<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros fondos*</u>
1979	891,348	441,315	450,033
1978	696,191	378,275	317,916
1977	544,073	365,509	178,564
1976	589,106	312,663	276,443
1975	566,155	265,566	300,589
1974	498,381	188,526	309,855
1973	333,527	136,787	196,740
1972	267,818	134,223	133,595
1971	315,791	165,197	150,594
1970	166,033	107,671	58,362

\* Inclusive las cuotas señaladas a los países miembros de IANC.

GASTOS DEL INCAP, 1970-1979

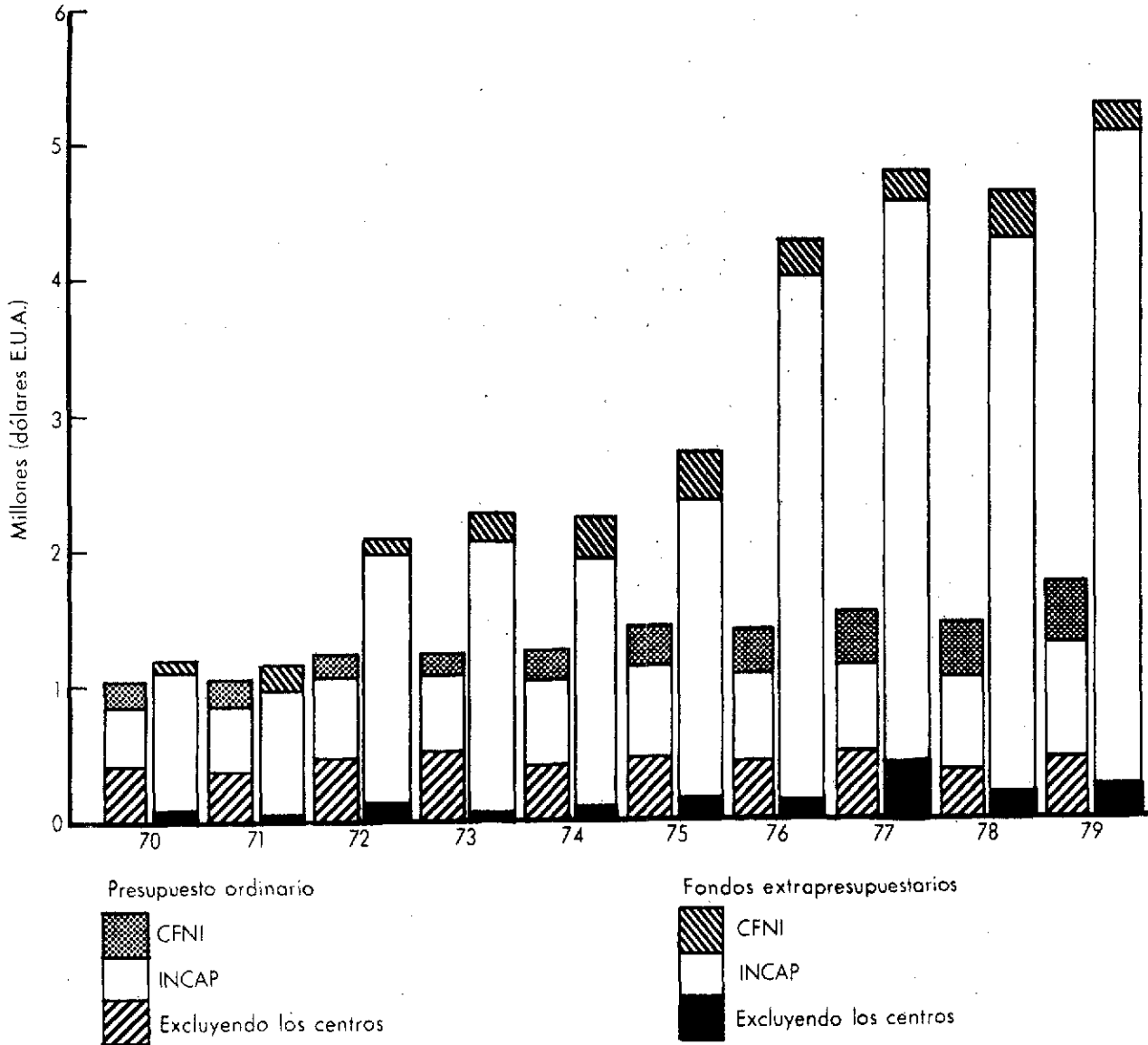
<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros fondos*</u>
1979	5,423,564	821,987	4,601,577
1978	4,816,293	687,547	4,943,820
1977	4,865,345	671,763	5,028,576
1976	4,550,304	665,134	4,705,690
1975	2,864,663	640,466	3,030,222
1974	2,414,813	621,858	2,572,914
1973	2,000,035	549,829	2,550,020
1972	1,850,090	589,015	2,229,623
1971	1,383,019	470,342	1,495,264
1970	1,773,832	480,494	1,293,338

\* Inclusive las cuotas señaladas a los países miembros del INCAP.

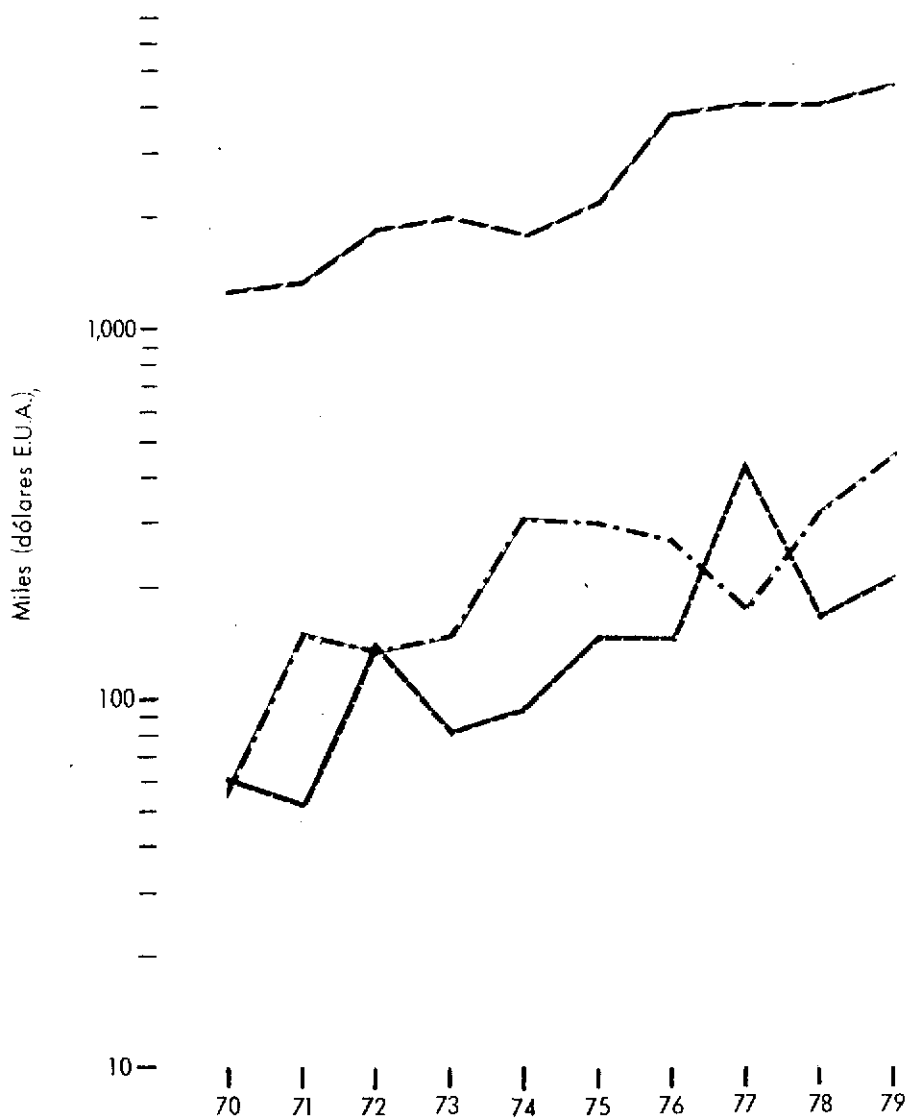
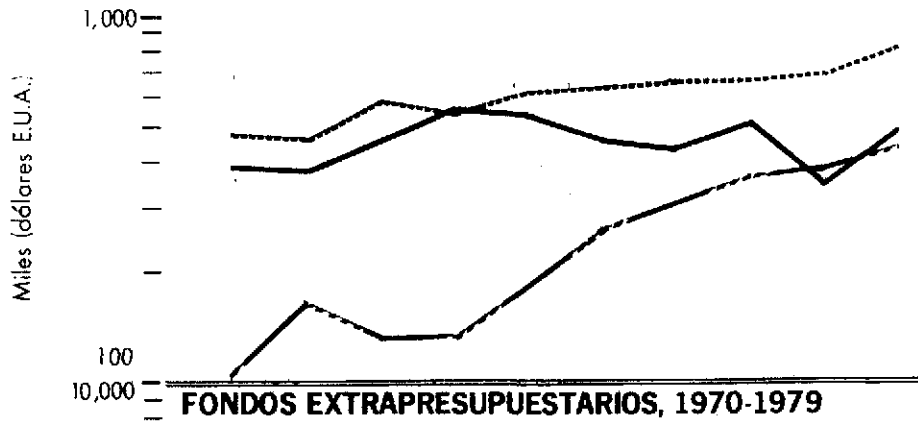
GASTOS EN NUTRICION  
 EXCEPTO INCAP E IANC, 1975-1979

