



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



136.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Buenos Aires, Argentina, 20-24 de junio de 2005

Punto 4.3 del orden del día provisional

CE136/12 (Esp.)

16 mayo 2005

ORIGINAL: ESPAÑOL

ESTRATEGIA PARA EL FUTURO DE LOS CENTROS PANAMERICANOS

Los Centros Panamericanos representan una importante modalidad de cooperación técnica de la OPS, y como tal han sido por décadas motivo de análisis y debate por los Cuerpos Directivos.

Cada uno de los Centros tiene un origen, una historia y funciones particulares. La cooperación técnica de los Centros es un componente esencial de los programas regionales y subregionales, combinando temas relacionados con la difusión de información; desarrollo de metodologías e instrumentos; adiestramiento; investigación; apoyo a la formulación de planes y proyectos y cooperación técnica directa a los países miembros, en temas y asuntos prioritarios a la salud donde la capacidad nacional no ha sido suficientemente desarrollada.

Los Centros Panamericanos desde su inicio fueron concebidos como una modalidad temporal de cooperación técnica y fueron establecidos únicamente cuando no existían instituciones nacionales adecuadas.

A lo largo de las últimas décadas los países han hecho avances significativos en materia de salud, tanto a nivel de diversos indicadores como en cuanto al desarrollo de instituciones nacionales para atender problemas sanitarios locales, constituyendo esta infraestructura institucional un capital público importante. Durante este período los Centros Panamericanos han contribuido en diverso grado a alcanzar estas mejoras sanitarias a nivel nacional, además de haber estimulado y apoyado la estructuración y operación de redes de colaboración horizontal entre diversas instituciones de prestigio, que con el paso de los años se han convertido en importantes vectores de la cooperación de la OPS.

En la actualidad la Región de las Américas tiene 204 centros colaboradores de la OMS y un conjunto importante de centros de referencia técnica en temas relacionados con el trabajo de los Centros Panamericanos.

En los 8 Centros Panamericanos trabajan 312 funcionarios de categorías diferentes; 39 de ellos son profesionales internacionales.

Para el bienio 2004-2005, al 31 de marzo del 2005, los fondos totales tanto regulares como extraordinarios asignados a los Centros Panamericanos suman US\$ 49.371.666.

A la luz de la nueva política regional de programa presupuesto aprobada por el 45.º Consejo Directivo en 2004, incrementa la asignación a países y líneas de acción subregionales reduciendo recursos destinados a actividades de carácter regional.

La sostenibilidad financiera de los Centros Panamericanos ha constituido durante mucho tiempo su mayor desafío.

En el documento se actualizan varios de los elementos técnicos, gerenciales y administrativos que atañen al funcionamiento de los Centros Panamericanos, teniendo como contexto general las necesidades de cooperación técnica planteadas por los países; las capacidades institucionales nacionales disponibles y la imperiosa necesidad de hacer el mejor uso posible de los recursos asignados a la Organización.

Se presenta con mayor detalle el funcionamiento y propuestas para el reordenamiento de CEPIS y CLAP en el contexto de una mayor descentralización de la cooperación técnica regional y se somete a discusión del Comité Ejecutivo la urgente necesidad de redefinir la actual estructura institucional y vigencia del INPPAZ. Las propuestas incluidas permiten racionalizar y hacer el mejor uso de los recursos humanos y financieros disponibles.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Introducción.....	3
Marco de referencia y evolución conceptual.....	3
Mandatos de los Cuerpos Directivos relativos a los Centros Panamericanos	5
Pertinencia de la cooperación técnica.....	7
Gobernabilidad	7
Relaciones con los países sede	8
Recursos humanos.....	8
Recursos financieros.....	9
Recursos regulares	9
Cuotas directas de los países	10
Fondos extrapresupuestarios	10
Venta de productos y servicios	10
Contribución de los países sede	10
Situación de algunos centros seleccionados	11
Centro Panamericano de Ingeniería en Salud y Ciencias del Ambiente (CEPIS)	11
Evaluación del CEPIS.....	11
Saneamiento básico. Agenda inconclusa	11
Centros de referencia, redes y socios estratégicos	12
Redefinición del papel del CEPIS.....	13
Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP).....	13
Necesidades de cooperación técnica en salud de la mujer, materna y perinatal	14
Objetivos de Desarrollo del Milenio.....	14
Centros de referencia, redes y socios estratégicos	15
Reordenamiento institucional del CLAP	15
Instituto Panamericano de Protección de los Alimentos (INPPAZ).....	15
Antecedentes.....	15
Situación financiera	16
Mandatos.....	16
Cooperación técnica. Desafíos y oportunidades	17
Redes y alianzas y socios estratégicos	18
Reordenamiento institucional	18
Consecuencias presupuestarias.....	19
Intervención del Comité Ejecutivo	19
Anexos	

El papel de los Centros Panamericanos en la cooperación técnica de la OPS

Introducción

1. El presente documento reúne y actualiza varios de los elementos técnicos, gerenciales y administrativos que atañen al funcionamiento de los Centros Panamericanos, analizando el papel que los Centros desempeñan como una modalidad de la cooperación técnica de la OPS. Esta revisión se hace considerando tres vertientes principales: las necesidades de cooperación técnica planteadas por los países; las capacidades institucionales nacionales disponibles y la imperiosa necesidad de hacer el mejor uso posible de los recursos asignados a la Organización.

2. A la luz de la nueva política regional de programa presupuesto aprobada en el 2004, de la Estrategia de gestión para el trabajo de la oficina Sanitaria Panamericana durante el período 2003-2007 y de los debates del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el Siglo XXI, se hace necesaria una revisión de los arreglos institucionales existentes para garantizar una cooperación técnica efectiva, viable y sostenida, y que dé una respuesta más adecuada a las necesidades actuales de los Estados Miembros.

