



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



46.º CONSEJO DIRECTIVO 57.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 26-30 de septiembre 2005

Punto 4.6 del orden del día provisional

CD46/10 (Esp.)
23 agosto 2005
ORIGINAL: INGLÉS

ESTRATEGIA PARA EL FUTURO DE LOS CENTROS PANAMERICANOS

ESTADO ACTUAL DE LOS CENTROS PANAMERICANOS

Mientras la Organización Panamericana de la Salud entra en el undécimo decenio de prestar servicio a los pueblos de las Américas, el entorno tecnológico, político y económico en constante transformación exige un análisis pormenorizado de muchos de sus criterios de cooperación técnica. Desde que en 1949 la Organización aceptó por primera vez la responsabilidad de administrar el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, los centros panamericanos e institutos de la OPS han sido una modalidad de cooperación importante y muy visible, así como un tema de debate y análisis intensos en los Cuerpos Directivos, por lo menos desde los años sesenta.

Cada centro panamericano tiene un origen, una historia y funciones particulares. La cooperación técnica de los centros es un componente esencial de los respectivos programas de la OPS, ya que combinan las funciones de los servicios de consultoría; difusión de información; desarrollo de métodos e instrumentos; adiestramiento; e investigación de acuerdo con las necesidades de los Estados Miembros y el estado de desarrollo tecnológico nacional en un determinado campo. Por consiguiente, su existencia está directamente vinculada a la ausencia de instituciones nacionales apropiadas, así como de los medios para ampliar eficazmente los conocimientos técnicos especializados por todo el continente americano.

El presente documento originalmente se presentó en la 39.ª sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo en marzo de 2005, y posteriormente al Comité Ejecutivo en su 136.ª sesión, celebrada en junio de 2005, como respuesta al mandato permanente de los Cuerpos Directivos que consiste en emprender exámenes y evaluaciones periódicas de los centros panamericanos. Se proporciona una puesta al día sobre varios aspectos técnicos, de gestión y administrativos relacionados con las actividades de los centros panamericanos, incluidos los criterios para la supresión de algún centro en el futuro; las actividades del Centro Panamericano de Ingeniería en Salud y Ciencias del Ambiente (CEPIS) y del Centro Latinoamericano de Perinatalogía y Desarrollo Humano (CLAP) y las propuestas para su reorganización considerando la mayor descentralización de la cooperación técnica regional; y se da a conocer al Consejo Directivo la recomendación del Comité Ejecutivo en cuanto a suprimir el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ).

Se solicita al Consejo Directivo que examine el presente documento y formule observaciones para orientar a la Oficina en cuanto a la definición y ejecución de políticas relativas a: a) los centros panamericanos en su totalidad, y b) la reorganización del CEPIS y del CLAP. Asimismo, se le pide que adopte una decisión en cuanto a la supresión del INPPAZ.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Introducción	4
Antecedentes	4
Importancia de los centros panamericanos como proveedores de cooperación técnica	5
Gobernabilidad.....	7
Relaciones con los países sede.....	7
Recursos humanos	8
Recursos financieros	8
Recursos ordinarios.....	9
Cuotas directas de los países.....	9
Fondos extrapresupuestarios.....	9
Venta de productos y servicios	9
Contribuciones de los países sedes	10
Mandatos de los Cuerpos Directivos relativos a los centros panamericanos.....	10
Situación de algunos centros.....	12
Centro Panamericano de Ingeniería en Salud y Ciencias del Ambiente (CEPIS)	13
Saneamiento básico. Agenda inconclusa	13
Centros de referencia, redes y socios estratégicos	14
Evaluación del CEPIS.....	14
Redefinición del papel del CEPIS.....	15
Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)	16
Necesidades de cooperación técnica en salud de la mujer, materna y perinatal.....	16
Objetivos de Desarrollo del Milenio.....	16
Centros de referencia, redes y socios estratégicos	17
Reordenamiento institucional del CLAP	17

CONTENIDO (*cont.*)

Página

Instituto Panamericano de Protección de los Alimentos (INPPAZ).....	17
Antecedentes	17
Cooperación técnica. Desafíos y oportunidades	18
Origen del INNPAZ.....	19
Redes y alianzas y socios estratégicos	19
Situación financiera	20
Reordenamiento institucional	20
La propuesta.....	21
Consecuencias presupuestarias concernientes al INNPAZ, el CEPIS y el CLAP.....	23
Debate mantenido en la 136. ^a Sesión del Comité Ejecutivo, junio de 2005	23
Intervención del Consejo Directivo	24
Anexos	