<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros Fondos</u>
1979	703,994	481,788	22,206
1978	520,469	352,804	167,665
1977	940,795	505,265	435,530
1976	585,337	439,511	145,786
1975	619,263	470,111	149,152
1974	617,841	522,516	95,325
1973	615,695	531,453	84,242
1972	610,319	472,508	137,811
1971	442,424	389,632	52,792
1970	460,946	399,461	61,485

**NUTRICION 1.**  
**GASTOS RELATIVOS EN NUTRICION:**  
**INCAP, CFNI Y RESTO DEL PROGRAMA**  
**PRESUPUESTO ORDINARIO Y FONDOS EXTRAPRESUPUESTARIOS, 1970-79**



**NUTRICION 2.**  
**AUMENTO DE LOS GASTOS EN NUTRICION:**  
**INCAP, CFNI Y RESTO DEL PROGRAMA**  
**PRESUPUESTO ORDINARIO 1970-79**



Presupuesto ordinario	Fondos extrapresupuestarios
..... INCAP	..... INCAP
———— Nutrición, excluyendo los centros	———— Nutrición, excluyendo los centros
- - - - CFNI	- - - - CFNI

INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA Y PANAMA - INCAP

1. Programa básico de la OPS: Nutrición
2. Meta del Centro: Mejoramiento del estado nutricional de las poblaciones de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.
3. Emplazamiento: Guatemala (Guatemala)
4. Locales: 13 edificios sobre una superficie de 25,000 m<sup>2</sup>, más una granja experimental de 47.6 hectáreas, todo ello propiedad del Gobierno de Guatemala
5. Origen histórico y situación jurídica: (Nota: Figura una relación detallada en el Documento CD10/22, Anexo III, páginas 269-272, DO-22, 1958).

En 1946, estimulados por la inquietud general ante el estado de malnutrición en la Región, los representantes de Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá se reunieron con personal de la Oficina Sanitaria Panamericana y de la Fundación W. K. Kellogg, y prepararon un acuerdo de cuatro años relativo al establecimiento, bajo la dirección de un consejo intergubernamental, de un instituto que se encargara del estudio de las condiciones de nutrición y contribuyera a mejorarlas. La Oficina Sanitaria Panamericana habría de administrar el instituto y facilitar un especialista que asumiera su dirección. Cada país contribuiría con una cuota de igual cuantía al presupuesto básico de operaciones.

El Gobierno de Guatemala acordó facilitar un edificio, y Guatemala fue elegida como País Huésped. Los primeros años se dedicaron a la formación de personal de los países miembros, y la inauguración oficial tuvo lugar el 16 de septiembre de 1949.

En agosto de 1949, el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana presentó el primer presupuesto del INCAP en el Documento CE8.L5 (páginas 55-57, y páginas 19-20 del suplemento fiscal). El Director señaló que, debido a la urgente necesidad de nuevos conocimientos, el desarrollo del INCAP constituía esencialmente el programa completo de la OSP sobre nutrición en aquel momento. En el presupuesto para 1950 se hacían provisiones totales de gastos por valor de \$74,840, de los que \$25,500 provinieron, en cuotas iguales, de Guatemala, Honduras y El Salvador, y \$19,340 del presupuesto ordinario de



la OPS. En mayo del mismo año se hizo al Instituto la primera subvención exterior para investigaciones.

Al expirar los cuatro años del primer acuerdo, se firmó un nuevo para cinco años, por el que se establecía un comité técnico asesor y se pedía a cada gobierno que creara una unidad práctica de nutrición.

En 1951 resultó evidente que el edificio inicialmente asignado al Instituto era inadecuado; se construyó uno nuevo que fue inaugurado en septiembre de 1954.

Para dar al Instituto carácter permanente, el Consejo del INCAP aprobó en 1953 un acuerdo básico que, tras ratificación por las autoridades legislativas de cada país, entró en vigor el 1° de enero de 1955. Entre otras cosas, el Acuerdo confiere al INCAP "personería jurídica" y le reconoce los privilegios e inmunidades propios de una organización internacional.

Los Cuerpos Directivos de la OPS, mediante las Resoluciones CSP15.12 (1958), CD15.7 (1964), CD16.14 (1965), CD18.23 (1968) y CD19.8 (1969), han reconocido la labor del INCAP en diversos momentos y han formulado varias recomendaciones al respecto. Ninguna de ellas se refiere a la situación jurídica.

Conforme el Acuerdo Básico, un consejo integrado por un representante de cada país y de la OSP dirige los trabajos del INCAP y aprueba su programa y presupuesto. A petición específica de los países miembros, la OPS ha asumido la responsabilidad a largo plazo por la administración del INCAP.

En la OPS, el INCAP depende de la División de Servicios Integrados de Salud y de su Unidad de Nutrición.

6. Objetivos (enunciados en el Acuerdo Básico):

- 6.1 Despertar el interés por la ciencia de la nutrición y promover su aplicación práctica en Centro América y Panamá;
- 6.2 Realizar investigaciones y estudios científicos sobre lo siguiente:
  - 6.2.1 Composición y análisis de alimentos;
  - 6.2.2 Evaluación del estado nutricional y de los problemas de nutrición de las poblaciones de la zona;
  - 6.2.3 Nutrición clínica y estudios de bioquímica;

6.3 Contribuir al desarrollo de recursos humanos para la zona, por los siguientes medios:

6.3.1 Formación de personal técnico;

6.3.2 Cooperación con universidades e instituciones agrícolas de la zona;

6.3.3 Cooperación con otras entidades científicas que se ocupen de nutrición.

## 7. Actividades

En el transcurso de los años, la labor del INCAP se ha ampliado enormemente, como lo demuestra el aumento del presupuesto, que pasó de un total de \$74,840 (\$19,340 con cargo al presupuesto ordinario de la OPS/OMS) en 1950 a un total de más de EUA\$5.4 millones en 1979. En la Sección 9 se detallan los gastos de los 10 años últimos.

Las actividades técnicas del Instituto están actualmente divididas entre 18 programas principales relativos a cuestiones tales como fuentes de alimentos, tecnología de los alimentos, nutrición e infecciones, desarrollo humano, desarrollo rural y escuela de nutrición.

### 7.1 Cooperación técnica y servicios de asesoramiento

Hay personal asignado con carácter permanente en Honduras (planificación de alimentos y nutrición), El Salvador (nutrición animal), Nicaragua (nutrición de salud pública) y Panamá (evaluación de programas en curso sobre nutrición).

Se realizan evaluaciones del estado de nutrición con el fin primordial de establecer una serie de datos básicos de referencia que son esenciales para emprender programas específicos de nutrición, como los de enriquecimiento del azúcar con retinol o hierro, distribución de alimentos, y establecimiento de sistemas de vigilancia nutricional. El INCAP colabora con los sectores nacionales de salud en la determinación de métodos de acopio, análisis y uso del componente de información sanitaria de los sistemas nacionales de vigilancia de alimentos y nutrición.

En el período 1975-1979 se celebraron, bajo el patrocinio del INCAP, diversas reuniones y grupos de trabajo sobre principios y métodos de formulación, desarrollo, ejecución y evaluación de planes de alimentos y nutrición; los documentos de esas reuniones fueron ampliamente distribuidos.

## 7.2 Formación de personal

La enseñanza se dispensa a todos los niveles: estudios académicos de grado y de nivel inferior, formación con instructores y adiestramiento en servicio. Durante 1975-1979 siguieron esos programas 582 personas. De ellas, 296 (el 51%) eran de Centro América y Panamá, y 286 (49%) de otros países, en su mayoría americanos. El promedio de matrícula durante esos cinco años (117) contrasta fuertemente con el registrado en los 20 años precedentes (70), lo que revela un constante aumento de la demanda.

En 1965, el INCAP firmó un acuerdo con la Universidad de San Carlos de Guatemala para el establecimiento de un Centro de Estudios Superiores de Nutrición y Ciencias Afines (CESNA). Ello hizo además posible el reconocimiento y la acreditación de las demás universidades nacionales por conducto del Consejo de Universidades de Centro América (CSUCA). El INCAP establece el plan de estudios y asume la instrucción, mientras que la Universidad de San Carlos aprueba dicho plan y supervisa su ajuste a los programas académicos. La Universidad extiende títulos académicos por recomendación del profesorado del INCAP.