3. Dentro de este contexto y en función a los mandatos y resoluciones aprobadas por los Cuerpos Directivos de la OPS, se presenta en forma general información relacionada con la gestión de los Centros Panamericanos. En forma más específica se presenta la situación actual del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) y del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) y las medidas tomadas por la Secretaría para que ambos centros sean más eficientes y efectivos en el cumplimiento de su misión. También se somete a discusión del Comité Ejecutivo la urgente necesidad de redefinir la actual estructura institucional y vigencia del Instituto Panamericano de Protección de los Alimentos (INPPAZ) con el propósito de atender en forma más adecuada las necesidades de cooperación técnica relacionadas con la higiene y seguridad de los alimentos.

Marco de referencia y evolución conceptual

4. Desde la creación del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP) en 1949, los Centros Panamericanos han representado una importante modalidad de la cooperación técnica de la OPS, y como tal ha sido motivo de estudio y debate por los Cuerpos Directivos durante varias décadas.

5. Cada uno de los centros tiene un origen, una historia y funciones particulares. Mantienen además una relación diferente con el país anfitrión, con los países de una subregión dada y con la Región de las Américas en su totalidad. A lo largo de poco más de cinco decenios, los centros han contribuido al desarrollo de la capacidad técnica y

científica de los países, mostrando en general la plasticidad necesaria y una capacidad continua de adaptación a varias de las necesidades emergentes tanto en los campos técnicos de su competencia como en lo referente a los procesos de gestión, administración y financiamiento de la cooperación técnica.

6. La función de cooperación técnica de los centros se considera como un componente esencial de los programas regionales y subregionales y combina la formulación de planes y políticas, la difusión de información, el desarrollo de metodologías e instrumentos, el adiestramiento, la investigación y la cooperación técnica directa con los Estados Miembros, en temas y asuntos prioritarios a la salud donde la capacidad nacional disponible no ha sido suficientemente desarrollada.

7. A lo largo de poco más de cinco décadas, los Cuerpos Directivos de la OPS aprobaron el establecimiento de 12 Centros Panamericanos y la supresión de 4 de ellos. Además, el Centro Panamericano de Zoonosis (CEPANZO) se suprimió en 1991, creándose en su lugar y en ese mismo año el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ).

8. En la actualidad la OPS tiene 8 Centros Panamericanos en siete países¹. Los centros subregionales son: INCAP, CFNI y CAREC y los regionales son: PANAFTOSA, BIREME, CEPIS, CLAP, INPPAZ. Los países sede y las líneas de dependencia al interior de la OPS se presentan a continuación:

Centro	País anfitrión	Línea de dependencia al interior de la OSP
BIREME	Brasil	Área de Información y Gestión del Conocimiento (IKM)
CAREC	Trinidad y Tobago	Oficina de la Subdirección (AD)
CEPIS	Perú	Área de Desarrollo Sustentable y Salud Ambiental (SDE)
CFNI	Jamaica	Área de Salud Familiar y Comunitaria
CLAP	Uruguay	Área de Salud Familiar y Comunitaria
INCAP	Guatemala	Área de Desarrollo Sustentable y Salud Ambiental (SDE)
INPPAZ	Argentina	Unidad de Salud Pública Veterinaria
PANAFTOSA	Brasil	Unidad de Salud Pública Veterinaria

¹ En el anexo A se incluye una tabla sobre los países signatarios de los convenios constitutivos vigentes de los centros panamericanos

Mandatos de los Cuerpos Directivos relativos a los Centros Panamericanos

9. Desde su inicio, los Centros Panamericanos fueron concebidos como una modalidad temporal de cooperación técnica. La 18.^a Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en 1970 en su resolución CSP18.R33, reconociendo la utilidad de los Centros Multinacionales para abordar problemas de salud de interés común para varios países, resolvió:

“que 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”.

10. Más adelante en la misma resolución se menciona:

“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.”

“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.”

“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”.

“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.”

11. En 1978, la Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó el documento CSP20/3 referente a los Centros Panamericanos. En este informe se hace referencia explícita al enorme potencial de cooperación a nivel internacional que podrían asumir Centros Nacionales Asociados, señalando “a decir verdad, esos centros extienden el concepto de Centro Panamericano con una carga mucho menor para el programa y el presupuesto de la OPS”. En el citado documento se proponen una serie de recomendaciones sobre las a) normas y condiciones, y b) sobre las fases procesales para la designación del los Centros Nacionales Asociados.

12. En la misma conferencia se adoptó la resolución CSP20.R31 que resolvió:

“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.”

13. Posteriormente durante la 95.^a sesión del Comité Ejecutivo de 1985 se mencionó en el Documento CE95/11 que:

“El examen de las resoluciones y deliberaciones de los Cuerpos Directivos de la OPS revela que los Centros Panamericanos fueron establecidos con la finalidad de solucionar problemas de salud comunes a los países donde no existían instituciones nacionales apropiadas. Los Centros no fueron concebidos con la idea de que se convirtieran en actividades permanentes de la Organización, sino para que operaran como Centros Panamericanos hasta que los países y las instituciones nacionales adquirieran la capacidad técnica e institucional para desempeñar actividades específicas que las instituciones nacionales no pueden desempeñar. Teniendo eso en cuenta, es preciso abordar la posibilidad de transferir esos centros o las actividades que llevan a cabo a los países y a las instituciones nacionales”.

14. En función a lo argumentado el 31.^a Consejo Directivo celebrado en 1985 en su resolución CD31.R24 que resolvió:

- a) “Pedir al Director que continúe tomando medidas adecuadas para mejorar la relación de costo-eficacia y la eficiencia de los Centros en la utilización de los recursos disponibles, incluido el establecimiento de sistemas administrativos y de personal nuevos en los Centros Panamericanos.
- b) Confirmar la meta a largo plazo de la Organización de actuar a favor de la transferencia de la administración de los Centros a los Gobiernos huéspedes en caso de que las instituciones nacionales sean capaces de mantener la calidad y

cantidad de los servicios prestados a los Países Miembros con la administración actual.”