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 en 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 señala a la atención del Consejo Directivo un estudio sobre la estructura institucional e importancia actuales del Instituto Panamericano de Protección de los Alimentos (INPPAZ) para atender en forma más adecuada las necesidades de cooperación técnica relacionadas con la higiene y seguridad de los alimentos, junto con la propuesta de suprimirlo. Por último, se incluye un breve resumen de los debates mantenidos en la 136.^a sesión del Comité Ejecutivo (junio, 2005), incluidos los criterios para la supresión de algún centro en el futuro.

Antecedentes

4. Desde que en 1949 la OPS aceptó la responsabilidad de administrar el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), los centros panamericanos han representado una importante modalidad de cooperación técnica de la OPS y, al mismo tiempo, han sido objeto de estudio y debate por parte de los Cuerpos Directivos durante varios decenios.

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 panamericanos 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 esferas y asuntos prioritarios en materia de salud, donde la capacidad nacional no ha sido suficientemente desarrollada.

7. Desde fines del decenio de 1940, los Cuerpos Directivos de la OPS han aprobado el establecimiento de 13 centros panamericanos y la supresión de cinco de ellos. En la actualidad, la OPS tiene ocho centros panamericanos en siete países,¹ de los cuales tres son subregionales (INCAP, CFNI y CAREC), y cinco regionales (PANAFTOSA, BIREME, CEPIS, CLAP e INPPAZ).

Importancia de los centros panamericanos como proveedores de cooperación técnica

8. De cara al tema tan debatido de los centros y sus dificultades financieras crónicas, es justo preguntarse cómo esta modalidad de cooperación técnica fue fructífera desde el punto de vista técnico y políticamente flexible por tan largo tiempo. La respuesta es que los centros introdujeron varios métodos innovadores y populares a la cooperación técnica de la OPS. En primer lugar, al establecer los centros o aceptar la responsabilidad técnica y de gestión, la OPS decidió concentrar mayores recursos financieros que el promedio en esferas concretas, asumiendo en algunos casos un riesgo importante al dirigir programas ambiciosos en campos considerados en aquella época nuevos o experimentales. Los centros panamericanos de la OPS se convirtieron en agentes catalíticos, al reunir fondos multilaterales y bilaterales de los países desarrollados y en desarrollo.

9. En segundo lugar, al concentrar los servicios de adiestramiento, investigación y asesoramiento en los centros panamericanos en algunos casos había sido posible fortalecer la capacidad local científica y tecnológica. Por medio de los centros se buscaban profesionales competentes locales, soluciones y redes en un entorno de los países en desarrollo, basados en gran medida en métodos más adecuados para los países en desarrollo y con cada país anfitrión como punto de partida.

¹ En el anexo A se incluye un cuadro sobre los países signatarios de los convenios constitutivos vigentes de los centros panamericanos.

10. En tercer lugar, la OPS introdujo en los centros panamericanos métodos que en los decenios de 1950, 1960 e incluso 1970 se consideraban innovadores, lo cual permitió a la OPS sobresalir entre los organismos internacionales. Entre los métodos se encontraban los siguientes:

- contratación local de personal profesional y de apoyo, además del personal internacional;
- impulso a los establecimientos de investigación y adiestramiento en los países en desarrollo, lo cual dio lugar a la elaboración de nuevos productos, servicios, vacunas y procedimientos; y
- la creación de una infraestructura para el establecimiento de redes de información científica en materia de salud pública, y de laboratorios de referencia regionales.

11. Las características mencionadas confirieron a los centros una identidad única dentro de la OPS y las organizaciones internacionales. Sin embargo, en las Américas el entorno tecnológico, financiero, económico y político en transformación ha creado una necesidad de examinar de cerca y continuamente la pertinencia de cada centro panamericano en el marco de la cooperación técnica de la OPS. La revolución que ha tenido lugar durante los 15 últimos años en la esfera de la tecnología de la información por sí sola pone en duda que se requieran algunas de las actividades de los Centros. Es posible que las dificultades financieras crónicas pongan en duda la viabilidad de algunos de los centros, al menos con los presentes mecanismos financieros o ubicaciones actuales.