Además de sus propios programas, el INCAP ha contribuido a establecer escuelas de formación de nutricionistas y dietéticos. En Costa Rica y El Salvador, esas escuelas se encuentran ya en pleno funcionamiento. La Universidad de Panamá se encarga de los dos primeros años del plan de estudios, que constituyen la parte básica, y con el tiempo asumirá responsabilidad por el curso completo. En Guatemala, la Universidad de San Carlos pasará a ocuparse de la escuela de estudios de grado sobre nutrición del Instituto, lo que permitirá destinar las instalaciones del Centro a enseñanzas superiores de la especialidad. Los graduados del INCAP han constituido el profesorado básico necesario para las escuelas nacionales.

Durante este período, el INCAP ha colaborado asimismo con la Universidad de El Salvador en el fortalecimiento del centro de estudios de bioquímica, instalado en el Centro de Occidente. En Guatemala, el INCAP participa en la organización de un curso de estudios de grado sobre tecnología de los alimentos en la Universidad del Valle.

El traslado gradual de la escuela de estudios de grado sobre nutrición permitirá fortalecer los estudios superiores. Por ejemplo, está estudiándose la posibilidad de ampliar el programa actual de este último nivel, de manera que comprenda enseñanzas sobre planificación y evaluación de alimentos y nutrición, como programa que abarque distintas disciplinas académicas.

La prueba del prestigio mundial del INCAP ha sido su designación como una de las primeras instituciones del mundo para las actividades de

la Universidad de las Naciones Unidas. Los programas correspondientes son todos de nivel superior.

### 7.3 Investigación

Las investigaciones relativas a composición y análisis de alimentos facilitan los datos necesarios para actualizar los cuadros sobre composición de alimentos y piensos. Se procura con especial empeño estudiar alimentos innovadores como posible fuente suplementaria de elementos nutritivos para el hombre o los animales. Esos estudios constituyen además parte de la cooperación del Instituto con instituciones agrícolas que se ocupan del mejoramiento genético y la selección de mejores alimentos vegetales, tanto de tipo tradicional como nuevos.

Los estudios clínicos de nutrición han pasado a adquirir un alto grado de complejidad y versan actualmente sobre la definición precisa de las necesidades nutricionales y las dietas apropiadas para distintos tipos de actividades y de condiciones fisiológicas y patológicas. Además, abarcan diversas fases del crecimiento y desarrollo del ser humano y analizan con mayor detalle cada elemento nutritivo, desde los macronutrientes hasta vitaminas, aminoácidos, ácidos grasos y minerales específicos, inclusive oligoelementos. Los resultados facilitarán la determinación de las mezclas nutricionalmente más apropiadas de alimentos básicos por relación a dietas típicas.

Han proseguido los estudios sobre fortificación de alimentos como medio de prevenir deficiencias específicas; se han establecido, y se aplican ya en cuatro de los seis países, procedimientos para fortificar el azúcar con vitamina A. Se encuentra en las fases finales de ensayo piloto un sistema de fortificación del azúcar con FeEDTA, que habrá de recibir aplicación en gran escala. Dichos sistemas han resultado ser un medio eficaz de prevenir la anemia ferropénica, que es frecuente en la zona.

También se han realizado progresos satisfactorios en el estudio de los efectos que tiene el estado de nutrición sobre las características del huésped, por ejemplo la propensión y la resistencia de éste a las infecciones, su crecimiento y desarrollo, su capacidad de trabajo y su productividad.

Pueden citarse asimismo los siguientes programas de investigación:

- Estudio y aplicación de tecnologías de alimentos basadas en el aprovechamiento máximo de productos locales;

- Empleo más eficiente de alimentos básicos (en particular cereales y legumbres) mediante métodos perfeccionados de almacenamiento, elaboración y comercialización;
- Mejoramiento del consumo por los siguientes medios: estudio de los factores socioeconómicos, culturales y demográficos que influyen en la alimentación y la nutrición; determinación de las pautas que se siguen en cuanto a consumo de alimentos, así como de las características organolépticas preferidas; y estudio de las necesidades de educación popular sobre nutrición;
- Mejoramiento de la utilización biológica de los alimentos y sus nutrientes, mediante un conocimiento más completo de las necesidades del organismo y de la influencia recíproca de los nutrientes, relación entre nutrición e infecciones y mecanismos eficaces de inspección de la calidad de los alimentos;
- Evaluación del estado nutricional de poblaciones enteras, mediante actividades de vigilancia, evaluación del efecto de las deficiencias nutricionales en el crecimiento, el desarrollo y la salud de los individuos y las sociedades, y ejecución de programas para las poblaciones afectadas;
- Estudio de métodos para planificar, aplicar y evaluar intervenciones de nutrición, aprovechando para ello las actividades que en esa materia desarrollen los organismos de salud, educación, agricultura, etc., y evaluando el efecto de las políticas y reglamentos económicos sobre el estado nutricional. Estudios de la relación costo/beneficio de diversos programas prácticos de nutrición;
- Establecimiento de métodos perfeccionados para resolver problemas nutricionales con ocasión de situaciones de emergencia y desastres.

### 7.3 Difusión de informaciones

El Instituto da a conocer, por los medios apropiados, los resultados de sus estudios a la comunidad técnica y científica, pero todavía es necesario interpretar y presentar esos resultados de forma adecuada a entidades, a personas que tengan poder de decisión y al público en general. Cabe esperar que el fortalecimiento previsto para un futuro próximo en el sector de educación nutricional contribuirá en gran medida a remediar esas deficiencias.

El INCAP publica además una Carta Informativa, con carácter aproximadamente bimensual, que contiene datos sobre investigaciones,

estudios prácticos y demostraciones en curso. La lista de destinatarios de la Carta es numerosa y comprende personal de ministerios de salud, agricultura, educación y planificación, profesores de universidades y otras instituciones docentes, y organismos que se ocupan de nutrición.

8. Comité Asesor

Las reuniones ordinarias anuales del Comité Técnico Asesor que vinieron celebrándose durante los primeros 19 años de existencia del INCAP cesaron a partir de 1969. Los intentos de mantener las actividades del Comité por otros medios, por ejemplo grupos consultivos OPS de nutrición, fueron demasiado difusos y no respondieron a las necesidades específicas del INCAP. Actualmente se procura reimplantar las funciones de evaluación y asesoramiento del Comité con carácter regular.

9. Presupuesto (Cuadro Nutrición I y Figuras Nutrición 1 y 2)

Dado que es tan alta proporcionalmente la parte de fondos de nutrición utilizada en las Américas por conducto de los centros, en el cuadro y las cifras que comparan los gastos del INCAP durante los 10 años últimos con los gastos de otros sectores del programa de nutrición de la OPS figura también el IANC.

A medida que se ha ampliado el presupuesto, la parte correspondiente a fondos ordinarios de la OPS/OMS ha aumentado, pasando de los \$19,340 asignados en 1950 a \$66,697 en 1961 y casi \$822,000 en 1979. Ese aumento ha sido relativamente más rápido que el del resto del programa, pero no tanto como el del IANC. Simultáneamente, el presupuesto de \$55,500 con cargo a otros fondos, correspondiente a 1950, pasó a un total de \$606,943 en 1961 y \$4,601,577 en 1979. En ese año, la proporción de gastos totales del INCAP costeados con cargo a otros fondos fue del 85%, por comparación con el 75% en 1950. Los problemas de distribución proporcional de esos fondos se examinan detenidamente en el informe especial sobre el INCAP.

El INCAP es uno de los centros subregionales en que una parte importante del presupuesto proviene de contribuciones señaladas a los gobiernos participantes. Aunque se trata de cuotas, se las computa como fondos extrapresupuestarios porque no figuran en el presupuesto ordinario de la OPS. En 1950, la cuota de contribución fue uniforme para todos, a saber, \$8,500. En 1979 se aplicó la escala siguiente:

Costa Rica	\$35,000
El Salvador	42,500
Guatemala	78,250
Honduras	26,000
Nicaragua	31,000
Panamá	37,250
Total	<u>\$250,000</u> =====

El 31 de diciembre de 1979 había importantes atrasos de contribuciones, como lo indica el siguiente cuadro, tomado del informe financiero del Director correspondiente a ese ejercicio (DO-168).

	<u>Total adeudado</u> <u>1 enero 1979</u>	<u>Recaudado</u> <u>en 1979</u>	<u>Pendiente al</u> <u>31 dic. 1979</u>
Cuotas del ejercicio en curso	250,000	135,650	114,350
Ejercicios anteriores	895,031	106,307	788,724
Total	<u>1,145,031</u> =====	<u>241,957</u> =====	<u>903,074</u> =====

10. Personal

El INCAP cuenta actualmente con 75 puestos de categoría profesional y 389 de personal de apoyo; el 60% aproximadamente son de contratación local.

CUADRO NUTRICION I

GASTOS DEL INCAP, 1970-1979

<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros fondos*</u>
1979	5,423,564	821,987	4,601,577
1978	4,816,293	687,547	4,943,820
1977	4,865,345	671,763	5,028,576
1976	4,550,304	665,134	4,705,690
1975	2,864,663	640,466	3,030,222
1974	2,414,813	621,858	2,572,914
1973	2,000,035	549,829	2,550,020
1972	1,850,090	589,015	2,229,623
1971	1,383,019	470,342	1,495,264
1970	1,773,832	480,494	1,293,338

\*Incluidas las contribuciones señaladas a los gobiernos miembros del INCAP.