Pertinencia de la cooperación técnica

15. A lo largo de las últimas décadas los Estados Miembros han hecho avances significativos en materia de salud, tanto a nivel de diversos indicadores como en cuanto al desarrollo de instituciones nacionales para atender los problemas sanitarios locales, construyendo un capital público importante. Durante este período, los Centros Panamericanos han contribuido en diverso grado a alcanzar estas mejoras sanitarias a nivel nacional. Además, han estimulado y apoyado la estructuración y operación de redes de colaboración horizontal entre diversas instituciones nacionales de reconocido prestigio y con el paso de los años se han convertido en vectores importantes de la cooperación técnica de la OPS.

16. Es importante señalar que aún considerando los avances alcanzados en los indicadores de salud y la creciente fortaleza de las instituciones nacionales, marcadas inequidades en salud continúan existiendo dentro y entre los países. Es urgente acelerar el paso para cumplir los Objetivos de Desarrollo de la Declaración del Milenio (ODM). En este contexto, las inversiones en salud de la gente y en la salud ambiental son ejes centrales y verdaderos desafíos del combate efectivo a la pobreza y del desarrollo humano del siglo XXI. El Consejo Directivo celebrado en el 2003 aprobó el documento CD44/5 Estrategia de Gestión para el Trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana durante el Período 2003-2007. En este documento se incluyen los criterios y principios operacionales que orientan el trabajo de la Organización. Uno de los objetivos internos para el cambio institucional se refiere a “la formación de redes, dentro y fuera de la Secretaría, así como el intercambio de experiencia y conocimientos” estimulando además una mayor descentralización de los recursos a los países y que “las prioridades se abordarán mediante enfoques innovadores de la cooperación técnica y la gestión estratégica de los recursos de la Secretaría”.

17. En la actualidad la Región de las Américas tiene 204 centros colaboradores de la OMS y un conjunto importante de Centros de referencia técnica en temas relacionados con el trabajo de los Centros Panamericanos. Estos centros constituyen en potencia un grupo significativo de instituciones que de una u otra forma están o podrían asumir mayores responsabilidades y funciones en apoyo a la cooperación técnica internacional.

Gobernabilidad

18. Los Centros Panamericanos de carácter regional tienen una relación orgánica más directamente integrada con los programas de las Áreas técnicas y son regidos por las disposiciones administrativas y gerenciales de la Oficina y cuyas prioridades y

presupuestos son aprobados por los Cuerpos Directivos de la Organización. La mayoría tienen comités consultivos técnicos, asesores o científicos de funcionamiento dispar. Existen otros foros cuyos mandatos también orientan el trabajo de algunos de los centros, como es el caso de PANAFTOSA e INPPAZ, mediante la Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA).

19. Algunos de los Centros Panamericanos cuentan con comisiones de consulta ó con unidades que se ocupan exclusivamente de la cooperación del centro con el país sede.

20. La gobernabilidad de los Centros Panamericanos es un ejercicio que requiere y demanda una especial habilidad para construir una visión común que sea compartida entre los diferentes grupos de interés, incluyendo los Cuerpos Directivos de la Organización y los propios de los Centros; sus relaciones con el país sede y los otros países de la Subregión y Región según sea el caso; con donantes; con los propios funcionarios de los Centros y con los demás colegas de la OPS.

Relaciones con los países sede

21. Un principio básico de los Centros Panamericanos es el suscribir un acuerdo colaborativo con el país sede, el cual se compromete a proporcionar los locales, servicios básicos, equipos y servicios esenciales de apoyo para el mantenimiento y funcionamiento del Centro. Este compromiso requiere de una inversión sustancial por parte del país, la cual es parcialmente compensada por la ventaja tanto programática como económica de contar con la presencia de un Centro Panamericano dentro de la jurisdicción nacional.

Recursos humanos

22. En 1985, el 35.º Consejo Directivo aprobó la resolución CD35.R24 sobre normas de política con respecto a los Centros Panamericanos y autorizó la implantación de nuevos sistemas administrativos y de personal en los Centros Panamericanos. En consecuencia, se diversificaron los esquemas de contratación buscando una mayor flexibilidad y menores costos los cuales faciliten en su oportunidad la transferencia de los centros a los países huéspedes.

23. En la actualidad, en los 8 Centros Panamericanos trabajan 312 funcionarios de categorías diferentes; 39 de ellos son profesionales internacionales. Cada uno de los centros es parte integral de diversas áreas y unidades de la Organización y, en forma descentralizada, concentran el 68% de la totalidad de los funcionarios correspondientes a esas áreas y unidades técnicas de la Oficina Regional (SDE, DPC, FCH, IKM).

Recursos financieros

24. Tal como se indica en el documento SPP36/11 del 2002, los Centros Panamericanos tienen esencialmente cinco fuentes de ingresos:

- a) Los fondos ordinarios de la OPS. Han sido fiables, pero están descendiendo en términos reales.
- b) Las cuotas directas de los países: Sólo en el caso de los tres centros subregionales; son, teóricamente, la parte más importante del presupuesto de estos centros.
- c) Las subvenciones (fondos no ordinarios o extrapresupuestarios). Van en aumento en varios de los centros, mientras que otros no se han preparado adecuadamente para aprovechar enteramente las posibilidades en este campo.
- d) La venta de productos y servicios. Este elemento presenta posiblemente uno de los mayores potenciales de crecimiento para los Centros, pero exige una seria reflexión política y reglamentaria.
- e) Las contribuciones de los países anfitriones. Importes con los que el país anfitrión contribuye al mantenimiento o las operaciones del Centro. Los arreglos correspondientes varían de un centro a otro. Existen problemas en la oportunidad con la que se reciben estos fondos.