12. Es importante señalar que aun considerando los avances alcanzados en los indicadores de salud y la creciente fortaleza de las instituciones nacionales, sigue habiendo marcadas inequidades sanitarias 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 la 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 2003 consideró el documento CD44/5, titulado Estrategia de gestión para el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana en 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 creación de redes, dentro y fuera de la Oficina, así como el intercambio de experiencia y conocimiento. El fomento de una mayor descentralización de los recursos a los países y velar por que las prioridades se aborden mediante criterios innovadores de la cooperación técnica es fundamental para la gestión estratégica de los recursos de la Oficina.

13. Además, en la Región de las Américas hay actualmente 204 centros colaboradores de la OMS y un conjunto importante de centros de referencia técnica especializados en temas relacionados con el trabajo de los centros panamericanos. Los centros

colaboradores constituyen un grupo poderoso de instituciones que de una u otra forma asumen o podrían asumir mayores responsabilidades y funciones como apoyo a la cooperación técnica internacional. De hecho, los estudios prospectivos y la evaluación exhaustiva de los centros panamericanos ya han indicado que estos deben actuar como el núcleo coordinador de las redes de centros colaboradores de la OPS/OMS y otros centros nacionales de excelencia.

Gobernabilidad

14. 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; los Cuerpos Directivos de la Organización aprueban sus prioridades y presupuestos. La mayoría tienen comités consultivos técnicos, asesores o científicos que funcionan de manera distinta. Hay 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).

15. Algunos de los centros panamericanos cuentan con comisiones de consulta o unidades que se ocupan exclusivamente de la cooperación del centro con el país sede. Los tres centros subregionales, INCAP, CFNI y CAREC tienen sus propios Cuerpos Directivos, cuyas resoluciones son recomendaciones para la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana.

16. La gobernabilidad de los centros panamericanos es un ejercicio que requiere y exige una habilidad especial para construir una visión común que sea compartida entre los diferentes grupos de interés, incluidos los Cuerpos Directivos de la Organización, el país anfitrión, con otros países de la Subregión y Región; con donantes; con los propios funcionarios de los centros y con los demás colegas de la OPS.

Relaciones con los países sede

17. Un principio básico de los centros panamericanos es la existencia de 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

18. En 1985, el 35.º Consejo Directivo aprobó la resolución CD35.R24 sobre las 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 para facilitar en su oportunidad la transferencia de los centros a los países huéspedes.

19. Actualmente, en los ocho centros panamericanos trabajan 312 funcionarios de categorías diferentes; 39 de ellos son profesionales internacionales. Cada centro se considera 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 cuatro áreas y unidades técnicas de la Oficina.

Recursos financieros

20. La sostenibilidad financiera por mucho tiempo ha sido el reto mayor para todos los centros, como se puede observar en los informes financieros del Director y el Auditor Externo durante un largo período de tiempo.

21. Tal como se indica en el documento SPP36/11, presentado al Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo en 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. Solo en el caso de los tres centros subregionales; constituyen una parte 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 las posibilidades en este campo;
- d) la venta de productos y servicios presenta posiblemente uno de los mayores potenciales de crecimiento para los centros, pero exige una seria reflexión política y reglamentaria; y
- 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. Ha habido muchos problemas en la oportunidad con la que se reciben estos fondos.

22. En el bienio 2004-2005, los fondos totales, tanto ordinarios como extraordinarios, asignados al 31 de julio de 2005 a los centros panamericanos, ascienden a US\$ 53.749.171.²

Recursos ordinarios

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

Cuotas directas de los países

24. Al 31 de julio de 2005 el monto total asignado a los tres centros subregionales (CAREC, CFNI e INCAP) para el bienio 2004-2005 ascendió a US\$ 6.071.751.

Fondos extrapresupuestarios

25. Al 31 de julio de 2005, los centros panamericanos en su totalidad habían movilizado US\$ 13.765.795 o 26% del total de su presupuesto. Estos fondos son significativos para los presupuestos de CAREC (48%) e INCAP (33%).

Venta de productos y servicios

26. Al 31 de julio de 2005, el total acumulado disponible ascendió a US\$ 7.296.178 como resultado de la venta de productos y servicios. Esta cifra incluye servicios de laboratorios, información, capacitación y equipos de diagnóstico principalmente. Esta fuente de ingresos es particularmente importante para BIREME al representar el 39% de sus recursos financieros.