GASTOS DEL IANC, 1970-1979

<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros fondos*</u>
1979	891,348	441,315	450,033
1978	696,191	378,275	317,916
1977	544,073	365,509	178,564
1976	589,106	312,663	276,443
1975	566,155	265,566	300,589
1974	498,381	188,526	309,855
1973	333,527	136,787	196,740
1972	267,818	134,223	133,595
1971	315,791	165,197	150,594
1970	166,033	107,671	58,362

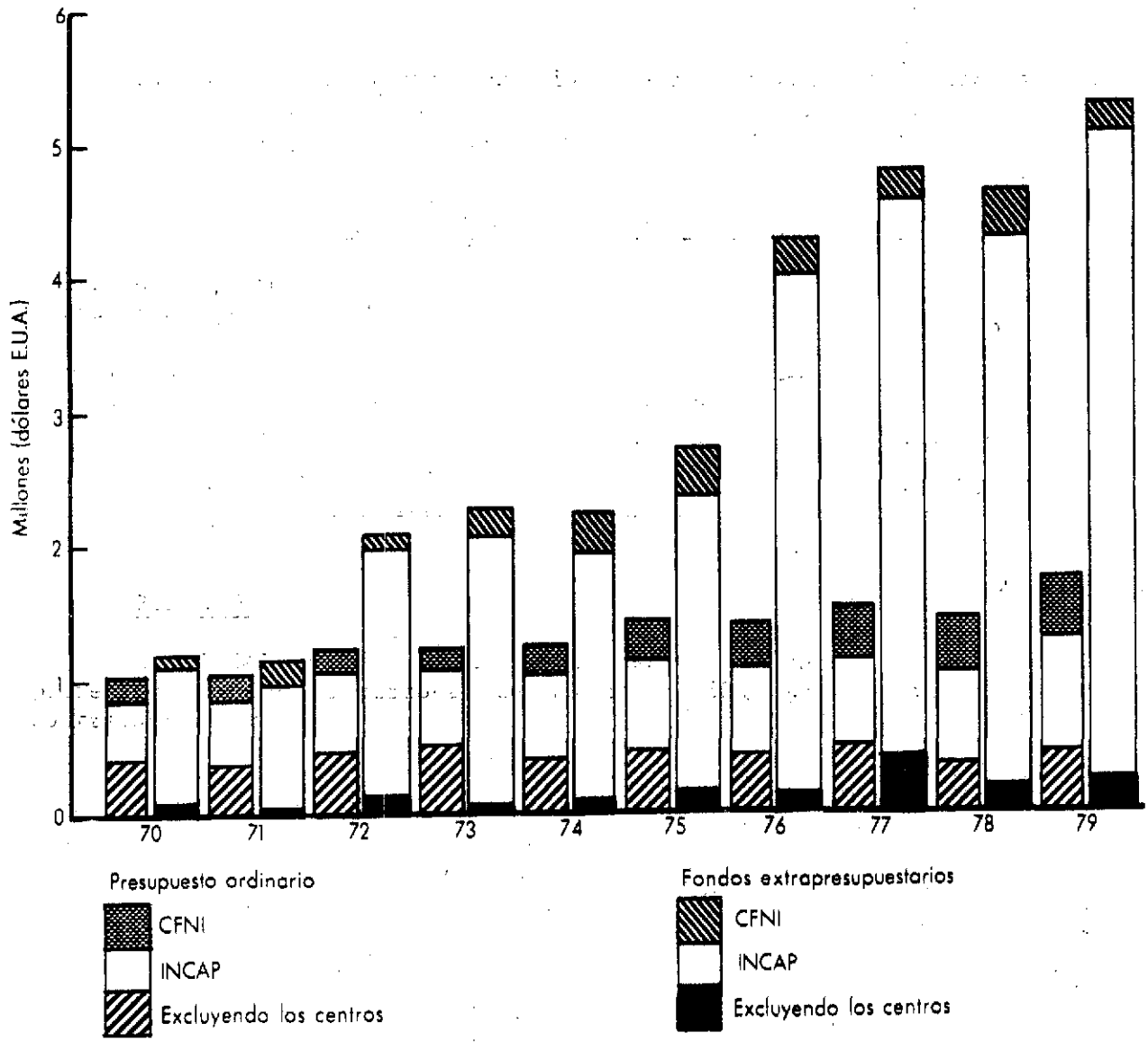
\* Incluidas las contribuciones señaladas a los gobiernos miembros del IANC.

GASTOS EN NUTRICION  
 EXCEPTO INCAP E IANC, 1970-1979

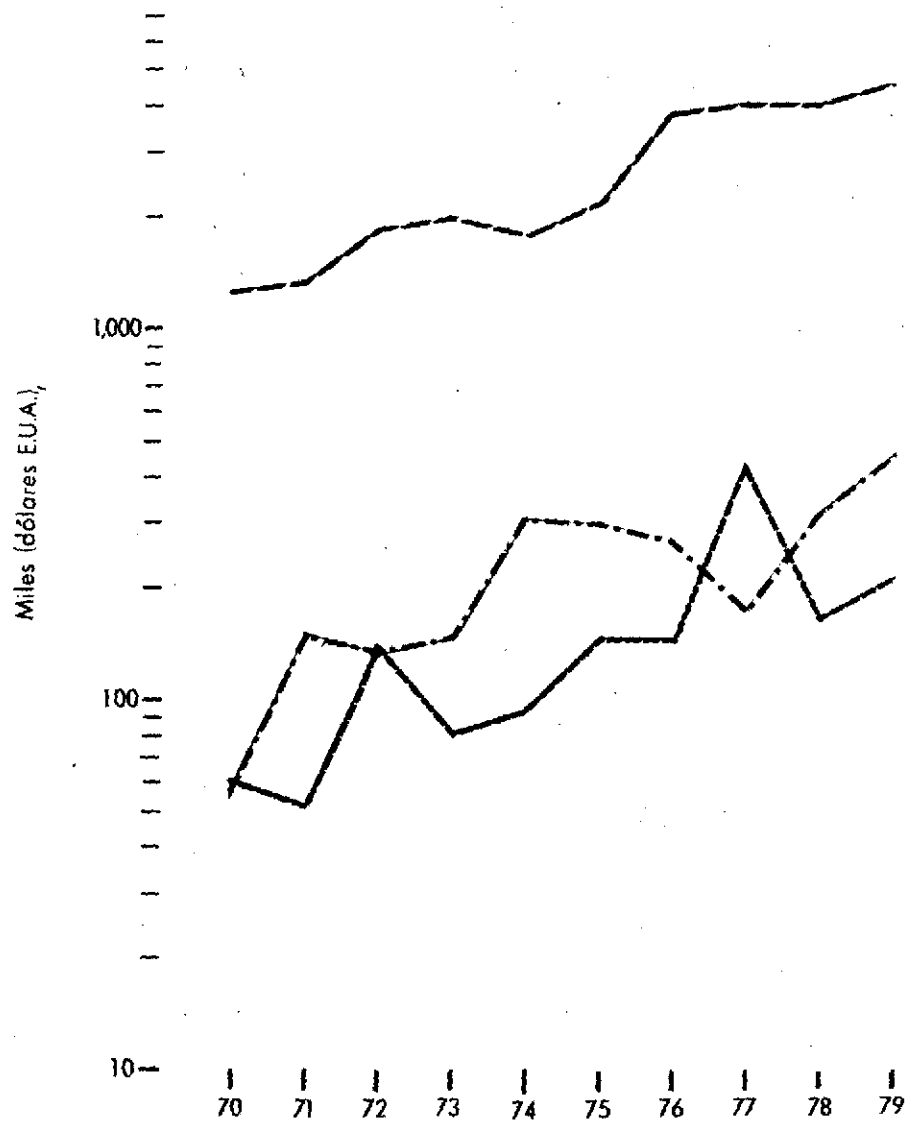
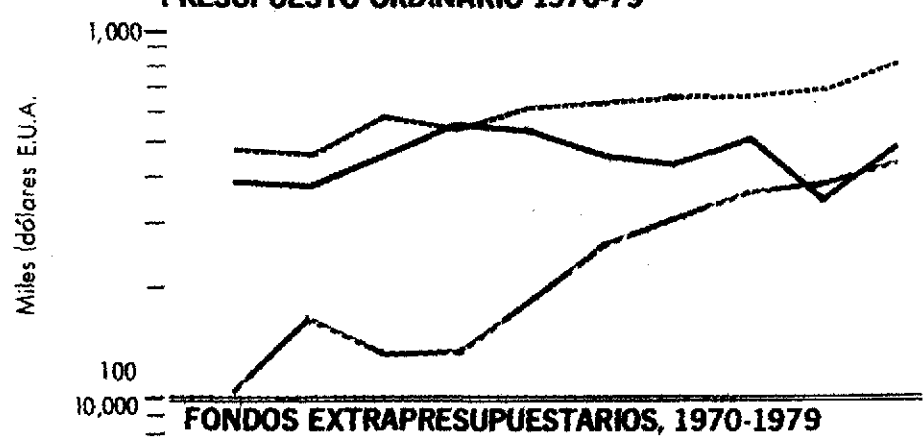
<u>Año</u>	<u>Total</u>	<u>Presupuesto ordinario OPS/OMS</u>	<u>Otros fondos</u>
1979	703,994	481,788	222,206
1978	520,469	352,804	167,665
1977	940,795	505,265	435,530
1976	585,337	439,551	145,786
1975	619,263	470,111	149,152
1974	617,841	522,516	95,325
1973	615,695	531,453	84,242
1972	610,319	472,508	137,811
1971	442,424	389,632	52,792
1970	460,946	399,461	61,485