25. Para el bienio 2004-2005, los fondos totales, tanto regulares como extraordinarios, asignados hasta el 31 de marzo del 2005 para los Centros Panamericanos, suman US\$ 49.371.666²

Recursos regulares

26. El presupuesto regular combinado de la OPS y de la OMS para la Región en el bienio 2004-2005 es de \$259.530.000. De ellos los Centros Panamericanos reciben \$22.366.300 equivalentes al 8,6% del presupuesto ordinario. Esta cifra representa una reducción del 20,3% respecto al bienio 2002-2003, cuyo monto asignado a los Centros Panamericanos fue de \$28.047.700.

² En el anexo B se incluye una tabla con la distribución de fondos asignados a los centros panamericanos para el bienio 2004-2005 al 31 de marzo del 2005.

Cuotas directas de los países

27. Las cuotas aprobadas por sus estados miembros para el bienio 2004-2005 en los tres centros subregionales (CAREC, CFNI e INCAP) suman \$6.053.970. Al 31 de marzo de 2005 se han recibido pagos por \$6.053.970.

Fondos extrapresupuestarios

28. Al 31 de marzo del 2005, los Centros Panamericanos en su conjunto han movilizado \$11.268.557 equivalentes al 22% del presupuesto total de los Centros. Estos fondos son significativos en los presupuestos de CAREC (46%) e INCAP (28.9%).

Venta de productos y servicios

29. Al 31 de marzo del 2005 el total acumulado disponible llegó a \$5.724.202 como resultado de la venta de productos y servicios. Esto incluye servicios de laboratorio, información, capacitación y kits de diagnóstico, principalmente. Esta fuente de ingresos es particularmente importante para BIREME representando el 39% de sus recursos financieros.

30. Tal como se indica en el documento SPP36/11 la venta de servicios y otras modalidades pueden ser un ingrediente que contribuya a la viabilidad financiera de los Centros. Sin embargo este asunto requiere ser discutido más a fondo a fin de no distorsionar la identidad y apego a los mandatos aprobados para los Centros Panamericanos.

Contribución de los países sede

31. Al 31 de enero del 2005, los países anfitriones han aportado \$3.958.637 para el mantenimiento de los siguientes centros: CEPIS, (Perú: \$806.912), PANAFTOSA (Brasil: \$1.125.994), BIREME (Brasil: \$1.880.731) e INPPAZ (Argentina \$145.000).

32. En el caso del CLAP las contribuciones del Gobierno del Uruguay son en especie asumiendo parte del costo de las instalaciones que alojan al Centro..

33. La sostenibilidad financiera ha constituido, durante mucho tiempo, el mayor desafío de los Centros. Los informes financieros del Director y del Auditor Externo así lo señalan.

Situación de algunos centros seleccionados

34. Se presentan a continuación los pasos seguidos con respecto a algunos centros seleccionados. La intención de la Directora es presentar periódicamente un grupo de Centros a la consideración de los Cuerpos Directivos.

Centro Panamericano de Ingeniería en Salud y Ciencias del Ambiente (CEPIS)

35. El Acuerdo para el establecimiento del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria fue suscrito en 1971 entre la OPS y el Gobierno del Perú y continúa vigente a la fecha. En fechas posteriores el CEPIS pasó a denominarse Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente, sin modificar sus siglas originales..

Evaluación del CEPIS

36. La última evaluación del CEPIS se llevó a cabo en el 2002, con la participación conjunta de consultores de la Oficina Sanitaria Panamericana, de la Oficina de Auditoría Nacional del Reino Unido y consultores del sector privado.

37. Los resultados de la evaluación del CEPIS (CSP26/17) fueron presentados a la Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2002. “De la evaluación se desprende que el CEPIS es una fuente valiosa de cooperación técnica y un agente de intercambio de conocimientos. Eliminar el Centro constituiría una pérdida demasiado grande y habría que realizar esfuerzos denodados para tratar de crear un nuevo organismo internacional que cumpla su función. Sin embargo, el CEPIS debe modificar las funciones que desempeña actualmente para ser más dinámico y trabajar más a través de redes de instituciones, con vistas a lograr un efecto multiplicador en la cooperación técnica que presta.”En dicha Conferencia se resolvió pedir al Director de la OPS que:

“pusiera en práctica las recomendaciones pertinentes del equipo de evaluación para asegurar la evolución de un CEPIS fortalecido, capaz de atender mejor las necesidades actuales y futuras de los Estados Miembros en el campo de la salud y el medio ambiente; y

”estimulara el desarrollo de redes de cooperación entre el CEPIS, centros colaboradores y otras instituciones relacionadas con la salud y el ambiente en los países.”

Saneamiento básico. Agenda inconclusa

38. A inicios del Siglo XXI, la cobertura de agua potable y del saneamiento en América Latina y el Caribe es del 84,6% y 79,2% respectivamente. Si se consideran los

números absolutos, la situación es preocupante: 77 millones de personas sin acceso al abastecimiento de agua potable y 105 millones que no disponen de instalaciones para el saneamiento y la eliminación de aguas residuales y desechos. De estos, 37 millones en zonas urbanas y 68 millones en zonas rurales. Es evidente que en la Región hay desigualdades graves en el acceso al agua, generalmente vinculadas con los niveles de ingresos y el lugar de residencia, siendo más crítica la situación en las zonas periurbanas donde residen aproximadamente 128 millones de personas en viviendas inadecuadas. Como consecuencia de estas carencias acumuladas, las enfermedades diarreicas continúan siendo una causa importante de la carga de enfermedad. Otras enfermedades asociadas a causas ambientales, como las transmitidas por vectores, en especial el dengue y la malaria, son problemas de salud pública importantes. Según datos de la OMS, se estima que un 43% de la carga de enfermedad ambiental afecta a niños menores de 5 años, aunque ellos solo representan el 12% de la población.

39. Aunque la cobertura de recolección de residuos sólidos en zonas urbanas es superior al 80%, solo 35% tiene una disposición adecuada. Los residuos hospitalarios continúan siendo un problema importante en los países latinoamericanos y caribeños. Los hospitales producen entre 1 y 6 kgs. por cama. De ellos 10%-40% son peligrosos: infectocontagiosos, químicos o punzo-cortantes.