27. 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 analizarse más a fondo para no distorsionar la identidad de los centros panamericanos y cumplir sus mandatos.

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

Contribución de los países sede

28. Al 31 de julio de 2005, los países anfitriones habían contribuido con la suma de \$4.249.147 al mantenimiento de los siguientes centros: CEPIS (Perú: \$864.546), PANAFTOSA (Brasil: \$1.267.584), BIREME (Brasil: \$1.972.017) e INPPAZ (Argentina: \$270.000).

29. En el caso del CLAP, el Gobierno del Uruguay hace una contribución en especie al asumir parte del costo de las instalaciones donde se ubica el centro.

Mandatos de los Cuerpos Directivos relativos a los centros panamericanos

30. Desde su inicio, los centros panamericanos fueron concebidos como una modalidad temporal de cooperación técnica. Mediante la resolución CSP18.R33, la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en 1970, reconoció la utilidad de los centros multinacionales para abordar problemas sanitarios de interés común para varios países y 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”.

31. Más adelante en esa misma resolución se menciona que:

“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.”

32. En 1978, la Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó el documento CSP20/3 referente a los centros panamericanos. Probablemente se trate del informe más integral elaborado al respecto. Las dos cuestiones principales planteadas en dicho estudio son las siguientes:

“...[un] centro no es sino un método de ejecución del programa y se debe coordinar con otros métodos. La primera decisión que debe adoptarse es la relativa a la escala del esfuerzo que debe invertirse en un área programática; seguidamente viene la decisión relativa a saber si el centro es un componente útil del programa de acción. Cada situación se debe examinar de acuerdo con sus propios méritos...”

“El interrogante fundamental en relación con el programa es el relativo a saber si una determinada área programática podrá sacar provecho del establecimiento de un centro como medio de alcanzar el objetivo. [...] La cuestión fundamental es la relativa a saber cuál es el medio más eficiente y eficaz para alcanzar los objetivos de una determinada área programática y no la de precisar si existen muchos o pocos centros...”

33. En este informe también se menciona explícitamente el potencial enorme para la cooperación a escala internacional que los denominados Centros Nacionales Asociados podrían suponer, señalándose que: "A decir verdad, ese centro extiende el concepto de centro panamericano con una carga mucho menor para el programa y el presupuesto de la OPS". En el documento citado también se propuso una serie de recomendaciones sobre las normas, las condiciones y pasos del procedimiento para la designación de los Centros Nacionales Asociados.

34. En la Conferencia mencionada se adoptó la resolución CSP20.R31, por la cual se resolvió, entre otras cosas:

“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.”

“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.”

35. Siete años más tarde, en la resolución CD31.R24, el Consejo Directivo celebrado en 1985 resolvió:

1. “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; y
2. 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.”

36. En 2002, después de encomiar al Director por haber presentado una evaluación integral del CEPIS, la Conferencia Sanitaria Panamericana resolvió, entre otras cosas, solicitar al Director que:

- “realice la evaluación integral periódica de un centro panamericano al año; y
- presente una respuesta escrita de gestión a las recomendaciones de la evaluación del CEPIS y de otros centros cuando sean evaluados.”

Situación de algunos centros

37. 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)

38. 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.

Saneamiento básico. Agenda inconclusa

39. 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.

40. La situación es más crítica 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 cinco años, aunque ellos solo representan el 12% de la población.

41. 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 kg por cama. De ellos 10% a 40% son peligrosos: infectocontagiosos, químicos o punzo-cortantes.

42. 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 organizaciones no gubernamentales, 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.

43. 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. La 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

44. 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)

45. De igual forma, el 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.

Evaluación del CEPIS

46. El CEPIS se evaluó en 2001 y el informe correspondiente se presentó a los Cuerpos Directivos en 2002. Este ejercicio consistió en una evaluación exhaustiva centrada en cuestiones como la eficacia, eficiencia, pertinencia y autosostenibilidad del CEPIS. El equipo encargado de la evaluación, bajo la dirección y coordinación de un representante oficial de la OPS, estuvo integrado por expertos de la Oficina de Auditoría Nacional del Reino Unido, un consultor de salud y ambiente del sector privado, y tres funcionarios más de la OPS que representaban distintos campos de experiencia.

47. Entre los resultados de la evaluación del CEPIS (CSP26/17) estuvieron los siguientes: “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.”