**NUTRICION 1.**  
**GASTOS RELATIVOS EN NUTRICION:**  
**INCAP, CFNI Y RESTO DEL PROGRAMA**  
**PRESUPUESTO ORDINARIO Y FONDOS EXTRAPRESUPUESTARIOS, 1970-79**



**NUTRICION 2.**  
**AUMENTO DE LOS GASTOS EN NUTRICION:**  
**INCAP, CFNI Y RESTO DEL PROGRAMA**  
**PRESUPUESTO ORDINARIO 1970-79**



<b>Presupuesto ordinario</b>	<b>Fondos extrapresupuestarios</b>
—— INCAP	—— INCAP
—— Nutrición, excluyendo los centros	—— Nutrición, excluyendo los centros
—— CFNI	—— CFNI

XIX Reunión del Consejo Directivo

CD19.37 El Consejo Directivo,

Habiendo estudiado la Resolución XII, aprobada por el Comité Ejecutivo en su 61ª Reunión, y la información proporcionada por el Director acerca del estado actual de los centros multinacionales (Documento CD19/21, Addendum);

Teniendo en cuenta la magnitud de los problemas de salud de las Américas frente a la limitación de la disponibilidad de recursos de la Organización para su tratamiento;

Considerando la importancia que el esfuerzo de los países significa como contribución básica a la solución de sus problemas, mediante programas en los cuales la participación de la Organización tiene fundamentalmente propósitos de promoción y coordinación de esos esfuerzos; y

Teniendo en cuenta, asimismo, las posibilidades de los países de asumir con mayor amplitud esas responsabilidades,

RESUELVE:

1. Declarar la necesidad y utilidad de los centros multinacionales, siempre que su política de acción continúe permanentemente orientada al beneficio de todos los países y, en tal sentido, respaldar la acción positiva de la Organización en el desarrollo y perfeccionamiento de los centros existentes, los que constituyen una eficaz forma de acción de la OPS en sus funciones de estímulo y coordinación de esfuerzos plurinacionales en programas de mejoramiento de la salud; [y recomendar que] la constitución futura de los centros multinacionales [se ajuste] a las normas que apruebe al respecto la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana, de acuerdo con el párrafo 2 de la parte dispositiva de esta resolución.

2. Solicitar del Director la designación de un grupo de estudio que se encargue de formular un conjunto de normas generales que establezcan las condiciones básicas para la creación y funcionamiento de centros multinacionales, tomando en cuenta las observaciones contenidas en la Resolución XII aprobada por el Comité Ejecutivo en su 61ª Reunión, y el texto de la presente resolución.

3. Recomendar a los Países Miembros que son asiento de centros multinacionales, a cuya financiación concurren fondos del presupuesto de la Organización Panamericana de la Salud, que estudien la posibilidad de absorber una proporción progresivamente mayor del presupuesto operativo de los mismos, manteniendo el carácter de multinacional dentro del conjunto de normas que en último término apruebe la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana, de acuerdo con los párrafos 1 y 2 de la parte dispositiva de esta resolución.

4. Recomendar a los Países Miembros que consideren la posibilidad de que centros nacionales de reconocido prestigio extiendan sus servicios a los países del Continente, primordialmente a los integrantes de la Zona, sin que ello represente necesariamente incorporar recursos financieros de la Organización Panamericana de la Salud.

5. Recomendar al Director que los recursos disponibles por la aplicación de las recomendaciones en los párrafos 3 y 4 de la parte dispositiva de esta resolución, sean principalmente utilizados para colaborar con aquellos Países Miembros que demanden más asistencia, teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos con que cuentan, el programa para el cual se solicita la colaboración, y el esfuerzo realizado o a realizar por el país solicitante.

XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana

**CSP18.33** La XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana.

Habiendo examinado el Documento CSP18/22 y Anexos, en los que figuran las normas relativas al establecimiento y funcionamiento de los centros multinacionales, recomendadas por el Comité Ejecutivo en su 64ª Reunión; y

Reconociendo la utilidad de los centros multinacionales para abordar problemas de salud de interés común para varios países,

RESUELVE:

1. Aprobar las siguientes normas generales relativas a la creación y funcionamiento de centros multinacionales:

a) A los fines de estas normas, el centro multinacional se define como una institución o centro administrado por personal internacional, con el apoyo en grado significativo de fondos internacionales, que facilita servicios a todos los países de la Región o a un grupo de ellos en una zona determinada.

b) La creación y desarrollo de centros multinacionales se basará en las prioridades que surjan del proceso de planificación utilizado en el programa de la OPS/OMS. En este sistema, el diagnóstico de los problemas de salud realizado por cada país determinará el grado y naturaleza de la colaboración internacional que contribuya en mejor forma a respaldar los programas de salud de los Países Miembros.

c) Cuando la solución de los problemas de salud de un país requiera servicios de un nivel y capacidad inexistentes, la OPS/OMS colaborará con las autoridades de salud para reforzar las instituciones nacionales a fin de atender las necesidades del país, recurriendo, cuando esto no sea posible, a instituciones nacionales de otros países que cuenten con recursos suficientes.

d) Cuando no existan instituciones nacionales adecuadas para atender problemas de interés común, los centros multinacionales deben planearse y desarrollarse en consulta con los Gobiernos, para aprovechar al máximo la cooperación de la OPS/OMS.

e) Los centros multinacionales deben apoyar, facilitar y complementar la realización de los programas de los países en su campo de acción u otro conexo, y promover la cooperación internacional en la solución de los problemas comunes.

f) En vista de que los centros multinacionales son de carácter institucional y se establecen únicamente cuando no existen instituciones nacionales adecuadas, se considera que la asistencia financiera internacional es una obligación a largo plazo. Sin embargo, cada centro multinacional debe ser examinado regularmente como parte del proceso de planificación de programas, y teniendo en cuenta su importancia en relación con las necesidades de los países participantes.

g) En la planificación de un centro multinacional, el Director buscará apoyo financiero de fuentes extrapresupuestarias, además del presupuesto ordinario y de otra índole. El Gobierno huésped debería proporcionar locales y, en la medida que lo permitan sus recursos, aportar también materiales, personal y fondos. En la selección del lugar se han de tomar en cuenta los recursos del posible Gobierno huésped, así como cualesquiera otros factores que influyan en la prestación de servicios a los países.

h) Las propuestas relativas a los centros multinacionales continuarán presentándose, como parte del programa y presupuesto de la OPS/OMS, al Comité Ejecutivo y al Consejo Directivo o la Conferencia, para su estudio y aprobación.

2. Expresar su agradecimiento al Director por su informe sobre el programa y actividades de los actuales centros multinacionales.

XX Conferencia Sanitaria Panamericana

**Resolución XXXI**

**Centros Panamericanos**

*La XX Conferencia Sanitaria Panamericana,*

Habiendo examinado el Documento CSP20/3 y sus anexos, relativo a las instituciones denominadas Centros Panamericanos;

Considerando que estas instituciones forman parte integrante del programa respectivo de la OPS y constituyen un mecanismo eficaz para combinar las funciones de servicios consultivos, educación, investigación y difusión de información, de conformidad con las necesidades de los países y el estado de desarrollo tecnológico en el sector;

Enterada de que las actividades de los mencionados Centros son una función singular de promoción de la cooperación técnica entre países en desarrollo;

Reconociendo que en ciertas circunstancias un centro nacional, en virtud de un acuerdo entre el Gobierno y la OPS, podría cumplir funciones de centro internacional, con apoyo de un proyecto de la OPS, sin necesidad de la gestión administrativa de esta, y

Enterada de que hasta ahora se ha aplicado el término de Centros Panamericanos de manera indistinta, tanto a centros totalmente dependientes de la OPS como a centros nacionales,

*Resuelve:*

1. Agradecer al Director su amplio informe sobre los Centros de la OPS.
2. Aplicar el término de Centro Panamericano solo a aquellos cuyos asuntos técnicos, administrativos y financieros son dirigidos por la OPS.
3. Aceptar, en principio, las recomendaciones relativas a los criterios que caracterizan un Centro, el procedimiento para establecer y suprimir un Centro, y las normas y condiciones para la designación de un Centro Nacional Asociado.
4. Encargar que toda propuesta para establecer, suprimir o trasladar un Centro Panamericano sea sometida sistemáticamente a consideración del Comité Ejecutivo y del Consejo Directivo, y que vaya acompañada de un estudio completo.
5. Recomendar al Director que estudie las recomendaciones específicas para mejorar el funcionamiento de los Centros, teniendo presente que muchas de ellas se refieren a la totalidad del programa de la OPS y no a los Centros mismos, y que aplique las recomendaciones que sean factibles.
6. Pedir al Director que inicie el proceso de evaluación periódica de cada uno de los Centros que se pide en el informe y encargar al Comité Ejecutivo que elabore métodos apropiados de evaluación y examine los informes de evaluación.
7. Solicitar que se complete el informe presentado por el grupo de trabajo, describiendo con más detalle cada uno de los Centros y pedir al Director que presente dicho informe en la próxima reunión del Consejo Directivo.