40. El mejoramiento del saneamiento básico depende en gran medida de inversiones en infraestructura. Ello demanda una mejor coordinación entre las partes, incluyendo los gobiernos en sus diferentes niveles de actuación; las instituciones financieras nacionales e internacionales, las ONGs, el sector académico y las comunidades en la formulación de planes sectoriales. En ese contexto el papel del CEPIS es fundamental y crítico. El proceso de descentralización de la gestión pública a los niveles locales y la necesidad de fortalecer a los gobiernos municipales abre de igual forma nuevos espacios para la cooperación técnica del CEPIS.

41. Los objetivos y la estrategia de la cooperación técnica de CEPIS están asociados directamente a los ODM. Incluye el compromiso directo con la Meta 10 sobre aumento de la cobertura de agua y saneamiento. OPS considera el conjunto de ODM como un compacto indivisible asociado a la salud pública, a la reducción de la pobreza y a la exclusión, creando condiciones más propicias para la seguridad humana y el desarrollo sostenible.

Centros de referencia, redes y socios estratégicos

42. CEPIS ha promovido en forma efectiva varias redes colaborativas donde participan diversas instituciones y expertos nacionales de los diversos países de la Región. Entre las más significativas que continúan activas se encuentran las siguientes:

- Red Panamericana de Información en Salud Ambiental (REPIDISCA)
- Programa de Disposición Final de Aguas Residuales en Ciudades Costeras
- Aguas Costeras para la Recreación
- Agua Potable en Comunidades Indígenas
- Red de Laboratorios Ambientales de Latinoamérica y el Caribe (RELAC)
- Red Interamericana de Vivienda (REDVIVSALUD)

43. De igual forma CEPIS apoya iniciativas de integración subregional, entre ellas la Comunidad Andina (CAN); mantiene relaciones de trabajo con varias agencias de cooperación internacional, entre ellas *Water Sanitation Program/World Bank* (WSP/WB) Internacional *Water and Sanitation Center* (IRC) y otras de la sociedad civil y del sector privado como las empresas de agua y saneamiento, la Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria (AIDIS) y universidades e instituciones académicas del Perú y de otros países de la Región.

Redefinición del papel del CEPIS

44. Como resultado de la evaluación del CEPIS realizada en el 2002 y en función a la Estrategia de gestión para el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana durante el periodo 2003-2017, el Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE) está en un proceso de reestructuración para descentralizar hacia la sede del CEPIS la cooperación técnica regional relacionada con el abastecimiento de agua potable, alcantarillado y manejo de basuras y residuos sólidos municipales, actuando con un enfoque integrado en salud y con especial énfasis para que los países prioritarios de la Región puedan avanzar en la consecución de los Objetivos de Desarrollo de la Declaración del Milenio correspondientes.

45. La gestión de estas líneas programáticas desde el CEPIS permitirá concentrar recursos humanos y financieros para mejorar la eficiencia y eficacia de la gestión de la cooperación técnica de la OPS en los temas señalados, conservando el CEPIS su carácter de Centro Panamericano, en cumplimiento de los términos acordados con el Gobierno de Perú en el Acuerdo para su Establecimiento.

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)

46. El CLAP fue creado en 1970. El último Convenio Básico entre el Ministerio de Salud y la Universidad de la República del Ministerio de Educación del Gobierno del Uruguay y la OPS fue renovado el 1 de marzo del 2001 y tiene una vigencia hasta el 28 de febrero del 2006.

Necesidades de cooperación técnica en salud de la mujer, materna y perinatal

47. El análisis de situación de la Región de las Américas muestra que los indicadores de mortalidad y morbilidad materna y perinatal continúan siendo preocupantes a nivel de los países de América Latina y El Caribe. Los últimos datos disponibles (Indicadores Básicos. OPS 2004) señalan que la razón de mortalidad materna como media regional se mantiene en aproximadamente 87/100 000 nacidos vivos con diferencias abismales entre Haití con una tasa de 523 y Uruguay y Canadá con tasas de 11.1 y 7.8 respectivamente.

48. En cuanto a la mortalidad perinatal aún persiste una baja calidad en el registro de los datos, sobre todo en lo referente a la mortalidad fetal. El CLAP estimó en 483.000 las defunciones perinatales ocurridas en América Latina y el Caribe en 1995.

49. Hay una conexión clara e inseparable entre la calidad y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y el resultado de salud en las mujeres y recién nacidos en la Región. Pobres cuidados maternos implica aumento de la morbilidad y mortalidad del binomio madre-niño y una disminución en la calidad de vida para ambos.

50. El análisis de la situación también ha identificado la limitada participación de los hombres en los servicios de salud sexual y reproductiva de la Región. Un aumento del involucramiento de los hombres en este aspecto ha demostrado un efecto positivo sobre la reducción de la violencia intrafamiliar, en el aumento en la coparticipación en la toma de decisión en el hogar, una mejor comunicación familiar lo que en definitiva redundará en una mejoría de la salud sexual y reproductiva de la pareja.

Objetivos de Desarrollo del Milenio

51. El cuarto ODM coloca como meta reducir para el 2015 en dos terceras partes la mortalidad de menores de cinco años. El quinto ODM a su vez coloca como meta reducir para el 2015 en un 75% la mortalidad materna, tomando como base las cifras de 1990. A su vez el sexto ODM se refiere a la necesidad de revertir la expansión del HIV/SIDA. Estas metas orientan el trabajo presente y futuro del CLAP, en especial en aquellos asuntos y programas relacionados con la vigilancia y reducción de riesgos reproductivos y perinatales, incluyendo la transmisión vertical del HIV/SIDA y sífilis congénita, con énfasis en los países prioritarios de la Región.