48. Al referirse concretamente al CEPIS (resolución CSP.R16), la Conferencia Sanitaria Panamericana pidió al Director 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.”

Redefinición del papel del CEPIS

49. Como resultado de la evaluación del CEPIS realizada en 2001 y en función a la Estrategia de gestión para el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana en el periodo 2003-2007, el Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE) está en un proceso de reestructuración para descentralizar hacia el CEPIS, ubicado en Lima, 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.

50. 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)

51. El CLAP fue creado en 1970. El último Convenio Básico entre el Ministerio de Salud del Uruguay, la Universidad de la República 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

52. 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, en un extremo con una tasa de 523, y Uruguay y Canadá en el otro extremo con tasas de 11.1 y 7.8 respectivamente.

53. 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.

54. 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.

Objetivos de Desarrollo del Milenio

55. 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.

56. 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

57. 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.

58. 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.

59. 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

60. 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 el CLAP ubicado en Montevideo. 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

61. 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, celebrada 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. En 1991 se realizó una evaluación del referido Plan de Acción, la cual sirvió de base para formular, a finales

de ese mismo año, un nuevo plan de acción para el periodo 1991-1995, al objeto de plantear de nuevo los objetivos y líneas de acción para la prestación de cooperación técnica en materia de inocuidad de alimentos. Este último también fue evaluado en 1996 y sobre la base de sus resultados se formuló el Plan de Acción Estratégico para el Programa Regional de Cooperación Técnica de la OPS/OMS, aprobado por el 42.º Consejo Directivo de la OPS en 2000.

62. La Comisión Panamericana de Inocuidad de los Alimentos (COPAIA), que actúa como órgano asesor de la Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA), fue creada en 2000. La COPAIA estará integrada por representantes de los sectores oficiales sanitario y agropecuario, y por productores y consumidores. Hasta el momento se han celebrado cuatro reuniones, en las cuales se ha ratificado la importancia de la cooperación técnica de la OPS en materia de inocuidad de los alimentos. El INPPAZ actúa como Secretaría *ex officio* de la COPAIA.

Cooperación técnica. Desafíos y oportunidades

63. Las enfermedades transmitidas por los alimentos son un problema de salud pública cada vez mayor. En muchos países se han registrado aumentos considerables en la incidencia de enfermedades provocadas por microorganismos transmitidos principalmente por los alimentos. Los contaminantes químicos siguen siendo una causa considerable de las enfermedades de transmisión alimentaria, incluidas las toxinas y los contaminantes ambientales.

64. La inocuidad de los alimentos tiene consecuencias importantes para el comercio internacional de alimentos. En América Latina, las exportaciones agrícolas tienen una función importante y en Centroamérica, el Cono Sur y la Región Andina representan 48%, 34% y 23% de todas las exportaciones, respectivamente. Los países deben elaborar programas eficaces en materia de inocuidad de los alimentos para poder participar en el nuevo entorno del comercio internacional de alimentos generado por los Acuerdos sobre Medidas Sanitarias y Fitosanitarias (AMSF) y de Barreras Técnicas al Comercio (BTC) de la Organización Mundial del Comercio (OMC). De la misma manera, los países deben ajustar sus sistemas para participar en los bloques regionales y subregionales, como el MERCOSUR, la Comunidad Andina (CAN), el Mercado y Economía Únicos del Caribe (MEUC), la reciente iniciativa de la Comunidad Suramericana y los tratados bilaterales como los tratados de libre comercio con los Estados Unidos (TLC), y los que actualmente se están estableciendo con los países asiáticos.

65. La inocuidad de los alimentos es uno de los requisitos para del turismo sustentable. El turismo es una de las industrias de expansión más rápida en la Región. El número de turistas que llegan a los países de la Región aumentó de 92,9 millones, en

1990, a 128,4 millones en 2000, lo cual representa un crecimiento acumulado de 5%. Todos los factores que entorpecen la calidad y competitividad son de suma importancia.

El origen del INPPAZ

66. El INPPAZ y PANAFTOSA son dos centros panamericanos adscritos a la Unidad de Salud Pública Veterinaria de la OPS.

67. El 15 de noviembre de 1991, en Washington, D.C. se firmó un acuerdo entre la Oficina Sanitaria Panamericana, la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud/Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, y el Gobierno de la República Argentina, para crear el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ), al objeto de que ejecutara el 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), integrado por el Ministro de Salud de Argentina, el Presidente del Servicio Nacional de Sanidad Animal (SENASA), dos miembros designados por el Director 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.