*(Aprobada en la decimocuarta sesión plenaria,  
celebrada el 4 de octubre de 1978)*

### Biblioteca Regional de Medicina

CD17.24 El Consejo Directivo,

Visto el informe sobre la política y programa de investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud (Documento CD17/17),

RESUELVE:

3. Destacar el éxito con que se ha iniciado la Biblioteca Regional de Medicina de la OPS, que en su calidad de propuesta fue examinada por el Consejo Directivo en su XVI Reunión, y que constituye el primer centro multinacional establecido en virtud de este programa.

Oct. 1967 DO 82, 33

CD19.19 El Consejo Directivo,

Visto el informe sobre el estado de la Biblioteca Regional de Medicina de la OPS (Documento CD19/8) y el informe de la segunda reunión de su Comité Científico Asesor (Documento RD8/16);

Habiendo tomado nota del rápido progreso realizado por la Biblioteca Regional en los primeros ocho meses en que ha prestado servicios regionales al Brasil;

Observando con preocupación que las solicitudes de servicio en la Biblioteca han llegado ya a tal nivel que se está haciendo muy difícil atenderlas eficazmente; y

Considerando que en los Países Miembros de la Organización existen centros bibliográficos y bibliotecas cuyos recursos pueden ser aprovechados en un programa de este tipo,

RESUELVE:

1. Felicitar al Director y a su personal por el progreso realizado y que ha permitido que la Biblioteca Regional de Medicina sea un centro activo de comunicaciones biomédicas.

2. Agradecer al Gobierno del Brasil, a la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de América, al Commonwealth Fund y a la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina la excelente cooperación que han brindado a la Biblioteca Regional.

3. Encomendar al Director que en el desarrollo de la Biblioteca Regional se conceda la más alta prioridad a la programación de actividades, al establecimiento de una organización interna eficaz, que cuente con el personal necesario, en cantidad y en calidad, y al mejoramiento de la colección básica de acuerdo con las recomendaciones del Comité Científico Asesor de la Biblioteca (Documento RD8/16).

4. Encomendar al Director que someta anualmente a la consideración del Comité Ejecutivo, el programa y presupuesto de la Biblioteca Regional para el año subsiguiente.

5. Encargar al Director que examine las posibilidades de incrementar, con fondos internacionales, nacionales y privados, los recursos financieros de la Biblioteca Regional, y que realice un estudio de autofinanciación parcial a través del aporte específico de los países en retribución al uso de determinados servicios ofrecidos por la Biblioteca.

6. Destacar la necesidad de iniciar el programa de preparación de personal en los procedimientos modernos de recolección, clasificación y uso de la información bibliográfica en las ciencias biomédicas, que se contempla en los planes de la Biblioteca Regional de Medicina.

7. Recomendar al Director que estudie la posibilidad de incrementar los recursos de la Biblioteca Regional incorporando al sistema otros centros bibliográficos y bibliotecas existentes en otros Países Miembros de la Organización.

Sept.-Oct. 1969 DO 99, 24

**CENTRO PANAMERICANO DE  
ZONOSIS**

CD8.7 El Consejo Directivo.

Teniendo en cuenta la importancia que tiene el establecimiento de un Centro Panamericano de Zoonosis,

RESUELVE:

Autorizar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana a que tome las medidas apropiadas para que el Centro Panamericano de Zoonosis reciba, a la mayor brevedad, los fondos necesarios para su funcionamiento.

Sept. 1955 DO 13, 10

CSP18.20 La XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana,

RESUELVE:

1. Tomar nota del Informe Final de la III Reunión Interamericana a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis (Documento CE64/13), celebrada de conformidad con la Resolución XIX aprobada por el Consejo Directivo de la Oficina Panamericana de la Salud en su XVII Reunión, y presentado por el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

5. Reiterar la importancia de respaldar las actividades del Centro Panamericano de Zoonosis a fin de controlar mejor estas enfermedades en los países, y hacer suya la Resolución II de la III Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis, relacionada con el financiamiento del Centro y en apoyo a la solicitud al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo para que extienda su ayuda financiera al Centro.

6. Expresar su agradecimiento a los Gobiernos de Argentina y de Brasil por su valiosa ayuda técnica y financiera al Centro Panamericano de Zoonosis y al Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, respectivamente.

Sept.-Oct. 1970 DO 104, 21

CSP18.22 La XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana

RESUELVE:

[Al aprobar las asignaciones para la Organización Panamericana de la Salud para 1971],

5. Aprobar un aumento en el nivel de asignaciones de \$15,237,331 correspondiente al presupuesto efectivo especificado en el precedente párrafo 1, en una cantidad que será determinada por el Comité Ejecutivo, pero que no excederá de \$300,000; dicho aumento será financiado en primer término con los ingresos diversos disponibles y posteriormente, si fuese necesario, con transferencias del Fondo de Trabajo, sin incrementar las cuotas de los Gobiernos Miembros y Gobiernos Participantes. Esta aprobación se concede habida cuenta de lo siguiente:

a) La probabilidad de que la Asamblea General de las Naciones Unidas apruebe un aumento de los sueldos del personal profesional en 1971, con el consiguiente aumento de las necesidades presupuestarias, contingencia para la cual no se prevén fondos en la cantidad consignada en el precedente párrafo 1; y

b) La falta de créditos previstos para aplicar las recomendaciones de la III Reunión Interamericana, a Nivel Ministerial, sobre el Control de la Fiebre Aftosa y Otras Zoonosis en el sentido de que se consignen otros \$300,000 para atender las necesidades del Centro Panamericano de Zoonosis.

6. [Solicitar] que, en la aplicación del aumento contemplado en el párrafo 5, el Comité Ejecutivo conceda primera prioridad al financiamiento del aumento de los gastos por concepto de aumento de sueldos.

Sept.-Oct. 1970 DO 104, 24

**CENTRO PANAMERICANO DE INGENIERIA  
SANITARIA Y CIENCIAS DEL AMBIENTE**

**CE68.R13** El Comité Ejecutivo.

Considerando el informe sobre la labor desarrollada por el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente, presentado por el Director del mismo en cumplimiento de la Resolución XXIII de la 66ª Reunión del Comité Ejecutivo;

Tomando nota del programa de actividades propuesto para el Centro en este decenio en el que se prevé una expansión paulatina y metódica de las áreas programáticas a las que dará cobertura, de acuerdo a las necesidades de los Gobiernos;

Teniendo presente que desde su creación en 1969 el Centro ha prestado asistencia técnica y científica a los países en la ejecución de programas de evaluación y control de la contaminación del aire, agua y suelo, de higiene industrial, planificación física, vivienda, desarrollo de recursos hídricos, utilización de nuevas y más eficientes técnicas de tratamiento de agua y residuos líquidos, además del apoyo a actividades de adiestramiento e investigación y diseminación de información técnica;

Reconociendo con satisfacción el apoyo prestado al Centro por el Gobierno del Perú a través de aportaciones financieras para costear parte de los gastos de funcionamiento y equipo, así como la donación de un terreno y la construcción de un edificio para su uso exclusivo; y

Reconociendo que el Centro cumple con las normas y los objetivos generales relativos a su creación,

**Resuelve:**

1. Felicitar y agradecer al Director y al personal del Centro por la amplia y eficiente colaboración brindada a los países a través de asistencia técnica y científica, apoyo a actividades de adiestramiento e investigación y diseminación de información técnica.

2. Agradecer al Gobierno del Perú su valiosa contribución al establecimiento y funcionamiento del Centro.

3. Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que prosiga sus esfuerzos a fin de proporcionar al Centro los recursos adecuados para el cumplimiento de sus objetivos, de acuerdo con las crecientes necesidades de los países que llevan a cabo programas destinados al mejoramiento de las condiciones ambientales y a la protección de los recursos naturales contra la contaminación.