52. Estas líneas de acción permitirán a su vez acelerar la implementación del plan de acción de la Conferencia Internacional para el Desarrollo (CIPD) celebrada en el Cairo (1994) en lo referente a salud reproductiva y los compromisos de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing, China, en 1995. En el 2004, la 57.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución promoviendo estrategias para acelerar el cumplimiento de los acuerdos de las conferencias citadas.

Centros de referencia, redes y socios estratégicos

53. La principal estrategia de cooperación del CLAP se sustenta en su iniciativa conocida como la Red de Centros Asociados (CLAP/OPS) que tiene como finalidad lograr una cooperación técnica entre países más ágil y eficiente en la Región de las Américas. En la actualidad forman parte de esta red 16 instituciones de salud localizadas en 9 países de la Región.

54. Esta Red trata de impulsar la implementación y utilización del Sistema Informático Perinatal (SIP); la mejoría de la calidad de los servicios materno y neonatal principalmente a través de la difusión y aplicación de las prácticas clínicas con sólido sustento científico y la investigación clínica principalmente del tipo operativa.

55. La principal fuente de financiamiento para esta Red proviene de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), de fondos regulares de la OPS y de instituciones nacionales como COLCIENCIAS en Colombia. En el 2004, OMS otorgó fondos a los centros de Nicaragua, Honduras y El Salvador, los cuales podrán ser renovados por los siguientes cinco años.

Reordenamiento institucional del CLAP

56. Con el propósito de optimizar los recursos disponibles, el Área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH) está en un proceso de reestructuración para descentralizar la cooperación técnica regional relacionada con el fortalecimiento de la capacidad para mejorar los sistemas nacionales de vigilancia epidemiológica la reducción de riesgos reproductivos la mortalidad materna y perinatal hacia la sede del CLAP. La gestión de estas líneas programáticas desde el CLAP permitirá concentrar recursos humanos y financieros para mejorar la eficiencia y eficacia de la gestión de la cooperación técnica de la OPS en los temas señalado El CLAP mantendrá su carácter de Centro Panamericano, en cumplimiento de los términos acordados con el Gobierno de Uruguay y la Universidad de la República para el CLAP.

Instituto Panamericano de Protección de los Alimentos (INPPAZ)

Antecedentes

57. El INPPAZ junto con PANAFTOSA son dos Centros Panamericanos adscritos a la Unidad de Salud Veterinaria de la OPS.

58. El 15 de noviembre de 1991, se firmó en Washington, D.C., un acuerdo entre la Oficina Sanitaria Panamericana, órgano administrativo de la Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud y el Gobierno de la

República Argentina, para la creación del Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis, (INPPAZ) para que sirviera como ejecutor del Programa Regional de Cooperación Técnica en Inocuidad de Alimentos de la OPS. El seguimiento de la ejecución del convenio es realizada por el Comité de Coordinación Internacional (CCI), en el cual están representados el Ministro de Salud del Argentina, el Presidente del Servicio Nacional de Sanidad Animal (SENASA), dos miembros designados por la Dirección de la OPS y tres representantes de gobiernos designados por el Consejo Directivo de la OPS y representantes de las organizaciones que mantienen convenios de cooperación con el INPPAZ. Para el seguimiento de los asuntos específicos del Convenio relacionados con la Argentina se cuenta con el Comité de Programas para Argentina.

59. El INPPAZ es el único Centro especializado en inocuidad de los alimentos de la OMS el cual ha venido trabajando con los países miembros de la OPS en la construcción de una nueva visión y acciones para mejorar la inocuidad de los alimentos, basado en un cambio de los tradicionales servicios de inspección hacia un enfoque holístico de toda la cadena alimentaria de la finca a la mesa.

60. En la actualidad la inocuidad de los alimentos es un tema dinámico de importancia mundial que requiere un análisis permanente para la organización de programas nacionales.

Situación financiera

61. Desde su creación el INPPAZ ha contado con un presupuesto reducido para su operación con tendencia decreciente a partir de 2001. A lo largo de su existencia han surgido dificultades para recibir oportunamente los recursos de contrapartida del país sede para financiar los gastos operativos.

Mandatos

62. La cooperación técnica de la OPS en materia de inocuidad de alimentos como un programa estructurado, se estableció en virtud de las recomendaciones de la Conferencia Interamericana sobre Protección de Alimentos, realizada en Washington, D.C., en 1985, que dieron lugar a la aprobación durante la 22.^a Conferencia Sanitaria Panamericana de septiembre de 1986, del Plan de Acción para el periodo 1986 - 1990. Una evaluación del referido Plan de Acción practicada en 1991, sirvió de base para la formulación a finales de 1991, de un nuevo Plan de Acción para el periodo 1991 - 1995, a fin de replantear las metas y líneas de acción para la entrega de cooperación técnica en inocuidad de alimentos. Este último Plan de Acción también fue evaluado en 1996 y sobre la base de sus resultados, fue formulado el Plan de Acción Estratégico para el Programa Regional de Cooperación Técnica de la OPS/OMS, aprobado por el Consejo Directivo de la OPS/Comité Regional de la OMS para Las Américas el año 2000.

63. La Comisión Panamericana de Inocuidad de los Alimentos (COPAIA) que actúa como órgano asesor de la Reunión Interamericana en Salud y Agricultura (RIMSA), fue creada en el año 2000 y en ella están representados los sectores oficiales de salud y agricultura, los productores y los consumidores. Hasta el momento se han realizado cuatro reuniones en las que han ratificado la importancia de la cooperación técnica de la OPS en la inocuidad de los alimentos. El INPPAZ actúa como la Secretaría Ex - Oficio de la COPAIA.

Cooperación técnica. Desafíos y oportunidades

64. Las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) son un problema de salud pública cada vez mayor. En muchos países se han registrado aumentos significativos en la incidencia de enfermedades provocadas por microorganismos transmitidos principalmente por los alimentos. Los contaminantes químicos siguen siendo una causa significativa de enfermedades de transmisión alimentaria, incluyendo toxinas y los contaminantes ambientales.