68. El INPPAZ es el único centro especializado en inocuidad de los alimentos de la OPS y la OMS. La OMS ha venido trabajando con los Estados Miembros de la OPS para construir una nueva visión y tomar medidas para mejorar la inocuidad de los alimentos, con base en un cambio de los servicios tradicionales de inspección a un enfoque holístico de toda la cadena alimentaria de la finca a la mesa.

69. 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.

Redes y alianzas y socios estratégicos

70. La cooperación técnica en inocuidad de alimentos a través del INPPAZ se fortalece con una serie de redes mundiales y regionales que atienden varios asuntos relacionados con la inocuidad de alimentos. A continuación se enumeran algunas de ellas:

- Red Global de la OMS de Vigilancia en Salmonella
- Red Latinoamericana de Subtipificación 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)

Situación financiera

71. Desde un principio, el INPPAZ ha contado con un presupuesto reducido para su operación con tendencia decreciente a partir de 2001. Desde que se fundó ha tenido dificultades para recibir oportunamente los recursos de contrapartida del país sede para financiar los gastos operativos. Al 31 de julio de 2005, la deuda acumulativa por parte de Argentina asciende a US\$ 1.470.294.

Reordenamiento institucional

72. La necesidad de rediseñar la estrategia de cooperación técnica de la OPS para apoyar la inocuidad de los alimentos se pone de manifiesto por que en los países existen instituciones de excelencia y en la Región se han creado diversas redes para abordar la inocuidad de los alimentos; por la tendencia actual para considerar las actividades de cooperación técnica a través de toda la cadena de producción de alimentos ("de la explotación agropecuaria a la mesa"); y por la necesidad de aumentar la eficacia al utilizar los recursos (recortando gastos operativos para aumentar los gastos directos de cooperación técnica). En esencia, actualmente hay capacidades técnicas en la Región para ejecutar las políticas, los programas y los proyectos en la esfera de la inocuidad de los alimentos, sin que sea necesario crear un centro panamericano especializado con las características del INPPAZ.

73. La supresión del INPPAZ generaría un ahorro neto de unos \$600.000 por bienio, relacionado con la eliminación de los gastos generales, de operación y mantenimiento. Esto permitirá concentrar los recursos disponibles del área de trabajo de inocuidad de los alimentos en nuevas modalidades que fortalezcan el recurso humano de la excelencia y la movilización de los expertos en los países.

74. Todas estas consideraciones han dado pie a que las partes involucradas reconsideren la factibilidad y justificación de que las actividades del INPPAZ continúen.

En los últimos meses ha habido varias reuniones de consulta e intercambios de cartas entre la OPS y las autoridades sanitarias y agropecuarias de Argentina.

75. El consenso alcanzado es que el funcionamiento del INPPAZ como centro internacional ya no está justificado, y que es necesario adoptar medidas encaminadas a cerrarlo.

76. El 22 de abril de 2005, en la 14.^a Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura, celebrada en la ciudad de México, la Directora de la OSP invitó a los miembros del Comité Coordinador Internacional del INPPAZ y a invitados especiales a una consulta oficiosa, con el objetivo de ponerlos al día en cuanto a la situación del INPPAZ, en particular, y la cooperación técnica de la OPS en materia de inocuidad de los alimentos y la salud pública veterinaria, en general, así como invitarlos a proponer maneras de presentar el asunto a los Cuerpos Directivos.

La propuesta

77. En vista de lo anterior, la Oficina ha propuesto a los Cuerpos Directivos las siguientes líneas de acción:

- a) discontinuar el INPPAZ como 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) ubicar el equipo de cooperación técnica en inocuidad de alimentos junto con el de zoonosis y fiebre aftosa, aprovechando la infraestructura actual de PANAFTOSA en Rio de Janeiro. Ello permitirá: a) hacer un mejor uso de la infraestructura administrativa disponible, b) integrar actividades comunes como la capacitación, vigilancia epidemiológica, análisis de riesgo, aseguramiento de la calidad de laboratorios; y c) fortalecer la aplicación del concepto de la “cadena de producción”; y
- d) movilizar recursos adicionales para fortalecer la cooperación técnica en las diferentes subregiones.