*Julio 1972* DO 117, 30



**CENTRO LATINOAMERICANO DE  
PERINATOLOGIA Y DESARROLLO HUMANO**

**CE76.R25** El Comité Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe acerca de las realizaciones más importantes del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) durante el período de 1970-1975, presentado por su Director de conformidad con la Resolución XXXVIII aprobada por el Comité Ejecutivo en su 74ª Reunión;

Habida cuenta de las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad perinatal y materna, así como de sus secuelas en la Región;

Convencido de la necesidad de impulsar el conocimiento y estimular la investigación acerca de la reducción de los riesgos asociados con el ciclo reproductivo; y

Reconociendo que las actividades en marcha y previstas por el CLAP constituyen programas de importancia regional para llevar a cabo proyectos en colaboración en los países, por los beneficios para la capacitación y por los resultados de sus investigaciones encaminadas a garantizar una atención materna y perinatal satisfactoria,

Resuelve:

1. Felicitar a la Oficina y al CLAP por la muy útil contribución que aportan al mejoramiento de la atención de la salud de madres y recién nacidos.
2. Recomendar a los Gobiernos de los países de la Región que utilicen los servicios técnicos del CLAP, de acuerdo con los programas generales del Centro y los fondos presupuestarios disponibles.
3. Apoyar la labor del CLAP a fin de que pueda continuar sus programas y establecer métodos rigurosamente científicos para diseñar una tecnología compatible con las prioridades de los programas de salud maternoinfantil y con los diversos niveles de atención materna y perinatal y en diferentes áreas de esos países.
4. Solicitar al Gobierno del Uruguay que, en la medida de lo posible, continúe fortaleciendo su apoyo sin reservas al Centro y a los esfuerzos de colaboración y cooperación con los Gobiernos Miembros.

Junio 1976 DO 144, 64

**CENTRO PANAMERICANO DE ECOLOGIA  
HUMANA Y SALUD**

CE72.R27 El Comité Ejecutivo,

Habiendo examinado el Documento CE72/3 y considerado el informe del Director sobre los pasos que se han tomado para establecer el Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud en México; y

Reconociendo la función que el Centro tendrá en la identificación, evaluación y búsqueda de soluciones a los problemas de salud que tienen relación con el medio ambiente,

Resuelve:

1. Felicitar al Director por las iniciativas que ha tomado para formalizar el establecimiento del Centro y para conseguir recursos financieros.
2. Reiterar al Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos su agradecimiento por el apoyo y la colaboración que ha ofrecido para la instalación del Centro en ese país.
3. Pedir al Director que continúe sus esfuerzos para que el Centro pueda instalarse lo más pronto posible y para conseguir fondos adicionales además de los del presupuesto ordinario, a fin de asegurar su funcionamiento efectivo y continuo.

Julio 1974 DO 132, 60

CE78.R20 El Comité Ejecutivo,

Habiendo examinado el informe del Director (Documento CE78/15, Rev. 1) sobre las medidas iniciales adoptadas para establecer el Centro, incluyendo el plan de desarrollo de este;

Considerando la importancia de los problemas de salud relacionados con el medio ambiente; y

Teniendo en cuenta la necesidad de mejorar en la Región la capacidad para evaluar el efecto sobre la salud humana de los cambios ambientales propios del desarrollo,

Resuelve:

1. Tomar nota del primer informe sobre las actividades del Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud presentado por el Director (Documento CE78/15, Rev. 1).
2. Felicitar al Director por las medidas adoptadas con el fin de establecer el Centro e iniciar su programa.
3. Recomendar al Director que continúe aplicando el plan relativo al desarrollo del Centro.
4. Tomar nota con satisfacción de la participación y la cooperación del Centro, juntamente con otros organismos de las Naciones Unidas e internacionales, en proyectos en que las repercusiones sobre la salud son motivo de gran preocupación.
5. Recomendar a la Organización que se evalúen periódicamente los adelantos del Centro con miras a incrementar su eficacia para contribuir al logro de las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas.
6. Instar a los países a que recurran a los útiles servicios que puede prestar el Centro.
7. Agradecer al Gobierno de México el apoyo y la asistencia que brinda al Centro.

Junio 1977 DO 151, 64

## CENTRO PANAMERICANO DE FIEBRE AFTOSA

### CD4.10 El Consejo Directivo,

Considerando que la fiebre aftosa que ataca al ganado y tiene una amplia distribución geográfica en las Américas, afecta la nutrición humana por la considerable reducción de leche y carne debida a esta epizootia;

Considerando que la Organización de los Estados Americanos (OEA) y sus Organismos Especializados han recibido múltiples solicitudes de Gobiernos Miembros para que se incluya un programa contra la fiebre aftosa dentro del Programa de Ayuda Técnica, y que la Oficina Sanitaria Panamericana es el único Organismo Especializado de la OEA que actualmente dispone de un servicio de veterinaria, [que es] indispensable para la preparación de un programa como el enunciado;

Considerando que el Artículo IV del Acuerdo entre el Consejo de la OEA y el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana del 23 de mayo de 1950, dispone que "la Organización Sanitaria Panamericana prestará asesoramiento técnico en materia de salubridad y asistencia médica al Consejo de la OEA, a sus Organos, y a la Unión Panamericana, a solicitud de éstos";

Considerando que el Secretario General de la OEA ha solicitado por escrito del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana la preparación y patrocinio de un programa de asistencia técnica contra la fiebre aftosa;

Considerando que la Oficina Sanitaria Panamericana ha preparado un programa, en colaboración con el Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas, para el establecimiento de un centro panamericano contra la fiebre aftosa, que funcionará con fondos procedentes de la Asistencia Técnica; y

Considerando que el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana ha indicado que cualquier participación adicional en este programa está sujeta a autorización especial del Consejo Directivo,

#### RESUELVE:

Aprobar la acción de la Oficina Sanitaria Panamericana al preparar el proyecto para la organización de un centro panamericano contra la fiebre aftosa en las Américas, y autorizar la participación de la Oficina en la organización del centro mencionado, hasta el momento en que algún otro Organismo Especializado de la OEA esté en condiciones de encargarse totalmente de este programa y bajo la condición de que la financiación del centro se haga con fondos distintos de los de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Sept. 1950 Pub. 254, 8

### CSP13.20 La XIII Conferencia Sanitaria Panamericana,

Considerando que la fiebre aftosa que ataca al ganado y tiene una amplia distribución geográfica en las Américas, afecta la nutrición humana por la considerable reducción de leche y carne debida a esta epizootia;

Considerando que la Organización de los Estados Americanos (OEA) y sus Organismos Especializados han recibido múltiples solicitudes de Gobiernos Miembros para que se incluya un programa contra la fiebre aftosa dentro del Programa de Ayuda Técnica, y que la Oficina Sanitaria Panamericana es el único Organismo Especializado de la OEA que actualmente dispone de un servicio de veterinaria, [que es] indispensable para la preparación de un programa como el enunciado;

Considerando que el Artículo IV del Acuerdo entre el Consejo de la OEA y el Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana del 23 de mayo de 1950 dispone que "la Organización Sanitaria Panamericana prestará asesoramiento técnico en materia de salubridad y asistencia médica al Consejo de la OEA, a sus Organos, y a la Unión Panamericana, a solicitud de éstos";

Considerando que el Secretario General de la OEA ha solicitado por escrito del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana la preparación y patrocinio de un programa de asistencia técnica contra la fiebre aftosa;

Considerando que la Oficina Sanitaria Panamericana ha preparado un programa, en colaboración con el Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas, para el establecimiento de un centro panamericano contra la fiebre aftosa, que funcionará con fondos procedentes de la Asistencia Técnica; y

Considerando que el Director de la Oficina Sanitaria Panamericana ha indicado que cualquier participación adicional en este programa está sujeta a autorización especial del Consejo Directivo,

#### RESUELVE:

Aprobar la acción de la Oficina Sanitaria Panamericana al preparar el proyecto para la organización de un centro panamericano contra la fiebre aftosa en las Américas, y autorizar la participación de la Oficina en la organización del centro mencionado, hasta el momento en que algún otro Organismo Especializado de la OEA esté en condiciones de encargarse totalmente de este programa y bajo la condición de que la financiación del centro se haga con fondos distintos de los de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Oct. 1950 Pub. 256, 19

### CE54.R15 El Comité Ejecutivo,

Recomienda a la XVII Conferencia Sanitaria Panamericana que apruebe una resolución concebida en los términos siguientes:<sup>1</sup>

Abрил 1966 DO 71, 16

<sup>1</sup> Véase a continuación el texto recomendado por el Comité Ejecutivo y adoptado por la Conferencia Sanitaria Panamericana, con ligeras modificaciones en su Resolución CSP17.31.