65. La inocuidad de los alimentos tiene implicaciones importantes para el comercio internacional de alimentos. En América Latina cabe destacar la importancia de las exportaciones agrícolas en Centroamérica, Cono Sur y la Región Andina, las cuales contribuyen con 48%, 34% y 23% de todas las exportaciones, respectivamente. Los países deben organizar programas efectivos de inocuidad de los alimentos para poder participar en el nuevo ambiente del comercio internacional de alimentos que resultó de los Acuerdos sobre Medidas Sanitarias y Fitosanitarias (AMSF) y de Barreras Técnicas al Comercio (BTC) de la Organización Mundial de Comercio (OMC). De la misma manera los países deben ajustar sus sistemas para participar en los bloques regionales y subregionales de países como el MERCOSUR, la Comunidad Andina de Naciones (CAN), *Caribbean Single Market Economy* (CSME), la reciente iniciativa de la Comunidad Suramericana y los tratados bilaterales como los tratados de libre comercio (TLC) con los Estados Unidos, y los que están surgiendo con los países asiáticos.

66. La inocuidad de los alimentos es uno de los requisitos para un turismo sustentable. El turismo es una de las industrias de más rápida expansión en la Región. El número de turistas que llegan a los países de la región pasó de 92.9 millones en el año 1990 a 128.4 millones en el año 2000, representando un crecimiento acumulado del 5%. Todos aquellos aspectos que interfieran con la calidad y la competitividad son altamente relevantes.

Redes y alianzas y socios estratégicos

67. La cooperación técnica en inocuidad de alimentos a través del INPPAZ, se fortalece con una serie de redes globales y regionales que atienden varios asuntos relacionados con la inocuidad de alimentos, entre ellas:

- Red Global de la OMS de Vigilancia en Salmonella.
- Red Latinoamericana de Sub-tipificación Molecular (PulseNet).
- Codex Committee for Latin America and the Caribbean (CCLAC).
- Red Inter-Americana de Laboratorios de Análisis de Alimentos (RILAA)
- Laboratorios Nacionales como Centros de Excelencia de Referencia para países de la Región.
- Red Latinoamericana de Inspección y Control de Pescados.
- Sistema Regional de Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por Alimentos.
- Sistemas Modernos de Inspección y Control de Alimentos.
- Red Internacional de Autoridades Nacionales en Inocuidad de Alimentos (INFOSAN).

Reordenamiento institucional

68. La importancia estratégica del tema de seguridad de los alimentos y sus repercusiones en la salud y en la economía ha quedado reflejada en las conclusiones y recomendaciones de la COPAIA y en el Plan de Acción de Cooperación Técnica en Inocuidad de Alimentos de la OPS/OMS 2006–2007. Los países han expresado la imperiosa necesidad de hacer el mejor uso posible de los recursos humanos, institucionales y financieros disponibles en la Región. Como consecuencia, se propone al Comité Ejecutivo considerar:

- a) Discontinuar INPPAZ como un Centro Panamericano;
- b) Bajo la coordinación de la Unidad de Salud Pública Veterinaria, generar una red de centros nacionales asociados, aprovechando las fortalezas institucionales en los países de la Región, que actúen como referentes en los componentes prioritarios del Plan de Acción. Esta estrategia de trabajo permitiría a la OPS mantener y fortalecer una cooperación técnica oportuna, fluida y eficaz con la plena participación de los países;
- c) Concentrar un equipo de cooperación técnica en inocuidad de alimentos junto con el de zoonosis y fiebre aftosa, aprovechando la infraestructura que actualmente

- alberga a PANAFTOSA en Río de Janeiro, Brasil. Las ventajas de esta decisión serían múltiples. Entre ellas: a) hacer un mejor uso de la infraestructura administrativa disponible, b) integrar acciones comunes como la capacitación, vigilancia epidemiológica, análisis de riesgo, aseguramiento de la calidad de laboratorios; y c) fortalecer el trabajo en el concepto de la cadena productiva.
- d) Movilizar recursos adicionales para fortalecer la cooperación técnica en las diferentes subregiones.
69. Esta propuesta contempla la generación de un proyecto multilateral y multisectorial con el Gobierno de Argentina para fortalecer el sistema nacional de inocuidad de alimentos y con capacidad para brindar cooperación técnica internacional en ese campo.

Consecuencias presupuestarias

70. La política regional de presupuesto aprobada por el 45 Consejo Directivo en 2004, crea el nivel de acción subregional e incrementa la proporción asignada a países y reduce la destinada a las actividades de carácter regional. En la medida que los Centros de carácter regional se inscriben en esta última dimensión de la asignación del presupuesto se ha hecho necesario introducir ajustes. De esta manera se busca obtener las eficiencias presupuestales necesarias para responder al mandato al mismo tiempo que se preserve la efectividad en las líneas de cooperación definidas dentro de las prioridades.
71. La discontinuación del INPPAZ y el alineamiento del CEPIS y el CLAP otorgándoles líneas de cooperación técnica regional descentralizadas, procura generar una optimización de los recursos asignados y un ahorro neto de 1,5 millones que se refleja en la propuesta de BPB 2006-07 que se presenta a este Comité.
72. En junio del 2006 se presentarán al comité ejecutivo las propuestas de adecuación de PANAFTOSA y BIREME así como las propuestas de alineación de los centros subregionales CAREC, CFNI e INCAP con los criterios de asignación subregional creados por la nueva política regional.

Intervención del Comité Ejecutivo

73. Se solicita al Comité Ejecutivo que formule sus comentarios y recomendaciones a la estrategia planteada en este documento, que se pronuncie con relación a la propuesta de reordenamiento institucional de algunos de los Centros y de discontinuación de INPPAZ como Centro Panamericano, y que se recomiende una resolución al Consejo Directivo sobre este tema.