78. A continuación se enumeran los pasos que deben considerarse como parte del proceso para cerrar el INPPAZ, teniendo en cuenta los problemas políticos, legales, de personal, técnicos y administrativos.

79. Según la resolución CSP20.R31 de la 20.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, cualquier propuesta para el establecimiento, supresión o transferencia un centro panamericano debe presentarse al Comité Ejecutivo y al Consejo Directivo.

80. Con la aprobación de los Cuerpos Directivos, se comenzarán los trámites respectivos con el Gobierno de Argentina para abordar los siguientes asuntos: 1) la terminación del acuerdo sobre el establecimiento del INPPAZ; 2) la negociación de la deuda pendiente relacionada con los préstamos realizados por la OPS para cubrir los costos de operación locales; 3) la devolución de las instalaciones actualmente ocupadas por el INPPAZ al Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA); y 4) la adopción de una decisión, una vez que la OPS devuelva las instalaciones de los laboratorios del INPPAZ, en cuanto al equipo de laboratorio proporcionado por la OPS a SENASA de conformidad con el Contrato de comodato celebrado entre la OPS/OMS y SENASA en relación con el equipo de laboratorio, con fecha del 21 de febrero de 2003.

81. El personal que actualmente labora en el INPPAZ será sometido a un examen administrativo. Algunos funcionarios serán reubicados a otras unidades de la Organización, mientras que otros serán despedidos. En lo que se refiere a indemnizaciones, se requerirán unos \$250.000, suma que ya ha sido apartada.

82. Se formará un equipo técnico especializado en inocuidad de los alimentos en las instalaciones actuales del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), con miras a aprovechar la capacidad funcional de esa institución, bajo la supervisión de la Unidad de Salud Pública Veterinaria. Esto requerirá la reubicación parcial de algunos de los profesionales internacionales que actualmente laboran en el INPPAZ a PANAFTOSA.

83. Todos los acuerdos actuales de cooperación técnica de la OPS y otros compromisos contraídos con los Estados Miembros en la esfera de la inocuidad de los alimentos quedarán plenamente garantizados y se ampliarán en la medida de lo posible. En el caso concreto de Argentina, la Oficina apoyará la iniciativa del gobierno de este país para establecer un centro de excelencia nacional en materia de inocuidad de los alimentos, con participación y apoyo a escala internacional, que se ubicará en el actual Instituto Nacional de Alimentos (INAL) por medio de líneas de trabajo definidas conjuntamente con el gobierno de Argentina, y mediante el Plan Regional en materia de Inocuidad de los Alimentos, 2006-2007.

Consecuencias presupuestarias que conciernen al INNPAZ, CEPIS y CLAP

84. La Política del Presupuesto Regional por Programas aprobada por el 45.º 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 preserva la efectividad en las líneas de cooperación definidas dentro de las prioridades.

85. 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 el proyecto de BPB 2006-2007 que se presenta a este Comité.

Debate mantenido en la 136.ª Sesión del Comité Ejecutivo, junio de 2005

86. El Comité Ejecutivo examinó los documentos CE136/12, Rev. 1, CE136/INF/8, Rev. 1 y CE136/INF/8, Add. I, Rev. 1, en los que se describe la situación de los centros panamericanos haciéndose hincapié en el CEPIS, el CLAP y el INPPAZ. Gran parte del debate se centró en las razones y la propuesta de suprimir el INPPAZ. Los delegados recalcaron que la preocupación principal debía ser elegir el camino a seguir que fuera la mejor opción para la salud en la Región. Era necesario afrontar nuevos desafíos, pero no al costo de perder lo que ya se había logrado. Varios miembros expresaron el punto de vista de que aun cuando las dificultades financieras del INPPAZ eran un factor que debía tenerse en cuenta, no debía constituir el único criterio para suprimir un centro panamericano. El Comité finalmente estuvo de acuerdo con los siguientes criterios para orientar las decisiones con respecto al cierre de un centro panamericano. Tales decisiones deben:

- a) minimizar toda posibilidad de una repercusión desfavorable para la Región;
- b) maximizar la capacidad de la Oficina de la OPS para prestar cooperación técnica de la en la forma más eficiente y eficaz;
- c) velar por que ningún recurso del presupuesto ordinario de la OPS no expresamente orientado a los centros sea utilizado como sustituto del compromiso financiero de los gobiernos anfitriones;
- d) alentar los aportes financieras de los gobiernos anfitriones se aseguren y mantengan a lo largo del tiempo; y

- e) analizar los flujos de fondos y atrasos de los centros, incluida la repercusión de dichos atrasos en sus actividades.