**CSP17.31 La XVII Conferencia Sanitaria Panamericana,**

Reconociendo la importancia que para el desarrollo económico y el estado nutricional de las Américas tiene el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, que cuenta con la contribución y el apoyo del Gobierno del Brasil en calidad de país huésped, es administrado por la Oficina Sanitaria Panamericana y financiado con arreglo al Programa de Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos;

Reconociendo la importante labor que el Centro ha desarrollado en educación y adiestramiento, asesoría a los Gobiernos, e investigación de diversos problemas para acelerar la reducción de la incidencia de la fiebre aftosa;

Teniendo en cuenta el grave problema financiero que ha surgido del hecho de que el presupuesto aprobado recientemente para el Centro por el Consejo Interamericano Económico y Social en sus Cuartas Reuniones Anuales, en marzo-abril de 1966, y correspondiente al periodo comprendido entre el 1 de abril de 1966 y el 30 de junio de 1967, resulta insuficiente para mantener las actividades, incluso al nivel de 1965;

Estimando que el Centro ha llegado a una fase en que la ampliación de servicios es urgentemente necesaria para poder colaborar con los Gobiernos en la planificación y ejecución de programas nacionales de inmunización;

Teniendo en cuenta la resolución de la Cuarta Reunión Anual del Consejo Interamericano Económico y Social al Nivel Ministerial en la que se recomienda que la Organización de los Estados Americanos y la Organización Panamericana de la Salud adopten medidas conjuntas para estudiar la manera de establecer un sistema de pagos de los países con el fin de asegurar el financiamiento permanente y estable de dicho Centro; y

Considerando que tanto el Banco Interamericano de Desarrollo como el Banco Mundial, junto con reconocer la importancia económica de este programa, han expresado al Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso su propósito de conceder empréstitos a los Gobiernos para financiar programas nacionales de control,

**RESUELVE:**

1. Poner de relieve la importancia de mantener las actividades del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa, administrado por la Oficina Sanitaria Panamericana, a un nivel adecuado para facilitar a los Gobiernos cooperación científica y asesoramiento técnico en la planificación y ejecución de programas nacionales de lucha contra la fiebre aftosa.

2. Expresar su preocupación por la situación financiera inmediata, derivada del insuficiente presupuesto aprobado por el Consejo Interamericano Económico y Social, incluso para mantener el nivel actual de actividades, y encomendar al Director que coopere con la Organización de los Estados Americanos en los esfuerzos encaminados a conseguir el apoyo financiero necesario, con el objeto de evitar la reducción de las actividades actuales, y de obtener el aumento progresivo de dicho apoyo según las necesidades del programa.

3. Hacer constar su satisfacción por el hecho de que, en cuanto a las necesidades a largo plazo y de conformidad con lo dispuesto en la mencionada resolución del Consejo Interamericano Económico y Social sobre este asunto, el Director ha iniciado un estudio, en colaboración con funcionarios competentes de la Organización de los Estados Americanos, con miras a elaborar un plan para la financiación permanente y estable del Centro.

4. Encomendar al Director que informe al Comité Ejecutivo, en su 56ª Reunión, acerca de los progresos realizados al respecto.

**INSTITUTO DE ALIMENTACION Y  
NUTRICION DEL CARIBE**

CE72.R26 El Comité Ejecutivo,

Teniendo en cuenta la Resolución XIX de la 64ª Reunión del Comité Ejecutivo,

Resuelve:

1. Seleccionar al Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe, con sede en Kingston, Jamaica, para ser revisado por el Comité Ejecutivo en su 74ª Reunión.
2. Solicitar al Director de la OSP que invite al Director del Instituto para que presente el informe correspondiente.

*Julio 1974* DO 132, 59

**INSTITUTO DE NUTRICIÓN DE  
CENTRO AMÉRICA Y PANAMÁ (INCAP)**

CSP15.12 La XV Conferencia Sanitaria Panamericana,

Habiendo tomado nota del informe presentado por el Director del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), sobre la organización y labores desarrolladas por dicha institución, que constituyen un destacado ejemplo del éxito de la coordinación entre los países para el estudio y solución de sus más importantes problemas de salud pública,

RESUELVE:

1. Felicitar al Director del INCAP por la eficaz labor llevada a cabo por el citado Instituto.
2. Considerar la nutrición como un problema fundamental de salud pública en los países de las Américas.
3. Recomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana la formulación de planes regionales de estudio sobre los problemas de nutrición, en países de condiciones similares, facilitando el asesoramiento técnico necesario.
4. Recomendar a los Gobiernos de los Países Miembros de la Organización que intensifiquen sus encuestas sobre el estado nutricional, el enriquecimiento de alimentos y el intercambio de productos básicos para la alimentación, en forma que permitan resolver las principales deficiencias nutricionales existentes en los países de las Américas.
5. Recomendar a los Gobiernos de los Países Miembros que, en los planes de enseñanza de medicina y de estudios postgraduados en materia de salud pública, se considere a la nutrición como tema básico, concediéndole toda la importancia debida, teniendo en cuenta el elevado significado que tiene para el individuo y la sociedad.
6. Agradecer al UNICEF, a la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y a la CARE (Cooperative for American Remittances to Everywhere) la colaboración que prestan a los programas de suplementación alimenticia en los países, y expresar el deseo de que continúen otorgando esta valiosa ayuda.

Sept.-Oct. 1958 DO 27, 29

CD15.7 El Consejo Directivo,

Teniendo en cuenta la conveniencia de aumentar el aporte de la Organización Panamericana de la Salud al Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), con el fin de asegurar el normal desarrollo de esta institución que viene prestando servicios no sólo a los países de América, sino también a los de otros Continentes;

RESUELVE:

2. Agradecer a los Gobiernos de Centro América y Panamá el apoyo moral y económico que han venido prestando al Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP).
3. Agradecer al Gobierno de Guatemala el aporte adicional que hace al INCAP, proporcionándole un nuevo edificio

que le permitirá disponer de los medios y servicios necesarios para el mejor cumplimiento de sus fines.

4. Autorizar al Director a que aumente el aporte de la Organización al INCAP en una suma adicional de \$200,000, y a que la incluya en el Proyecto de Programa y Presupuesto de la OPS para 1966.

Sept. 1964 DO 58, 12

CD16.14 El Consejo Directivo,

Considerando que los países de Centro América y Panamá han contribuido por intermedio del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) a solucionar el importante problema de la desnutrición en las Américas, dando un ejemplo de lo que es la planificación internacional,

RESUELVE:

1. Felicitar y agradecer a los países de Centro América y Panamá por su muy valiosa cooperación en la solución del problema de la desnutrición no solamente en los países que conforman dicho Instituto, sino en los demás países de las Américas y del mundo.
2. Recomendar al Director de la OSP que continúe dando todo el apoyo técnico y financiero posible a esta institución.

Sept.-Oct. 1965 DO 66, 19

CD18.23 El Consejo Directivo,

Teniendo en cuenta la Resolución VIII (párrafo 6) adoptada por el Consejo Centroamericano de Salud Pública en su Segunda Reunión Ordinaria, por cuyo medio éste solicita del Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que explore la posibilidad y conveniencia de que el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) amplíe sus responsabilidades directas respecto a todos los países del Continente;

Consciente de la labor que el INCAP ha realizado y está llevando a cabo en beneficio de los programas de nutrición de todos los países del Hemisferio, labor que es altamente apreciada;

Considerando la magnitud e importancia de los problemas de nutrición que afectan a grandes sectores de población en todos los países del Continente, y teniendo la plena seguridad de que el INCAP, por su capacidad técnica, puede colaborar eficazmente con los Gobiernos en los esfuerzos encaminados a la solución de estos problemas; y

Agradeciendo el gesto de panamericanismo demostrado por los países del Istmo Centroamericano,

RESUELVE:

1. Encomendar al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana que estudie la forma en que el INCAP pueda ampliar sus responsabilidades directas de colaboración con todos los países del Continente, y de otras regiones del mundo cuando así corresponda, asegurando su estabilidad y desarrollo en bases financieras más firmes que las que actualmente tiene este Instituto, y que presente este estudio a la consideración del Comité Ejecutivo en su próxima Reunión.

2. Solicitar que el Comité Ejecutivo analice este estudio y presente sus recomendaciones para ser consideradas en la XIX Reunión del Consejo Directivo de la OPS, XXI Reunión del Comité Regional de la OMS para las Américas.

Oct. 1968 DO 93, 25

CD19.8 El Consejo Directivo,

Reconociendo que la nutrición tiene una elevada prioridad en los servicios nacionales de salud del Hemisferio;

Observando que existe un aumento progresivo en la demanda para mejorar la salud, muy particularmente de los servicios de adiestramiento y consultoría especializados en nutrición, así como de investigación dirigida en este campo;

Considerando que el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) ha adquirido, con base en los años de funcionamiento, una excelente experiencia para facilitar los servicios que en el campo de la nutrición puedan necesitarse tanto en Centro América como en el resto del Continente Americano; y

Reconociendo que las necesidades del INCAP deben considerarse dentro del programa general de nutrición de las Américas y los recursos totales disponibles para apoyar dicho programa,

RESUELVE:

1. Recomendar al Director que brinde ayuda al INCAP para reorientar sus programas actuales a fin de atender mejor las necesidades de los actuales miembros del Instituto y de los demás países del Continente.

2. Recomendar que el Director continúe buscando fondos para el INCAP de sus fuentes tradicionales, e incrementemente, dentro de las posibilidades presupuestarias de la Organización, la subvención anual que se le proporciona al Instituto para que pueda cumplir eficientemente con la expansión de servicios propuesta.

3. Recomendar que el programa y presupuesto del INCAP se ajusten a fin de que coincidan con los recursos estimados.

Sept.-Oct. 1969 DO 99, 13

NUMERO DE PROYECTO PARA CADA CENTRO

	<u>AMRO No.</u>
BIREME	8570
CEPANZO	3300
CEPIS	2070
CLATES	8700
CLAP	1370
ECO	2300
PANAFTOSA	3200
CAREC	4370
IANC	1411
INCAP	1430