Anexos

**PAISES SIGNATARIOS DE LOS CONVENIOS
CONSTITUTIVOS VIGENTES DE LOS CENTROS**

CENTRO	CONVENIO	PAISES SIGNATARIOS	OTROS SIGNATARIOS	FUNDACION Y VIGENCIA	ULTIMA MODIFICACION
BIREME	Convenio entre Brasil, por intermedio de los Ministerios de Salud y de Educación, el Estado de Sao Paulo, la Universidad Federal de Sao Paulo y la OPS, por medio de BIREME, para el mantenimiento y desarrollo de BIREME	Brasil	Estado de Sao Paulo Universidad Federal de Sao Paulo	Diciembre de 1999 Vigencia al 2 de diciembre de 2009	Para la manutención y desarrollo del Centro, firmada el 2 de diciembre de 2002.
CEPIS	Acuerdo para el Establecimiento de un Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente	Perú		8 de abril de 1971 Vigencia indefinida	
CLAP	Acuerdo para el Establecimiento de un Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano en la República Oriental del Uruguay, entre el Gobierno de la República Oriental del Uruguay, representado por el Ministerio de Salud Pública; la Universidad de la República, a través de la Facultad de Medicina; y la OPS.	Uruguay	Universidad de la República	2 de febrero de 1970 Vigencia al 28 de febrero de 2006	Prorroga vigencia hasta la fecha actual
INPPAZ	Acuerdo entre la República Argentina y la OPS para el Establecimiento de Un Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis	Argentina		15 de noviembre de 1991 Vigencia indefinida	

PAISES SIGNATARIOS DE LOS CONVENIOS
CONSTITUTIVOS VIGENTES DE LOS CENTROS *(cont.)*

+

CENTRO	CONVENIO	PAISES SIGNATARIOS	OTROS SIGNATARIOS	FUNDACION Y VIGENCIA	ULTIMA MODIFICACION
CAREC	<p>Acuerdo Multilateral para la Operación de CAREC</p> <hr/> <p>Acuerdo Bilateral entre OPS y Trinidad y Tobago para la operación de CAREC</p>	<p>Antigua y Barbuda Las Bahamas Barbados Belice Dominica Grenada Guyana Jamaica Antillas Holandesas Aruba St. Kitts and Nevis St. Lucia St. Vincent and the Grenadines Surinam Trinidad y Tobago United Kingdom and the Caribbean Overseas Territories</p> <hr/> <p>Trinidad y Tobago</p>		<p>14 de julio de 1975</p> <p>Vigencia al 31 de diciembre de 2005</p>	<p>Últimos Acuerdos Multilateral y Bilateral entraron en vigencia el 1º de enero de 2001.</p>

PAISES SIGNATARIOS DE LOS CONVENIOS
CONSTITUTIVOS VIGENTES DE LOS CENTROS (cont.)

CENTRO	CONVENIO	PAISES SIGNATARIOS	OTROS SIGNATARIOS	FUNDACION Y VIGENCIA	ULTIMA MODIFICACION
INCAP	Convenio Básico del INCAP	Belice Costa Rica El Salvador Guatemala Honduras Nicaragua Panamá		20 de febrero de 1946 Vigencia indefinida	Nuevo acuerdo que reemplaza anteriores, firmado el 27 de agosto de 1998
PANAFTOSA	Convenio entre Brasil y la OPS para la Organización y Funcionamiento en Brasil del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa	Brasil		27 de agosto de 1951 Vigencia indefinida	
CFNI	Acuerdo para la Operación de CFNI	Antigua Las Bahamas Barbados Bermuda Belice Islas Vírgenes Británicas Islas Caimán Dominica Guyana Grenada Jamaica Montserrat St. Kitts–Nevis–Anguilla St. Lucia St. Vincent Trinidad y Tobago Turks and Caicos	University of West Indies FAO	25 de marzo de 1968 Vigencia indefinida	Acuerdo que reemplaza al que fundó el centro - firmado el 14 de noviembre de 1973

Análisis de fondos asignados por centros bienio 2004-2005 al 31 de marzo de 2005

**PRESUPUESTO REGULAR APROBADO Y FONDOS EXTRAPRESUPUESTARIOS ASIGNADOS POR CENTRO
BIENIO 2004-2005 AL 31 DE MARZO DE 2005**

CENTRO	PRESUPUESTO REGULAR APROBADO DE LA OPS/OMS	CUOTAS DE PAISES MIEMBROS	SUBSIDIOS Y OTRAS CONTRIBUCIONES ⁽⁴⁾	INGRESOS POR VENTA DE PRODUCTOS Y SERVICIOS	CONTRIBUCIONES DE GOBIERNOS LOCALES	TOTAL
BIREME	1,137,600		1,105,891	2,631,630	1,880,731	6,755,852
CAREC	1,539,200	4,308,851 ⁽¹⁾	5,555,092	647,632		12,050,775
CEPIS	4,452,800		1,062,175	971,807	806,912	7,293,694
CFNI	2,522,800	582,134 ⁽²⁾	1,116,671	119,915		4,341,520
CLAP	1,567,500		424,397	7,735		1,999,632
INCAP	2,698,400	1,162,985 ⁽³⁾	1,570,676			5,432,061
INPPAZ	2,762,400		144,300	11,329	145,000	3,063,029
PANAFTOSA	5,685,600		289,355	1,334,154	1,125,994	8,435,103
TOTAL	22,366,300	6,053,970	11,268,557	5,724,202	3,958,637	49,371,666

FUENTE: PPS/PB

(1) El total recibido en concepto de contribuciones por cuotas de países miembros de CAREC al 31 de marzo de 2005 asciende a \$3,540,711

(2) El total recibido en concepto de contribuciones por cuotas de países miembros de CFNI al 31 de marzo de 2005 asciende a \$380,743

(3) El total recibido en concepto de contribuciones por cuotas de países miembros de INCAP al 31 de marzo de 2005 asciende a \$673,972

(4) Incluye contribuciones voluntarias recibidas de donantes y fondos de apoyo a programas asignados por la Directora