87. Posteriormente, el Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE136.R8 mediante la cual se pedía a la Directora, entre otras cosas, que:

- a) reorganice y mejore la capacidad de cooperación técnica en inocuidad de los alimentos en los ámbitos de país, subregional y regional;
- b) desestablezca el Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPPAZ), creado mediante la resolución CD35.R21 de 1991;
- c) presente a la 138.^a sesión del Comité Ejecutivo un estudio del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) y el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME), y una propuesta para alinear el Centro de Epidemiología del Caribe subregional (CAREC), el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) y el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) con los criterios de asignación subregional establecidos en el marco de la nueva política regional, en consulta con las instituciones subregionales correspondientes; y
- d) presente al 46.^o Consejo Directivo para su información, una actualización de la planificación para la reorganización y modernización de la capacidad de cooperación técnica en materia de inocuidad de los alimentos en el próximo bienio.³

Intervención del Consejo Directivo

88. Se solicita al Consejo Directivo examinar el presente documento y formular observaciones encaminadas a orientar a la Oficina en cuanto a: a) los centros en su totalidad, y b) la reorganización del CEPIS y del CLAP. Asimismo, se le solicita adoptar una decisión en cuanto a la supresión del INPPAZ.

Anexos

³ Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el Futuro de los Centros Panamericanos: Cooperación técnica en Inocuidad de los Alimentos, OPS/OMS, 2006-2007. Washington, DC: OPS; 23 agosto 2005. (Documento CD46/11).

**Países 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	

**Países 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 Tabago para la operación de CAREC</p>	<p>Antigua y Barbuda Bahamas Barbados Belice Dominica Grenada Guyana Jamaica Antillas Holandesas Aruba Saint Kitts y Nevis Santa Lucia San Vicente y las Granadinas Suriname Trinidad y Tabago Reino Unido y Caribbean Overseas Territories</p> <hr/> <p>Trinidad y Tabago</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 1° de enero de 2001.</p>

**Países 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 Saint Kitts y Nevis Anguila Santa Lucía San Vicente Trinidad y Tabago Turcas y 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 APROBADO Y FONDOS EXTRAORDINARIOS ASIGNADOS POR CENTRO
BIENIO 2004-2005 AL 31 DE JULIO DE 2005**

CENTRO	PRESUPUESTO REGULAR APROBADO DE LA OPS/OMS	CUOTAS DE PAISES MIEMBROS	SUBSIDIOS Y OTRAS CONTRIBUCIONES ⁽⁵⁾	INGRESOS POR VENTA DE PRODUCTOS Y SERVICIOS	CONTRIBUCIONES DE GOBIERNOS LOCALES	TOTAL
BIREME	1.137.600		1.734.336	3.143.536	1.972.017	7.987.489
CAREC	1.539.200	4.308.851 ⁽²⁾	6.523.497	1.227.040		13.598.588
CEPIS	4.452.800		1.106.347	1.135.370	864.546	7.559.063
CFNI	2.522.800	582.134 ⁽³⁾	1.391.015	119.915		4.615.864
CLAP	1.567.500		510.761	7.735		2.085.996
INCAP	2.698.400	1.180.766 ⁽⁴⁾	1.895.845			5.775.011
INPPAZ	2.762.400		268.312	11.329	145.000	3.187.041
PANAFTOSA	5.685.600		335.682	1.651.253	1.267.584	8.940.119
TOTAL	22.366.300 ⁽¹⁾	6.071.751	13.765.795	7.296.178	4.249.147	53.749.171

FUENTE: PPS/PB

(1) El total del techo presupuestario aprobado para los Centros Pan Americanos para el bienio 2004-2005 es de \$ \$22,366,300.

(2) El total recibido en concepto de contribuciones por cuotas de países miembros de CAREC al 31 de julio de 2005 asciende \$3,686,044.

(3) El total recibido en concepto de contribuciones por cuotas de países miembros de CFNI al 31 de julio de 2005 asciende a \$389,358.

(4) El total recibido en concepto de contribuciones por cuotas de países miembros de INCAP al 31 de julio de 2005 asciende a \$844,345.

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